

Vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené

Bc. Anna Hankeová

Diplomová práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Anna HANKEOVÁ, DiS.**
Osobní číslo: **H09793**
Studijní program: **N 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvantitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BENEŠ, M. Andragogika. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-2472-580-2.

GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

MATOUŠEK, O. Sociální služby. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807367310.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0

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

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Mgr. Ivana Marášková**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **19. ledna 2011**

Termín odevzdání diplomové práce: **29. dubna 2011**

Ve Zlíně dne 19. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 20.4.2011

Hambáček

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na problematiku vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené. Teoretická část vychází z odborné literatury a vztahuje se k problematice vzdělávání dospělých, péče o zdravotně postižené a pečujících osob. Cílem praktické části je zmapovat problematiku vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené a zjistit jejich zájem o další vzdělávání.

Klíčová slova:

celoživotní vzdělávání, zdravotní postižení, péče, osoba blízká, pečující

ABSTRACT

The diploma work focuses on the issue of education of close persons who care for handicapped people. The theoretical part is based upon literature that deals with education of adults, care for handicapped people and people providing nursing care. The aim of the practical part is to analyse the awareness and knowledge of the persons providing nursing care on the type of the disablement or illness, which they deal with, and their interest in further education.

Keywords:

lifelong learning, health disability, care, close person, caring (nursing)

Touto cestou děkuji PhDr. Mgr. Ivaně Maráškové za odborné vedení, cenné rady a připomínky, ochotu a pomoc při vedení diplomové práce. Dále děkuji všem respondentům za jejich čas a důvěru. Rovněž bych chtěla poděkovat své rodině za pomoc a podporu během studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Starajíce se o štěstí jiných nacházíme své vlastní“

Platón

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ	11
1.1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	11
1.1.1 Sluchové postižení	11
1.1.2 Zrakové postižení	12
1.1.3 Pohybové (tělesné postižení).....	13
1.1.4 Mentální retardace	13
1.1.5 Duševní onemocnění	14
1.2 PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENOU OSOBU BLÍZKOU	15
1.2.1 Podpora státu rodin se zdravotně postiženým členem.....	16
1.2.2 Osoba blízká.....	20
2 PEČUJÍCÍ O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ	22
2.1 PEČUJÍCÍ RODINNÝ PŘÍSLUŠNÍK.....	22
2.2 ORGANIZACE A ZAŘÍZENÍ PEČUJÍCÍ O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ	26
3 VZDĚLÁVÁNÍ PEČUJÍCÍCH	27
3.1 CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	27
3.2 VZDĚLÁVÁNÍ V ČR	28
3.2.1 Instituce	28
3.3 ÚČEL DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	29
3.4 MOTIVACE KE VZDĚLÁVÁNÍ	30
3.5 SEBEVZDĚLÁVÁNÍ	31
3.6 VZDĚLÁVÁNÍ PEČUJÍCÍCH OSOB	31
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	34
4.1 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A PŘEDPOKLADY	34
4.2 VÝBĚR VÝZKUMNÉ STRATEGIE	34
4.2.1 Dotazník	35
4.2.2 Rozhovor	35
4.3 PRŮBĚH VÝZKUMU	36
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK	37
4.4.1 Složení respondentů u dotazníku	38
4.4.2 Složení respondentů u rozhovoru.....	44
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	46
5.1 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ.....	46
5.2 VYHODNOCENÍ ROZHovorŮ	60
5.2.1 Zdravotní postižení a péče.....	60

5.2.2	Bez rodiny by to šlo jen stěží	62
5.2.3	Dostupnost informací	63
5.2.4	Moje ideální vzdělávání	66
6	ZÁVĚR VÝZKUMU	68
	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ	76
	SEZNAM TABULEK.....	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Když jsem volila téma své práce, věděla jsem, že bych se ráda zaměřila na problematiku, se kterou jsem se setkávala ve svém zaměstnání, a to buď na zdravotně postižené, nebo jejich blízké, kteří o ně pečují. Při jednom rozhovoru s koordinátorkou komunitního plánování vzpomínala, že připravují projekt vzdělávání pro pečující osoby a padl návrh, že bych mohla kontaktovat a zjistit zájem pečujících o toto vzdělání. Začala jsem se o toto téma více zajímat a připravovala si podklady. Bohužel byl projekt komunitního plánování v přípravné fázi pozastaven.

Zdravotně postižení, ale také jejich pečující jsou skupinou, která je znevýhodněna. Pečujícím je věnována skutečně malá pozornost, přesto tato skupina potřebuje podporu a péči. Jednou z forem péče je i jejich vzdělávání.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, na teoretickou a na praktickou část. V teoretické části se zabývám problematikou péče o zdravotně postižené, o zdravotním postižení a také tím, jak stát podporuje handicapované a jejich rodiny. V této kapitole je také vysvětlen pojem osoba blízká. Další část práce je věnována pečujícím osobám a v poslední kapitola se věnuje vzdělávání pečujících, celoživotnímu vzdělávání, a vzděláním u nás v republice. Také se snažím přiblížit účel dalšího vzdělávání, motivaci ke vzdělávání a sebevzdělávání.

S pečujícími o zdravotně postiženou osobu blízkou jsem často v kontaktu a vím, že někteří mají velké znalosti o dané problematice. Jiní si naopak nejsou jisti, kde informace získat a stěžují si na jejich nedostupnost. V praktické části jsem si stanovila cíl zmapovat problematiku vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené a zjistit jejich zájem o další vzdělávání. V této části se pokusím zjistit od pečujících na Uherskobrodsku, jak získávali informace a zda mají zájem o další vzdělávání. Taktéž, která témata by je zajímala a jak si představují další vzdělávání. Pro zjištění těchto dat jsem použila smíšený výzkum pomocí metody dotazníku a rozhovoru.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ

V této kapitole se zaměřím na rozdělení zdravotního postižení, rodinu se zdravotně postiženým členem, pomoc státu těmto rodinám a pojem osoby blízké.

Péči o zdravotně postiženého může zajišťovat osoba blízká nebo pečovatelka pracující v zařízení sociálních služeb (např. pečovatelské služby, stacionáře, domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem, chráněného bydlení, odlehčovací služby, osobní asistence, terapeutické dílny). Nemoc člena rodiny ovlivní celý její chod a je pro celou rodinu velkou zátěží ať už zpočátku nebo při dlouhodobé péči. Stát se snaží lidem s postižením a jejich rodinám alespoň částečně pomoci v jejich nelehké situaci, a to především důchodovým zabezpečením, mimořádnými výhodami a dávkami určenými pro zdravotně postižené.

1.1 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je velmi široký pojem, často se používá také označení handicap. V souvislosti s těmito výrazy se můžeme také setkat se slovy defektivita, disaptibilita nebo normalita. V zákoně o sociálních službách, a to konkrétně u příspěvku na péči je toto pojem zdravotní postižené „nahrazené“ slovním spojením závislost na pomoci jiné fyzické osoby. Zdravotní postižení může být tělesné, mentální duševní nebo kombinované.

„Pojem handicap (znevýhodnění) se týká okruhu problémů, s nimiž se postižený člověk setkává při interakci se svým okolím. Postižení může také vyvolávat problémy pouze v určitém prostředí a v jiném naopak ne. „ (Kysučan, 1996, s. 9)

1.1.1 Sluchové postižení

Sluchové postižení má rozmanité příčiny, které mohou vzniknout už v prenatálním období jako vrozené nebo dědičné. Mohou také vzniknout v průběhu celého života člověka jako následek prodělaného onemocnění sluchového ústrojí (např. zánět středního ucha) nebo i při jiných chorobách (např. zánět mozkových blan, spála, onkologická onemocnění, záněty horních cest dýchacích), popř. při úraze hlavy. Poruchy sluchu se mohou objevit také ve stáří nebo při silné hlukové zátěži. (Horáková in Pipekova, 2006)

Poruchy sluchu jsou různého rozsahu:

1. Nedoslychavost – částečná ztráta sluchu se dělí:
 - a) Nedoslychavost převodní – způsobuje obtíže při slyšení hlubších zvuků a tónů
 - b) Nedoslychavost percepční – způsobuje obtíže při slyšení vyšších zvuků a tónů
2. Úplná ztráta sluchu – vznikne-li před vývojem řeči nebo její fixací nazýváme jí hluchoněmota. Pokud ke ztrátě sluchu dojde později, hovoříme o ohluchlosti. (Novotná, 1997)

Nedoslychavých a neslyšících je v České republice asi půl milionu. Podstatnou část z nich představují nedoslychaví, jejichž sluch se zhoršil z důvodu věku. S vadou sluchu se narodilo nebo jejich postižení vzniklo v dětství zhruba u 15 000 nedoslychavých a neslyšících (www.helpnet.cz, 2003, [online])

1.1.2 Zrakové postižení

U postiženého člověka znamená zrakové postižení zpravidla to, že je omezena nebo ztížena jeho schopnost přijímat vizuální informace. U osob s nejtěžší formou zrakového postižení (u nevidomých lidí) je tato schopnost zcela vyloučena. (Nováková in Pipeková, 2006)

Zrakové postižení v různé míře omezuje pohotovost orientaci v prostoru, schopnost v plném rozsahu vnímat prostor a předměty v něm s přesností. Mírou orientace je dána závažnost zrakového postižení jedince.

Závažnost zrakového postižení je dána tím, že v různé míře omezuje pohotovost orientaci v prostoru, schopnost v plném rozsahu vnímat a následně si představovat předměty a jevy s relativní či úplnou přesností.“ (Novotná, 1997)

Zraková postižení jsou velmi rozmanitá:

- Poruchy úplného vidění – barvoslepost – porucha oka rozeznávat barvy
- Refrakční poruchy – jedná se o porušení správného poměru mezi délkou oka a lomivostí optického prostředí. Jedná se o tyto druhy postižení: krátkozrakost, dalekozrakost, tupozrakost a astigmatismus.

- Slabozrakost – poruchy různého původu a vyššího stupně. Projevují se nejistotou při orientaci v prostoru, nepřesně vnímají předměty a jejich detaily, rozeznávání barev, písmen atd.
- Zbytky zraku – výrazné snížení zrakové ostrosti, v projevech se chování neliší od nevidomosti
- Nevidomost – nebo také slepota. Člověk nevnímá ani světlo, tento stav vede k tomu, že bez výcviku znemožňuje samotný pohyb a orientaci v prostoru. (Novotná 1997)

1.1.3 Pohybové (tělesné postižení)

Tělesné postižení je spojeno s určitou mírou poruchy hybnosti. Tato porucha může být částečná nebo úplná. Částečná znamená pro handicapovaného sníženou mobilitu, úplná imobilitu. Imobilita může být způsobena poškozením hybného ústrojí nebo také kvůli tomu, že člověk nesmí vykonávat určité činnosti, aby nedošlo k poškození jiné tělesné funkce. (Novotná, 1997)

„Tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Motorika, vnímání, kognice a emoce jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně propojené.“ (Vítková in Pipekova, 2006, s. 168) Tato skupina představuje různorodá postižení, jejichž společným znakem je omezení pohybu. Mezi postižení, které ovlivňující pohybový aparát patří např. obrny, rozštěp páteře, mozkové záněty, mozkové nádory, mozkové příhody, obrna míchy, degenerativní onemocnění mozku, roztroušená skleróza, amputace končetin, úrazy páteře, hlavy nebo končetin.

1.1.4 Mentální retardace

„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností.“ (Vágnerová, 2002, s. 146)

Odhaduje se, že příčiny mentálních retardací jsou především v období prenatálním a perinatálním. Ostatní poškození vznikají v raném stupni vývoje dítěte vlivem různých úrazů, infekčních onemocnění a zánětů nervové soustavy, případně vlivem poruch látkové výměny. Zvláštním případem mentální retardace je demence. Jedná se o stav člověka mimo mentální normu získaný během života vlivem nepříznivých okolností a to jako následek

nemoci – např. klíšťové encefalitidy, alkoholová demence, konečný stav drogových závislostí, stařecká demence aj. Demence znamená nezvratný pokles inteligence, který může postupovat dále nebo se také může zastavit. (Novotná, 1997)

Podle mezinárodní klasifikace se mentální retardace dělí:

- lehká mentální retardace – IQ 50-69
- středně těžká mentální retardace IQ 35-49
- těžká mentální retardace IQ 20-34
- hluboká mentální retardace IQ nižší než 20
- jiná mentální retardace – pokud je stanovení stupně intelektové retardace prostřednictvím obvyklých metod nesnadné nebo nemožné (např. přidružené jiné postižení – sluchové, zrakové). (Čáková, 2006)

1.1.5 Duševní onemocnění

Kdy je člověk duševně zdravý a kdy ne, je velmi nesnadné jednoznačně určit. Definice zdraví se dá vyjádřit nepřítomností tělesných a duševních potíží nebo nepřítomností nemoci. Zdraví duše i těla velmi úzce souvisí. Někdy mohou nepříznivé okolnosti způsobit, že se necítíme po duševní stránce dobře, nebo jen máme špatnou náladu. Pro určení duševního zdraví je velmi důležitý časový aspekt, tedy to, jestli jsou potíže pouze přechodné nebo dlouhodobého rázu. Pokud se jedná o duševní zdraví, je velmi subjektivní určit pocit toho, zda se člověk cítí zdravý, jak sebe člověk vnímá. (www.fokustabor, 2007 [online])

„Je to porucha, která způsobuje, že se myšlení a chování člověka vymyká z toho, co je obecně považováno za normální.“ (www.fokustabor, 2007 [online])

Za duševní onemocnění se považují: poruchy myšlení, nálad, paměti, vnímání, spánku, sexuálního života, příjmu potravy, ale také závislost na psychoaktivních látkách a různých aktivitách, chorobná úzkost a strach. Léčba se uskutečňuje pomocí psychoterapie a léků, často se užívá kombinace obou léčených metod. Někdy se uplatňují i jiné léčebné metody jako např. léčba světlem, magnetickým polem či působením elektrického proudu. (Kopeček, 2005)

1.2 Péče o zdravotně postiženou osobu blízkou

Zdravotně postižení a jejich blízcí, kteří se rozhodli o ně pečovat, mají náročnější život. Pokud se rodičům narodí postižené dítě, představuje to velkou zátěž, ať už očekávanou nebo neočekávanou. Rodina se s postižením vyrovnává hůře tehdy, pokud se nemoc objeví náhle např. dopravní nehoda, úraz, zhoršení zdravotního stavu po operaci. Přízpůsobení se nové situaci závisí na tom jak je rodina zvyklá řešit konflikty, jak na ně reaguje a jak zachází s emocemi. Pokud v rodině členové příliš kontrolují své emoce je pro ni obtížnější se vyrovnat také s negativními emocemi souvisejícími se vzniklou situací. Pokud naopak rodina vyjadřuje své emoce hlavně ty negativní příliš silně, hrozí rodině ohrožení – větší konflikty, dokonce může onemocnění rodinu rozbít. U onemocnění člena rodiny záleží, kdo z rodiny onemocní. Pokud onemocní matka, která většinou vede a řídí domácnost a také vztahy v rodině, nemusí její handicap příliš ovlivnit chod rodiny. Získá více času na rodinu, protože přestane chodit do práce, ale ztráta pracovních kontaktů a pracovního uplatnění může být pro ni dalším problémem. Pro rodinu bývá někdy hůře přijatelný jiný způsob řízení rodiny. Někdy může na řízení rodiny také rezignovat. Poté je důležité, aby tuto funkci přebíral někdo jiný, ale i přesto, aby matce zůstala alespoň část jejich kompetencí. Postižení otce znamená pro rodinu značné ekonomické těžkosti, přesto s onemocněním otce se rodiny vyrovnává lépe než je tomu u postižení matky. (Matoušek, 2003)

Postižení nebo vážná nemoc dítěte vedou k zesílení vztahu s matkou. Tato skutečnost je podporována i radami zdravotníků ať se matka věnuje postiženému dítěti více. Bývá to na úkor ostatních členů rodiny. Dobrá adaptace na zdravotní postižení nebo nemoc dítěte proběhne, pokud se do péče o něj zapojí oba rodiče a pokud je to možné i ostatní členové rodiny. (Matoušek, 2003) Pokud onemocní dítě, rodina prochází určitými fázemi vývoje vyrovnání se s novou skutečností.

- a) Fáze šoku a popření – je to první reakce na skutečnost, že dítě bude trvale postižené. V tomto období nechtějí rodiče slyšet nic o možnostech a způsobech péče o takové dítě, protože se s touto informací ještě nesmířili a nevěří ji.
- b) Fáze postupné akceptace a vyrovnávání se s problémem – v této fázi rodiče shání informace, chtějí znát podstatu a příčinu onemocnění, ale i řešení do budoucna. Emoční stav rodičů však často brání racionální zpracování nových informací. Rodiče vědí, že jejich dítě bude celý život handicapované, ale mnohdy si neumějí před-

stavit, jak se bude takové dítě vyvíjet dál a jaký bude jeho osud v budoucnu. Rodiče zpočátku hledají viníka celé situace např. lékaře. U rodičů se objevují pocity viny, bezmoci a hanby.

- c) Fáze realismu – ve většině případů se rodiče začnou chovat přiměřenějším způsobem, protože se smíří s tím, že jejich dítě nebude nikdy zdravé. Jinak je tomu u rodičů dětí, jejichž postižení vznikají později. Období nejistoty, kdy rodiče neznají přesnou diagnózu, znamená pro rodinu velkou stresovou situaci. Čekání na diagnózu a nejistota znamená pro rodinu naději, k níž se rodiče upínají. Pokud bylo dítě zdravé a postižení vzniká později, je bráno jako neštěstí, které postihuje normálního, zdravého jedince. To že lidi může potkat nehoda, úraz nebo mohou onemocnět je známo, proto i vzniklé zdravotní postižení je společností více akceptováno. (Vágnerová, 1999)

Pro rodinu není lehké chovat se požadovaným způsobem. Nemocný se změnil, je jiný jak svým chováním, novou situací, tak změnou role. Pro většinu lidí je kontakt s nemocným náročný z mnoha důvodů. Především se jedná o uvědomění si vlastní zranitelnosti. Závažná nemoc blízkého člověka je stresovou situací. Vyrovnání se s touto situací bývá obtížné podobně jako reakce na vlastní nemoc. Onemocnění blízkého člověka, vyvolává negativní emoce, vzbuzuje pocity bezmocnosti a pocity viny. Někteří se snaží nemocnému vynahradit vše, co mu choroba vzala. Jiní se naopak nemocnému raději vyhnou, z toho důvodu, že jim to připomíná vlastní bezmocnost. (Vágnerová, 1999) Ne vždy je tato situace zcela nečekaná a nová. U některých onemocnění nemoc postupně postupuje a zdravotní stav se zhoršuje. Často to jde předpokládat i u staršího člena rodiny, kterému ubývají síly. Pro celou rodinu představuje postižený jedinec často velkou zátěž. Ať už je to první šok z nemoci a nové situace, nebo dlouhodobá nemoc, která pečující osobu psychicky vysiluje. Kromě jakýchkoliv pobytových zařízení pro zdravotně postižené, ale také jejich rodiny existují také terénní a ambulantní sociální služby. (Matoušek, 2007)

1.2.1 Podpora státu rodin se zdravotně postiženým členem

Stát podporuje zdravotně postižené sociálními dávkami, a také mimořádnými výhodami. Dávka určená přímo pro podporu pečujících je příspěvek na péči.

Příspěvek na péči - náleží dle § 7, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Nárok má

osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je podle § 3, odst. c), zákona č. 108/2006 takový stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a které omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.

Nárok na výplatu příspěvku na péči vzniká dnem podání žádosti. Příspěvek může být přiznán nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém byla žádost podána dle § 13 zákona č. 108/2006 Sb.

Od 1. 1. 2008 se dle § 14, zákona č. 108/2006 Sb. příspěvek na péči nevyplácí, jestliže je oprávněná osoba po celý kalendářní měsíc nejčastěji v ústavní péči zdravotnického zařízení (dále např. školského zařízení, vazba).

Příjemcem příspěvku na péči bývá většinou oprávněná osoba. Může jím být také zákonný zástupce, zvláštní příjemce nebo opatrovník. Opatrovník může být jak osoba ustanovena soudem, tak i osoba ustanovená dle zákona č. 108/2006 Sb., § 23, odst. 5 v případě, že oprávněná osoba není schopna vzhledem ke svému zdravotnímu stavu jednat samostatně a nemá zástupce. Zvláštní příjemce se ustanovuje dle zákona č. 108/2006 Sb., § 20 v případě, že oprávněná osoba nemůže příspěvek přijímat nebo jej nevyužívá k zajištění potřebné pomoci. Opatrovníka i zvláštního příjemce ustanovuje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Dle § 8 a § 11 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách náleží příspěvek na péči oprávněným osobám ve výši:

1) Stupeň I (lehká závislost)

- osobě starší 18 let, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pokud potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, náleží příspěvek na péči ve výši 800,- Kč, nebo
- u osoby do 18 let, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pokud potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, náleží příspěvek na péči ve výši 3.000,- Kč

2) Stupeň II (středně těžká závislost)

- osobě starší 18 let, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pokud potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, náleží ve výši 4.000,- Kč, nebo
- u osoby do 18 let, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pokud potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, náleží ve výši 5.000,- Kč

3) Stupeň III (těžká závislost)

- osobě starší 18 let, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pokud potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti náleží příspěvek na péči ve výši 8.000,- Kč, nebo
- u osoby do 18 let, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pokud potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, náleží příspěvek na péči ve výši 9.000,- Kč

4) Stupeň IV (úplná závislost)

- osobě starší 18 let, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pokud potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, náleží příspěvek na péči ve výši 12.000,- Kč, nebo
- u osoby do 18 let, a to z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pokud potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti, náleží příspěvek na péči ve výši 12.000,- Kč.

Žádost musí dle § 24 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách obsahovat označení osoby blízké nebo jiné fyzické osoby anebo právnické osoby, která osobě poskytuje nebo bude poskytovat péči. Pokud bydlí oprávněná osoba v pobytovém zařízení sociální péče, náleží příspěvek na péči zařízení v plné výši. V případě, že osoba zůstala v domácím prostředí nebo např. v domě s pečovatelskou službou platí si z příspěvku na péči jen ty služby, které potřebuje a to buď příbuznému, jiné fyzické osobě nebo terénní či ambulantní sociální službě.

Mimořádné výhody – mimořádné výhody se podle přílohy č. 2 vyhlášky č. 182/1991 Sb., poskytují občanům starším jednoho roku s těžkým zdravotním postižením, které podstatně omezuje jejich pohybovou nebo orientační schopnost. Podle druhu a stupně postižení se jedná o mimořádné výhody I. (průkaz TP), II. (průkaz ZTP) nebo III. stupně (průkaz ZTP/P). Stejně jako u příspěvku na péči zdravotní stav občana posuzuje lékař úřadu práce. O posouzení zdravotního stavu žádá příslušný obecní úřad. Základní výhody u TP – přednost na sezení v dopravních prostředcích, nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí. U ZTP - bezplatné užití dálnic a rychlostních silnic, vyhrazená místa k parkování, 75% sleva jízdného v autobusech a vlacích vnitrostátní dopravy, bezplatná doprava spoji místní hromadné dopravy. U průkazek ZTP/P mají držitelé průkazu stejné výhody jako držitelé průkazu ZTP a k tomu se výhody navíc vztahují i na jejich doprovod (průvodce). K mimořádným výhodám se vztahují i dávky pro zdravotně postižené občany.

Dávky pro zdravotně postižené občany - veškeré dávky dle vyhlášky číslo 182/1991 Sb., na které mají zdravotně postižení nárok: jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek. Příspěvek může být poskytnut na opatření pomůcky, kterou potřebuje k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje, pokud potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Je určen zdravotně postiženým, ale také ulehčuje rodinným příslušníkům péči o člena rodiny, tím, že pomáhá zmírnit handicap. Dle zákona se příspěvky poskytují na následující pomůcky a to ve výši uvedené v zákoně pro tělesně postižené občany - polohovací zařízení do postele, obracecí postel, vodní zvedák do vany, přenosné WC, psací stroj se speciální klávesnicí, motorový vozík pro invalidy, židle na elektrický pohon, přenosná rampa (pro vozíčkáře), zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu, zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu, individuální úpravy automobilu, dvoukolo, šikmá schodišťová plošina, signalizační pomůcka SYM-BLIK, koupací lůžko, nájezdové lyžiny pro vozíčkáře.

Pro sluchově postižené občany - víceúčelová pomůcka pro sluchově postižené děti, signalizace bytového a domovního zvonku včetně instalace, signalizace telefonního zvonku, světelný nebo vibrační budík, telefonní přístroj se zesílením zvuku pro nedoslýchavé včetně světelné indikace zvonění, psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění, přídatná karta k osobnímu počítači a programové vybavení emulující psací telefon pro neslyšící, faxmodemová karta k počítači a programové vybavení emulující fax, video-

rekordér, televizor s teletextem, přenosná naslouchací souprava s rádiovým nebo infračerveným přenosem, přístroj k nácviku slyšení, bezdrátové zařízení umožňující poslech televizního přijímače nebo jiného zdroje zvuku, individuální přenosný naslouchací přístroj, individuální indukční smyčka, indikátor hlásek pro nácvik v rodině.

Pro zrakově postižené občany - kancelářský psací stroj, slepecký psací stroj, magnetofon, diktafon, čtecí přístroj pro nevidomé s hmatovým výstupem, digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem, kamerová zvětšovací televizní lupa, digitální zvětšovací televizní lupa, adaptér hlasového syntetizátoru pro nevidomé, programové vybavení pro digitální zpracování obrazu, tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé, jehličková jednobarevná tiskárna, zařízení pro přenos digitálních dat, elektronický zápisník pro nevidomé s hlasovým nebo hmatovým výstupem, elektronická komunikační pomůcka pro hluchoslepé, kapesní kalkulač s hlasovým výstupem, slepecké hodinky a budíky s hlasovým nebo hmatovým výstupem, měřicí přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem, indikátor barev pro nevidomé, elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé, dvoukolo).

Dávky závislé na přiznání mimořádných výhod II. a III. stupně: příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení motorového vozidla, příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla, příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla. Další příspěvky: příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu, příspěvek na úhradu za užívání garáže, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Výše uvedené dávky a výhody mohou zlepšit jak finanční situaci v rodině, tak usnadnit péči o zdravotně postiženého člena rodiny. Některé z nich mohou pomoci samotnému zdravotně postiženému jedinci k lepší komunikaci s okolím k odstranění nebo zmírnění bariér.

1.2.2 Osoba blízká

Pod pojmem osoba blízká si každý představí něco jiné. Pro spoustu lidí je to především rodina a příbuzní, ale pro některé také kamarádi a sousedi. Pojmem osoba blízká se objevuje také v některých zákonech.

Občanský zákoník (zákon č. 40/1964 Sb.) dle § 116 chápe osobu blízkou jako příbuzného v řadě přímé, sourozence, manžela nebo registrovaného partnera. Také jiné osoby v rodinném nebo obdobném poměru se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní (čímž jsou myšleni především partneri – druh – družka).

Dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění § 24 se osobou blízkou rozumí, pro účely touho zákona, manžel, příbuzní v řadě přímé, děti (vlastní, osvojené či převzaté do trvalé náhradní péče), sourozenci, zeť, snacha a manžel rodiče, a to kteréhokoli z manželů.

Osoba pečující o zdravotně postiženou osobu blízkou ve II., III, a IV. stupni závislosti pomoci na péči jiné osoby (a u I. stupně do 10 let věku dítěte) má tuto dobu péče počítanou pro účely důchodového pojištění. Pečující osoby musíme rozdělit na:

- Osoby blízké – viz výše uvedeny. Tyto osoby nemusí žít se zdravotně postiženým ve společné domácnosti
- Ostatní osoby - u těchto osob se vyžaduje, aby s osobou, o níž pečují, žily ve společné domácnosti, tzn., trvale spolu žily a hradily společně náklady na své potřeby. Dle § 115, občanského zákoníku tvoří domácnost fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby.

2 PÉČUJÍCÍ O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ

Péči o zdravotně postižené může vykonávat jak profesionál tak i někdo blízký, který se pečovat začíná učit až s nově vzniklou situací, kdy někdo z rodiny onemocněl nebo se nemocný narodil. Příbuzný pečující si často musí informace o zajištění péče shánět sám a učit se starat o zdravotně postiženého postupně s nově vzniklými problémy. Pokud se v rodině narodí zdravotně postižené dítě, nebo někdo onemocní, má trvalé následky a potřebuje péči, stojí rodina před rozhodnutím jak dál pokračovat. Pečující osoby blízké mohou zkusit skloubit práci s péčí o zdravotně postiženého člena rodiny, mohou práci opustit a plně se věnovat péči o nemocného, využít pobytového zařízení určeného pro zdravotně postižené, nebo zkombinovat péči doma s pomocí péči profesionálů.

2.1 Pečující rodinný příslušník

Pečující je „ten, který chce, může a umí pečovat“ (Vepřeková, 2009, s. 2). Pokud člověk onemocní, bere se zcela za samozřejmé, že se o něj v rámci rodiny někdo postará. Pokud je to krátkodobý stav při běžném onemocnění nebo např. po operaci považujeme to za samozřejmost. Pokud se jedná o onemocnění vyžadující dlouhodobou péči často začnou nezkušené pečující o sobě pochybovat. Péče o zdravotně postiženého člena rodiny je velmi náročná a koliduje také s osobním a pracovním životem pečujícího. Při poskytování dlouhodobé laické domácí péče často dochází ke konfliktním situacím a tato péče bývá spojována se stresem jak pro pečujícího tak pro samotného zdravotně postiženého.

V současné době je péče o osobu blízkou jednou z nejtěžších zkoušek, které život může před člověka postavit. Dnešní doba je charakteristická individualismem, požitkářstvím, konzumem, blahem, osobním prospěchem, úspěchaností a nedostatkem času. Slova jako odříkání, obětavost a pokora jako by do moderního světa ani nepatřila. Přesto ti, kteří se rozhodnou pečovat o zdravotně postiženého člena rodiny tyto vlastnosti musí mít nebo je musí přijmout, ať už jsou to maminky postižených dětí, nebo starající se o zdravotně postižené sourozence, partnery nebo o staré nemohoucí rodiče. (Michalík, 2010)

Mezi hlavní potřeby zdravotně postiženého v domácí péči, které by měl pečující zajistit, patří: vhodné sociální klima, péče o výživu nemocného, zajištění hygienické péče a oblékání, péče o vyprazdňování nemocného, spánek a odpočinek, aktivizační činnosti. Pečující by měl zajistit prostředí, kde by nevznikala rizika úrazu, bezbariérové prostředí, prevenci

komplikací, bolesti, navození příjemného prostředí, psychickou podporu, vytvoření léčebného režimu. Pro pečujícího i zdravotně postiženého je vhodné, aby se zapojilo do péče a starosti o potřeby domácnosti nebo domácností více členů rodiny. (Vepřeková, 2009)

Charakteristika znaků domácí péče u nás v republice:

- nízká úroveň podpory péče určená pečujícím – jde například o nedostatečné zajištění odlehčovacích služeb, které by zajistily pečujícím čas od času oddech. Přestože existují, jejich využití je pro rodinu s postiženým členem finančně náročné, v některých regionech dokonce odlehčovací zařízení nejsou. Některé profese mají nárok po odpracovaných letech např. na lázeňskou péči. Přestože je péče o zdravotně postiženého záslužná práce a náročná jak po fyzické, tak i psychické stránce stát podobnou, byť by menší péči o pečující nezajišťoval. Častým problémem je také to, že ti, kteří dlouhodobě celodenně pečují o zdravotně postiženou osobu blízkou, mají nízké důchody, i když se tato skutečnost aspoň částečně změnila k lepšímu.
- nevyhovující bytové podmínky pro domácí péči – podmínky bydlení často nevyhovují péči o zdravotně postiženého. Může jít o byty o velikosti 2+1 nebo 3+1, kde handicapovaná osoba nemá svůj pokoj s dostatkem soukromí. Pokud je zdravotně postižená osoba imobilní, jsou často nevyhovující bytové podmínky nejen v bytech, ale i v rodinných domech a to kvůli bezbariérovosti.
- obecné podmínky zaměstnanosti – pro rodinu, kde pracují dva dospělí členové rodiny a vydělávají peníze v rovině průměrného příjmu je velmi složité pro jednoho člena domácnosti, zůstat doma a starat se o nemocnou osobu. Daleko horší je to např. u jedince, který zůstal sám a má se rozhodnout zůstat pečovat o osobu blízkou (ať už o dítě, rodiče nebo jiného rodinného příslušníka). Pokud by si pečující, chtěl přivydělat, je velmi těžké najít si práci na částečný úvazek, a navíc z flexibilní pracovní dobou.
- nízká úroveň podpory osob závislých na péči – přestože se situace v roce 2007 zlepšila zavedením zákona o sociálních službách, je to nedostačující. Často se podpora nedostává potřebným a také ostatní dávky než je příspěvek na péči se téměř dvacet let od jejich zavedení nezměnili. Ať už se jedná o stejnou výši příspěvků např. úprava bytu nebo příspěvky na zakoupení zvláštních pomůcek, kde jsou uvedené pomůcky zastaralé nebo téměř již nepoužívané. Příspěvek na provoz motorového vozidla se dokonce snížil. (Michalík, 2010)

Dlouhodobá péče má prvky obecné (zajištění tekutin a potravin, zajištění proti pádům) a specifické (dané konkrétním postižením). „Kvalitní dlouhodobá péče je vždy ucelená – týká se všech složek lidské bytosti: stránky biologické, psychické, sociální i spirituální.“ (Kalvach, 2009, s. 11) Lze říci, že základem dlouhodobé péče jsou opatření: ošetrovatelská, rehabilitační, psychoterapeutická, komunikační, intervenční při komplikacích a krizích, a to tělesná a duševní (při mimořádných událostech, při selhání adaptace na nepříznivou životní situaci, při krizi identity a smyslu života) a monitorovací. Mezi další činnosti pečujícího patří kontrola a podpora výživy, hodnocení a nácvik soběstačnosti, používání kompenzačních pomůcek, nabídka různých aktivit, podpora pro handicapovaného, a to funkční (např. nakupování, vaření, vedení domácnosti) i materiální (např. vyřízení dávek sociální pomoci). U chronicky nemocného by péče měla být podřízena sociálním rolím a lidským potřebám. To se daří lépe u domácí péče, avšak není to samozřejmost. Laický pečovatel má usilovat o:

- spokojenost pacienta – většinou je pocit pacienta dobrým ukazatelem jeho spokojenosti
- bezpečnost a jistotu – jde o sledování stavu zdravotně postiženého, ať už o náhlé zhoršení, zajištění ochrany proti pádům nebo průběžné např. měření teploty, krevního tlaku
- dodržování léčebného a rehabilitačního plánu i složitějších ošetrovatelských úkonů – pečující mají právo na předvedení a zacvičení ze stran zdravotníků
- zajištění základních ošetrovatelských úkonů – např. hygiena, příprava stravy, pomoc s podáváním stravy
- zajištění animace – smysluplné trávení volného času, nabídka aktivit, rozvíjení schopností zdravotně postiženého, komunikace
- vypracování krizového scénáře – zdravotníci by s laickými pečovateli měli rozbrat jak se zachovat, a jak pomoci zdravotně postiženému při zhoršení zdravotního stavu jejich blízkého, a to vzhledem k danému postižení

Staroindická lékařská moudrost říká: „Lékař (pečující), pacient a nemoc jsou tři subjekty. Jen pokud se spojí lékař (pečující) a pacient, vzrůstá naděje na zvládnutí závažného onemocnění a stonání. Pokud se naopak spojí pacient s nemocí, nemá lékař (pečující) naději na úspěch.“ (Kalvach, 2009, s. 19) Dlouhodobá péče poskytovaná osobou blízkou by měla být poskytována tam, kde si to zdravotně postižený přeje, měla by být podřízena přáním a potřebám zdravotně postiženého. Dlouhodobá péče by měla být dobře koordinována

i v rámci obce, protože často vyžaduje pomoc a spolupráci více odborníků. (Kalvach, 2009)

V současné době neexistuje zařízení, které by zdravotně postiženému poskytlo tak komfortní péči, zvláště v respektování jeho potřeb jako je péče fungující rodina, která má dostatek sil, ochoty a možností tuto péči poskytovat. Pro stát je domácí péče také obrovskou výhodou. Péče poskytovaná v domácím prostředí vyjde levněji než v jakémkoliv jiném zařízení. Mezi nevýhody domácí péče patří nižší materiální a technické vybavení (různé pomůcky technické, kompenzační a rehabilitační, které pomáhají jak pečující osobě, tak zdravotně postiženému). Některé pomůcky je možné zapůjčit i do domácí péče. V domácím prostředí nemá zdravotně postižený tak komplexní péči a hlavně pečovatel je na vše sám. (Michalík, 2010)

Rodina může získat odborné rady a informace o zdravotním postižení a o péči od praktických lékařů, odborných lékařů, zdravotních sester (např. z pečovatelské služby, která pomůže s naučením potřebných základních ošetření), rehabilitačních pracovníků, sociálních pracovníků, pečovatelské služby, psychoterapeutů, z půjčovny zdravotních a kompenzačních pomůcek, z internetové stránky, od patientských sdružení a organizací sdružujících nemocné s určitým postižením. (Kalvach, 2009)

Péče o zdravotně postiženou osobu blízkou je velkou zátěží časovou, fyzickou, psychickou a finanční. Pečující potřebuje dostatek odpočinku, a je dobré pokud se rodina střídá v zajištění péče, jinak hrozí riziko vyčerpání a deprese. Velmi důležitá je spolupráce pečujícího a zdravotně postiženého, o kterého pečuje. Pečující by si měl dopřát volno alespoň jednou týdně, nejméně 7- 9 klidných hodin spánku, návštěvu nebo rozhovor s přáteli, získání nových informací o poskytování péče. Důležitá je také péče o fyzické a psychické zdraví a pravidelná strava. Rodina hraje nezastupitelnou roli nejen pro zdravotně postiženého, ale také pro pečujícího, ať už se jedná o pocit bezpečí, ekonomickou pomoc nebo ochotu pomoci s péčí. (Vepřeková, 2009)

Starost o pečující a o jejich fyzickou i psychickou pohodu je důležitá z důvodu, aby se mohli dobře postarat o zdravotně postižené. Pečující mají právo na odborné poradenství, psychickou podporu, nabídku respitních služeb, ale také na finanční podporu, kterou je především příspěvek na péči. U dlouhodobě pečujících se může objevit syndrom vyhoření, kdy u pečujících dochází ke ztrátě motivace, objevují se známky vyčerpání, funkční obtíže a zdravotní problémy. Pečující vidí viníka svého stavu ve zdravotně postiženém a mohou se k němu chovat hrubě. Důležitá je prevence a průběžná psychoterapeutická podpora,

možnost promluvit si o problémech, cítit uznání, podporu a mít občas pomoc. Důležité je také tělesné zdraví, pravidelné prohlídky u lékaře, zvyšování tělesné kondice. V obci nebo blízkosti obce by měl mít pečující možnost poradenských služeb, ale také odlehčovací (respitní) služby, především v případech, kdy je sám nemocný nebo si musí vyřídit své záležitosti. Ve společnosti je péče o zdravotně postiženého člena rodiny chápána jako samozřejmost a morální povinnost. Nelze to tak chápat. „Jde ze společenského hlediska o „mimořádně obětavou a náročnou práci“, při níž mají pečující rodiny právo na všestrannou pomoc, podporu a součinnost profesionálních služeb.“ (Kalvach, 2009, s. 25)

2.2 Organizace a zařízení pečující o zdravotně postižené

Pokud se v rodině narodí dítě se zdravotním postižením, onemocní některý člen rodiny, nebo se pečující osoba již nemůže starat, stojí rodina před těžkým rozhodnutím, jak zajistit péči o tohoto blízkého. Rodina má několik možností buď umístí zdravotně postiženého do pobytového zařízení a dle možností jej chodí navštěvovat nebo si jej bere k sobě, nebo s nemocnou osobou zůstane někdo doma, popř. rodina zkombinuje péči o zdravotně postiženého v rámci rodiny se službami organizací, zabývajícími se péčí o tuto skupinu.

Zařízení poskytující péči zdravotně postiženým jsou: domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení. Dále jsou to denní a týdenní stacionáře. Lidem, žijícím ve vlastních bytech je poskytována služba – podpora samostatného bydlení. Zdravotně postižení mohou využívat také centra denních služeb. Velmi rozšířenou službou je pečovatelská služba. Obrovskou pomocí především pečujícím osobám jsou odlehčovací neboli úlevové (respitní) služby. Mezi další služby patří průvodcovské a předčitatelské služby, služby osobní asistence a sociálně terapeutické dílny. (Matoušek, 2007)

3 VZDĚLÁVÁNÍ PEČUJÍCÍCH

Vzdělávání je často spojováno především se vzděláváním dětí a mládeže, a ze základních, středními a vysokými školami. V současné době je však nutné, aby se člověk vzdělával a učil celý život. Toto učení však neprobíhá pouze na školách.

Pečující osoba u nás dostává stále méně podpory a uznání za svou záslušnou činnost. „Přítom péče, zejména dlouhodobá péče, ve většině případů podporu a péči o pečující vyžaduje“. (Michalík, 2010, s. 8) Jednou z forem podpory pečujících je i jejich osobní rozvoj, a to formou vzdělávání.

3.1 Celoživotní vzdělávání

„Andragogika je vědní a studijní obor zaměřený na veškeré aspekty vzdělávání a učení se dospělých. Existují rozdílná pojetí andragogiky. V našem pojetí je andragogika specifická součástí věd o výchově vzdělávání a vyučování.“ (Beneš, 2008, s. 10)

Pojem andragogika se však používá nejen u nás, ale i v ostatních zemích velmi málo. Spíše se užívá termín vzdělávání dospělých.

Vzdělávání dospělých se dá rozdělit na:

- vzdělávání formální – jedná se především o získávání určitého stupně vzdělání ve školách),
- vzdělávání neformální – organizované mimo školský systém, např. podnikové kurzy a semináře, jazykové kurzy, autoškola),
- vzdělávání informální – jsou to všechny ostatní způsoby nabývání nových informací a poznatků, např. četba, poslech rozhlasu, sledování TV, internet, zkušenosti, předávání zkušeností). (Vyhnánková, 2007)

Celoživotní vzdělání má pro člověka význam především proto, že získá větší šance na zaměstnání nebo jeho udržení, může snadněji zaměstnání změnit, dosáhnout lepšího platu nebo společenského postavení. Pokud se člověk vzdělává v oboru pro výkon své profese, získává výhody nejen on sám, ale také zaměstnavatel, a to především v kvalitnější a odbornější pracovní síle, větší pružnosti zaměstnanců a vyšší produktivitou. Z celoživotního vzdělávání má přínos také stát zvláště ve vyšších daňových a ekonomických příjmech, hos-

podářském růstu, produktivnější, konkurenceschopnější a kvalifikovanější pracovní síle. (Vyhnánková, 2007)

Většina profesí má předem dané potřebné vzdělání a také se musí v průběhu svého zaměstnání dále vzdělávat, ať už různými kurzy, přednáškami nebo sebevzděláním. Povolání v sociálních službách má zákonem č. 108/2006 přesně stanoveno potřebné vzdělání pro výkon profese.

3.2 Vzdělávání v ČR

Současná česká politika celoživotního vzdělávání navazuje na tu evropskou. Nejvíce je kladen důraz na profesní vzdělávání, jehož úkolem je připravit pracovníky pro odbornou práci, pomoci jim doplňovat, zlepšovat a aktualizovat potřebné vědomosti a dovednosti k výkonu jejich profese. (Vyhnánková, 2007)

Vymezení 7 strategických směrů k soustavě celoživotního vzdělávání v ČR:

- Uznání, prostupnost – prostor pro různé formy celoživotního vzdělání a uznávání výsledků neformálního a informálního vzdělávání
- Rovný přístup – pomáhat k rovným šancím a dostupnosti vzdělávání během celého života
- Funkční gramotnost – rozvíjet ji a také schopnost učit se v průběhu celého života
- Sociální partnerství – vyvažovat nabídku vzdělávání s ekonomickými a sociálními potřebami
- Stimulace poptávky – u všech skupin po dobu celého života
- Kvalita – podporovat nabídku na kvalitní vzdělávání
- Poradenství – rozvoj poradenských a informačních služeb (Vyhnánková, 2007)

3.2.1 Instituce

V andragogice existuje spousta názorů, zda vzdělávání dospělých institucionalizovat či ne. Mezi hlavní, které jsou pro institucionalizaci, patří např., dospělý nemá být vystaven výchovně-vzdělávacím tlakům nebo že pod vlivem instituce by učení dospělého ztratilo svoji dynamiku. Naopak jiné názory které podporují institucionalizaci vzdělávání, jsou, že instituce je pružnější k potřebám trhu, regionální politice, rovným příležitostem, vytvoření po-

třebných kvalifikací. Poukazují, že i dospělý musí být při svém rozvoji podporován a řízen, u cílových skupin pomáhá odstranit jejich deficit.

Vzdělávání dospělých je v současné době organizováno různým způsobem. Jedná se zejména o tyto subjekty:

- „školy (vysoké, vyšší odborné a střední);
- vzdělávací zařízení rezortů, podniků, organizací, družstev, odborů;
- státní rekvalifikační střediska;
- vzdělávací zařízení obcí a měst;
- vzdělávací zařízení stavovských organizací a profesních svazů;
- samostatné vzdělávací zařízení;
- vzdělávací zařízení fyzických osob;
- občanská sdružení a jejich vzdělávací zařízení;
- kulturně výchovná zařízení;
- další organizace (výzkumné, poradenské) a jiné subjekty, doplňující své hlavní činnosti
- aktivitami v oblasti vzdělávání dospělých;
- hromadné sdělovací prostředky.“ (Jesenský, 2000 in Zezulková 2008, s. 20)

3.3 Účel dalšího vzdělávání

Beneš (2008) uvádí jako účel dalšího vzdělávání potřebu odborného vzdělávání a zvyšování kvalifikací a kompetencí, rozvoj schopností vyplňovat sociální role v rodině, sociálním životě a jako občan, sociální péče týkající se zdravotní výchovy (strava, kouření, AIDS). Pro některé je to druhá vzdělávací šance, a to zvláště pro lidi, kteří z nějakých důvodů nezískali vzdělání podle svých potřeb nebo nezískali toto vzdělání v určitém úseku života, protože o toto vzdělání neměli zájem. V rozvojových zemích se může jednat o alfabetizaci, ve vyspělých zemích se jedná spíše o získání úplného středoškolského nebo vysokoškolského vzdělání. Pro jiné znamená získávání dalšího vzdělávání individuální rozvoj chápaný většinou jako rozvoj kulturních a všeobecných znalostí nebo schopnosti trávit hodnotně volný čas. Celoživotní vzdělávání se doplňuje v mnoha společnostech individuálním rozvojem, záměrem spojit vzdělávání se sociálním cítěním, solidaritou, sociální soudržností, výchovou k občanství.

3.4 Motivace ke vzdělávání

Na vzdělávání dospělých působí celý komplex motivů, který se vyvíjí a mění a nedá se jednoznačně určit. Zkušenosti s učením ve škole mnohé dospělé od učení odrazuje. Zájem o vzdělávání ovlivňuje společenské klima ve vztahu k učení, okolí a vztahy, životní situace a osobnost člověka. (Beneš, 2008)

Stanovená struktura (typologie) motivů zájmu o další vzdělávání se dá zcela přesně vytyčit na základě výzkumů provedených v různých zemích světa a v rozdílných kulturních prostředích. Mezi motivy zájmu o vzdělávání patří:

- sociální kontakt – snaha účastníků navázat nebo rozvinout kontakty, hledají přijetí druhých lidí, chtějí pochopit osobní problémy, zlepšit svou sociální pozici, mají potřebu skupinových aktivit a přátelství spřízněných lidí, navázat kontakty s lidmi s podobnými zájmy nebo problémy,
- sociální podněty - účastníci usilují, aby získali prostor nezatěžovaný každodenními tlaky a frustracemi,
- profesní důvody – potřeba rozvoje nebo zajištění vlastní pozice v zaměstnání,
- participace na politickém, hlavně komunálním životě – hlavním důvodem motivu ke vzdělávání v tomto případě, je zlepšení svých schopností účasti na komunálních záležitostech,
- vnější očekávání – účastník při vzdělávání klade důraz na doporučení a mínění zaměstnavatele, přátel, sociálních pracovníků, poradenských služeb atd.,
- kognitivní zájmy – motivace ke vzdělávání se shoduje s klasickými představami vzdělávání dospělých. Vychází z vlastní hodnoty znalostí a jejich získávání. (Beneš, 2008)

Dospělý se učí především v oblasti, kde tráví většinu času (ať už práce nebo rodina). Většina se neučí za uspokojením dalšího poznání nebo radosti z učení samotného, učí se především kvůli řešení konkrétního problému. Motivy k učení se liší u jednotlivých skupin, které lze rozdělit podle věku, dosaženého vzdělání, pohlaví, počtu dětí, rodinného stavu, bydliště – vesnice – město, sociálního a ekonomického zázemí. (Beneš, 2008)

3.5 Sebevzdělávání

Sebevzdělávání se často za formu vzdělávání ani nepovažuje. V dnešní době se však bez sebevzdělávání neobejdeme. Svět se rychle mění a kolem nás je stále více techniky. Před 20 lety nebyly obvyklé např. počítače, mobilní telefony, sociální sítě, bankomaty, elektronické bankovníctví. Dnes je v osobním i profesním životě používáme běžně a zacházet s nimi se naučil téměř každý.

K sebevzdělávání všeobecnému a znalosti jazykům už nabádal T. G. Masaryk ve své knize *Jak pracovat? Znalost cizích jazyků považoval za nutnost a vzdělání bez něj považoval za nemožné.* (Masaryk in Bočková, 1991)

Sebevzdělávání je záměrná, cílevědomá činnost, vycházející z vlastního úsilí. Je zaměřená na osvojení společenské zkušenosti a na rozvoj osobnosti ve všech oblastech lidské činnosti. Sebevýchova a sebevzdělávání je aktivní činnost a realizuje se v průběhu celého života člověka, ať již formou hry, práce či učení. Sebevýchova a sebevzdělávání je proces rozvoje rozumových schopností, dovedností, vůle, charakteru, zájmů a citového života jedince. V rozvinutých společnostech se sebevzdělávání a sebevýchova chápe jako základní předpoklad všestranného rozvoje osobnosti. (www.cojeco.cz, 2000,[online])

Sebevzdělávání můžeme rozdělit na vzdělávání spontánní a vzdělávání řízené. U spontánního vzdělávání získává člověk dovednosti a znalosti neformálně, na základě vnitřní potřeby z různých pramenů. Jedinec si sám stanoví způsob sebevzdělávání a cíle, sám sebe motivuje a hodnotí. Obvykle se sebevzdělává v oblasti své pracovní činnosti nebo osobní činnosti (např. koníčky, zájmy, okolí). Řízené sebevzdělávání nebo také školské je většinou důsledek potřeby zvýšení kvalifikace v zaměstnání nebo společenského statusu. Řízené sebevzdělávání můžeme rozdělit na formalizované např. externí nebo dálkové formy studia a formované – u něj není řízen průběh studia, ale je vyvolána studijní potřeba. (Palánek, 2002)

3.6 Vzdělávání pečujících osob

Péče o osoby blízké se výrazně liší od profesionální i dobrovolnické sociální práce (péče i služeb). Rozdíly jsou individuálně psychologické, ekonomicko-technické, odborné a zátěžové. Všechny tyto rozdíly a také relativně nedávný vznik této péče v plošném rozsahu jsou zřejmě důvodem skutečnosti, že se odborné vzdělávání této velké skupině osob dosud

prakticky nepřiblížilo. Poslední desetiletí zde byla velká témata vzdělávání profesionálů počínaje standardy sociální práce, nové trendy v péči o službách atd. Navíc, profesionálové jsou organizováni, čímž je jejich vzdělávání snazší. Od počátku plošného rozšíření skupiny osob pečujících o osobu blízkou se vede diskuse o kvalitě, schopnostech, podmínkách a dalších otázkách spojených s touto sociální oblastí. Často je účelem zpochybňování tohoto trendu. Nicméně, péče o osoby blízké zde existuje, a byť modifikovaná se uplatní dlouhodobě. Proto by měl být prostor také péči o kvalitu osob, které pečují. Uvádí se, že problémy sehnat práci mají osoby starší, čerství absolventi škol, matky po rodičovské dovolené. Do této skupiny patří také pečující o blízkou osobu. Péče o osobu blízkou je většinou spojena s nezbytností „obětovat“ socioekonomickou perspektivu ve své osobní profesi. Někdy je však péče o osobu blízkou východiskem v nezaměstnanosti, zvláště pak v některých regionech. Pokud onemocní někdo z blízkých tak, že se o sebe nedovede postarat, příbuzní si vyhledávají informace o průběhu nemoci, o tom jak dále nemoc postupuje, co se dá v této problematické situaci dělat. Jsou však další nezbytná témata a informace, které se více či méně týkají problematiky péče o blízké osoby. Zdravotní stav osob, o které pečují a nutnost péče o ně jim často nedovolí účast na různých kurzech, školeních, návštěvy škol, knihoven, muzeí aj.

Pečující mají možnost získávat a rozšiřovat své znalosti jako jiní, na školách, v kurzech, z knih. Informace mohou nabýt také z médií, a to hlavně z internetu nebo také ve svépomocných skupinách. Na rozdíl od zaměstnaných v organizaci mívají horší přístup k informacím a také jsou často omezeni v časových možnostech vzdělávání. Proto mají pro tuto skupinu velký význam svépomocné skupiny, které se scházejí v blízkém okolí a také média, především internet. Existují internetové stránky určené přímo pro pečující o blízkou osobu, kde jsou ke stažení různé publikace a zpravodaje, pečující zde naleznou informace o konaných kurzech, legislativě a na webových stránkách funguje také poradna.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkum byl zaměřen na zjištění situace, která se týká vzdělávání pečujících o zdravotně postižené osoby blízké. Zkoumání zjišťovalo vzdělávání pečujících osob, získávání informací v době, kdy se o zdravotním postižení dověděli a v současnosti. Dále výzkum zjišťoval, zda pečující mají zájem a možnost vzdělávat se v problematice péče o zdravotně postižené.

4.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a předpoklady

Jako výzkumný problém jsem si stanovila: Jak probíhá vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené?

Cílem výzkumu je zmapovat problematiku vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené a zjistit jejich zájem o další vzdělávání.

Na základě výzkumného cíle jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

- Jak získávali pečující informace o zdravotním postižení blízké osoby?
- Jaký je zájem pečujících o vzdělávání?
- O jaká témata se pečující zajímají?
- Jak si pečující představují vhodné vzdělávání?

Na základě výzkumného cíle jsem si stanovila tyto předpoklady:

- Předpokládám, že alespoň polovina pečujících si o zdravotním postižení blízké osoby hledali informace.
- Předpokládám, že alespoň polovina pečujících má zájem o vzdělávání.
- Předpokládám, že nejméně polovina pečujících nebude ochotna se spolupodílet na financování vzdělávání.

4.2 Výběr výzkumné strategie

Pro svou práci jsem zvolila smíšený výzkum. Někteří odborníci zamítají použít v jednom výzkumu kvantitativně i kvalitativně orientovaný výzkum, jiní jej zase považují za přínosný, jelikož je možné vyvážit silné a slabé stránky obou výzkumných orientací. Může se postupovat více způsoby. Zvolila jsem si ten, že jsem na začátku formulovala hypotézy, jak

to stanovuje kvantitativní výzkum a zároveň jsem mohla zachovat zvláštnosti zkoumaného jevu. (Gavora, 2000)

V kvantitativním výzkumu jsem zvolila rozšířenou výzkumnou techniku dotazníku a v kvalitativním výzkumu jsem využila techniky rozhovoru, zpracovanou pomocí otevřeného kódování. V práci je použit kvantitativní i kvalitativní výzkum, kdy hlavní výzkumnou metodou je dotazníkové šetření. Rozhovor je zvolen pro doplnění, lepší pochopení a orientaci v problematice.

4.2.1 Dotazník

Dotazník je nejrozšířenější metodou získávání údajů a je určen pro jejich hromadné získání. (Gavora, 2000) Dotazník obsahuje uzavřené, polouzavřené i otevřené otázky. Dotazník obsahuje 28 otázek. Prvních 9 otázek se vztahuje na údaje o respondentovi. Následující otázky se ptají, zda se respondenti vzdělávali, když zjistili zdravotní postižení blízkého člověka, jak jim byly informace poskytnuty, zda byly dostupné, čeho se týkaly, a kdo jim informace poskytl. Další část dotazníku je zaměřena na současnost a budoucnost, na to zda se respondenti vzdělávají v současné době, popř. čeho se vzdělání týká, zda ví o nějaké možnosti vzdělávání ve svém okolí, jestli pocítují potřebu dalšího vzdělávání. Mezi další dotazy patří, v jaké oblasti by respondenti vzdělávání uvítali, jakou formou, zda považují celoživotní vzdělávání za důležité, v čem považují celoživotní vzdělávání za přínosné, jestli by byli ochotni za vzdělávání zaplatit, popř. jakou částku, kolik by si mohli udělat času na vzdělávání, jaký čas by jim nejvíce vyhovoval a zda mají možnost zajistit péči o zdravotně postiženou osobu blízkou v době možné účasti na vzdělávání. Dotazník je uveden v příloze č. I.

4.2.2 Rozhovor

Rozhovor je výzkumnou metodou, která nezachycuje pouze fakta, ale jde více do hloubky problému, můžeme u něj sledovat reakce respondenta. Rozhovor je pružnější metodou než dotazník, v průběhu kladení otázek může výzkumník otázky přeformulovat nebo poprosit respondenta o vysvětlení. (Gavora, 2000)

Pro kvalitativní výzkum jsem si stanovila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Pro rozhovor jsem měla připraveny hlavní otázky. Pokud mi respondent v jiné otázce na toto téma

již odpověděl, na otázku jsem se ho nezeptala. Ale pokud jsem chtěla vědět víc nebo odpověď doplnit položila jsem respondentovi doplňující otázku. Hlavní otázky rozhovoru:

- Jaké zdravotní postižení má osoba blízká?
- Co péče o osobu blízkou obnáší?
- Co zvládne sám/a, v čem se zapojuje?
- Pomáhá vám někdo s péčí o něj/ni?
- Když jste se dověděla o zdravotním postižení osoby blízké o, co jste se nejvíc zajímala?
- Kdo Vám informace poskytl a jak?
- Zajímáte se jen vy nebo i rodina?
- Kde informace vyhledáváte, čeho využíváte?
- V čem vidíte rozdíl v získávání informací v minulosti a dnes?
- V čem vidíte postoj společnosti v minulosti a dnes?
- Kdybyste měla možnost kurzu (vzdělávání) v místě bydliště nebo okolí šla byste? Z jakého důvodu?
- Jak byste si představovala ideální kurz (vzdělávání nebo setkání)?

4.3 Průběh výzkumu

Při vlastním výzkumu jsem zvolila metody dotazníku a rozhovoru. Dotazník byl respondentům distribuován a zároveň vybírán v průběhu měsíce března 2011. Dotazník jsem rozdávala osobně, a také prostřednictvím svých známých, kteří mají ve svém okolí někoho, kdo pečuje o zdravotně postiženého. 10 – 15 dotazníků rozdaly pracovnice sociálního odboru v Uherském Brodě. Osobní předání zajišťovalo větší návratnost dotazníků. Dotazníky byly očíslovány a data převedena do počítačového programu IBM SPSS Statistics 19.

Rozhovory byly taktéž prováděny v měsíci březnu 2011, a to v domácím klidném prostředí respondenta, ve dvou případech za účasti zdravotně postižené osoby. Rozhovory byly prováděny jednotlivě, délka rozhovoru nepřesáhla 30 minut, zaznamenávány byly na diktafon.

První reakce oslovených 4 oslovených respondentů byla, že se nevzdělávají („*nechodí do školy ani na přednášky*“), a že mi k tomu moc neřeknou. Proto jsem s nimi nejprve vyplnila dotazník, aby byli do dané problematiky trochu zasvěceni. Jeden respondent mě požádal v průběhu vyplňování dotazníku, zda bych rozhovor již nenahrávala.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon, respondenti byli z nahrávání trošku nervózní. Po vypnutí diktafonu jsem si s respondenty ještě povídala o problematice péče a zdravotního postižení. Po přepsání rozhovoru na tzv. záznamové archy jsem použila techniku otevřeného kódování.

4.4 Výzkumný vzorek

Pro svůj výzkum jsem si zvolila záměrný výběr. Osoby musí splňovat znaky, které jsou důležité pro dané zkoumání – pečující musí pečovat o osobu blízkou, která je zdravotně postižená. Může se jednat o zdravotně postižené osoby, které jsou držiteli mimořádných výhod nebo pobírateli příspěvku na péče. Někteří zdravotně postižení nemusí splňovat ani tyto kritéria, jelikož si o mimořádné výhody nebo příspěvek nepožádali, nebo jim nebyl přiznán. Může se jednat např. o osoby zbavené svéprávnosti (z důvodu mentálního postižení nebo psychického onemocnění), o které pečuje rodinný příslušník. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 127 osob, které dané kritéria splňovaly. Zpět se vrátilo 109 dotazníků (86%).

U rozhovorů bylo vybráno 5 žen, které pečují o osobu blízkou. Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Záměrně jsem se snažila vybrat respondenty, kteří splňují různá kritéria (např. bydliště, zapojení do komunitního plánování, využívající služeb zařízení, společné bydliště se zdravotně postiženým). K rozhovorům byli vybráni respondenti, které jsem znala ze svého zaměstnání a také respondenti, kteří žijí v mém okolí. Respondenti byli ve věku od 32 do 70 let (průměrný věk – 56 let). Respondenti byli kontaktováni osobně. Byl jim sdělen způsob vedení rozhovoru, možnost odmítnout rozhovor nebo jeho nahrávání a také možnost neodpovídat na jakoukoliv z otázek. Respondentům jsem před rozhovorem slíbila zachovat anonymitu. Protože jsem rozhovory nahrávala na diktafon, bylo potřeba získat informovaný souhlas. Šlo o vyslovení souhlasu, že se zúčastní výzkumu a nahrávání na kazetu, před začátkem rozhovoru.

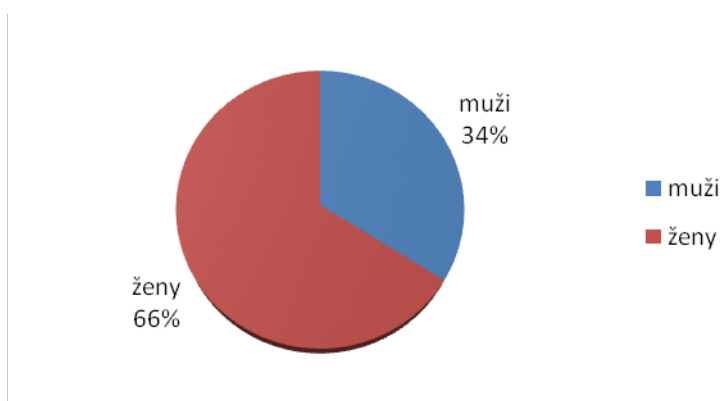
4.4.1 Složení respondentů u dotazníku

1. Otázka - respondenti podle pohlaví

Skladba respondentů je uvedena v tabulce 1 a graficky znázorněna na obrázku 1.

Pohlaví	Počet	Počet v %
muži	37	34
ženy	72	66

Tabulka 1: Pohlaví respondentů



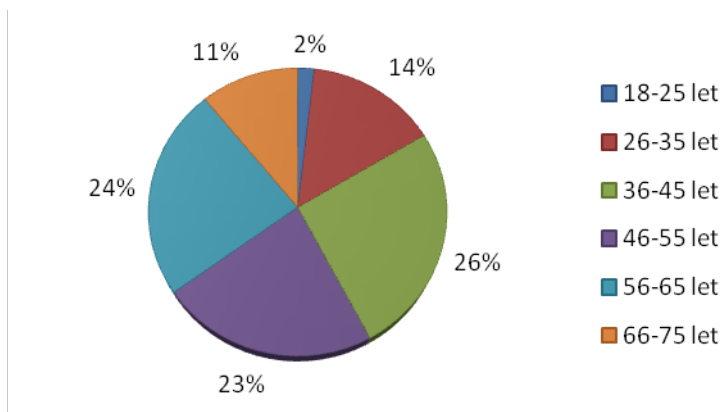
Obrázek 1: Pohlaví respondentů

2. Otázka – věk respondentů

Skladba věku respondentů je uvedena v tabulce 2 a graficky znázorněna na obrázku 2.

Věk	Počet	Počet v %
18-25 let	2	2
26-35 let	16	14
36-45 let	28	26
46-55 let	25	23
56-65 let	26	24
66-75 let	12	11

Tabulka 2: Věk respondentů



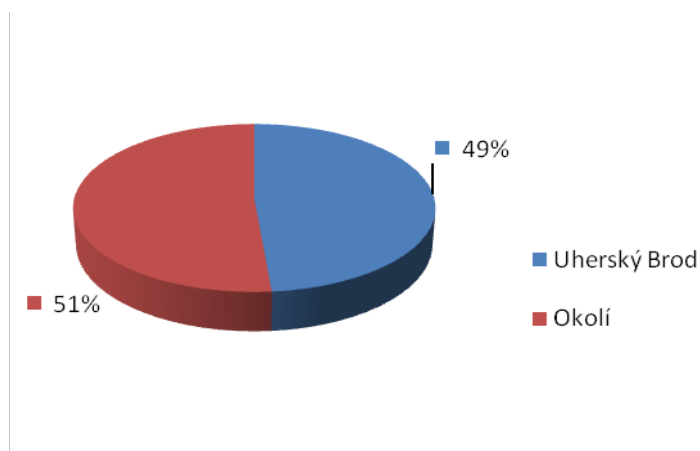
Obrázek 2: Věk respondentů

3. Otázka – bydliště respondentů

Skladba bydliště respondentů je uvedena v tabulce 3 a graficky znázorněna na obrázku 3, bydliště mimo Uherský Brod je uvedeno v tabulce 4.

Uherský Brod	53
Okolí	56

Tabulka 3: Bydliště respondentů



Obrázek 3: Bydliště respondentů

Bydliště respondentů v okolí Uherského Brodu

Okolí	Počet
Nivnice	11
Strání	8
Horní Němčí	5
Strání-Květná	5
Bojkovice	4
Korytná	3
Boršice u Blatnice	2
Březová	2

Pašovice	2
Prakšice	2
Suchá Loz	2
Vlčnov	2
Šumice	2
Bánov	1
Dolní Němčí	1
Lhotka	1
Rudice	1
Záhorovice	1
Neuvedeno	1

Tabulka 4: Bydliště v okolí Uherského Brodu

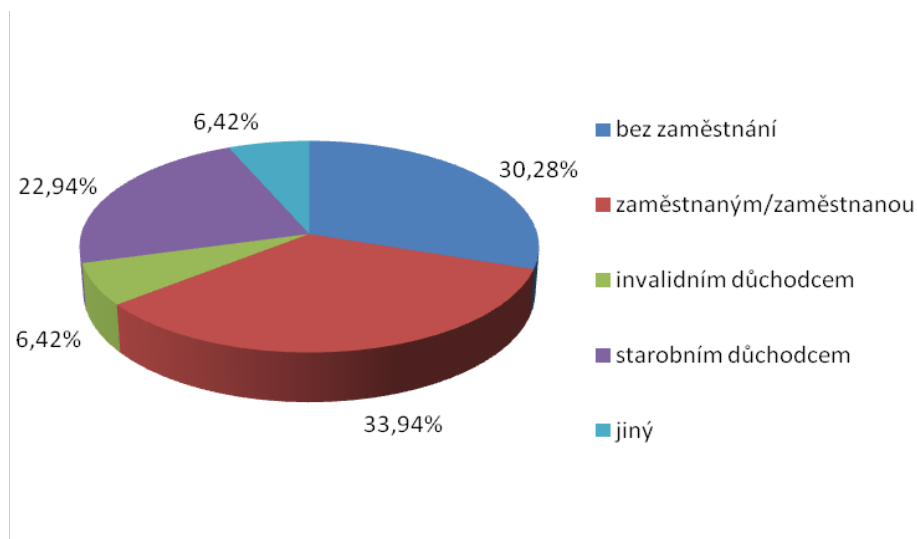
4. Otázka – pečující

Skladba pečujících je uvedena v tabulce 5 a graficky znázorněna na obrázku 4.

Odpověď „jiný“: 3 respondenti jsou na mateřské dovolené, 1 respondent je studující, 1 osoba samostatně výdělečně činná, 1 zaměstnaný invalidní důchodce a 1 respondent nena-psal do zaškrtnuté možnosti jiný nic.

Pečující	Počet
bez zaměstnání	33
zaměstnaným/zaměstnanou	37
invalidním důchodcem	7
starobním důchodcem	25
jiný	7

Tabulka 5: Pečující



Obrázek 4: Pečující

5. Otázka – společná domácnost

To zda pečující osoba bydlí se zdravotně postiženým či nikoliv je uvedeno v tabulce 6.

Společné domácnost	Počet	Procent
ano	94	86,24%
ne	15	13,76%

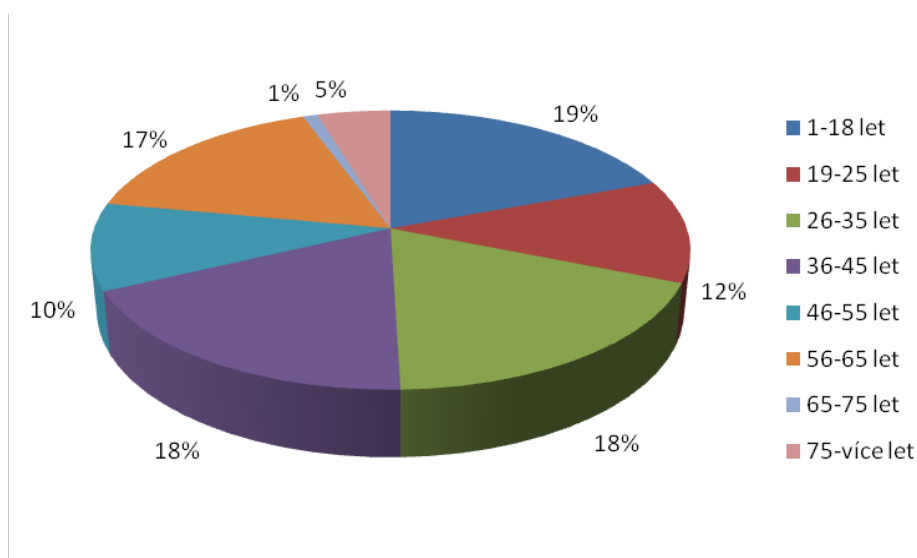
Tabulka 6: Společná domácnost

6. Otázka – věk pečujících osob

Věk pečujících o zdravotně postiženou osobu blízkou je uveden v tabulce 7 a graficky znázorněn na obrázku 5.

Věk	Počet
1-18 let	21
19-25 let	13
26-35 let	20
36-45 let	20
46-55 let	11
56-65 let	18
65-75 let	1
75 a více let	5

Tabulka 7: Věk pečujících osob



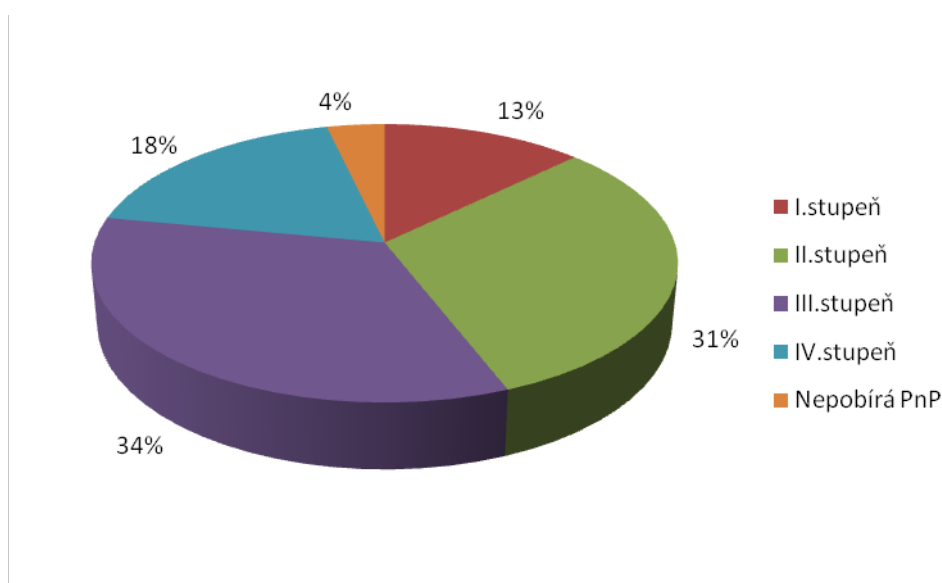
Obrázek 5: věk pečujících osob

7. Otázka – příspěvek na péči u zdravotně postižených

Tabulka 8 a obrázek 6 znázorňují počet zdravotně postižených vzhledem ke stupni závislosti na pomoci jiné osoby u zdravotně postiženého.

PnP	Počet
I. stupeň	14
II. stupeň	34
III. stupeň	37
IV. stupeň	20
Nepobírá PnP	4

Tabulka 8: Stupeň příspěvku na péči zdravotně postižených



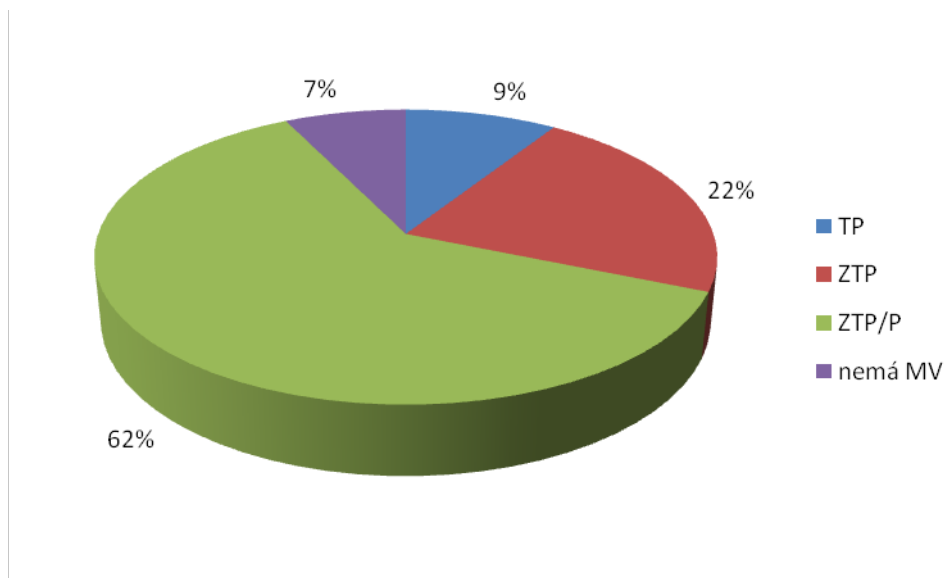
Obrázek 6: Stupeň příspěvku na péči zdravotně postižených

8. Otázka – mimořádné výhody u zdravotně postižených osob

Počet zdravotně postižených vzhledem ke stupni mimořádných výhod (MV) u zdravotně postižených osob je znázorněn v tabulce 9 a graficky na obrázku 7.

MV	Počet
TP	10
ZTP	24
ZTP/P	67
nemá MV	8

Tabulka 9: Mimořádné výhody u zdravotně postižených



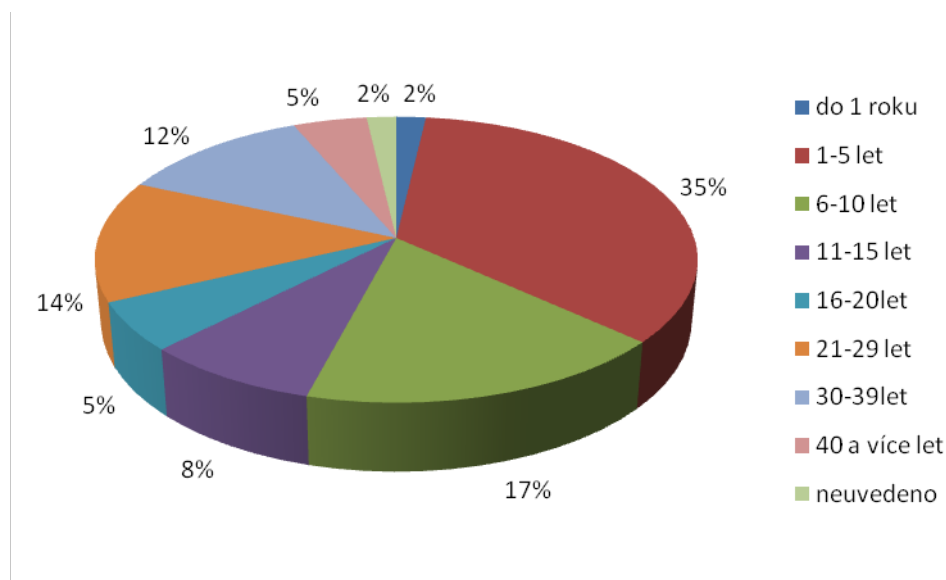
Obrázek 7: Mimořádné výhody u zdravotně postižených

9. Otázka – délka péče o zdravotně postiženého

Délka, po kterou osoby blízké pečují o zdravotně postižené je uvedena v tabulce 10 a graficky znázorněna na obrázku 8.

Délka	Počet
do 1 roku	2
1-5 let	38
6-10 let	19
11-15 let	9
16-20let	6
21-29 let	15
30-39let	13
40 a více let	5
neuvedeno	2

Tabulka 10: Délka péče o zdravotně postiženého



Obrázek 8: Délka péče o zdravotně postiženého

4.4.2 Složení respondentů u rozhovoru

Respondent 1 (dále jen R1)

Žena ve věku 66 let. Pečuje o svoji mentálně postiženou dceru – 43 let a tělesně postiženého manžela – 66 let (po mozkové příhodě ochrnutý, má také amputovanou nohu). Společně s nimi bydlí v Uherském Brodě. Dcera je postižená od narození, manžel 2 roky. Dcera navštěvuje chráněnou dílnu v Domově pro osoby se zdravotním postižením.

Respondent 2 (dále jen R2)

Žena ve věku 70 let. Pečuje o svoji mentálně postiženou dceru – 47 let. Vdova, bydlí v Uherském Brodě společně se zdravotně postiženou dcerou a synem, který má problémy s alkoholem. Dcera je postižená od kojeneckého věku.

Respondent 3 (dále jen R3)

Žena ve věku 62 let. Pečuje o tělesně postiženou dceru 38 let (roztroušená skleróza - upoutaná na invalidní vozík) a mentálně postiženého syna – 30 let, také pečuje o starou matku. O syna pečuje od narození, o dceru 9 let. Bydlí s manželem a zdravotně postiženými dětmi

v Uherském Brodě. Syn dochází do charitní terapeutické dílny v Uherském Brodě. Respondent je aktivní, spolupracuje s komunitním plánováním města Uherský Brod. Se skupinkou pečujících (především rodičů) se podílel na zbudování Denního stacionáře v Uherském Brodě.

Respondent 4 (dále jen R4)

Žena ve věku 52 let, zaměstnaná. Pečuje o svoji mentálně postiženou dceru - 28 let, kromě mentálního postižení má také oční postižení a špatné držení těla, špatnou chůzi. Bydlí s manželem a dětmi ve Strání. Dcera je přes pracovní týden v chráněném bydlení na Kociánce v Brně. Dcera je zdravotně postižená od narození.

Respondent 5 (dále jen R5)

Žena ve věku 32 let, pracující částečný invalidní důchodce (práce spíše příležitostně, brigády). Pečuje o svého tělesně postiženého bratra – 43 let, upoutaného na invalidní vozík (po autonehodě). R5 bydlí s manželem, dětmi a svou matkou ve Strání, bratr bydlí ve vzdáleném městě. Dříve docházeli vypomáhat pečovatelky, pečovatelská služba je však v místě pobytu bratra zrušena. Péče o bratra trvá 5 let.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Vyhodnocení dotazníků

10. Otázka – Když jste se dověděl/a o zdravotním postižení blízké osoby, získával/a jste nové informace týkající se jejího stavu?

Tabulka 11 znázorňuje, kolik osob se informovalo na téma související se zdravotním postižením osoby blízké. Z tabulky je zřejmé, že téměř 93 % respondentů se zajímalo o problematiku zdravotního postižení.

	Počet	Procent
ano	101	92,7%
ne	8	7,3%

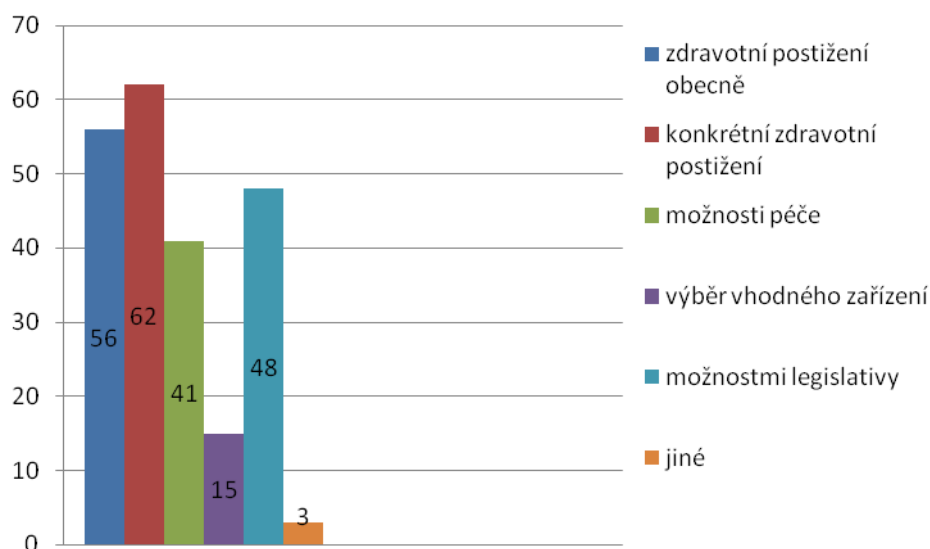
Tabulka 11: Získávání informací

11. Otázka – Získané informace se týkali tématu:

V této otázce měli respondenti možnost vybrat z více odpovědí. Tabulka 12 a obrázek 9 znázorňují, o co se respondenti nejvíce zajímali. 62 respondentů se zajímalo o konkrétní zdravotní postižení, 56 o zdravotní postižení obecně. 48 respondentů se zajímalo o možnosti legislativy (získání nároku na důchod, žádosti o dávky pro zdravotně postižené, mimořádné výhody aj). 41 respondentů zajímalo téma možnosti péče a 15 respondentů výběr vhodného zařízení zabývající se péčí. 2 respondenti uvedli, že je zajímavé téma aktivit občanských sdružen osob se zdravotním postižením (dříve svaz invalidů), 1 respondent se zajímal o problematiku vysokého věku.

Téma	Počet
Zdravotní postižení obecně	56
Konkrétní zdravotní postižení	62
Možnosti péče	41
Výběr vhodného zařízení	15
Možnostmi legislativy	48
jiné	3

Tabulka 12: Téma informací



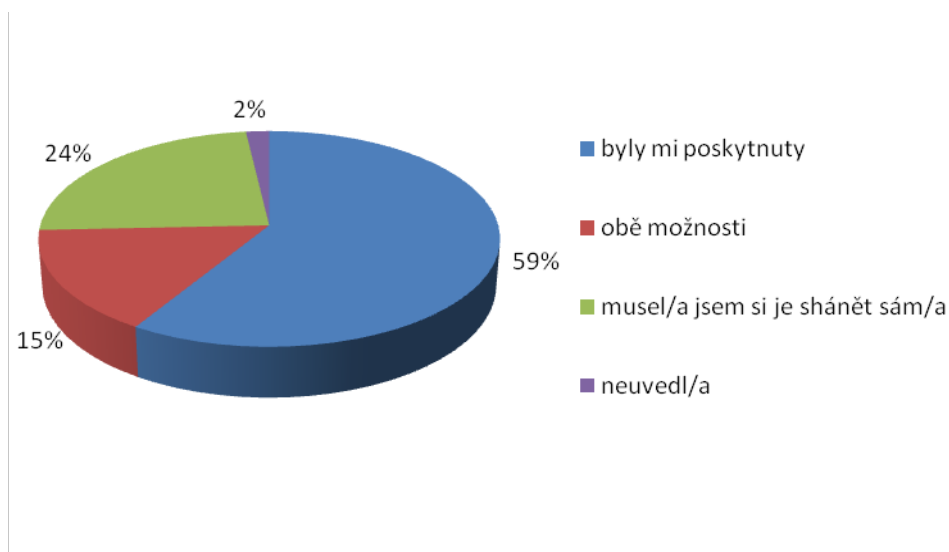
Obrázek 9: Téma informací

12. Otázka – Jakým způsobem jste informace získal/a?

Tabulka 13 a obrázek 10 znázorňují, zda respondentům byly informace o tématu zdravotního postižení poskytnuty nebo si je museli shánět sami. 17 respondentů uvedlo obě varianty. 2 respondenti neodpověděli.

	Počet
byly mi poskytnuty	64
musel/a jsem si je shánět sám/a	26
obě možnosti	17
neuedl/a	2

Tabulka 13: Způsob získávání informací



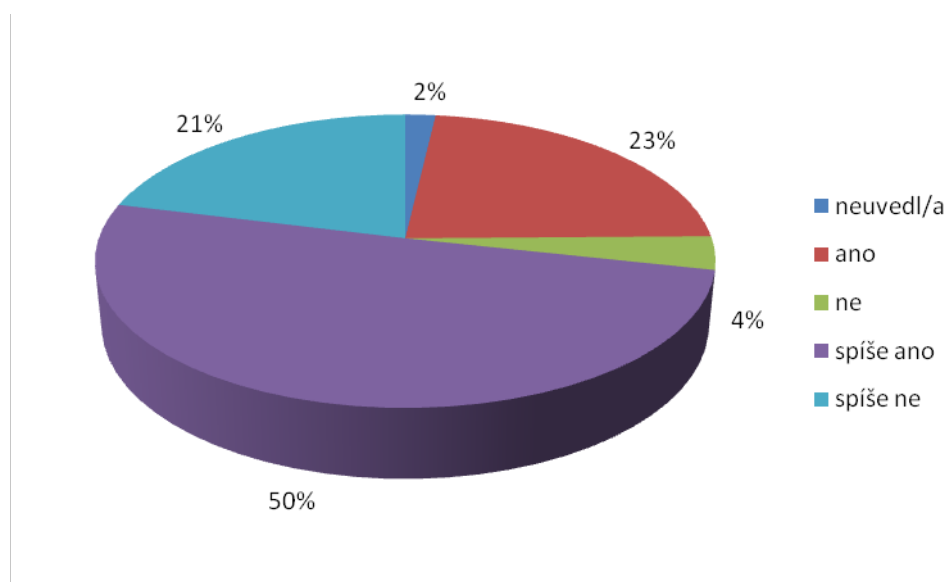
Obrázek 10: Způsob získávání informací

13. Otázka – Byly pro Vás informace snadno dostupné?

Zda byly informace pro respondenty snadno dostupné, ukazuje tabulka 14 a graficky zobrazuje obrázek 11. Pro 73% respondentů byly informace dostupné nebo spíše dostupné, pro 25 % nedostupné nebo spíše nedostupné, 2% respondentů neodpovědělo.

	Počet
ano	25
spíše ano	55
spíše ne	23
ne	4
nevedl/a	2

Tabulka 14: Dostupnost informací



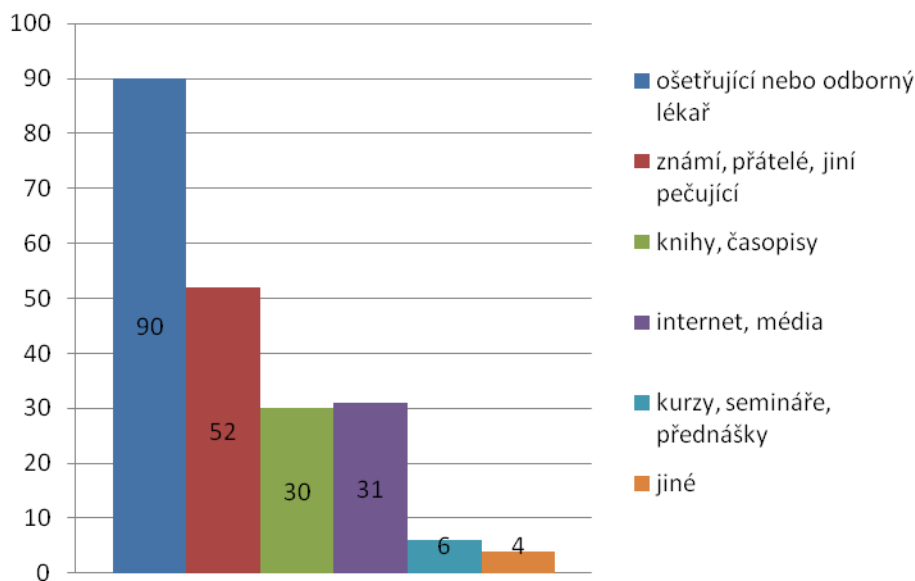
Obrázek 11: Dostupnost informací

14. Otázka – Jaký jste volil/a zdroj získávání informací?

V této otázce měli respondenti možnost zvolit více odpovědí. Nejvíce respondentů se dovědělo o problematice zdravotního postižení od lékařů, známých, přátel a jiných pečujících. Dalším zdrojem informací byl pro pečující internet a média, ale také knihy a časopisy. Pouze 6 respondentů volilo jako zdroj nových informací kurzy a semináře. V možnostech jiné uvedli respondenti, že se o tématu zdravotního postižení dozvěděli od pečovatelek, z kontaktního místa, sociálního odboru, z informací partnera nebo samotného zdravotně postiženého. Jeden respondent uvedl, že sám je zdravotník. Následující tabulka 15 a obrázek 12 znázorňují, odkud respondenti získávali informace.

Zdroj informací	Počet
Ošetřující nebo odborný lékař	90
Známí, přátelé, jiní pečující	52
Knihy, časopisy	30
Internet média	31
Kurzy, semináře, přednášky	6
jiné	4

Tabulka 15: Zdroj informací



Obrázek 12: Zdroj informací

15. Otázka – Vzděláváte se v současné době?

Tabulka 16 zobrazuje, kolik respondentů se v současné době vzdělává.

	Počet	Procent
ano	15	13,76%
ne	94	86,24%

Tabulka 16: Vzdělávání v současnosti

16. Otázka – Pokud ANO jaké oblasti se vzdělání týká?

Otázka 16 byla určena pro respondenty, kteří se v současné době vzdělávají. 3 respondenti odpověděli, že se vzdělávají v sociální oblasti, 3 respondenti ve zdravotnictví. Ostatní odpovědi byly po jedné a týkaly se vzdělávání v oblasti cizích jazyků, oblasti sociálních služeb a jejich dostupností, onemocnění dítěte a léčby, psychologie zdravotně postižených, rehabilitace, oblastí sociální služeb a legislativy, oblastí sociálně-zdravotní, školství, zdra-

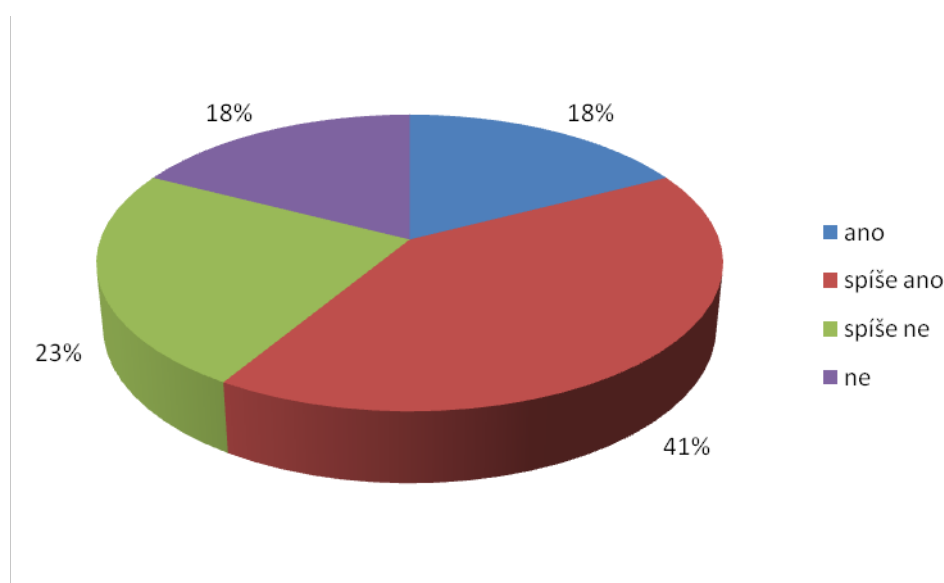
votního postižení a 1 respondent uvedl přímo kurz úřadu práce týkající se sociálních služeb.

17. Otázka – Pociťujete potřebu dalšího vzdělávání v dané oblasti v průběhu péče o blízkou osobu?

Tato otázka zjišťuje u respondentů skutečnost, zda pociťují potřebu se vzdělávat v průběhu péče o zdravotně postiženou osobu blízkou. 59% respondentů pociťuje potřebu se dále vzdělávat. Znázorňují to tabulka 17 a obrázek 13.

	Počet
ano	19
spíše ano	45
spíše ne	26
ne	19

Tabulka 17: Potřeba vzdělávání



Obrázek 13: Potřeba vzdělávání

18. Otázka – Víte o nějaké možnosti vzdělávání pečujících osob ve svém okolí?

Jen necelých 5 % respondentů ví o možnosti vzdělávání ve svém okolí. Respondenti uvedli možnosti vzdělávání ve svém okolí a to na Úřadě práce, v Charitě, v Centru zdravotně postižených ve Zlíně, Národní radě osob se zdravotním postižením ČR a 2 respondenti v organizaci Sdružení rovných šancí.

	Počet	Procenta
ano	5	4,59%
ne	104	95,41%

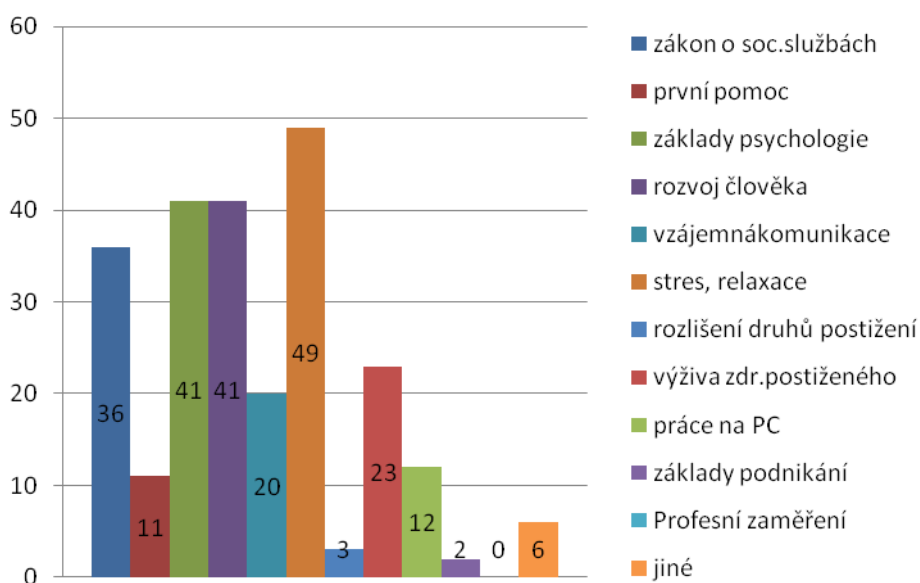
Tabulka 18: Možnost vzdělávání v okolí

19. Otázka – V jaké oblasti byste vzdělávání uvítal/a?

U otázky 19 měli respondenti možnost vybrat více odpovědí. Nejvíce projevíli zájem o téma stres a jeho zvládání a relaxační cvičení, dále pak o rozvoj člověka se zdravotním postižením a stejně také o základy psychologie v práci se zdravotně postiženým. Následovala témata zákon o sociálních službách a tematická legislativa, výživa zdravotně postiženého, vzájemná komunikace, práce na počítači, první pomoc, jiné a základy podnikání. Téma profesního zaměření nevedl ani jeden respondent. Odpověď „jiné“ obsahovala následující témata: 2 respondenti „naučit je psát a číst“ (zdravotně postižené osoby blízké), chráněná dílna v místě bydliště. 1 respondent nevedl téma a 1 respondent napsal, že jeho poznatky a vzdělání jsou dostačující. Názorně to zobrazuje tabulka 19 a obrázek 14.

Téma	Počet
zákon o sociálních službách	36
první pomoc	11
základy psychologie	41
rozvoj člověka	41
Vzájemná komunikace	20
stres, relaxace	49
rozlišení druhů postižení	3
výživa zdravotně postiženého	23
práce na PC	12
základy podnikání	2
profesní zaměření	0
jiné	6

Tabulka 19: Oblast vzdělávání



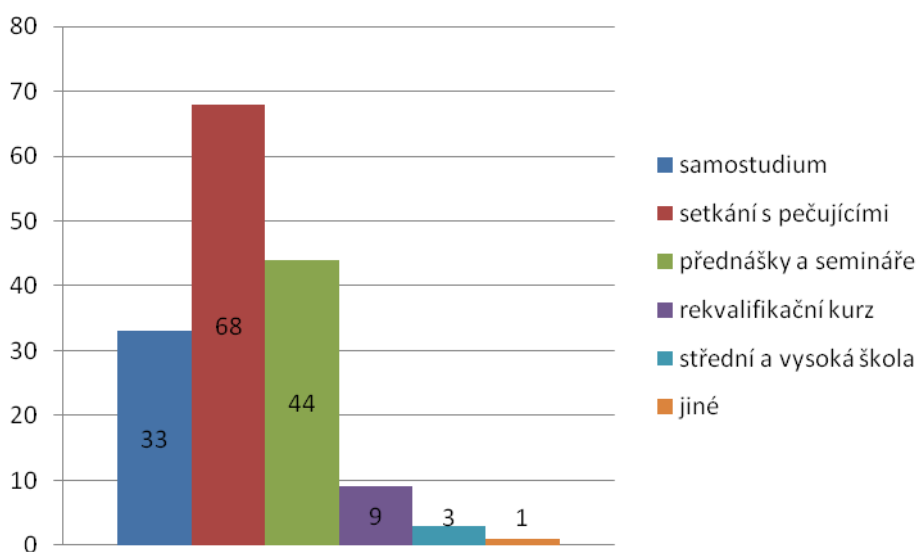
Obrázek 14: Oblast vzdělávání

20. Otázka – V jaké formě byste další vzdělávání uvítal/a?

U formy vzdělávání uvedlo nejvíce respondentů variantu setkání s jinými pečujícími a poté účast na přednáškách a seminářích odborníků a samostudium. Méně respondentů pak zvolilo formu rekvalifikačního kurzu nebo studia na střední nebo vysoké škole. Odpověď „jiné“ obsahovala, že by respondent rád získal informace na kontaktním místě. Počet odpovědí respondentů znázorňuje tabulka 20 a obrázek 15.

Forma	Počet
samostudium	33
setkání s pečujícími	68
přednášky a semináře	44
rekvalifikační kurz	9
střední a vysoká škola	3
jiné	1

Tabulka 20: Forma vzdělávání



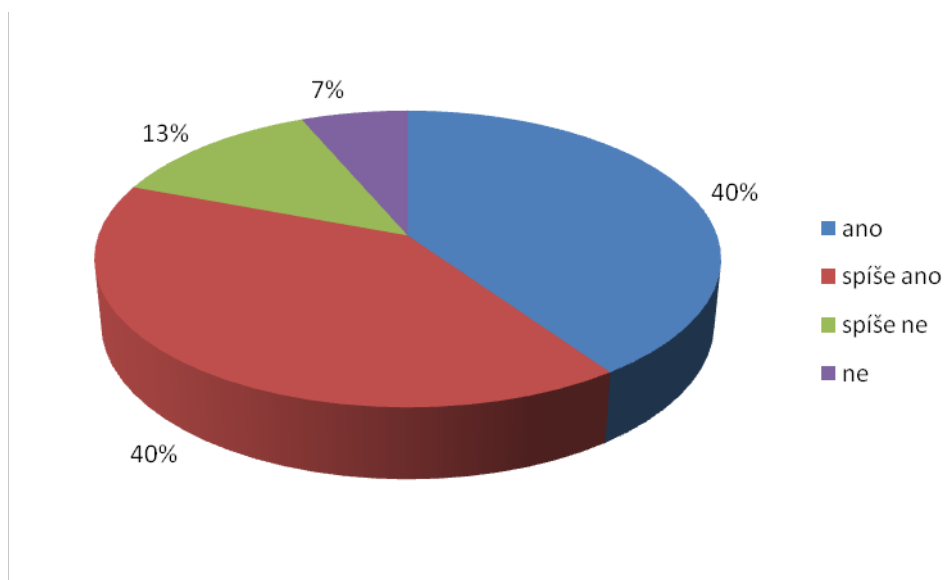
Obrázek 15: Forma vzdělávání

21. Otázka – Považujete celoživotní vzdělávání za důležité či přínosné ve spojitosti s péčí o blízkou osobu?

80 % pečujících osob považuje ve spojitosti s péčí o zdravotně postiženou osobu celoživotní vzdělávání za důležité nebo přínosné. Odpovědi jsou uvedeny tabulce 21 a graficky znázorněny na obrázku 16.

ano	44
spíše ano	44
spíše ne	14
ne	7

Tabulka 21: Důležitost vzdělávání



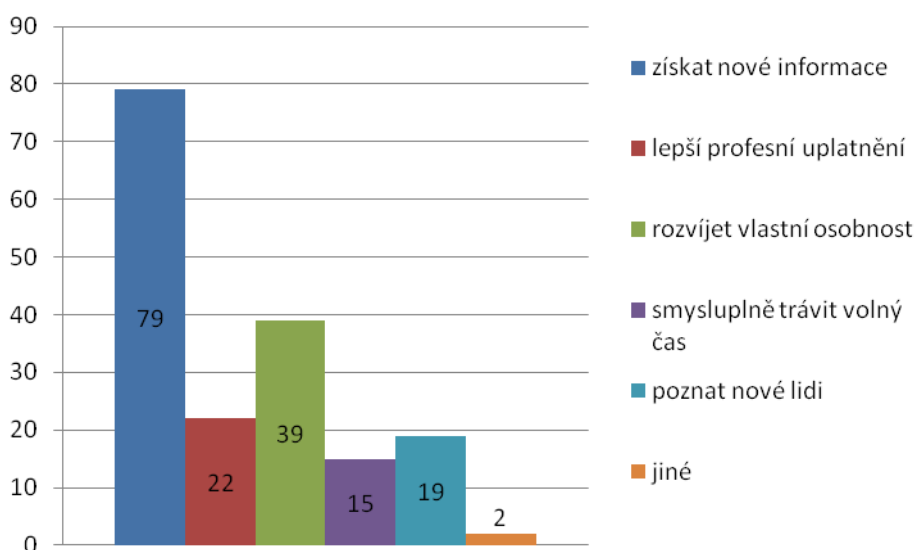
Obrázek 16: Důležitost vzdělávání

22. Otázka – V čem považujete celoživotní vzdělávání za přínosné?

U otázky 22 mohli respondenti zvolit více odpovědí. Přínos vzdělávání spatřují především v získání nových informací a naučení se něčemu novému a v rozvíjení vlastní osobnosti. Pro některé respondenty znamená vzdělávání také lepší profesní uplatnění, seznámení se s novými lidmi a také smysluplné trávení volného času. Odpověď jiné obsahovala odpovědi – v ničem, pomáhat a zapojovat postiženého. Počty odpovědí znázorňuje tabulka 22 a obrázek 17.

získat nové informace	79
lepší profesní uplatnění	22
rozvíjet vlastní osobnost	39
smysluplně trávit volný čas	15
poznat nové lidi	19

Tabulka 22: Přínos vzdělávání



Obrázek 17: Přínos vzdělávání

23. Otázka – Byli byste ochotni za vzdělávání zaplatit?

Tabulka 23 zobrazuje, kolik respondentů by bylo ochotno za vzdělávání zaplatit.

	Počet	Procent
ano	68	62,4%
ne	41	37,6%

Tabulka 23: Ochota platit za vzdělávání

V tabulce 24 je vyjádřen podíl respondentů, kteří by za vzdělávání zaplatili a kteří nikoliv.

		Byli byste ochotni za vzdělávání zaplatit?			
		ano		Ne	
		Počet	Procenta	Počet	Procenta
Pečující	bez zaměstnání	14	42,4%	19	57,6%
	invalidním důchodcem	5	71,4%	2	28,6%
	jiný	4	57,1%	3	42,9%
	starobním důchodcem	19	76,0%	6	24,0%
	zaměstnaným/zaměstnanou	26	70,3%	11	29,7%

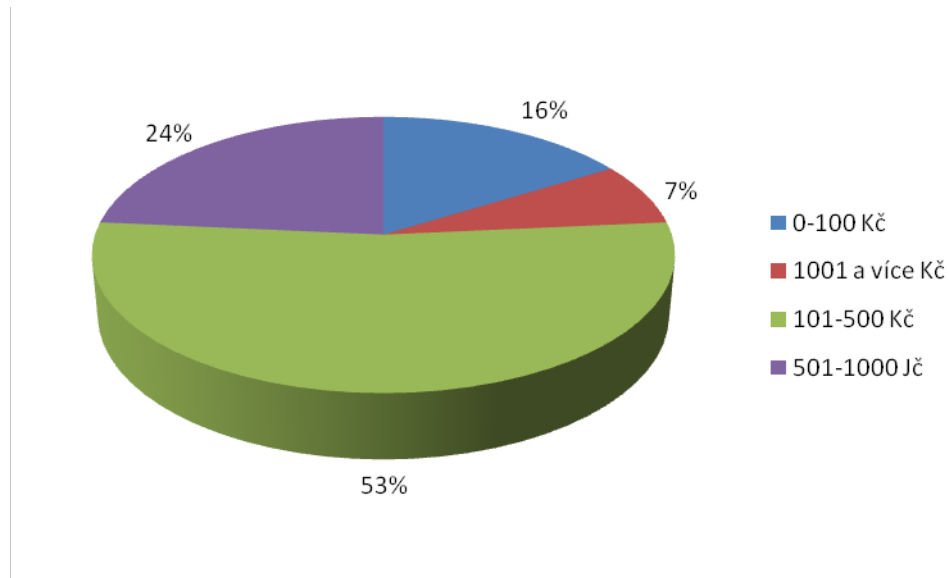
Tabulka 24: Podíl respondentů ochotných platit za vzdělávání

24. Otázka – pokud ANO jakou částku?

Následující tabulka 25 a obrázek 18 znázorňují jakou částku je ochotno 68 respondentů zaplatit za vzdělávání. Nejčastěji by byli respondenti ochotni za vzdělávání zaplatit částku v rozmezí od 101 Kč do 500 Kč.

Částka	Počet
0-100 Kč	11
101-500 Kč	36
501-1000 Kč	16
1001 a více Kč	5

Tabulka 25: Výše částky platby za vzdělávání



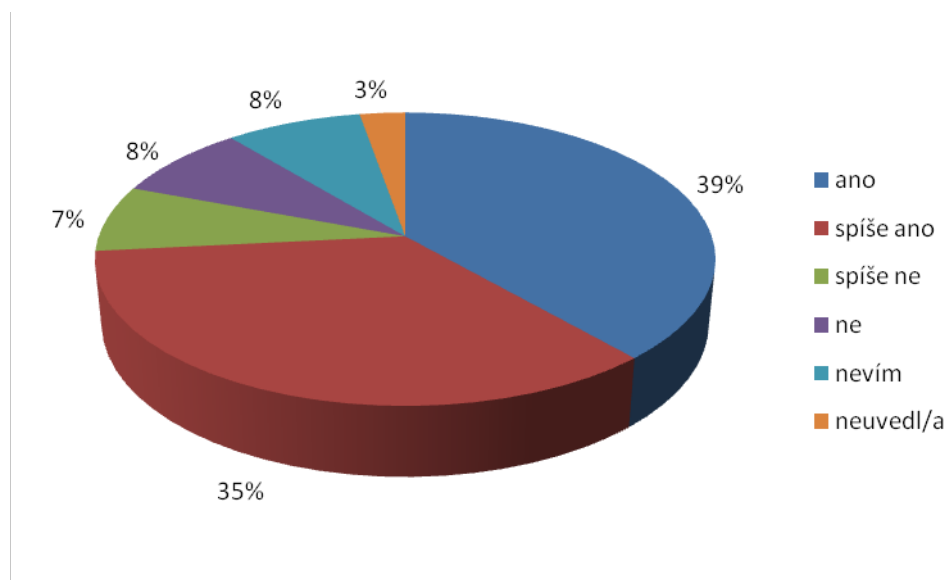
Obrázek 18: Výše částky platby za vzdělávání

25. Otázka – Pokud by se vzdělávání uskutečnilo v místě vašeho bydliště či blízkém okolí, zúčastnil/a byste se?

Téměř $\frac{3}{4}$ respondentů by se zúčastnilo vzdělávání v místě bydliště či jeho okolí, s jistotou odpovědělo 39 % respondentů. 8 % respondentů ještě neví, zda by se zúčastnili a 3 respondenti na otázku neodpověděli.

	Počet
ano	42
spíše ano	38
spíše ne	8
ne	9
nevím	9
nevedl/a	3

Tabulka 26: Účast na vzdělávání v okolí



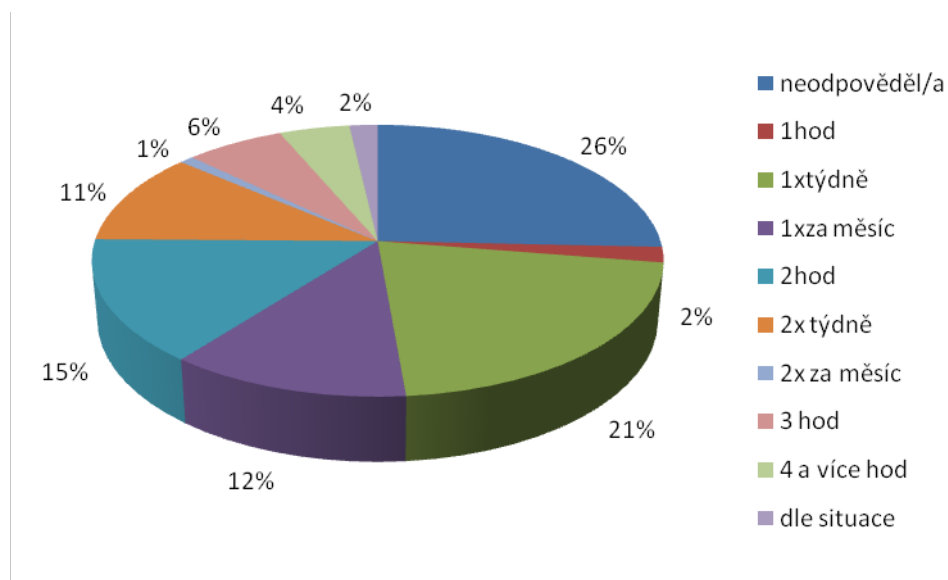
Obrázek 19: Účast na vzdělávání v okolí

26. Otázka – kolik času byste mohli/a tomuto vzdělávání věnovat?

Otázka 26 byla otevřená, respondenti sami napsali, kolik času by mohli vzdělávání věnovat. Odpovědi jsem rozdělila do kategorií, kterou jsou uvedeny v tabulce 27 a graficky znázorněny na obrázku 20

	Počet
1hod	2
2 hod	16
3 hod	7
4 a více hod	5
1x týdně	23
2x týdně	12
1x za měsíc	13
2x za měsíc	1
dle situace	2
neodpověděl/a	28

Tabulka 27: Čas na vzdělávání



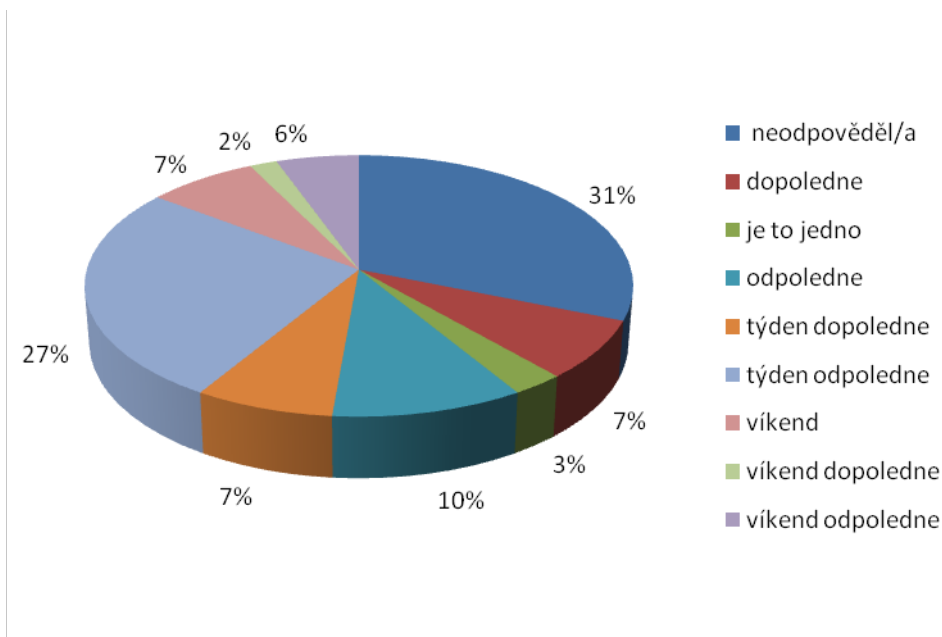
Obrázek 20: Čas na vzdělávání

27. Otázka jaký čas by vám nejvíce vyhovoval?

Stejně jako u předchozí otázky si respondenti sami zvolili čas, který by jim nejvíce vyhovoval. Odpovědi jsem rozdělila do kategorií, které jsou uvedeny v tabulce 28 a graficky znázorněny na obrázku 21. Odpověď navečer jsem uvedla v kategorii odpoledne.

	Počet
dopoledne	8
odpoledne	11
týden dopoledne	8
týden odpoledne	29
víkend	8
víkend dopoledne	2
víkend odpoledne	6
je mi to jedno	3
neodpověděl/a	34

Tabulka 28: Vhodná doba



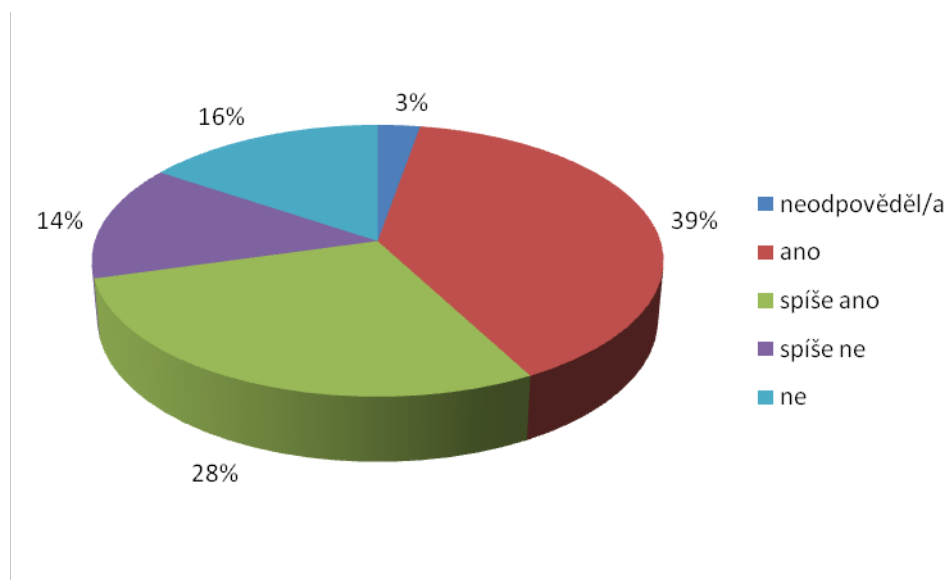
Obrázek 21: Vhodná doba

28. Otázka – máte možnost zajistit péči o blízkou osobu jinou osobou po dobu vzdělávání se?

Následující tabulka 29 a obrázek 22 znázorňují, kolik respondentů by mělo možnost zajistit péči v době jejich nepřítomnosti a účasti na vzdělávání. 67 % respondentů má možnost nebo spíše má možnost zajistit péči o zdravotně postiženého člena v době jejich nepřítomnosti na vzdělávání, 30% tuto možnost nemá nebo spíše nemá, 3% respondentů neodpovědělo.

	Počet
neodpověděl/a	3
ano	43
spíše ano	31
spíše ne	15
ne	17

Tabulka 29: Možnost zajištění péče



Obrázek 22: Možnost zajištění péče

5.2 Vyhodnocení rozhovorů

Data ze zaznamenaných rozhovory byla přepsána na tzv. záznamové archy a pomocí metody zakotvené teorie roztržena do několika celků. Pro vytvoření celků jsem použila techniku otevřeného kódování. Otevřené kódování je metoda, kdy je text rozebrán na jednotky, kterým je přiřazen kód (jména) a s těmi pracujeme dál, seskupujeme kódy podle podobnosti. (Švaříček, 2007)

Vzniklé kategorie:

- Zdravotní postižení a péče
- Bez rodiny by to šlo jen stěží
- Dostupnost informací
- Moje ideální vzdělávání

5.2.1 Zdravotní postižení a péče

Přestože takto kapitola se netýká přímo vzdělávání pečujících, chci v ní poukázat na to, kolik času jim péče zabere a co všechno obnáší. Tato kategorie vznikla na základě následujících kódů:

- Dělam všechno

- Stud
- Nepochopení
- Běh času
- Celodenní práce

Všech pět respondentů odpovědělo, že zdravotně postiženým musí dělat vlastně všechno. Někteří to vyjádřili opravdu jedním slovem, jiní popisovali celou škálu věcí. Na otázku co péče obnáší nebo co musí zdravotně postiženým udělat, odpověděli: R1 „...Všecko, oběma...“, R5: „...tak u nás to teď bylo tak, že jsme museli všechno...“. U R4 v odpovědi zaznělo také „...jako všecko...“. Přestože někteří respondenti uvedli, že zdravotně postižení rodinní příslušníci se do něčeho zapojují, potřebují alespoň dohled. R2 „...Na všecko dohlédát, umyje nádobí, to teda fakt, to udělá, to ji musím hlídat to je fakt...“, další odpověď zněla obdobně R3 „...Dceři musím dělat vše a synovi, no syn potřebuje u všeho dohled, no kdybych ho nechala něco dělat, musí mít dohled...“. Další dva respondenti vyjmenovávali, co vše musí zdravotně postiženému udělat, co péče obnáší R4 : „...je to náročné, protože sama si nic nevybaví, takové peníze jestli má tisícovku nebo stovku v tom taký rozdíl nevidí..., no a vyprat, nakupit s ňu, jídlo, prostě ona si to neumí nachystat. ... zuby třeba si vyčistí, ale to s nátlakem, tu hygienu. Ona nevydrží ani u práce, jak je sama, není udělaná, nestojí za nic, prostě ... Dřív byla jen doma, tak to jsme sa snažili jí věnovat co nejvíc.“. R5 se u spousty otázek vracela k tomu, co všechno péče obnáší: „museli jsme ho krmit, dávat pit přes slámku..., jsme ho museli otáčat, umývat, posadit, to až po delší době ... když šel na záchod přebalovat, pak umyt, oleženiny natírat,... nakoupit, uklidit, prostě co se týkalo veškerých prací doma, starat se o něho... Když šel na záchod tak víš jak, měl cévku, tak to musíš všechno podat, vyumývat, vyhodit, když šel na velku, tak ještě horší...“

Péče o zdravotně postiženého neznamena pouze zabezpečit mu jídlo a zajistit nějakým způsobem po zdravotní stránce. Pečující se snaží, aby zdravotně postižení nebyli izolovaní, snaží se je zapojovat do sociálních vztahů a aktivit, např. do nákupů, vyřizování, sousedských vztahů. Často se však setkávají s nepochopením svého okolí: R1 „...Když člověk s ňu ide, ona furt mele, mele a lidi se otáčí, hledí na ňu, tak jí říkám ticho bud', katastrofa...“. R2 odpovídá: „...Prakticky ju považujú za normální a vidijou, že je protivná, drzá a jdou mi to žalovat, ale nevidijou to, že je postižená, a to mě tak rozčiluje...“.

Zdravotní postižení se může v průběhu času změnit jak k lepšímu, tak k horšímu, o tom mluví především R2: „... dřív pomáhala víc poumývala země, i schody venku zametla a teď někdy to nádobí, ale to je s křikem... „, a také „...ona dřív tak nekřičávala, když mluví...“. R5 popisuje situaci svého bratra „...celkově byl ochrnutý, pak se to začalo zlepšovat, takže je ochrnutý, ale ruce už jakž takž začínají fungovat... Teď už zvládne přesun vlastně z postele na vozík, z vozíku na vanu, to už se teda pomaličky snaží, no ale vlastně pracuje jen téma rukama, takže počítač, využívá počítač, a auto konečně, on má upravené...“ R5 také popisuje, jak probíhala péče, když postižení vzniklo a jak je tomu teď, uvádí, že je v tom velký rozdíl: „...když jsme začínali tak jsme nevěděli na co se zaměřit vlastně, a málokdo dokázal vysvětlit ten pocit nebo to jak by mu dokázal pomoci, v tu dobu vlastně všichni dělali všechno, když jsme začínali a teď už vlastně víš na co se soustředit víc a na co méně...“.

Z kapitoly je zřejmé, že péče o zdravotně postiženého obnáší spoustu úkonů, které musí pečující každý den udělat. Péče o mentálně nebo tělesně postiženého má svá specifika, ale náročnost této práce jak tělesná, psychická nebo časová je nesporná. Sami respondenti vědí, že se jedná o celodenní práci: R3 „... musí mít dohled, prostě celodenní dohled, jak to má v chráněné dílně, tak to má doma...“. R5 „...není to hodinová práce, vlastně celodenní práce se o něho starat...“.

5.2.2 Bez rodiny by to šlo jen stěží

Pokud se pečující chtějí dále vzdělávat, často potřebují mít nejen dostatek času, ale po dobu, kdy si cokoli vyřizují nebo věnují něčemu jinému než péči, zajištěnou péči o zdravotně postiženou osobu. Tato kategorie vznikla na základě následujících kódů

- Rodina
- Opora
- Spolupráce
- Osamocení
- Obavy

Pomoc rodiny vzpomněl každý respondent. Přesto, že někteří ze zdravotně postižených navštěvují např. terapeutické dílny, pomoc a zapojení rodinných příslušníků je pro respondenty nesmírně důležité. R3 má podporu hlavně v manželovi, odpovědi byli stručné.

Na otázku zda někdo pomáhá s péčí odpověděl: „...manžel...“, u jiné otázky R3 také poukazuje na manžela: „...mám oporu v manželovi...“.

Na otázku zda někdo pomáhá s péčí R4 odpověděl „...tak zapojila se celá rodina, manžel, děčka...“. U R4 je do péče zapojená celá rodina, zdravotně postižená dcera jezdí již několik let každý týden do Brna do zařízení, a sourozenci jí dělají doprovod, aby nemuseli jezdit rodiče. Ostatní děti R4 v Brně studovali nebo studují, a přesto, že se dostaly i na jiné školy v jiných městech, zvolili právě Brno „...všecky děčka tam studovaly, Martin ten bratr šel studovat schválně do Brna, aby jsme to měli usnadněné, protože i z práce s nů jezdit, takže ju vozil tam aj zpátky. Eště tam jezdila aj Magda a ted' Toňo...“. (pozn. Martin, Magda, Toňa - sourozenci zdravotně postižené. Magda studovala v Ostravě, přestoupila do Brna, Toňa se dostal na vysokou školu i do Prahy, studuje však v Brně).

R 5 uvádí také, to že pečuje více členů rodiny „...pomáháme mu s péčí my, pak tam byly zdravotní sestry, no když tak se střídáme u něho, kdyžtak tam jde maminka nebo já nebo ségra, ta je tam. Kdyžtak tam jedeme na 14 dnů, tři týdny, aby tam někdo byl z rodin... aj kluci se už zapojujú...“. (pozn. kluci – synové zdravotně postiženého)

R1 je na péči sama, přesto vzpomíná pomoc manžela: „... jsem na to sama, dřív s Renatou manžel, ted' mám na starosti i jeho...“, stejně tak vzpomíná pomoc manžela i R2: „...tatínek, teda manžel, šak vám říkám to on vyřizoval, já ne...“. R2 se pár dnů před rozhovorem vrátil z nemocnice a ze slov bylo znát obavy, jak by to bylo s péčí o dceru, kdyby nemohla ona: „...ti kluci jsou takový ne no já nevím, jsou to kluci, mají svoje zájmy a ani nevím kde jsou, aby se o ni postarali, i když ten nejstarší snad jo, ale toto, ten mladší...“ (povzdech a mávnutí rukou). Sama si poté ztěžuje na své zdravotní problémy a uvádí, proč ještě není v nemocnici „...Sem podepsala reverz...“. Při rozhovoru vzpomíná, že když byla v nemocnici měla oporu jak v sousedkách, tak i ve starším synovi. „...když jsem ted' byla ty tři dny pryč tak mě chtěli nebo ji oběd, já mám teda syna, který umí vařit...ale už jsem měla nabídku třeba vedle paní, že jí udělá oběd...“. Když ji syn zavezl do nemocnice „...tak ji musel dat tady vedle sousedce...“.

5.2.3 Dostupnost informací

Když se pečující dověděli o zdravotním postižení blízké osoby, každý si musel informace shánět sám. U každého respondent onemocněl jejich blízký v jiné době, rozmezí doby je od

47 let do 5ti let, proto také odpovědi jsou často odlišné. Tato kategorie vznikla na základě následujících kódů:

- Lékaři
- Známi
- Další zdroje informací
- Internet je náš pomocník
- Na všechno se ptát
- Téma
- Minulost x současnost

4 respondenti uvedli, že se informace týkající se zdravotního postižení dověděli od lékařů, vzpomínali na to jak kladně tak záporně R1 uvedl, že informace ke zdravotnímu stavu dce-ry poskytl: „...*Doktor... to byl známý...*“ manžel byl v nemocnici, poté ho R1 nechal převzt do jiné: „...*a tam mi vlastně řekli co a jak, co to obnáší...*“. Podobně se vyjadřuje i R3, že informace poskytl známý lékař: „...*my jsme měli hodně podporu ve známých lékařích...*“, také však uvádí, že některé informace „...*vyčetli jsme z literatury...*“. R5: „...*doktora ... doktorů jsme se ptali...*“, R4 si na přístup lékaře spíše stěžuje „...*a pan doktor, sem sa na něj obracela a jemu sa zdála v pořádku...*“. Dalším důležitým zdrojem jsou pro respondenty známí: R2: „...*nebyť paní Holíkové, tak nemám nic...*“, R4 uvádí, že informace získala „...*tu od lidí, co měli někoho podobně postiženého...*“.

Jako další zdroj informací respondenti uvádí kromě známých a ostatních v podobné situaci také např. některé instituce R3 „...*rscentru..., tak tam nám poskytli informace...*“. R4 „...*poradili na té Kociánce... Magda, dcera studovala speciální pedagogiku...*“, R5 uvádí více možností „...*jak chodil na tu rehabilitaci...sem se ptala tých pečovatelek...chodil na cvičení, tak jsme chodili s ním, aby nám ty sesřičky řekly přesně jak s ním doma...nejvíc polohovat... jsme se ptali, kdo o tom něco věděl...*“, zdravotně postižený „...*jezdil do Paraplíčka tak tam se ptal kamarádů... časopisy, taky jsme se dívali... někoho jsme našli, ... tak zavolal, zda se můžeme zastavit...*“.

Informace na co mají respondenti a jejich rodinní příslušníci nárok si většinou museli shánět sami. Respondenti odpovídali většinou na otázku, odkud získali informace právě již zmiňované lékaře, a na otázku jak se dověděli to, na co mají jejich blízcí nárok, odpovídali

ve většině případů, že si to zjistili sami nebo od známých v podobné situaci. R3 *“... To jsme si museli vyčíst sami, protože to neřekne nikdo...”* R4 *“...sami...”*, R5 *“...to sami, sami...”*.

R2 uvedla, že v zařízení, kde byla dcera umístěna informace *“...neposkytli, jen chtěli peníze...”*. R1 říká, že pokud *“...se něco dozvím tak jdu třeba na sociálku a tam se zeptám...”*.

Respondenti také uvedli rozdíly v získávání informací v minulosti a dnes: R1 nevidí rozdíl v získávání informací *“...člověk se musí spíš ptát a zjišťovat... ani nemáte kde získávat, kdybyste aj chtěla, nikdo neporadí, neřekne...”*.

R2 uvádí: *“...Ted' je to lepší já jsem teda moc nebyla na těch úřadech jako, ale je to ted' lepší, ta informovanost, aj když ted' tady byla vy, aj tá paní ted' jsem se mohla zeptat.. no a předtím...”* (mávla rukou). pozn. Vy – pracovala jsem na sociálním odboru, když zdravotně postižené končila platnost příspěvku na péči, byla jsem na sociálním šetření, „aj tá paní“ – kolegyně, co je místo mě). Dle R3 se především liší obsah informací *“...Informace jsou obsažnější a není tam nic zkresleného,... daleko víc ten lékař řekne...”* R4 popisuje, že dříve k tématu zdravotního postižení *“...nikdo moc neřekl, ted' se o tom mluví otevřeně...”*.

Témata, o která se pečující zajímali, se liší dle druhů postižení. Odpovědi R3 k tématu *“...zda se tato nemoc dá vůbec léčit,...cvičení,...”*. Dále uvádí, že *“...co se dá využíváme, zjišťujeme co se dá léčit, jestli je nějaký nový lék něco podpůrného,... každého stébla se chytáme”*.

R5 a jeho rodina se nejvíce zajímali jak bratrovi *“...co nejvíc pomoci, aby ho nic nebolelo, aby se cítil uvolněný ...”*. R5 také mluví o tom, že sám zdravotně postižený se snažil získávat informace od lidí, kteří si prošli situací, ve které je on sám: *“...se ptal kamarádů jak na tom byli, co dělali, kam jezdili, co mu nejlíp dělalo, ...chtěl to vidět na vlastní oči, jak to vlastně probíhá...”*.

V dnešní době je velkým a důležitým pomocníkem pro vzdělávání a získávání informací internet. Pouze 1 respondent (R2) internet jako zdroj nových informací nevedl. Pokud respondenti neumí sami s internetem pracovat, informace týkající se péče, či zdravotního postižení vyhledávají sami zdravotně postižení nebo jiní rodinní příslušníci. R1 *“...Něco přečtu aj na tom internetu nebo se něco dozvím...”*, R3 mluví o tom, že zdravotně postižená dcera získává informace přes internet: *“...No a Lenka ted' přes internet...”*. R4 sama s internetem neumí pracovat, ale její děti i manžel se zajímají o témata související s péčí

o zdravotně postiženou ještě více než v minulosti „... protože se dost doví přes ten internet. Já s tím neumím...“

R5 vzpomíná, že internet moc nevyužívá „...internet teda moc ne...“, ale její zdravotně postižený bratr již může hýbat rukama „...takže počítač, využívá počítač...“ a dá se předpokládat, že jej využívá k získávání informací a komunikaci s jinými zdravotně postiženými.

5.2.4 Moje ideální vzdělávání

Přestože se pečující v minulosti museli sebevzdělávat a informace si shánět pro ně z dostupných zdrojů, je otázka zda by měli o další vzdělávání zájem a jak by si toto další vzdělávání představovali. Tato kategorie vznikla především z následujících kódů:

- Nové informace
- Přednášky
- Zkušenosti
- Sdílení

Dobu, kdy by měli čas, uvedli respondenti různou. 2 respondenti uvedli dopoledne, 3 respondenti odpoledne.

R3 byl jediným, kdo nevzpomněl setkávání s jinými pečujícími, možná proto, že je zapojený do různých aktivit, kdy se s jinými pečujícími setkává. Uvedl, že by chtěl „...nějaké přednášky...“ ty by měli informovat: „...hlavně o těch pomůckách, protože to je důležité...“. Ostatní respondenti se k přednáškám a přednášejícím vyjádřili spíše negativně. R1 neuznává přednášku odborníka bez zkušeností „...takových kdo nemá šajnu o tom, to je o ničem...“. R2 se už na přednášky moc necítí „...kurzy to néé ty přednášky tomu člověk ani tak nějak nerozumí...“.

Ostatní respondenti o přednášky nemají velký zájem, považují je za nepřínosné, ale rádi by se setkávali s ostatními pečujícími, popřípadě postiženými, a byli by rádi, pokud by jim oni sdělili své zkušenosti a povídali na různá témata. R1 si představuje další vzdělávání formou setkání s jinými pečujícími, kteří mohou mít dlouholeté zkušenosti: „...kdo jako má někoho v rodině, a prostě jak se o něho stará a co dál, třeba co to obnáší ... a ví co dál...“.

R2 se vyjádřila k ideálnímu vzdělávání, že by se jí líbilo „...Setkávání s těma jinými pečujícími, přednášky ... to předání zkušeností, to bych uvítala...“.

R4 na otázku jak si představuje ideální vzdělávání nebo kurz odpověděla: „...no kurz...?? Spíš bych brala to setkávání s tyma ostatníma co pečujů ...“. Důvod právě této volby vidí především v tom, že by se „...mohla podělit o ty starosti a problémy, a že by aj oni řekli, jaké mají problémy nebo zkušenosti, vyslechnout jiných. Prostě že nejsem sama v takové situaci...“. R5 by také volil formu spíše svépomocné skupiny, že mluvit by měl „... spíš ten, kdo tím prošel nebo prochází, kdo už něco o tom ví ... když ti to řekne doktor, tak je to něco jiného ...“.

Přestože, 3 respondenti odpověděli, že by měli zájem pouze o setkávání s ostatními pečujícími, věřím, že by nepohrdli návrhem, který vyslovil R4, že na setkáních s ostatními pečujícími by mohla „...být občas nějaká přednáška, do které by se dalo zapojit a optat sa na to, v čem má kdo problém, aby poradil aj nějaký odborník...“.

6 ZÁVĚR VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo zachytit problematiku vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené a také jejich zájem o další vzdělávání. Tuto kapitolu rozdělím do 5 oblastí, dle formulace výzkumných otázek a předpokladů.

Získávání informací

Téměř 93 % respondentů dotazníkového šetření se zajímalo o nové informace, když se dověděli o zdravotním postižení blízké osoby. 59 % respondentů uvedlo, že jim informace byly poskytnuty, 15 % že si je museli shánět sami a 24 % uvedlo obě tyto možnosti. Pro 71% respondentů byli informace dostupné nebo spíše dostupné. Téměř všichni uvedli jako zdroj informací lékaře, ať už praktické nebo odborné. Pak následovali známí, nebo jiní pečující, internet a média, knihy, časopisy a nejméně z nich se zúčastnilo přednášek, kurzů a seminářů.

U rozhovorů uvedli 4 respondenti, že se dověděli o zdravotním postižení od lékařů, 4 respondenti využívají také internet, pokud s ním neumějí pracovat sami, tak jej využívají k vyhledávání informací sami zdravotně postižení nebo rodinní příslušníci. Jako další zdroj informací uvedli respondenti časopisy, zdravotní sestry, zařízení sociálních služeb, sociální odbor a také známé. Na dostupnost informací se názory respondentů velmi lišili. Pro některé z nich jsou informace dostupné a ví, které zdroje využívat, pro jiné jsou informace nedostupné a sami si musí informace shánět. Podstatný rozdíl v získávání informací v minulosti a dnes vidí 4 respondenti, kdy uvádí, že je lepší dostupnost a obsah informací dnes.

Zájem o vzdělávání

V současné době se vzdělává pouze 15 % respondentů, 59 % respondentů pociťuje nebo spíše pociťuje potřebu se dále vzdělávat. O možnosti vzdělávání ve svém okolí ví pouze 5 % respondentů. 80 % respondentů považuje nebo spíše považuje celoživotní vzdělávání ve spojitosti s péčí za důležité. Za přínosné jej pečující považují hlavně z důvodu získávání nových informací a rozvíjení vlastní osobnosti. Pokud by se vzdělání uskutečnilo v místě bydliště nebo v jeho okolí účastnilo by se jej 39 % respondentů a spíše účastnilo 35 % re-

spondentů, 8 % z nich není rozhodnuto. 30% respondentů nemá možnost nebo jen malou zajistit péči v době jejich nepřítomnosti.

Při rozhovoru projeví všichni respondenti zájem o vzdělávání, a také, že by si na něj čas našli. Pouze 1 respondent je na péči sám. Ostatní mají podporu rodiny, i proto by se vzdělávání mohli věnovat. Přínos vidí především v předání zkušeností.

Zájem o témata

Nejvíce pečujících osob se zajímalo v době, kdy se dověděli o handicapu blízkého člověka o zdravotní postižení konkrétně a obecně, poté o možnosti péče a také o možnosti legislativy (získání nároku na důchod, dávky pro zdravotně postižení, příspěvek na péči, mimořádné výhody. Kdyby si pečující mohli zvolit oblast vzdělávání, bylo by to v první řadě téma stresu a jeho zvládnání a relaxační cvičení, poté základy psychologie v práci se zdravotně postiženým, rozvoj člověka se zdravotně postiženým, dále pak zákon o sociálních službách a tématická legislativa, výživa zdravotně postiženého a vzájemná komunikace.

Pečujícím, s nimiž byl veden rozhovor, byli nejčastěji sděleny informace týkající se zdravotního stavu. Informace týkající se výhod, dávek pro zdravotně postižené, popř. důchodu, si museli respondenti shánět sami.

Vhodné vzdělávání

To kolik času jsou ochotni respondenti vzdělávání věnovat a kdy by na něj měli čas je velmi individuální, nejvíce respondentů odpovědělo 1x týdně, a dobu v pracovním týdnu odpoledne nebo odpoledne. Velmi překvapující byla skutečnost, že 63 % respondentů je ochotno za vzdělávání zaplatit, z toho 42 % těch, kteří pouze pečují (nemají příjem ze zaměstnání nebo důchod). Nejvíce respondentů by mělo zájem o vzdělávání formou setkávání s jinými pečujícími, a poté až účasti na přednáškách a seminářích, nebo samostudiu.

V rozhovoru s respondenty se taktéž lišila doba, kdy by jim vzdělávání vyhovovalo. 1 respondent uvedl, že by si představoval přednášky. Ostatní respondenti považují však pro ně za přínosnější setkávání s jinými pečujícími, sdílení starostí, získat nové znalosti a postřehy od lidí, kteří procházejí stejnými starostmi a problémy jako oni sami. 1 respondent uvedl,

že na setkání s jinými pečujícími, by se čas od času mohla konat také nějaká odborná přednáška.

Na začátku výzkumu jsem si stanovila tyto předpoklady:

- Předpokládám, že alespoň polovina pečujících si o zdravotním postižení blízké osoby hledali informace - výsledky výzkumu ukázaly, že 93 % pečujících si o zdravotním postižení blízké osoby hledali informace. Předpoklad se potvrdil.
- Předpokládám, že alespoň polovina pečujících má zájem o vzdělávání – výzkum potvrdil, že respondenti by měli zájem o vzdělávání, a to téměř ¾ respondentů.
- Předpokládám, že nejméně polovina pečujících nebude ochotna se spolupodílet na financování vzdělávání – tento předpoklad výzkum nepotvrdil, na spolufinancování vzdělávání by se podílelo 62% respondentů.

ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zaměřila na téma vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené. Teoretická část se zabývala tématy celoživotního vzdělávání, péči o zdravotně postižené, zdravotním postižením a pečujícími. Praktická část je zaměřena už na konkrétní pečující na Uherskobrodsku a na jejich informovanost o problematice péče o zdravotně postiženého a jejich zájem o vzdělávání.

Péče, především dlouhodobá péče o blízkého člena rodiny je velmi náročná a vyčerpávající a to jak po fyzické tak i psychické stránce. Pečující o zdravotně postižené osoby blízké jsou často srovnáváni s profesionálními pečujícími, a to především co se kvalifikace a kompetencí týče. Při sociálních šetřeních, která jsem vykonávala, byli u dlouhodobě pečujících vidět a znát zkušenosti a znalosti, které tito lidé za dobu péče o zdravotně postiženého získali. Tito lidé však mnohdy pečují 7 dnů v týdnu, 24 hodin denně a kromě únavy jsou často i izolováni od okolního světa

Vzdělávání, které bylo připraveno komunitním plánováním, bylo určeno pro pečující ve věku 18-55 let a také by bylo určeno pro velký počet lidí. Třetinu dotázaných respondentů však tvořili lidé starší 55 let, kteří by také měli zájem o vzdělávání.

Z výzkumu však vyplynulo, že větší zájem než o semináře, kurzy a rekvalifikaci mají respondenti zájem spíše o svépomocnou skupinu nebo skupiny, které by občas mohli zpestřit i odborné přednášky. Pro mnohé pečující by to bylo místo, kde si mohou promluvit o svých starostech a problémech, poznat nové lidi s podobným osudem, chvíli si odpočinout od péče o osobu blízkou a získat podporu, sílu a odvahu pečovat dále.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BENEŠ, M. *Andragogika*. 1 vyd. Praha : Grada Publishing a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2580-2
- [2] BOČKOVÁ, V., JOCHMAN, V., a kol. *Antologie textů k andragogice*. 1 vyd. Olomouc : rektorát Univerzity Palackého, 1991. ISBN 80-7067-019-3
- [3] Cojeco - *Sebevýchova a sebevzdělávání*. [online]. c1999 [cit. 2011-02-26]. Dostupný z WWW:
http://www.cojeco.cz/index.php?detail=1&id_desc=85098&title=sebev%20v%20sebevzd%20e1v%20e1ni&s_lang=2, Vytvořeno: 14.3.2000, Aktualizováno: 4.10.2006 Autor: -red-
- [4] Čákiová, J. *Klasifikace mentálního postižení* [online]. c2006 [cit. 2009-03-18]. Dostupný z WWW: <http://www.icm.cz/klasifikace-mentalniho-postizeni>
- [5] Fokus Tábor. *Co je duševní onemocnění* [online]. c2005 [cit. 2009-02-13]. Dostupný z WWW: http://www.fokustabor.cz/o_nas.php
- [6] GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido – edice pedagogické literatury, 2000. ISBN 80-85931-79-6
- [7] *Helpnet - Sluchově postižení* [online]. c2003 [cit. 2009-04-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.helpnet.cz/sluchove-postizeni>>. ISSN 1802-5145
- [8] KALVACH, Z. *Pečuj doma : příručka pro laické pečující* [online]. 2 vyd. Brno : Moravskoslezský kruh, o. s., 2009 [cit. 2010-12-15]. Dostupné z WWW: <http://www.pecujdoma.cz/ke-stazeni.html?start=5>
- [9] KOPEČEK, MUDr. M. *Co se léčí na psychiatrii?* [online]. C2005 [cit. 2009-03-08]. Dostupný z WWW: http://www.pcp.lf3.cuni.cz/sddz/co_n.htm
- [10] KYSUČAN, J., KUJA, J. *Kapitoly z teoretických základů speciální pedagogiky*. Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1996. ISBN 80-70-67-677-9
- [11] MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3 vyd. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-19-9

- [12] MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
- [13] MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o, 2007. 184 s. ISBN 978-807367-310-9
- [14] MICHALÍK, J. *Malý právní průvodce pečujících*. Brno : Moravskoslezský kruh, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-7333-7
- [15] NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. Praha : SPN – pedagogické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85937-60-3
- [16] PALÁN, Z. *Individuální vzdělávání (sebevzdělávání)* [online]. c2002 [cit. 2011-02-26]. Dostupný z WWW: <http://www.andromedia.cz/andra.php?id=248>
- [17] PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
- [18] ŠVARŤÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
- [19] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0
- [20] VEPŘEKOVÁ, B. *Abeceda ošetrovatelství*. [online]. C2009 [cit. 2010-12-08]. Dostupný z WWW <http://www.pecujdoma.cz/ke-stazeni.html>
- [21] Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, v platném znění
- [22] Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění
- [23] VYHNÁNKOVÁ, K. *Vzdělávání dospělých v české republice a evropské unii*. 1. vyd. Praha : Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-46-4
- [24] Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

[25] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

[26] Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění

[27] Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, v platném znění

[28] ZEZULKOVÁ, J. *Vzdělávací program pro klienty Úřadu práce ve Vsetíně*. Zlín, 2008. 79 s. Diplomová práce. Univerzita T. Bati

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

§	paragraf
aj.	a jiné
č.	číslo
ČR	Česká republika
Kč	korun českých
MV	mimořádné výhody
např.	například
PnP	příspěvek na péči
pozn.	poznámka
s.	strana
Sb.	sbírky
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvané

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obrázek 1: Pohlaví respondentů</i>	38
<i>Obrázek 2: Věk respondentů</i>	39
<i>Obrázek 3: Bydliště respondentů</i>	39
<i>Obrázek 4: Pečující</i>	40
<i>Obrázek 5: věk pečujících osob</i>	41
<i>Obrázek 6: Stupeň příspěvku na péči zdravotně postižených</i>	42
<i>Obrázek 7: Mimořádné výhody u zdravotně postižených</i>	43
<i>Obrázek 8: Délka péče o zdravotně postiženého</i>	44
<i>Obrázek 9: Téma informací</i>	47
<i>Obrázek 10: Způsob získávání informací</i>	47
<i>Obrázek 11: Dostupnost informací</i>	48
<i>Obrázek 12: Zdroj informací</i>	49
<i>Obrázek 13: Potřeba vzdělávání</i>	50
<i>Obrázek 14: Oblast vzdělávání</i>	52
<i>Obrázek 15: Forma vzdělávání</i>	53
<i>Obrázek 16: Důležitost vzdělávání</i>	54
<i>Obrázek 17: Přínos vzdělávání</i>	55
<i>Obrázek 18: Výše částky platby za vzdělávání</i>	56
<i>Obrázek 19: Účast na vzdělávání v okolí</i>	57
<i>Obrázek 20: Čas na vzdělávání</i>	58
<i>Obrázek 21: Vhodná doba</i>	59
<i>Obrázek 22: Možnost zajištění péče</i>	60

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Pohlaví respondentů</i>	38
<i>Tabulka 2: Věk respondentů</i>	38
<i>Tabulka 3: Bydliště respondentů</i>	39
<i>Tabulka 4: Bydliště v okolí Uherského Brodu</i>	40
<i>Tabulka 5: Pečující</i>	40
<i>Tabulka 6: Společná domácnost</i>	41
<i>Tabulka 7: Věk pečujících osob</i>	41
<i>Tabulka 8: Stupeň příspěvku na péči zdravotně postižených</i>	42
<i>Tabulka 9: Mimořádné výhody u zdravotně postižených</i>	42
<i>Tabulka 10: Délka péče o zdravotně postiženého</i>	43
<i>Tabulka 11: Získávání informací</i>	46
<i>Tabulka 12: Téma informací</i>	46
<i>Tabulka 13: Způsob získávání informací</i>	47
<i>Tabulka 14: Dostupnost informací</i>	48
<i>Tabulka 15: Zdroj informací</i>	49
<i>Tabulka 16: Vzdělávání v současnosti</i>	49
<i>Tabulka 17: Potřeba vzdělávání</i>	50
<i>Tabulka 18: Možnost vzdělávání v okolí</i>	51
<i>Tabulka 19: Oblast vzdělávání</i>	51
<i>Tabulka 20: Forma vzdělávání</i>	52
<i>Tabulka 21: Důležitost vzdělávání</i>	53
<i>Tabulka 22: Přínos vzdělávání</i>	54
<i>Tabulka 23: Ochota platit za vzdělávání</i>	55
<i>Tabulka 24: Podíl respondentů ochotných platit za vzdělávání</i>	55
<i>Tabulka 25: Výše částky platby za vzdělávání</i>	56
<i>Tabulka 26: Účast na vzdělávání v okolí</i>	56
<i>Tabulka 27: Čas na vzdělávání</i>	57
<i>Tabulka 28: Vhodná doba</i>	58
<i>Tabulka 29: Možnost zajištění péče</i>	59

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

obracím se na Vás s žádostí o vyplnění tohoto dotazníku. Tento dotazník je anonymní a údaje v něm obsažené, jsou součástí mé diplomové práce na téma „Vzdělávání osob blízkých pečujících o zdravotně postižené“. Vyplnění dotazníku Vám nezabere víc než 10 min.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku

Bc. Anna Hankeová
Studentka Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně
Oboru sociální pedagogika

1. Vaše pohlaví:
 - Muž
 - Žena

2. Váš věk (uved'te)

3. Bydliště:
 - Uherský Brod
 - Okolí (uved'te, prosím, místo svého bydliště)

4. Jste pečovatelem/pečovatelkou:
 - bez zaměstnání
 - zaměstnaným/zaměstnanou
 - invalidním důchodcem
 - starobním důchodcem
 - jiný (uved'te jakým).....
 -

5. Žijete se zdravotně postiženou osobou ve společné domácnosti?
 - ano
 - ne

6. Věk osoby zdravotně postižené, o kterou pečujete:.....

7. Stupeň závislosti na pomoci jiné osoby u zdravotně postižené osoby (dle rozhodnutí úřadu u příspěvku na péči):
 - I. stupeň
 - II. stupeň
 - III. stupeň
 - IV. Stupeň
 - nepobírá příspěvek na péči

8. Mimořádné výhody u zdravotně postižené osoby:

- I. Stupeň (TP)
- II. Stupeň (ZTP)
- III. Stupeň (ZTP/P)
- není poživitelem mimořádných výhod

9. Jak dlouho toho času pečujete o zdravotně postiženou osobu?

10. Když jste se dověděl/a o zdravotním postižení blízké osoby, získával/a jste nové informace týkající se jeho stavu?

- ano
- ne

11. Získané informace se týkaly tématu: *(lze označit více možností)*

- zdravotního postižení (obecně)
- konkrétní zdravotní postižení
- možnosti péče
- výběru vhodného zařízení/instituce zabývající se péčí
- možnostmi legislativy (získání nároku na důchod, žádosti o dávky pro zdravotně postižené, průkaz ZTP aj.)
- Jiné: (uveďte)

12. Jakým způsobem jste informace získával/a?

- byly mi poskytnuty (např. lékařem, odborníky)
- musel/a jsem si je shánět sám/a
- jiné (uveďte).....

13. Byly pro Vás informace snadno dostupné?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

14. Jaký jste volil/a zdroj získávání informací? *(lze označit více možností)*

- ošetřující lékař, odborný lékař
- známí, přátelé, jiné pečující osoby
- tématické knihy, časopisy
- internet, média (TV, rádio)
- tématické kurzy, semináře, přednášky
- jiné (uveďte)

15. Vzděláváte se v současné době?

- ano
- ne

16. Pokud ano jaké oblasti se vzdělání týká?

.....
.....

17. Pociťujete potřebu dalšího vzdělávání v dané oblasti v průběhu péče o blízkou osobu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

18. Víte o nějaké možnosti vzdělávání pečujících osob ve svém okolí?

- ano (uveďte, jaké)
-
-
- ne

19. V jaké oblasti byste vzdělávání uvítal/a? *(lze označit více možností)*

- zákon o sociálních službách a tématická legislativa
- první pomoci
- základy psychologie v práci se zdravotně postiženým
- rozvoj člověka se zdravotním postižením
- vzájemná komunikace
- stres a jeho zvládání, relaxační cvičení
- rozlišení druhů postižení
- výživa zdravotně postiženého
- práce na pc
- základy podnikání
- profesní zaměření (uveďte)
-
- jiné (uveďte)
-

20. V jaké formě byste další vzdělávání uvítal/a? *(lze označit více možností)*

- samostudiem
- setkání s jinými pečujícími
- účastí na přednáškách, seminářích odborníků
- účastí v rekvalifikačním kurzu
- studiem na střední škole, případně vysoké škole
- jiné (uveďte jakou)
-

21. Považujete celoživotní vzdělávání za důležité či přínosné ve spojitosti s péčí o blízkou osobu?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

22. V čem považujete celoživotní vzdělávání za přínosné? *(lze označit více možností)*

- získat nové informace, naučit se něco nové
- lepší uplatnění v profesním životě
- rozvíjet vlastní osobnost
- smysluplně trávit volný čas
- poznat nové lidi
- jiné (uveďte).....

23. Byli byste ochotni za vzdělání zaplatit?

- ano
- ne

24. Pokud ano jakou částku?

- 0-100 Kč
- 101-500 Kč
- 501-1000 Kč
- 1001 a více Kč

25. Pokud by se vzdělávání uskutečnilo v místě Vašeho bydliště či blízkém okolí, zúčastnil/a byste se takového vzdělávání?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne
- nevím

26. Kolik času byste mohl/a tomuto vzdělávání věnovat?

.....

27. Jaký čas by vám nejvíce vyhovoval? (můžete uvést, den v týdnu a denní dobu)

.....

28. Máte možnost zajistit péči o blízkou osobu jinou osobou po dobu vzdělávání se?

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

Děkuji za Váš čas strávený nad vyplněním dotazníku a Vaši ochotu!