

Rodina v roli pečovatele

Michaela Obdržálková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela OBDRŽÁLKOVÁ**
Osobní číslo: **H09247**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Rodina v roli pečovatele**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části definovat rodinu v oblasti zdraví a nemoci, dále péči o nemocného a její vliv na pečovatele.

V praktické části, formou dotazníku pro rodinné příslušníky, kteří pečují o nemocného, zjistit nejčastější problémy v péči o nemocného v domácím prostředí, zjistit, kdo nejčastěji podává pečovatelům informace týkající se péče o nemocného a zda pečovatelé relaxují či jakou formu relaxace upřednostňují.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. Manuálek sociální gerontologie. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-363-5.

HEGYI, L., 2005. Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí. Trnava: Slovac Academic Press, spol. s. r. o. ISBN 80-88908-80-9.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z. et al., 2008. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada publishing, s.r.o. ISBN 978-80-247-2490-4.

MARKOVÁ, M., 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada publishing, s.r.o. ISBN: 978-80-247-3171-1.

TOPINKOVÁ, E., 2005. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jarmila Verešová**
Ústav ošetřovatelství
Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012


doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 21.5.2012

K. Okleštilková

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 nahlázení 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 vzdělávacímu 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 užit 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 jím 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá rodinou v pozici pečovatele.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, doplněnou přílohami. Součástí praktické části je výzkum zrealizovaný metodou dotazníku.

V teoretické části uvádím charakteristiku rodiny ve zdraví i v nemoci, v další části pak pečovatelskou funkci rodiny – problémy v péči o nemocné, psychohygienou, kurzy pro pečovatele či odlehčovacími službami. Třetí část je zaměřena na konflikty a problémy v péči o nemocného v domácím prostředí.

V praktické části pomocí dotazníkového šetření zjišťuji nejčastější problémy v péči o nemocného v domácím prostředí, kdo nejčastěji podává pečovatelům informace týkající se péče o nemocného. Dále zkoumám, zda pečovatelé relaxují a jakou formu relaxace upřednostňují.

Klíčová slova:

Rodina, pečovatel, zdraví, nemoc, komunikace, psychohygiena.

ABSTRACT

The bachelor's thesis deals with the family in the position of the home-care.

The work is divided into a theoretical and practical part, supplemented with appendices. The research, done by the method of a questionnaire, is included in the practical part.

In the theoretical part, I mention the characteristics of the family in health and sickness and then I deal with the care function of the family - problems in the care of the sick people, psycho-hygiene, courses for home-nurses and relief services. The third part focuses on conflicts and problems in the care of the sick people in the domestic environment.

In the practical part, the most common problems in the care of the sick people in the domestic environment are found according to a questionnaire. I also investigate, who gives the home-nurses the information related to the care of the sick, the most often. I am interested in whether the home-nurses relax and what form of relaxation they prefer.

Key words:

Family, home-nurse, health, sickness, communication, psycho-hygiene.

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

Poděkování:

Děkuji Mgr. Jarmile Verešové za cenné rady, podněty, odborné vedení a vstřícnou pomoc při vypracování mé bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům, kteří ochotně věnovali svůj čas k vyplnění dotazníků a dokázali otevřeně vyjádřit svůj názor. Velký dík patří mé rodině a přátelům za podporu po dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 RODINA.....	12
1.1 VÝZNAM A FUNKCE RODINY.....	13
1.1.1 Změna rolí v rodině.....	13
1.1.2 Potřeby členů rodiny.....	13
1.1.3 Hodnoty rodiny.....	14
1.2 RODINA VE ZDRAVÍ.....	14
1.3 RODINA V NEMOCI.....	15
2 PEČUJÍCÍ A PEČOVATELÉ.....	17
2.1 NEJČASTĚJŠÍ PROBLÉMY V PÉČI O NEMOCNÉ.....	18
2.2 PSYCHOHYGIENA PEČOVATELE.....	19
2.3 PÉČE O PEČOVATELE.....	20
2.3.1 Péče o rodinu pacienta.....	22
2.4 PEČOVATEL NENÍ SÁM.....	23
2.4.1 Peer Counseling – Kolegiální poradenství.....	23
2.4.2 Supervize - Bálintovská skupina.....	23
2.4.3 Supervize s odborníkem.....	24
2.4.4 Respitní péče.....	25
3 KONFLIKTY A PROBLÉMY V PÉČI O NEMOCNÉHO V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ.....	26
3.1 ELEVACE A DELEVACE.....	26
3.2 ODPUŠTĚNÍ A JEHO VÝZNAM.....	26
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
4 METODIKA PRÁCE.....	28
4.1 CÍL PRÁCE.....	28
4.2 HYPOTÉZY.....	28
4.3 METODA PRÁCE.....	28
4.4 CHARAKTERISTIKA POLOŽEK.....	29
4.5 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	29
4.6 ORGANIZACE ŠETŘENÍ.....	29
4.7 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	30
5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	31
DISKUZE.....	50
ZÁVĚR.....	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	54
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	56
SEZNAM TABULEK.....	57
SEZNAM GRAFŮ.....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Otázky, jak zajistit péči o staré, nemocné a umírající a jaké jsou povinnosti rodiny, když jejich rodiče, partneři či děti ztrácejí sílu, zdraví nebo soběstačnost, nás provázejí již několik staletí.

V posledních letech je v naší společnosti hojně diskutovaným tématem stáří. Proč? Jedním z důvodů je současná změna struktury společnosti. Stárnoucích lidí přibývá a tito lidé potřebují pomoc svých nejbližších a celé společnosti. Právě v péči o staré rodiče se rodina nejčastěji dostává do situace, kdy musí zvolit mezi variantami – domácí x ústavní péče. Ať se pak rozhodnou pro kteroukoli možnost, nutně potřebují podporu. A to – jak ze strany nemocného, zdravotnického personálu, sociálních služeb, tak zbytku rodiny a přátel. Takto by měl v ideálním případě vzniknout plně funkční, navzájem se podporující tým. Tento multidisciplinární tým je velkým pozitivem v domácí péči.

Tato má práce je zaměřena hlavně na potřeby a podporu rodiny starající se o blízkého člena. Zabývá se definicí rodiny, jejími změnami v nemoci a ve stáří, problémy s domácí péčí a nakonec podporou pečujících.

K výběru tohoto tématu mě vedla zkušenost práce v Domově pro seniory a zkušenosti s rodinami během odborné praxe v rámci studia.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 RODINA

Uvést definici rodiny je velmi složité. Zejména proto, že na rodinu se lze dívat ze spousty pohledů. Z obecného pohledu lze rodinu chápat jako nejmenší sociální instituci, která plní nenahraditelné funkce – jako biologickou – reprodukční, výchovnou, socializační či ekonomickou. Jako konkrétní příklady různých pohledů, slouží následující definice:

„Rodina je univerzální skupinou, kde probíhají významné sociálně psychologické jevy v životě jedince, umožňuje mu vytvořit důvěru v sebe, motivačně volní charakteristiky, postoj k sobě samému a pevné sociální vazby emocionálně opěťovaných vztahů.“ (Hartl a Hartlová, 2000, s. 303)

Velký sociologický slovník definuje rodinu jako "původní a nejdůležitější společenskou skupinu a instituci" s hlavními funkcemi reprodukce, výchovy, socializace a přenosu kulturních vzorů“. (Petrušek, 1996, s. 206)

Nebo – „Rodina jako nejstarší základní společenská skupina či společenství nejtěsněji spjaté nejrůznějšími vztahy uvnitř a navenek.“ (Dunovský, 1999, s. 91-92)

Další pohled poskytuje Sociologický slovník J. Jandourka, popisuje rodinu jako "formu dlouhodobého solidárního soužití osob spojených příbuzenstvím a zahrnující přinejmenším rodiče a děti“. (Jandourek, 2001, s. 206)

V nejširším pojetí můžeme chápat rodinu jako „průsečík vztahů jejích členů s nejrůznějšími komponentami prostředí ať blízkého či vzdálenějšího, přírodního a zvláště společenského. V jednom ze svých hlavních poslání poskytuje členu rodiny péči a ochranu, a to zvláště v období, kdy není schopen se o sebe postarat. Umožňuje mu duševní, tělesnou, duchovní existenci a vývoj, dává mu pocit jistoty a bezpečí, pocit domova v kruhu svých nejbližších.“ (Jarošová, 2007, s. 49)

Definice rodiny, která vyžaduje péči:

Důležitým poznatkem je, že členy „rodiny“ nemusí být vždy jen lidé spojení pokrevně či právním svazkem. Rodina může být tvořena manželským párem, rozvětveným příbuzenstvím nebo přáteli či sousedy. Každou rodinu charakterizuje její jedinečná biografie, která je utvářena vztahy, původem, hodnotami a volbami všech členů. Tito lidé vytvářejí rodinou jednotku. Každý člen rodiny má své potřeby, závazky, osobní historii, vnitřní zdroje a cíle. Není proto jednoduché vytvořit jedinou definici rodiny (Kristjanson a White, 2002). V klinické praxi se osvědčuje zeptat se pacienta, kdo je jeho rodina. Pokud si neuvědomí-

me jedinečnost rodiny a budeme dělat předčasné závěry o tom, kdo jsou blízcí pacienta, pak se může stát, že dojde k opomenutí některých důležitých členů. Nejčastější omyly se stávají, když „rodina“ nezapadá do „oficiálních“ definic, podle kterých rodinu obvykle tvoří manželé se dvěma dětmi. Může dojít např. k zanedbání homosexuálního partnera, nevlastních dětí, příbuzných, kteří bydlí velmi daleko a těch, kteří nemají zřejmé právní svazky k pacientovi.

Z těchto důvodů je důležitá flexibilita při definování rodiny, která se stará o pacienta. (O'Connor a Aranda, 2005).

1.1 Význam a funkce rodiny

Z pohledu poskytování péče příbuzným je nutné se zaměřit na tři klíčové body: definici rodiny, která vyžaduje péči; nejčastější potřeby členů rodiny; vhodnou a účinnou intervencí.

1.1.1 Změna rolí v rodině

Lidé v blízkém okolí pacienta jsou nuceni čelit velkým nárokům, které - jak na nemocného i na ně - onemocnění či porucha soběstačnosti klade. Od příbuzných je očekáváno, že se vyrovnají s každodenní péčí o pacienta, změnami své role i neodmyslitelným rozdělením úloh mezi jednotlivými členy rodiny. Členové rodiny si uvědomují, jak se mění smysl života a vzájemné vztahy zejména, pokud se pacient nachází v terminální fázi nemoci. Rodina musí řešit praktické problémy, jako je úprava prostředí v domácnosti tak, aby mohla být poskytována péče, a zároveň se snaží zvládat své emocionální problémy a obavy z budoucnosti (O'Connor a Aranda, 2005).

1.1.2 Potřeby členů rodiny

Hlavním předpokladem pro péči o nemocného je, že osoba, která se o něj stará, musí mít uspokojeny své vlastní potřeby. Není-li tomu tak, jsou pečovatelé méně schopni starat se o pacienta, často díky psychickým i fyzickým problémům vyplývajících z neuspokojených potřeb (O'Connor a Aranda, 2005).

Rodina musí vědět, že jejich nemocný netrpí. Je to nezbytné k tomu, aby se rodina mohla vyrovnat se situací. Pokud nemohou efektivně ulevit pacientovi, projevuje se u nich bezmocnost a zoufalství (O'Connor a Aranda, 2005). „Proto je nezbytné věnovat pozornost

zajištění fyzické i psychické pohody pacienta a poskytnout podporu členům rodiny, kteří vidí, jak pacient trpí (O'Connor a Aranda, 2005, s. 223), (Příloha P II).

1.1.3 Hodnoty rodiny

„Život lze smysluplně utvářet jedině uskutečňováním hodnot v jednotlivých přítomných okamžicích. Problém je v tom, že si lidé dost dobře nejsou vědomi toho, co je to hodnota. Bohužel, všechny nás nějak poznamenal materialismus, jímž jsme nejen obklopeni byli, ale stále ještě jsme. Pak není divu, že když se ocitneme díky nemoci nebo nezaměstnanosti v situaci, kdy nemůžeme pracovat, ztrácíme smysl života a hroutíme se. Úplně zbytečně. Stačí si jen uvědomit, že člověk není robot a že není situace, která by mu neumožňovala naplnit život vytvářením hodnot. Když ne tvůrčích, tak jistě prožitkových, a jde-li o situaci nezměnitelnou, pak ještě přicházejí v úvahu hodnoty postojové.“ (Svatošová, 2008, s. 38)

Hodnoty tvůrčí – sem patří především práce – i když přináší spoustu omezení, je mezi lidmi nejvíce oceňovaná (Svatošová, 2008).

Hodnoty prožitkové – omezení je zde daleko menší než u hodnot tvůrčích, ale čím menší omezení, tím větší je zodpovědnost za jejich uskutečnění či neuskutečnění. Výhodou je, že příležitost pro jejich vytváření není závislá na čase, místě, ani na stavu našeho těla. Patří sem například láska, vnímání a prožívání krásy přírody (umíme se radovat z „maličkos-tí“?), krásy umění, hudby apod. (Svatošová, 2008).

Hodnoty postojové – ocitne-li se člověk v situaci, která je pro něj komplikovaná, musí si ujasnit, jestli zvládne něco změnit nebo změna není v jeho silách. Pokud ano, je jeho povinností pro to něco udělat (hodnoty tvůrčí). Pokud jde o nezvratnou událost, zbývá tu ještě místo pro hodnoty postojové. Člověk zde má prakticky neomezenou svobodu (Svatošová, 2008).

1.2 Rodina ve zdraví

Občas si pokládáme otázku, co je v životě důležité. Utváříme si žebříček hodnot, který se během života může měnit. Mezi horní příčky obvykle spadá hodnota zdraví. Každý ho vnímáme jinou intenzitou. Většinou jde o stav, který nevnímáme a do povědomí se nám dostane až v době, kdy ho ztratíme. Pokud vnímáme zdraví a nemoc jako „stroj, který je porouchaný a je třeba ho opravit“, jsme daleko od skutečnosti. Jestliže chceme nemocného pochopit a skutečně mu pomoci, hodí se nám lépe definice Světové zdravotnické organizace (WHO). Definuje zdraví jako **plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člově-**

ka. Jakmile dojde k porušení některé z těchto položek, jedinec i rodina to vnímá, a to je třeba vzít na vědomí, tedy – věnovat péči nejen nemocnému, ale také jeho blízkým.

Zjednodušeně řečeno, je mnohem důležitější, jak se náš nemocný cítí, než ze souvislosti vytržené laboratorní výsledky a rentgenové nálezy. Nebo naopak – člověk může být nemocen, aniž ve vlastím slova smyslu „trpí“. Od lékaře nemůžeme očekávat - např. u pokročilého stadia rakoviny - víc než to, že zvládne bolest a jiné nepříjemné příznaky nemoci. Tím je ovšem zajištěno pouze a jen tělesné blaho pacienta. Pokud však jde o blaho duševní, sociální a duchovní, o co zde má možnosti lékař, o to větší máte možnost vy.

„Je třeba zároveň připomenout, že hodně, opravdu hodně pro sebe může udělat i sám pacient.“ (Svatošová, 2008, s. 14)

1.3 Rodina v nemoci

Nemoc pro rodinu znamená vždy jistou změnu, někdy může dojít i ke krizi v důsledku nemoci. Co se týče informací, rodina by neměla dát jen na „tlumočení“ nemocného, ale informace by měla získávat přímo od odborníků. U vážných chorob je důležitý postoj a chování partnera. Nemoc dolehne na pacienta, ale krize obvykle na partnera. Nemoc pacienta změni, povahově změni. Pacient má obavy, čeká útěchu, podporu. Může být úzkostný a netrpělivý. Také dochází k prudkému a neočekávanému střídání nálad, sobectví, zúžení pozornosti jen na vlastní osobu či nemoc. Hněv vybuchuje zcela nepředvídatelně, což může u lidí dříve klidných, obětavých a dobrosrdečných překvapit. Dá se pozorovat i jakési zdětinštění, do čehož spadá nadměrná závislost, umíněnost, nekritičnost. To všechno je třeba přisuzovat nemoci, nikoli nemocnému. Je důležité obavy rozptýlit a hlavně se nedat vtáhnout do sporu. Nemocný nesmí získat pocit, že je rodině na obtíž a nepotřebný. To rozhoduje o tom, zda nastane rodinná krize, zda zůstane břemenem pro ostatní nebo zda nalezne novou životní rovnováhu i ve změněných existenčních podmínkách. Poté je třeba mu postupně zajistit co nejvyšší možnou kvalitu života a jeho zapojení do něj. Znovu musí vycházet iniciativa od zdravého partnera či rodiny.

Jak se rozvíjí život rodiny, je-li nemocné dítě, či má-li dítě trvalou poruchu? Jde-li o trvalé postižení, nedá se reagovat jinak, než přijetím pravdy. Udržování v klamně naději problémy jen prodlužuje. Takovému dítěti se musí dostat tolik péče, kolik unese bez přetěžování. Je-li možná péče specializovaná, je dobré k ní přistoupit. Pozornost členů rodiny by se neměla upírat jen na nemocné dítě, musí dojít k decentraci vztahů. Zdravé děti nesmí

vnímat újmu či omezení, naopak – je dobré, pokud do nich rodiče více citově investují – zdravý vývoj dětí a rodiny to vyžaduje (Mrkvička, 1976).

2 PEČUJÍCÍ A PEČOVATELÉ

Na začátku této kapitoly, je nutné říci, co znamená pojem „pečovatel“. Většina pramenů jej charakterizuje jako osobu poskytující péči, v našem případě blízké osobě, tedy příjemci péče.

Předpokladem jejich spolupráce jsou:

Ze strany příjemce:

- finanční záležitosti musejí být v pořádku a dostupné,
- musí být zajištěny lékařské kontroly – jak preventivně, tak dle potřeby,
- domácí prostředí udržené v čistotě, příjemné a bezpečné,
- mít zabezpečeny potřeby výživy, pohybu, spánku a sociálních aktivit, a to na nejvyšší možné úrovni,
- osobní hygiena a úklid prováděný denně,
- možnost využít sociální či jiné pomocné služby dle potřeby,
- kvalita péče a zdravotní stav musí být kontrolován pro ověření, že příjemce může setrvávat nadále v domácí péči.

Požadavky ze strany pečovatele:

- minimálně 1x týdně volný den,
- minimálně 7 – 9 klidných hodin spánku v noci,
- hovořit či navštívit tři přátele/příbuzné týdně,
- dodržovat každoroční lékařské a zubní prohlídky,
- užívat pouze léky, které jsou předepisovány k zachování zdraví,
- finanční záležitosti jsou v pořádku a dostupné,
- získávat nových informací o poskytování celotýdenní péče,
- seznámit s těmito pravidly ostatní pečovatele či rodinné příslušníky,
- konzumovat tři přiměřená jídla denně (Tošnerová, 2002).

Dalším bodem by mělo být ujasnění cíle péče. Každý z pečujících si musí uvědomit, že lékařská věda není všemocná. Lpíme-li na nereálných cílech, může to později skončit zklamáním, což se netýká jen pečovatele a pacienta, ale také lékaře. Pokud lékař cíl stanoví špatně, může pacient poslední měsíce života „protřpět“ v nemocnicích a na cestách mezi nimi, zatímco by je mohl v klidu, pohodě a intenzivně prožít spolu se svou rodinou.

Cíl je třeba konkrétně pojmenovat. Může to být – úplné uzdravení, snášení problémů chronického onemocnění nebo důstojné a klidné umírání. Není pravdou, že se cíl nemůže měnit. V období prvních příznaků bývá obvykle cílem, pokud možno, úplné uzdravení. V další fázi můžeme nemocnému pomoci vyrovnávat se s tím, co se objektivně prokázalo jako neměnné. Pokud dojde k terminální fázi, pomůžeme mu zajistit důstojné a klidné umírání. Ideální je, pokud se na stanovení cíle podílí všichni zúčastnění. Velkým pozitivem je, pokud zúčastnění utvoří tým a vytřídí problémy, které mohou změnit – tam je třeba vkládat energii. A ty, které změnit nedokáží, prostě přijmout (Svatošová, 2008).

2.1 Nejčastější problémy v péči o nemocné

Péče o nemocného v domácím prostředí není jednoduchá. Často se při ní setkáváme s komplikacemi, do kterých jednoznačně spadá stres, nedostatek času, finanční problémy, nedostatek informací apod.

Pokud se doma staráme například o starého, nemocného a málo mobilního člověka, dochází k mnoha změnám. Čím více **klesá soběstačnost**, tím více stoupají časové, fyzické, ale i psychické nároky. Najednou se vše točí kolem nemocného a pečovatelé musí slevit ze své nezávislosti. Dalo by se sem použít pravidlo - jak my se postaráme o svoje nejbližší, s velkou pravděpodobností se stejně postarají o nás naše děti. Cílem je péče je pak vytvořit klidné a příjemné prostředí pro nemocného a dorozumět se s ním (Holeksová, 2002).

Zhoršování mentálního stavu. „Zmatenost, podrážděnost nebo změny osobnosti mohou u členů rodiny vyvolat pocity ztráty a obavu o bezpečnost pacienta. Rodina cítí, že ztratila člověka, kterého znala, a má pocity zármutku, zloby a zoufalství. To může nadále zhoršovat stres, který na členy rodiny neustále klade péče o pacienta.“ (O'Connor a Aranda, 2005, str. 226)

Problémy nastávají také v **komunikaci** – jak mezi nemocným a rodinou, tak v rodině samotné. Pokud se rodina naučí spolu mluvit, může to ulehčit péči. V tomto jim mohou pomoci zdravotní sestry, které by měly být schopny zachytit problémy, pomoci členům rodiny mluvit spolu navzájem a sdílet obavy, tím se předejde konfliktům a chybám v komunikaci.

Stresující faktory se taktéž odrážejí na kvalitě péče. Patří mezi ně **časová zátěž** pečovatele – musí odejít ze zaměstnání, mohou mít **problémy s organizací péče**, nevyužívají odlehčovacích služeb (domácí péče, stacionáře...), **neznalost** – např. ohledně hygienické péče,

sociálních příspěvků, **citová zátěž** (zvláště zhoršuje-li se mentální stránka nemocného) apod.

Další problém vzniká u **financí** – sem spadají služby, které rodina nemůže poskytnout - lékařské, farmaceutické, rehabilitační... Rodina musí rozhodnout, jakým způsobem bude služba zajištěna a hrazena.

Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření nebo také burnout hrozí zejména v pomáhajících profesích, může postihnout jak zdravotníka, tak členy rodiny, zejména, pokud se dlouhodobě a bez možnosti odpočinku nebo vystřídání starají doma o nemocné. Jde tedy o druh vyčerpání, únavy, člověk provádí činnosti jako robot, bez zájmu či potěšení. Nedokáže se smát, radovat, nemůže druhým nic dát, protože sám cítí beznaděj.

Co se týče prevence, je třeba bránit se rutině (vymýšlením nových pracovních postupů, vylepšováním prostředí, vyhrazením času pro odpočinek a zábavu, odreagovat se. Také postoj k životu a práci zde má své místo (Svatošová, 2008).

Mezi projevy syndromu vyhoření patří nechuť k práci, rychlá únavnost, bezcennost, pocit trvalého napětí, smutku, člověk je zklamaný, plný obav, chybí nápady, iniciativa, necitlivé chování k druhým lidem, lhostejnost apod. (Holeksová, 2002).

2.2 Psychohygienu pečovatele

Péče o starého imobilního člověka, často s mentálními změnami, případně umírajícího, představuje pro pečujícího velkou náročnost, a to jak psychickou, tak fyzickou. Cílem této kapitoly, je udržení pečovatele „duševně fit“. Tito lidé často říkají, že by sami potřebovali, aby se o ně někdo postaral. Je proto dobré se naučit několik způsobů, jak si odpočinout (Holeksová, 2002).

V boji se stresem hraje velmi důležitou roli spánek a odpočinek. Pokud nejsme vyspaní, nemůžeme dobře pracovat, nejsme v psychické pohodě a máme větší sklon k syndromu vyhoření. Spánek je charakteristický minimální fyzickou aktivitou, různými úrovněmi vědomí, změnami fyziologických funkcí a snížením odpovědi na vnější podněty. Odpočinkem máme na mysli klid, uvolnění psychického napětí a úzkosti. Abychom dobře spali, nesmíme se před spánkem zabývat problémy, musíme se dostat do stavu, kdy na nic nemyslíme, nebo myslíme na něco pěkného. K lepšímu usínání může přispět technika tzv. obkreslování, kdy si lehneme na záda, uvolníme se, zavřeme oči a v duchu se obkresluje

– pomalu, nevynecháváme žádný záhyb těla, obkreslíme všechny prsty... Jinak zde platí stejná pravidla jako u nemocných. Spánek mohou ovlivnit zvuky okolí, stres, léky, alkohol, špatná strava, nedostatek pohybu. Je tedy třeba odstranit hluk, dodržovat pravidelnou dobu ukládání ke spánku, minimum světla, můžeme si dát před spaním zklidňující bylinkový čaj, upravíme postel, vyvětráme apod. Pokud je spánek narušen i přes tato opatření, můžeme využít léků na spaní – těch je třeba využívat s opatrností – vzniká na ně návyk. Způsoby odpočinku jsou individuálnější – každý z nás využívá jiný způsob. Někdo relaxuje čtením, posloucháním hudby či sledováním televize, jiný chodí na procházky, kutí, sportuje nebo se sejde s přáteli (Holeksová, 2002).

Do psychohygieny by měly být dále zařazeny způsoby, jak zvládat stresové situace, dýchací cvičení, odvádění pozornosti, či asertivní chování.

2.3 Péče o pečovatele

Pečovatelé nesmí zůstat na péči sami. Potřebují přísun informací a musí se je naučit využívat. Zdravotníci, kteří se na péči podílejí, nesmí podcenit známky únavy a vyčerpání. V dnešní době dochází k nedostatečné podpoře rodiny – obvykle z důvodu, že rodinu vidíme spíše jako zdroj podpory pro pacienta, než jako lidi, kteří sami potřebují zdravotnickou péči (O'Connor a Aranda, 2005).

„Při zapojení členů rodiny do péče o pacienta musíme brát v úvahu fyzické možnosti jednotlivých členů, kteří někdy – protože mají pocit, že se musí o svého blízkého postarat – přepínají své vlastní síly. Na základě toho může dojít k vyčerpání, izolaci a pocitu vyhoření.“ (O'Connor a Aranda, 2005, s. 224)

Emocionální podpora – může ji poskytovat rodina, přátelé, ale může přicházet i ze strany zdravotníků. Je třeba jí věnovat pozornost, protože pečující jsou velmi ohroženi syndromem vyhoření. Potřebují se vyrovnat s novou rolí, s orientací v denním režimu, nejistotou ohledně prognózy, s vysokou mírou stresu.

„Pořád na to podvědomě myslím“ „Dělám si starosti s tím, co říct dětem. Nevím, jak moc tomu rozumějí a nechci je rozrušit, ale nevím, jaká slova zvolit.“

„Nejsem si jist, jak budu schopna se o ně sám postarat... vychovávat dospívající děti není nikdy jednoduché a bez matky to bude opravdu těžké.“

„Nechci tím zatěžovat svoji ženu, protože má sama co dělat, aby se se vším vyrovnala. Obvykle si nedělám moc starostí, ale na tohle pořád myslím.“ (Z autorského archivu) (O'Connor a Aranda, 2005, s. 225)

Jeden z cílů pomoci pečovatелům je zaměřen na emocionální stránku rodiny, tedy jde o snahu vyrovnat se se situací. K tomu slouží vhodné informace – jak mohou o pacienta pečovat a jaké problémy mohou nastat. Je důležité rodinu učít, že nelze vše zvládnout najednou, jen tak se stres rozloží na více částí a pečující jej lépe zvládají.

Přínosem je též seznámení s rodinami, které již mají zkušenosti s domácí péčí. Je třeba ale dávat pozor, aby negativní stránky náročné péče nepřevažovaly pozitivní (O'Connor a Aranda, 2005).

„Velkou podporu poskytují rodinám sestry, kromě toho však mohou zprostředkovat kontakt s dalšími členy týmu – pastoračním pracovníkem, psychologem, sociálním pracovníkem a dobrovolníky.“ (O'Connor a Aranda, 2005, s. 228-229)

Intervence zaměřujeme na tyto body:

- a) pohodu pacienta
 1. „naučit rodinu základním principům léčby bolesti a potřebným dovednostem (edukace o léčbě bolesti musí být kontinuální, stejně jako hodnocení stavu pacienta a potřeb rodiny při realizaci léčebného plánu; edukační techniky zahrnují krátké schůzky, poskytnutí písemných materiálů, použití deníků bolesti, ve kterých se denně zaznamenává posouzení bolesti, a videokazety, na kterých je ukázáno, jak pacienty polohovat a přemísťovat z lůžka do křesla atd.),
 2. hájit zájmy pacienta a rodiny při uspokojování potřeb komfortu,
- b) poskytovat rodině konzultace.“(O'Connor a Aranda, 2005, s. 226)
- c) podporu rodiny
- d) informovanost rodiny

Je známo, že příbuzní, kteří nedostanou potřebnou podporu a vhodné informace v časných fázích léčby, mají více neuspokojených potřeb a také méně důvěry ve zdravotní systém – se situací se vyrovnávají mnohem hůře než rodiny, kterým byla v průběhu léčby pravidelně poskytována podpora.

Pečující potřebují vědět, jak pečovat o svého blízkého, jak komunikovat, jak si uchovat sílu a kdy si říct o pomoc. Musí být seznámeni s tím, jaké služby mají k dispozici a jak se

k nim dostat. Velmi hodnotné jsou informace, které jim umožní předvídat další fázi nemoci. Počítají-li s touto změnou, nemusí zde dojít k překvapení a ke krizové situaci (O'Connor a Aranda, 2005).

2.3.1 Péče o rodinu pacienta

„Každá rodina má svou jedinečnou historii, tradici, hodnotu, způsob komunikace a charakteristické způsoby, jak zvládat každodenní život.“ (Vorlíček, 2006, s. 166)

Členové rodin, jejichž vlastní potřeby nejsou uspokojeny, jsou méně schopni starat se o pacienta a častěji mají sami fyzické a psychické problémy. Důležité pro tyto čtyři potřeby:

- a) dostatek informací,
- b) ujištění o tom, že pacient nemá velké potíže,
- c) praktické dovednosti,
- d) emocionální podpora rodiny.

Ad a) Příbuzní potřebují vědět, jak poskytovat péči, jak zajistit pacientovi pohodu, jak mluvit s ostatními členy rodiny o pacientově nemoci, jak komunikovat s pacientem, jak si uchovat dostatek sil a kdy požádat o pomoc. Příbuzní by měli vědět, jaké jsou nejčastější problémy při podpoře umírajícího pacienta, aby se na ně mohli připravit. Musí být seznámeni s tím, jaké jsou jim k dispozici a jak se k nim dostat. Rodinám pomáhají informace, které jim umožní předvídat další fázi nemoci. Budou-li se změnou počítat, neocitnou se v krizové situaci, zaskočení zhoršením stavu pacienta.

Ad b) Pro členy rodiny je nejdůležitější pocit, že jejich blízký netrpí. Bolest pacienta má velký dopad na blízké, kteří ji mohou interpretovat jako známku progresu onemocnění a blížící se smrti. Naučit rodinu základním principům léčby bolesti spočívající v posuzování, znalosti různých typů bolesti a průběhu nemoci. Sestra spolu s pacientem a jeho rodinou vytvoří plán péče. Členové rodiny mohou také mít obavy, když pacient pociťuje další nepříjemné symptomy – jako je dušnost, nevolnost, únavu nebo úzkost.

Ad c) Praktické rady podané sestrou jsou užitečné zejména tehdy, když se rodina stará o nemocného doma. Rodina pociťuje tíhu, která na nich při péči o nemocného leží, a potřebují praktickou pomoc. Příbuzní často potřebují praktickou pomoc s hygienickou péčí o pacienta. Mohou mít problémy s tím, jak pacienta polohovat, přemísťovat na toaletu, jak poskytovat základní hygienickou péči, např. péči o dutinu ústní jak pečovat o kůži. Je důležité toto s příbuznými prodiskutovat.

Sestra, která nevidí rodinu pacienta pravidelně, může přehlédnout nebo podcenit známky únavy a vyčerpání. K nedostatečné podpoře rodiny dochází také proto, že její členové jsou viděni spíše jako zdroj podpory pro pacienta, než jako lidé, kteří také potřebují péči.

Ad d) Schopnost členů rodiny poskytnout pacientovi podporu a postarat se o něj závisí do značné míry na tom, kolik podpory se dostane jim samotným. Je potřeba věnovat pozornost emocionálním potřebám členů rodiny, aby byli schopni péče o pacienta a nevyčerpali se. Pomoc rodinám emocionálně se vyrovnat s těžkou situací spočívá v tom, že jim ukážeme, jak mohou o pacienta pečovat a jaké problémy mohou nastat. Při zvládání nejistoty pomůže, když naučíme členy rodiny nesnažit se vyřešit všeho najednou, ale prožívat den po dni. Příbuzným pomůže, když se s nimi podělíme o pozitivní zkušenosti jiných rodin, které pečovaly o umírajícího člena.

Je velmi důležité, aby byly intervence šity na míru potřeb příbuzných a sestry by měly být aktivní v tom, jak pomoci rodině pacienta (Vorlíček, 2006).

2.4 Pečovatel není sám

V následujících podkapitolách jsou uvedeny různé možnosti podpory pečovatelů.

2.4.1 Peer Counseling – Kolegiální poradenství

Je zvláštním druhem poradenství. Nejen odborník, či skupina odborníků, dokáže pečujícímu poradit, ale také ten, kdo prožil stejné těžkosti a překonal je. Slouží k tomu setkání kolegů – pečujících, na kterých se řeší problémy s péčí – ptají se a dostávají rady od těch, kteří se už s touto věcí setkali. Může se tak dozvědět nejen informace, které původně těžce sháněl, ale i něco navíc (Hrdá, 2003).

2.4.2 Supervize - Bálintovská skupina

Tímto způsobem lze systematicky řešit problémy spojené s péčí. Jde o skupinu, která se schází pod vedením zkušeného vedoucího a řídí se určitými pravidly. Prvním pravidlem je „expozice případu“, kdy ten, kdo problém předkládá, přednese problém tak, jak si jej pamatuje – nejsou důležitá objektivní data z dokumentace, skupina se zabývá subjektivním dojmem. Poté následují otázky – účastníci se ptají na vše, co potřebují vědět, aby si utvořili názor na problém. Ve třetí fázi účastníci říkají, co si představují o citech a vztazích jednotlivých postav případu, tato fáze je založena na uvolněné tvořivosti a na intuici – nejde o vyslovování prokazatelných pravd. Čtvrtá fáze zahrnuje praktické náměty na řešení –

účastníci říkají, jak by reagovali, kdyby byli na místě pečujícího. V poslední fázi se ten, který s problémem přišel, vyjádří k návrhům. Řekne, co si myslí, ocení to, co pro něj bylo přínosem. S čím nesouhlasí, může zůstat stranou. Cílem není najít objektivní pravdu, ale skupina má pomoci nabídnout mu možná řešení, utvrdit pečovatele v tom co chce, co od sebe očekává (Hrdá, 2003).

2.4.3 Supervize s odborníkem

“Na rozdíl od předchozích postupů v pomoci pečujícím, provádí tuto činnost psycholog s příslušnými kurzy. Výhodou je velmi kvalifikované řešení těžkých případů, ale na druhé straně je nutné počítat s finančními náklady. Může provést rozbor ohrožujících postojů, směřování, chování a situací, do nichž se pečující dostali nebo se dostat mohou. Tento rozbor má ukázat, čemu člověk ze svých reakcí doposud nerozuměl, uvědomit si, že ostatní jednají tak, jak jednají, umožňuje hledat jiné východiska pro ty situace, se kterými není vnitřně ztotožněn apod. Může pomoci při změnách v péči. Forma se přizpůsobuje potřebám – probíhá buď ve skupinách jako řízený rozhovor, nebo se využívá testů, her apod. Někdy je nutné provádět sezení individuálně“ (Hrdá, 2003, s. 6).

Využití dobrovolníků

“Dobrovolnictví je pravidelná činnost, která je vykonávána dle možností a chuti dobrovolníka. Je založena na naprosto svobodné vůli, proto člověk může maximálně využít svých kapacit a elánu. Bývá zde stanovena jakási „minimální účast. Obvykle se dobrovolník domluví na nějakém časovém rozpisu, sepisují se i dohody. V České republice se řídí dobrovolnická práce zákonem č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě. Organizace si může podat žádost o akreditaci na Ministerstvu vnitra, kde o přidělení na období tří let, či zamítnutí rozhoduje mezirezortní komise. Organizace může získat akreditaci, jestliže dobrovolníky eviduje, připravuje k výkonu a uzavírá s nimi o dobrovolnické službě smlouvu. Dobrovolníkem u takové organizace může být osoba starší patnáct let. V sociální práci je těžiště dobrovolnických aktivit nejen v naplňování volného času, ale také v pomoci při uspokojování základních klientových životních potřeb a pomoci v jeho domácnosti. Zdravotnické, terapeutické a jiné odborné práce dělají placení pracovníci“ (Hrdá, 2003, S. 7-11).

Některé důležité instituce a zařízení, které mohou pečovatelům pomoci (Příloha P I).

2.4.4 Respítní péče

Pokud má být rodina schopna se o pacienta doma postarat, často potřebuje praktickou pomoc. K tomu může přispět respítní péče. Může mít různé formy – přijetí pacienta do nemocnice nebo hospice, když jsou jeho symptomy obtížně zvladatelné nebo když si příbuzní potřebují odpočinout. Pacienta lze také přijmout do nemocnice, když umírá a nepřeje si zemřít doma.

Respítní péči je možno poskytovat i doma. V tomto případě ji může poskytnout dobrovolník, přítel, ošetrovatelka či zdravotní sestra. Tato služba poskytne rodině „čas pro sebe“.

Tato služba se může týkat např. pomoci s hygienickou péčí, polohováním, přemísťováním, péčí o kůži. Rodina nemusí vědět, jak tyto činnosti správně provádět nebo z nich mohou mít strach. Je důležité toto s příbuzným prodiskutovat.

Příbuzní mohou také potřebovat pomoc s transportem pacienta do zdravotnického zařízení na pravidelné kontroly, případně budou potřebovat finanční pomoc a radu, jak se dostat k různým sociálním dávkám – tuto službu poskytuje sociální pracovník (O'Connor a Aranda, 2005).

3 KONFLIKTY A PROBLÉMY V PÉČI O NEMOCNÉHO V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

Péče o rodinného příslušníka se často neobejde bez bariér. Patří mezi ně problémy v komunikaci, včetně dalších konfliktů. Pečující se potýkají s psychickou, fyzickou či finanční zátěží.

3.1 Elevace a delevace

Elevace a delevace jsou pojmy používané v sociální psychologii. Elevace či evaluace znamená ocenění, odhad, určení hodnoty, v přivlastcích se užívá jako laskavý, velkorysý, přátelský, zdvořilý, spravedlivý, ochotný ke spolupráci apod. Toto chování nevede ke snižování hodnoty člověka, ale naopak k podpoře jejich sebehodnocení, zahrnuje např. uctivé a taktní chování, respektování druhého, pochvala, odpuštění, kladné hodnocení projevů, postojů, výkonů nebo činů. Dále pak zahrnuje zastání, odměna, aktivní naslouchání. Znamená to mít pro druhého laskavý úsměv. Zdržet se a neudělat to, co by druhému uškodilo. Požádat někoho o radu, pomoc apod. Delevace je naopak znehodnocení, snížení ceny, kdy nejen chováním, ale celkovým postojem dáváme druhému najevo, že si ho nevážíme. Do delevace spadá např. ignorace druhé člověka během rozhovoru, skákání druhému do řeči, změna tématu - bez ohledu na to, o čem je řeč. Vyslovení podezření – obvinění někoho: Vysmívání se někomu, podceňování druhého člověka, nadřazené chování, pomluvy, zneužití důvěry a úmyslné dělání někomu potíže (Čechová, 2004).

3.2 Odpuštění a jeho význam

Jsmeli ve vztahu s druhým člověkem, znamená to, že dříve či později dojde ke konfliktu. Může jít o konfrontaci v názorech, vnímání, potřebách či hodnotách. Podle toho, jak se rodina k problému postaví a jaké zvolí východisko, může dojít k řešení konstruktivnímu či destruktivnímu (Trélaün, 2005).

Jedním z konstruktivních řešení konfliktu je odpuštění. Antropolog Houston Smith: "Odpuštění je způsob jak zabránit tomu, aby nám minulost diktovala, jak má vypadat budoucnost." Psychologové jej definují jako pokus o vžití se, pokud možno, do situace viníka. Druhým krokem je zamyslet se nad sebou samým – nejen viník, ale ani já nejsem „anděl“. Pokud dokážeme odpustit, nastoupí úleva a zároveň přispějeme k tvoření nové, konstruktivní budoucnosti (Křivohlavý, 2003).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

4.1 Cíl práce

Cíl č. 1: Zjistit nejčastější problémy v péči o nemocného v domácím prostředí.

Cíl č. 2: Zjistit, kdo nejčastěji podává pečovatelům informace týkající se péče o nemocného.

Cíl č. 3: Zjistit, zda pečovatelé relaxují a jakou formu relaxace upřednostňují.

4.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že nejčastějším problémem v péči o nemocného bude nedostatek informací v péči o nemocného v domácím prostředí.

Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že nejčastěji podávají pečovatelům informace zdravotní sestry.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že většina pečovatelů nerelaxuje a to z časových důvodů.

4.3 Metoda práce

Pro práci jsme využili kvantitativního sběru dat pomocí dotazníku, který je nerozšířenějším způsobem umožňujícím získat dostačující množství dat pro různé typy průzkumů v krátké časové jednotce. Dotazník se skládá z otázek, jejichž úkolem je získat názory či fakta od respondentů. Otevřené otázky umožňují odpovědět vlastními slovy, uzavřené otázky (polytomické, dichotomické) dávají možnost výběru z několika variant. Polouzavřené (polootevřené) otázky jsou kombinací obou předchozích typů. Polouzavřená otázka se stává přidáním varianty „jiné“ do uzavřené otázky. Umožňuje respondentovi volně vyjádřit svůj názor. Dichotomické otázky jsou nejužší uzavřenou otázkou, respondent si může vybrat pouze ze dvou variant (ano - ne, muž - žena, atd.). Pokud si respondent vybírá z více možností, hovoříme o otázkách polytomických.

Samotný dotazník byl anonymní. Tvořilo jej 19 položek. Z toho otevřená otázka byla 1, uzavřených otázek (dichotomických) bylo 9, uzavřených (polytomických) 6 a polouzavřených 3. Respondenti volili odpověď, která nejvíce vystihovala jejich názor. Vybranou variantu zakroužkovali. U otevřených otázek odpověď doplnili.

Typy otázek:

- otázky otevřené: č. 19,
- otázky uzavřené dichotomické: č. 1, 6, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18,
- otázky uzavřené polytomické: 2, 3, 4, 5, 7, 8,
- otázky polouzavřené: 9, 14, 16.

4.4 Charakteristika položek

Položky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6 zjišťují pohlaví, věk, rodinný stav, pracovní zařazení, vzdělání a bydliště respondenta.

Položky č. 7, 8, 9 se zaměřují na nejčastější problémy v péči o nemocné.

Položky č. 10, 11, 12, 13, 14 se týkají toho, kdo nejčastěji podává pečovatelům informace týkající se péče o nemocného.

Položky č. 15, 16, 17, 18, 19 zjišťují, zda pečovatelé relaxují a jakou formu relaxace upřednostňují.

4.5 Charakteristika zkoumaného vzorku

Při výzkumném šetření jsme oslovili 100 respondentů. Jednalo se cíleně o osoby, které o někoho pečují. Ke zpracování jsme použily 80 vyplněných dotazníků, pomocí kterých jsme provedly výzkumné šetření. Zastoupení respondentů - 72 žen a 8 mužů.

4.6 Organizace šetření

V průběhu měsíce listopadu došlo ke stanovení cílů a hypotéz, pak během prosince jsme začali postupně sestavovat dotazník. Poslední verze dotazníku se skládala z 19 položek. Na začátku měsíce ledna jsem provedla pilotní studii. Celkem jsem rozdala 100 dotazníků. Šetření jsem směřovala cíleně do rodin, které v domácím prostředí, či ve své blízkosti, pečují o rodinného příslušníka. Zpět se mi vrátilo 80 dotazníků (80 % návratnost). Ke zpracování jsem použila 80 dotazníků.

4.7 Zpracování získaných dat

Získaná data jsme zpracovali (pro lepší přehlednost) do pracovní tabulky v programu Microsoft Excel. Pomocí tohoto programu jsme získali absolutní a relativní četnost. Dále jsme data uspořádali do jednotlivých tabulek a grafů, které jsem slovně popsala.

Absolutní četnost v tabulce (**n**) udává počet respondentů, kteří na danou položku odpověděli z nabídnutých možností stejně.

Relativní četnost v tabulce (%) poskytuje informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou dílčí hodnotu.

5 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

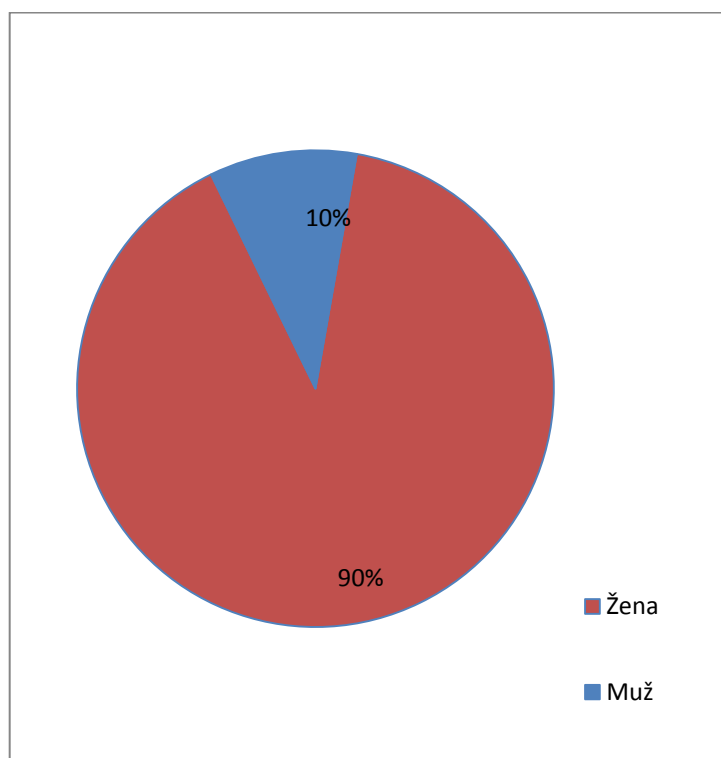
Výzkumného šetření se zúčastnilo 80 respondentů.

Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů (Jsem...)

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	72	90,00%
Muž	8	10,00%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Graf 1 Pohlaví respondentů



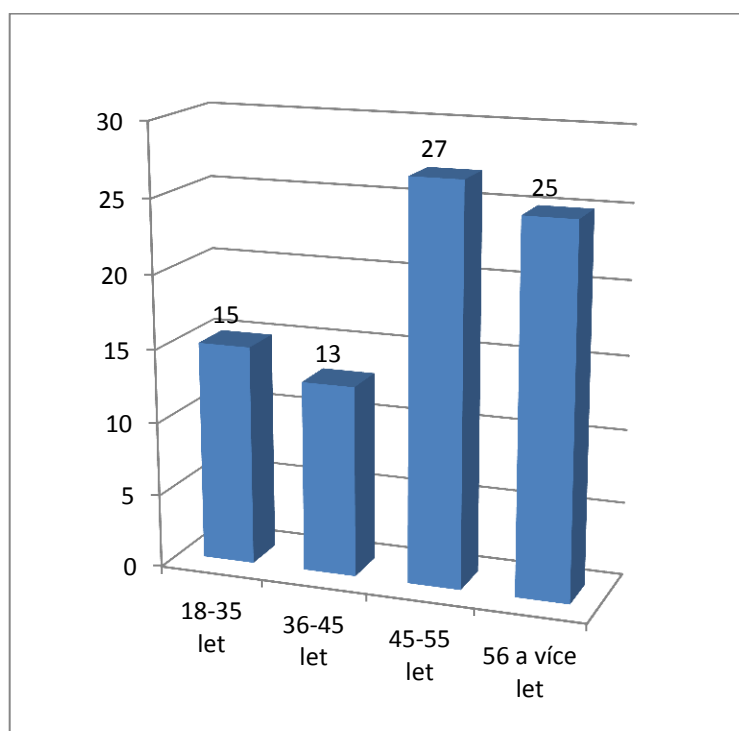
Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 80 respondentů (100,00 %) bylo 72 žen (90,00 %) a 8 mužů (10,00 %).

Otázka č. 2 – Věk respondentů (Je mi...)

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-35 let	15	18,75%
36-45 let	13	16,25%
45-55 let	27	33,75%
56 a více let	25	31,25%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 2 Věk respondentů

Graf 2 Věk respondentů



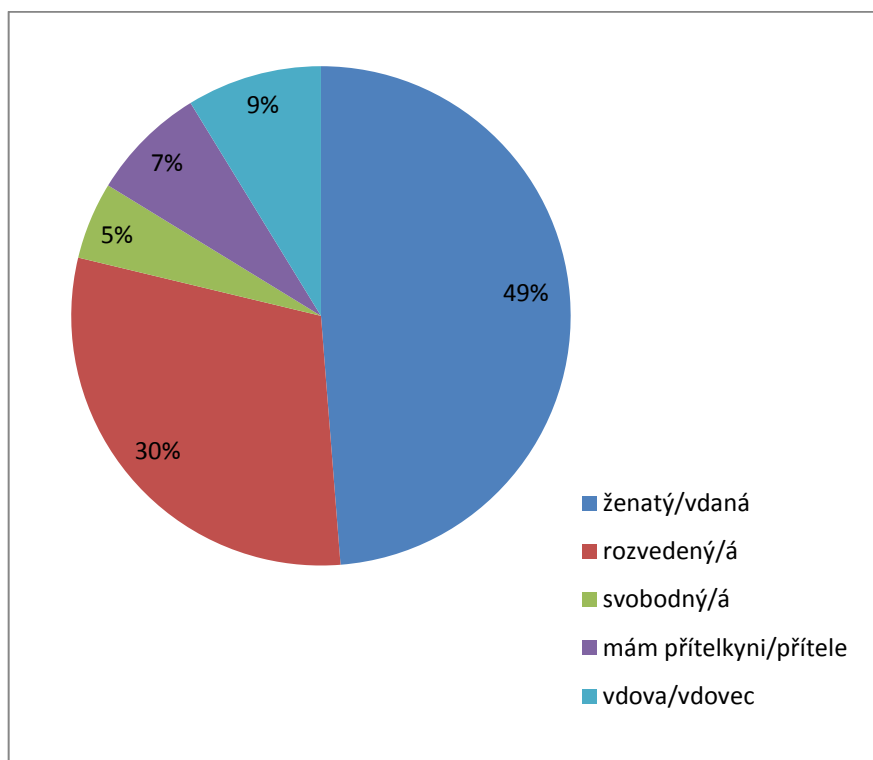
Z 80 (100,00 %) respondentů bylo 15 (18,75 %) ve věkovém rozmezí 18-35 let, 13 (16,25 %) bylo ve věku 36-45 let, 45-55 let mělo 27 (33,75 %), respondentů starších 56 let bylo 25 (31,25 %)

Otázka č. 3 – Stav

Odovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ženatý/vdaná	39	48,75%
Rozvedený/á	24	30,00%
Svobodný/á	4	5,00%
Mám přítelkyni/přítele	6	7,50%
Vdova/vdovec	7	8,75%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 3 Stav

Graf 3 Stav



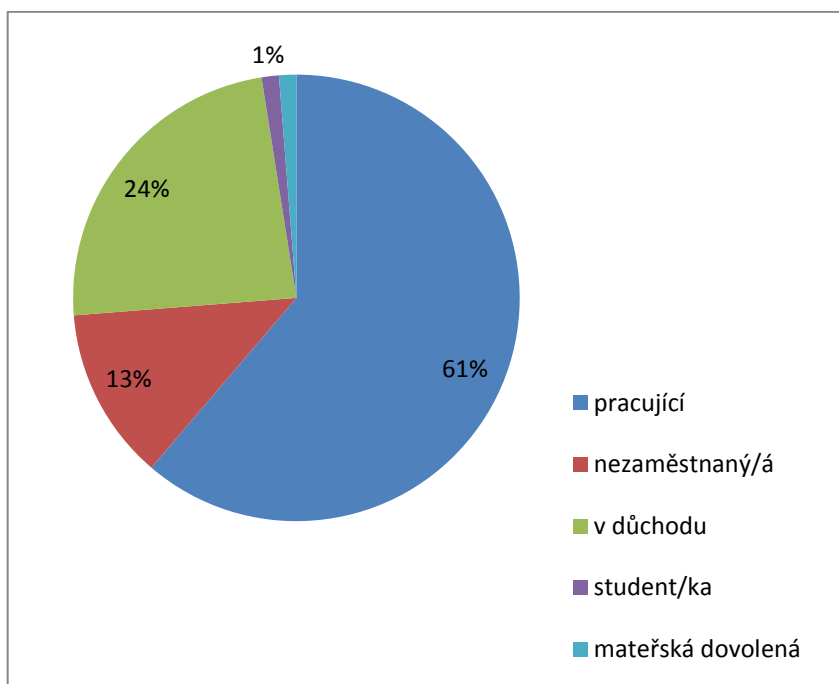
Z 80 (100,00 %) respondentů bylo 39 (48,75 %) ženatých/vdaných, rozvedených 24 (30,00 %), svobodní respondenti byli 4 (5,00 %), 6 (7,50 %) uvedlo, že mají přítele/přítelkyni, 7 (8,75 %) bylo vdov/vdovců.

Otázka č. 4 – Pracovní zařazení (Práce...)

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pracující	49	61,25%
Nezaměstnaný/á	10	12,50%
V důchodu	19	23,75%
Student/ka	1	1,25%
Mateřská dovolená	1	1,25%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 4 Pracovní zařazení

Graf 4 Pracovní zařazení



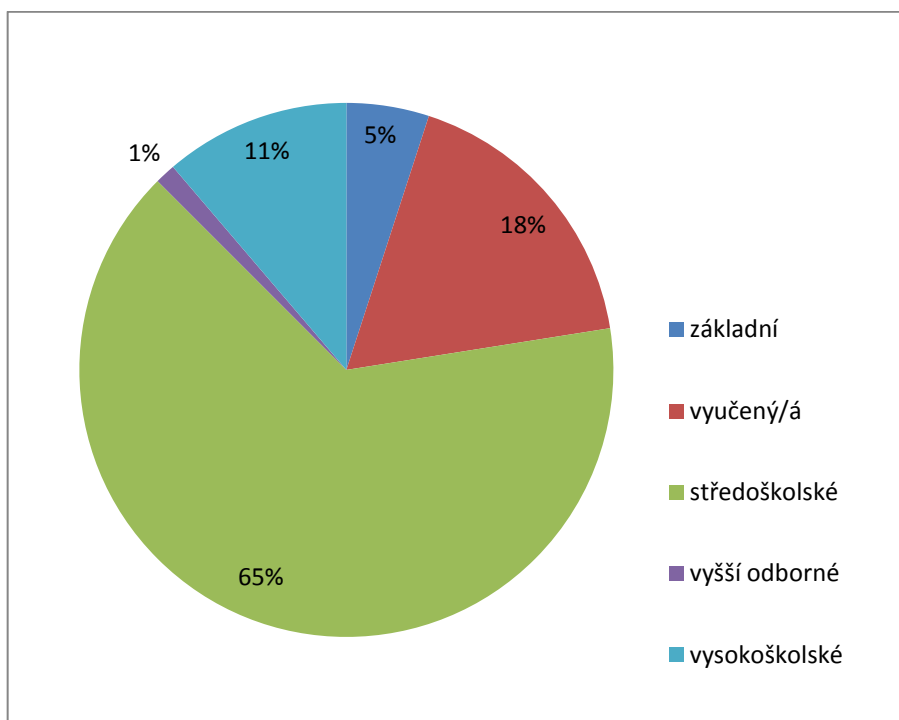
Z celkového počtu 80 (100,00 %) respondentů 49 (61,25 %) bylo pracujících, 10 (12,50 %) nezaměstnaných, v důchodu bylo 19 (23,75 %) respondentů, 1 (1,25 %) byl student a 1 (1,25 %) respondent uvedl, že je na rodičovské dovolené.

Otázka č. 5 – Vzdělání

Odovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	4	5,00%
Vyučený/á	14	17,50%
Středoškolské	52	65,00%
Vyšší odborné	1	1,25%
Vysokoškolské	9	11,25%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 5 Vzdělání

Graf 5 Vzdělání



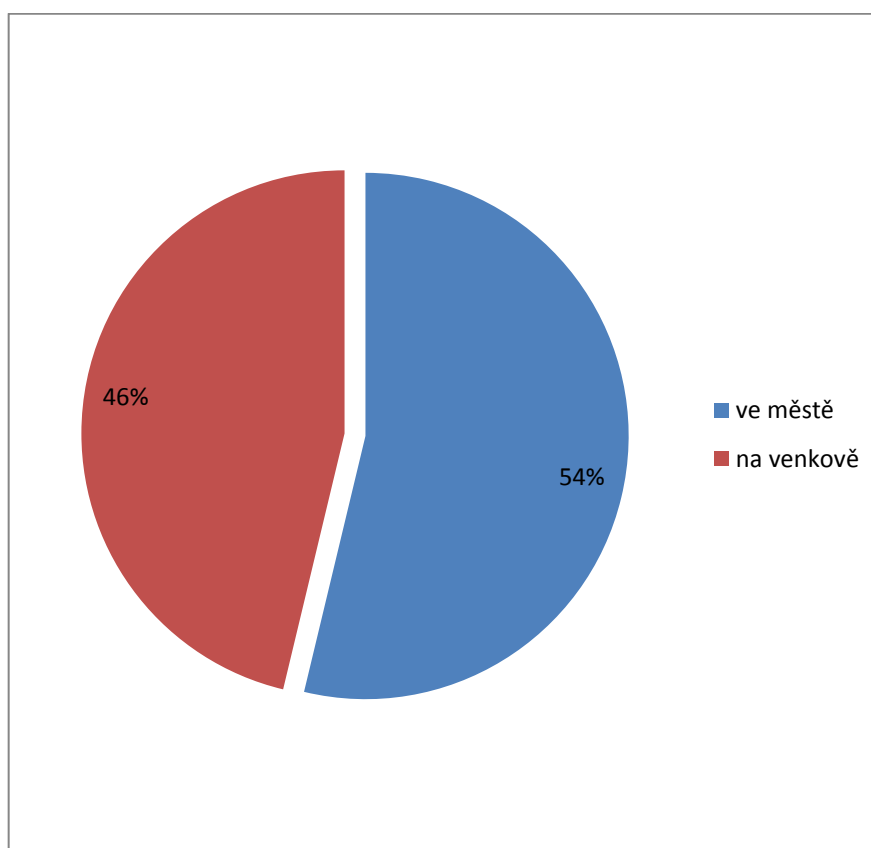
Z 80 (100,00 %) respondentů 4 (5,00 %) dosáhlo nejvýše základního vzdělání, 14 (17,50 %) bylo vyučených, 52 (65,00 %) bylo vzděláno středoškolsky, vyšší odbornou školu absolvoval 1 (1,25 %) respondent a vysokoškolsky vzdělaných respondentů bylo 9 (11,25 %).

Otázka č. 6 – Bydliště (Žiji...)

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ve městě	43	53,75%
Na venkově	37	46,25%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 6 Bydliště

Graf 6 Bydliště



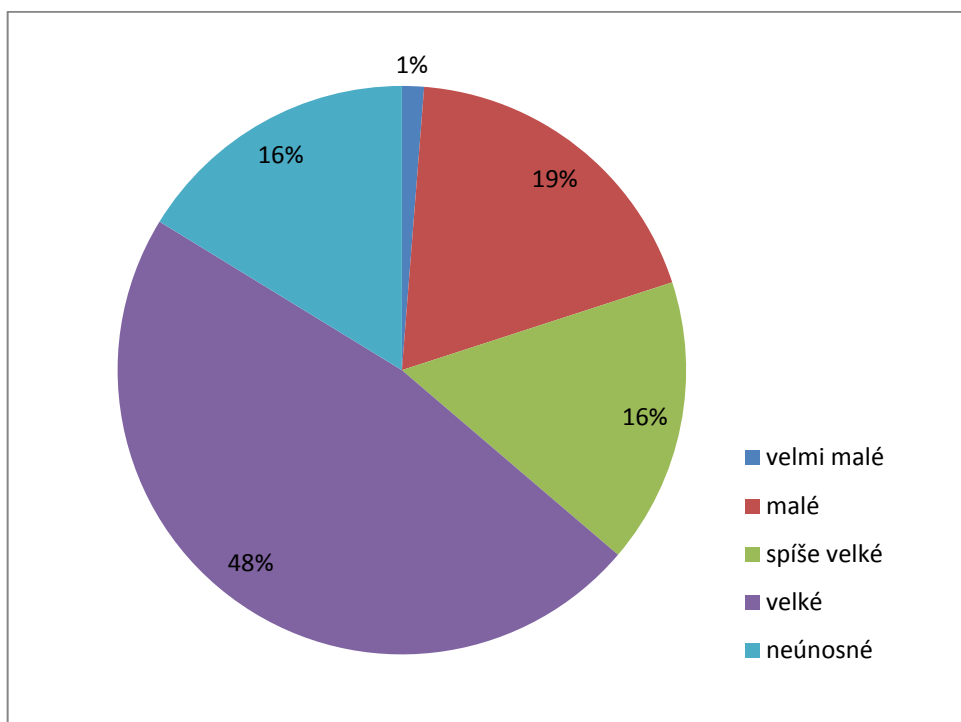
Z celkového počtu 80 (100,00 %) respondentů žije ve městě 43 (53,75 %) a na venkově 37 (46,25 %).

Otázka č. 7 – Jak velké požadavky na roli pečovatele/ky jsou na Vás kladeny?

Odovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Velmi malé	1	1,25%
Malé	15	18,75%
Spíše velké	13	16,25%
Velké	38	47,50%
Neúnosné	13	16,25%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 7 Požadavky na pečovatele

Graf 7 Požadavky na pečovatele



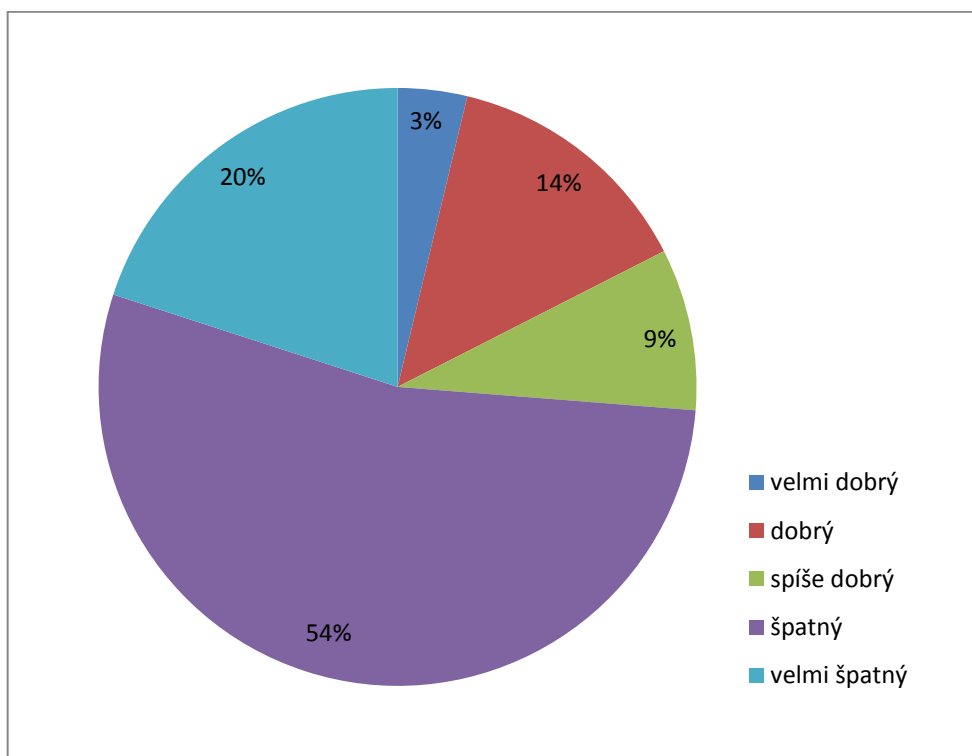
Z 80 (100,00 %) respondentů 1 (1,25 %) uvedlo, že požadavky kladené na roli pečovatele jsou velmi malé, 15 (18,75 %) zvolilo možnost malé, 13 (16,25 %) spíše velké, 38 (47,50 %) velké a 13 (16,25 %) respondentů považuje požadavky za neúnosné.

Otázka č. 8 – Jak hodnotíte zdravotní stav rodinného příslušníka?

Odpořevdi	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
velmi dobrý	3	3,75%
dobrý	11	13,75%
spíše dobrý	7	8,75%
řpatný	43	53,75%
velmi řpatný	16	20,00%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 8 Zdravotní stav rodinného příslušníka

Graf 8 Zdravotní stav rodinného příslušníka



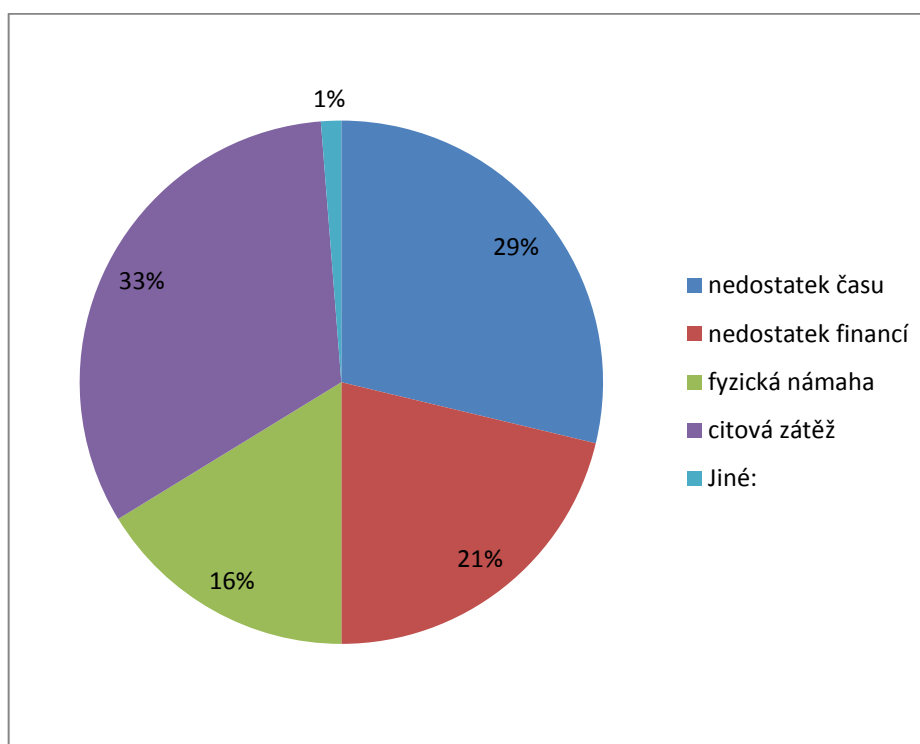
Z 80 (100,00 %) respondentů považuje 3 (3,75 %) stav rodinného příslušníka za velmi dobrý, 11 (13,75 %) za dobrý, 7 za spíše dobrý, variantu řpatný zdravotní stav zvolilo 43 (53,75 %) respondentů a možnost velmi řpatný stav uvedlo 16 (20,00 %).

Otázka č. 9 – V péči o rodinného příslušníka Vám činí největší problém:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedostatek času	23	28,75%
Nedostatek financí	17	21,25%
Fyzická námaha	13	16,25%
Citová zátěž	26	32,50%
Jiné:	1	1,25%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 9 Problémy v péči o rodinného příslušníka

Graf 9 Problémy v péči o rodinného příslušníka



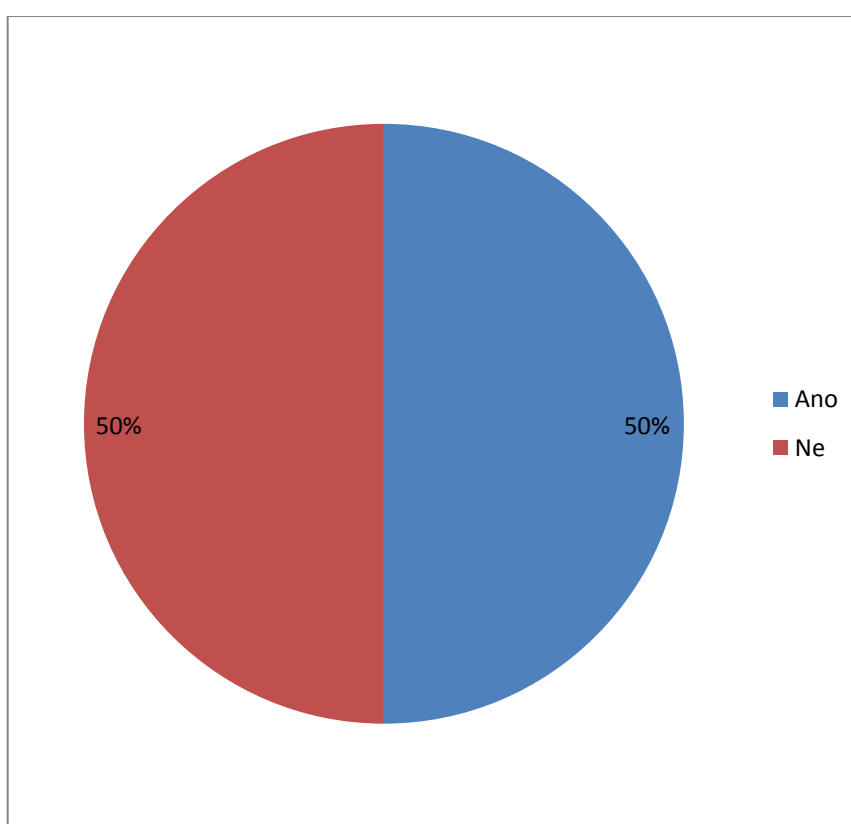
Z celkového počtu 80 (100,00 %) respondentů považuje 23 (28,75%) za největší problém v péči o nemocné nedostatek času. Dále 17 (21,25 %) uvedlo možnost nedostatek financí, 13 (16,25 %) fyzickou námahu, 26 (32,50 %) citovou zátěž a možnost jiné označil 1 (1,25 %) respondent – tuto variantu dále nekonkretizoval.

Otázka č. 10 – Máte povědomí o tom, že v ČR existují kurzy pro pečovatele?

Odovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	40	50,00%
Ne	40	50,00%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 10 Povědomí o kurzech pro pečovatele

Graf 10 Povědomí o kurzech pro pečovatele



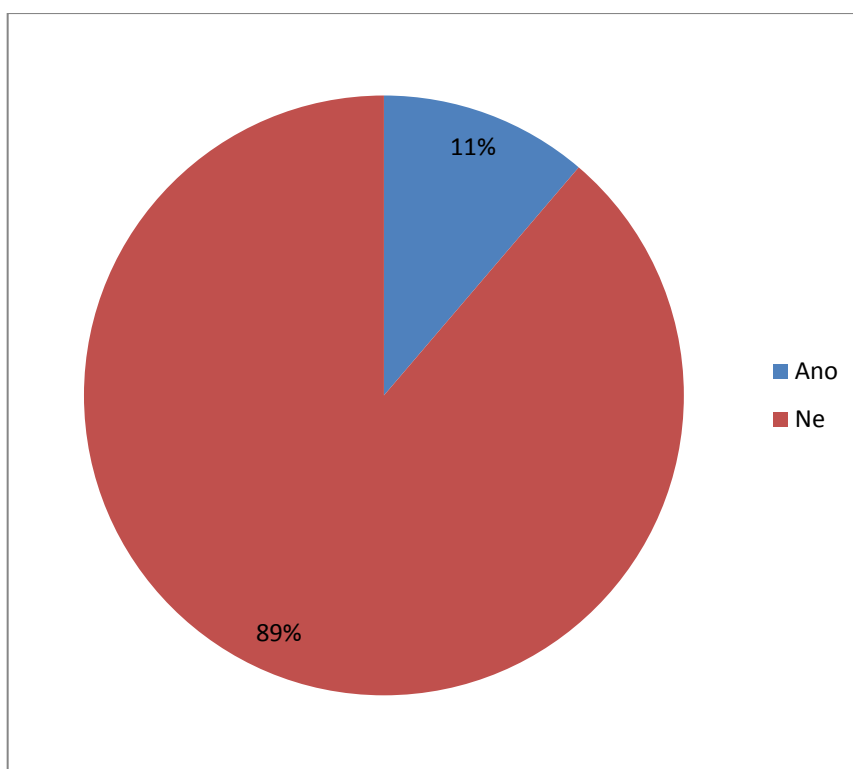
Z celkového počtu 80 (100,00 %) má povědomí o kurzech pro pečovatele 40 (50,00 %) respondentů, odpověď ne uvedlo taktéž 40 (50,00 %).

Otázka č. 11 – Účastnil/la jste se některého z těchto kurzů?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	9	11,25%
Ne	71	88,75%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 11 Účast na kurzech pro pečovatele

Graf 11 Účast na kurzech pro pečovatele



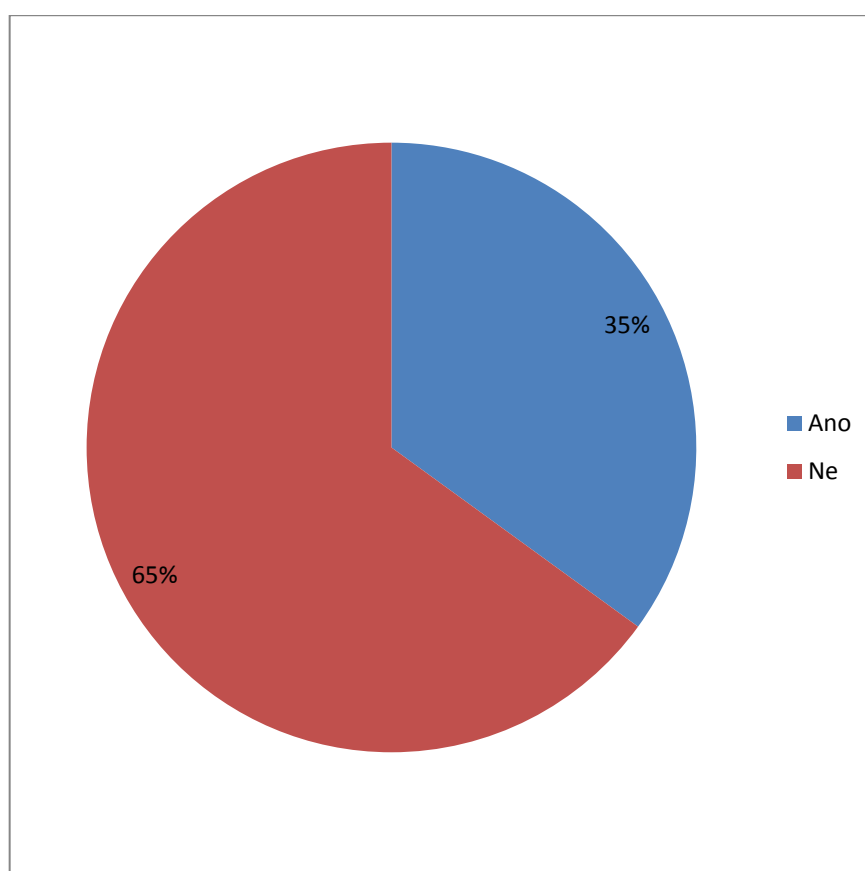
Z 80 (100,00 %) respondentů se některého z kurzů pro pečovatele zúčastnilo 9 (11,25 %), odpověď ne zvolilo 71 (88,75 %) respondentů.

Otázka č. 12 – Myslíte si, že máte dostatek vědomostí a informací o péči v rodině?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	28	35,00%
Ne	52	65,00%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 12 Dostatek vědomostí a informací o péči v rodině

Graf 12 Dostatek vědomostí a informací o péči v rodině



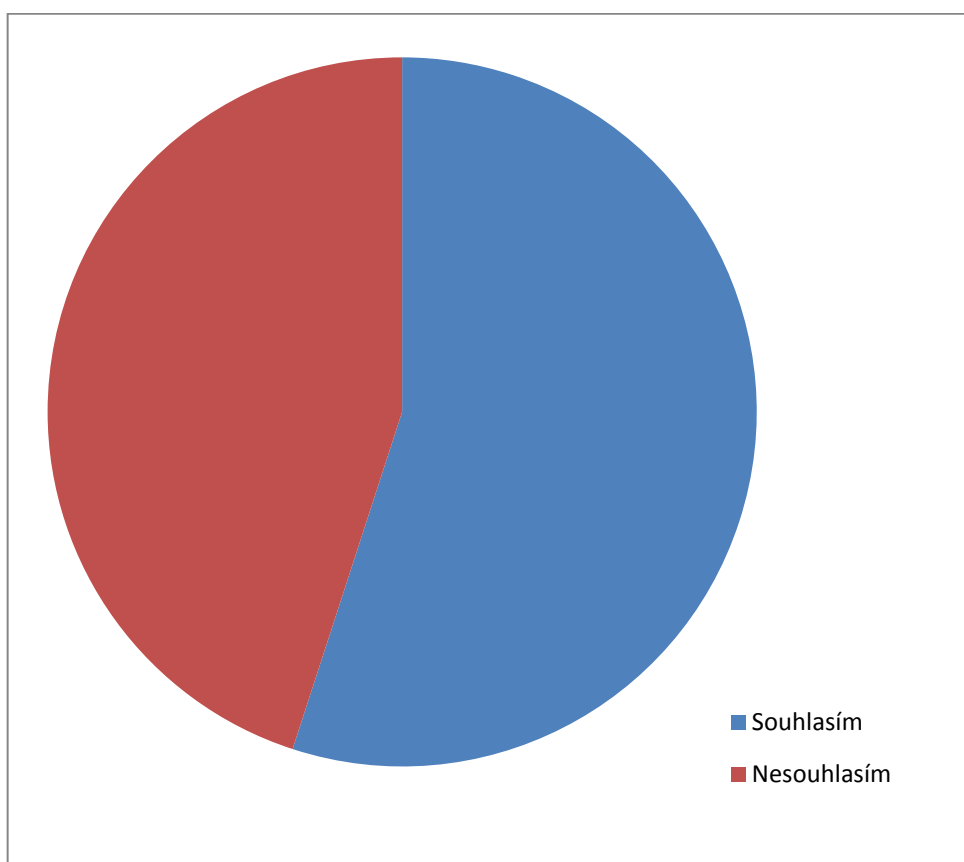
Z 80 (100,00 %) respondentů 28 (35,00 %) uvedlo, že má dostatek vědomostí a informací o péči v rodině. Druhou variantu zvolilo 52 (65,00 %).

Otázka č. 13 – Zdravotní sestry Vám poskytují dostatek informací o domácí péči.

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Souhlasím	44	55,00%
Nesouhlasím	36	45,00%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 13 Poskytování informací sestrou

Graf 13 Poskytování informací sestrou



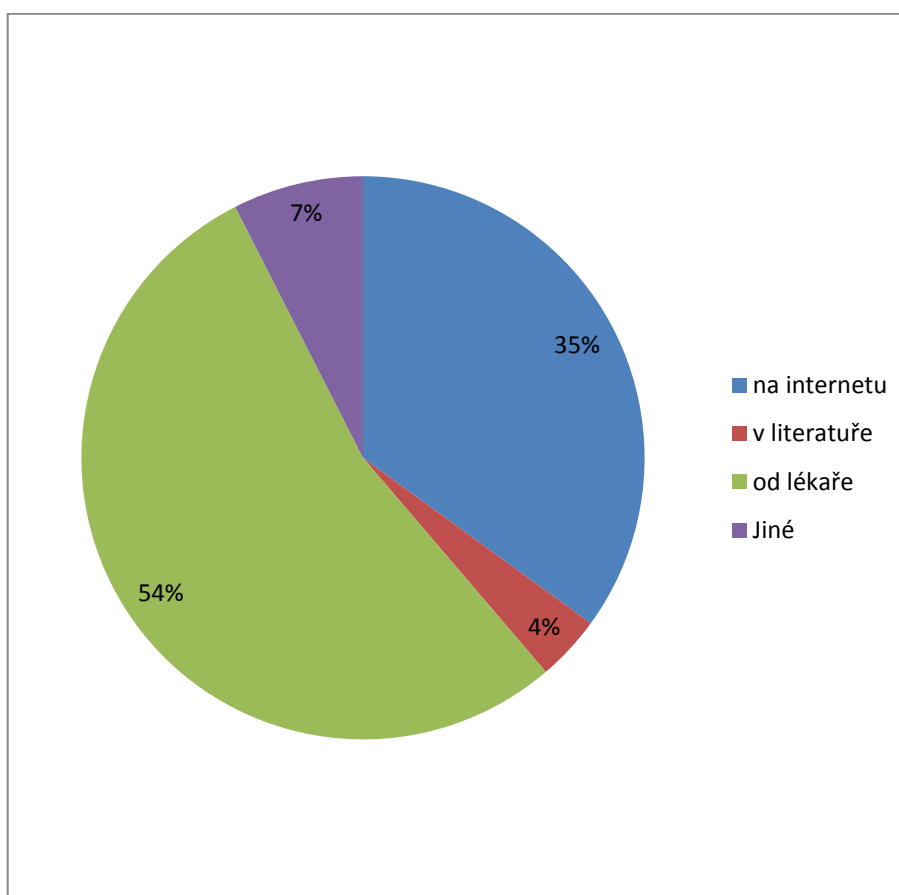
Z 80 (100,00 %) respondentů mělo souhlasný názor 44 (55,00 %), nesouhlasilo 36 (45,00 %).

Otázka č. 14 – Nejvíce informací o pečování v rodinném prostředí získáváte:

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Na internetu	28	35,00%
V literatuře	3	3,75%
Od lékaře	43	53,75%
Jiné	6	7,50%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 14 Získávání informací

Graf 14 Získávání informací



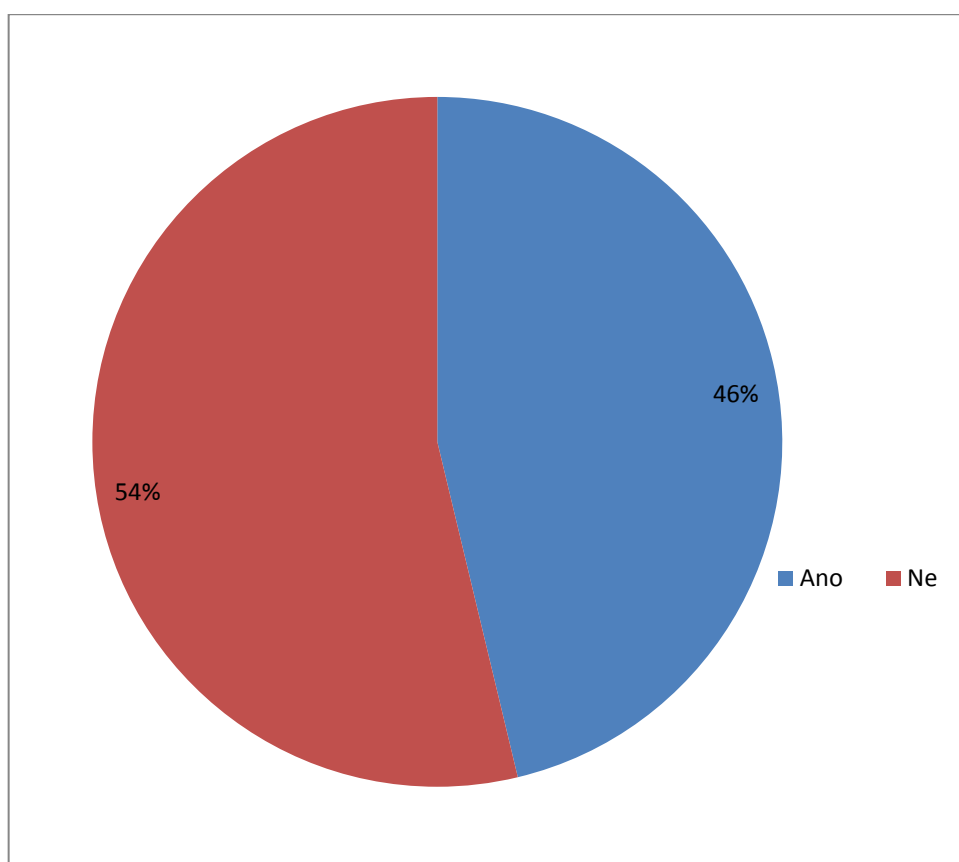
Z celkového počtu 80 (100,00 %) respondentů získává nejvíce informací – 28 (35,00 %) na internetu, 3 (3,75 %) v literatuře, od lékaře 43 (53,75 %). Variantu jiné zvolilo 6 respondentů (z tohoto počtu odpověď blíže specifikovali 3 respondenti, jejich odpověď byla „od zdravotní sestry“).

Otázka č. 15 – Využíváte některou z forem odlehčovací služby?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	46,25%
Ne	43	53,75%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 15 Využití odlehčovacích služeb

Graf 15 Využití odlehčovacích služeb



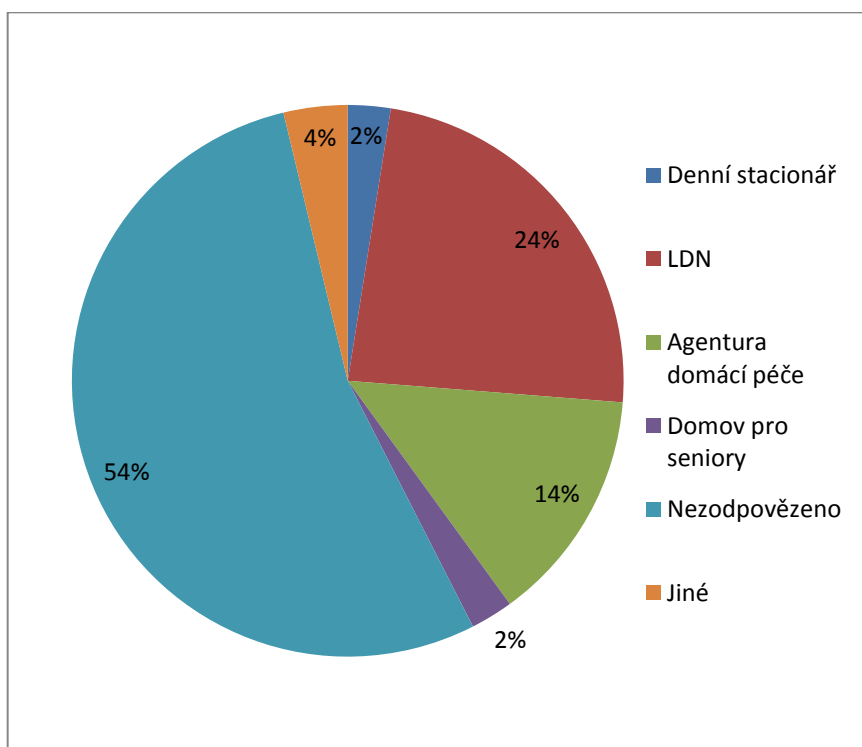
Z celkového počtu 80 (100,00 %) respondentů využívalo 37 (46,25 %) některou z forem odlehčovací služby. 43 (53,75 %) respondentů nevyužilo odlehčovacích služeb.

Otázka č. 16 – Pokud byla Vaše předchozí odpověď na otázku ano, odpovězte na otázku následující. Jakou formu odlehčovací služby využíváte?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denní stacionář	2	2,50%
LDN	19	23,75%
Agentura domácí péče	11	13,75%
Domov pro seniory	2	2,50%
Nezodpovězeno	43	53,75%
Jiné	3	3,75%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 16 Odlehčovací služby

Graf 16 Odlehčovací služby



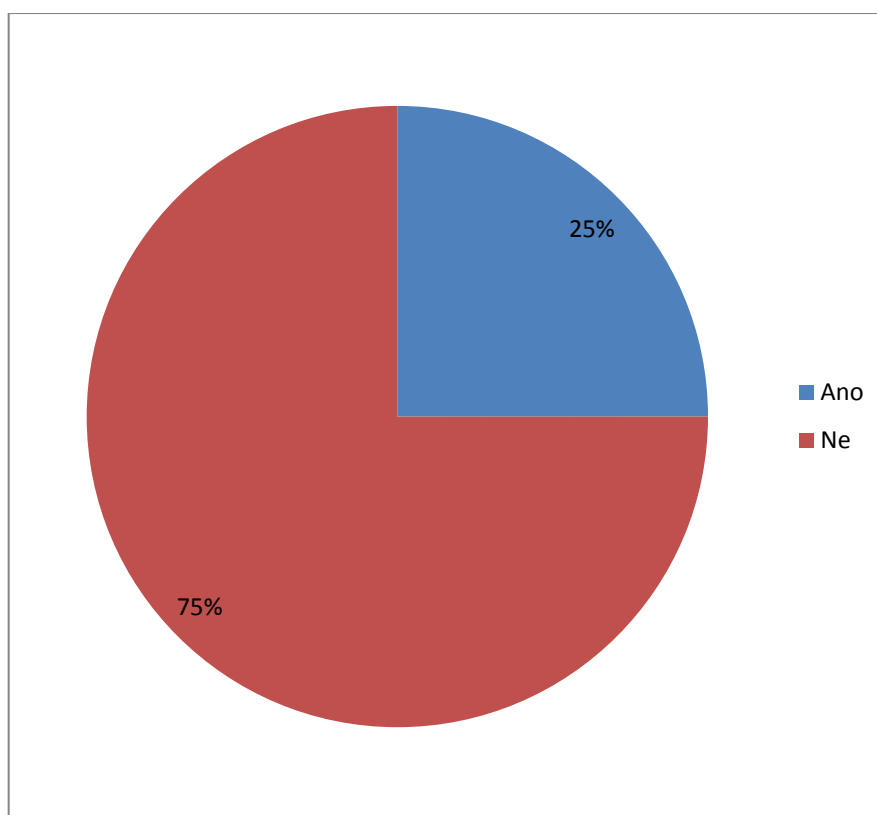
Z celkového počtu 80 (100,00 %) uvedli variantu denní stacionář 2 (2,50 %) respondenti, LDN 19 (23,75 %), agenturu domácí péče využívalo 11 (13,75 %) respondentů, domov pro seniory 2 (2,50 %), variantu jiné zvolili 3 (3,75 %) respondenti – specifikovali ji jako „Nemocnice milosrdných bratří VIZOVICE, mám v rodině zdravotní sestru, paní na výpomoc“. Na otázku neodpovídalo 43 (53,75 %) respondentů.

Otázka č. 17 – Máte dostatek času sami na sebe?

Odpoředi	Absolutní řetnost	Relativní řetnost
Ano	20	25,00%
Ne	60	75,00%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 17 Dostatek řasu

Graf 17 Dostatek řasu



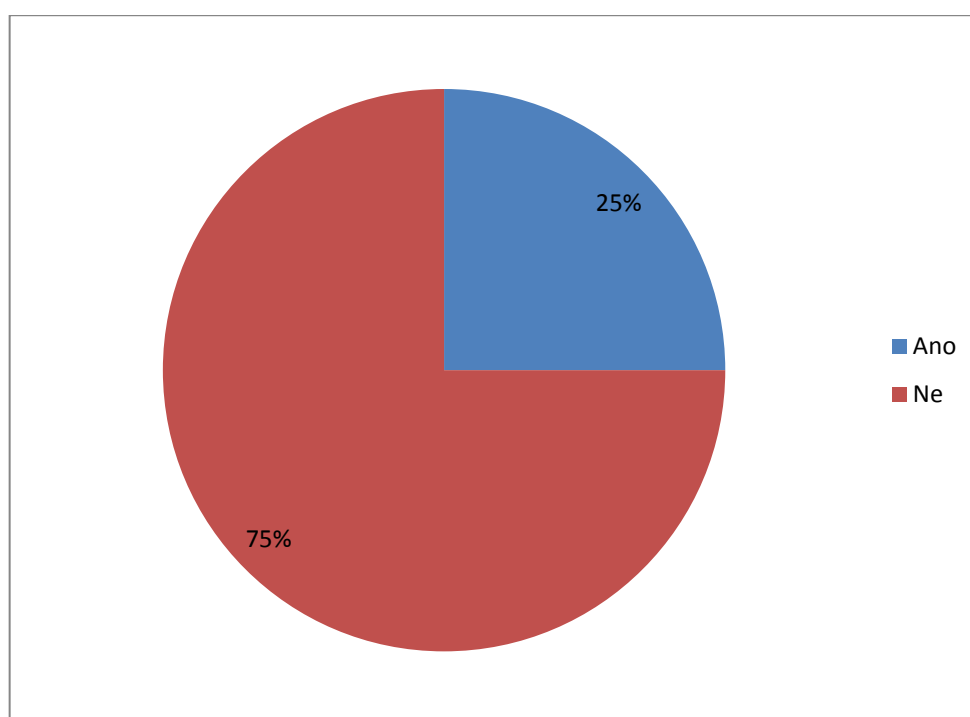
Z celkového počtu 80 (100,00 %) respondentů uvedlo 20 (25,00 %), že mají dostatek řasu sami na sebe. 60 (75,00 %) odpovědělo ne. Z tohoto vyplývá, že $\frac{3}{4}$ respondentů nemá na sebe dostatek řasu.

Otázka č. 18 – Relaxujete?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	20	25,00%
Ne	60	75,00%
Celkem:	80	100,00%

Tabulka 18 Relaxace

Graf 18 Relaxace



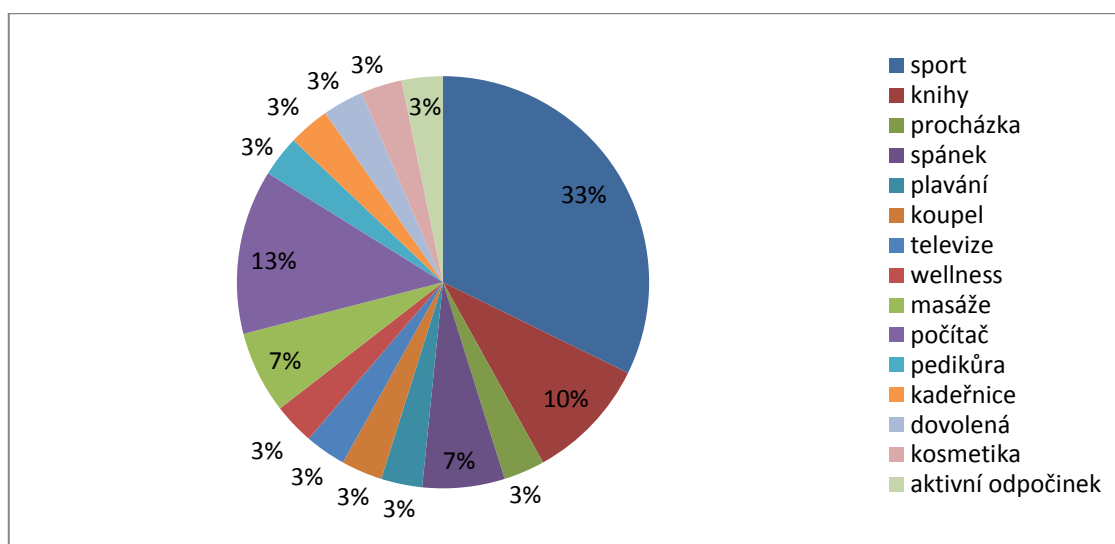
Z 80 (100,00 %) respondentů relaxovalo 20 (25,00 %). Odpověď ne uvedlo 60 (75,00 %).
Z toho vyplývá, že $\frac{3}{4}$ respondentů nevyužívalo relaxace.

Otázka č. 19 – Pokud byla Vaše předchozí odpověď na otázku ano, odpovězte na otázku následující. Jakou formu relaxace nejvíce praktikujete?

Odpovědi	Absolutní četnost	Relativní četnost
Sport	10	32,26%
Knihy	3	9,68%
Procházky	1	3,23%
Spánek	2	6,45%
Plavání	1	3,23%
Koupel	1	3,23%
Televize	1	3,23%
Wellness	1	3,23%
Masáže	2	6,45%
Počítač	4	12,90%
Pedikúra	1	3,23%
Kadeřnice	1	3,23%
Dovolená	1	3,23%
Kosmetika	1	3,23%
Aktivní odpočinek	1	3,23%
Celkem:	31	100,00%

Tabulka 19 Formy relaxace

Graf 19 Formy relaxace



Z 31 (100,00 %) odpovědí byla nejčastější - 10 (32,26 %) sport, 4 (12,90 %) počítač, 3 (9,68 %) respondenti uvedli knihy, ve 2 (6,45 %) případech byly uvedeny masáže a spánek. Další odpovědi (procházky, plavání, koupel, televize, wellness...) uvedl vždy 1 (3,23 %) respondent.

DISKUZE

Téma mé bakalářské práce bylo Rodina v roli pečovatele.

V první kapitole teoretické části jsme definovali rodinu, potřeby a hodnoty rodiny a její chování ve zdraví, či nemoci. Druhá kapitola byla zaměřena na pečovatele a jejich podporu (možnosti odlehčení, relaxace apod.) V poslední části jsme se zabývali konflikty v rodině, elevací a delevací či významem odpuštění.

Na začátku výzkumné práce jsme si stanovili hypotézy a cíle, kterým se budeme dále věnovat.

Pro zpracování jsme využili výzkumné metody – dotazníku. Hodnoceno bylo 80 respondentů, z toho 72 žen a 8 mužů, tedy početní převaha žen. Tento výsledek potvrzuje fakt, že současné rozložení rolí v domácí péči, stejně tak jako v historii, patří stále převážně ženám. Věkové rozmezí respondentů bylo od 18 do 56 a více let – zastoupení v těchto kategoriích bylo podobné. Nejvíce respondentů bylo ve věku 45-55 let (27; 33,75 %). Z těchto výsledků usuzujeme, že věk pečovatele není omezen, naopak – pomoci může jak student, tak i senior. Téměř polovina (39; 48,75 %) byla vdaných/ženatých a téměř než 1/3 rozvedených (24; 30,00 %). Více než polovina (49; 61,25 %) uvedla své pracovní zařazení jako pracující. Šetření se zúčastnil také jeden student a jedna respondentka na mateřské dovolené. Nejčastější nejvyšší dosažené vzdělání pečovatelů bylo středoškolské (zastoupeno počtem 52; 65,00 %). Zajímavým výsledkem bylo zastoupení domácí péče ve městě a na vesnici – město 43 (53,75 %) a vesnice 37 (46,25 %) respondentů.

***Hypotéza č. 1:** Předpokládáme, že nejčastějším problémem v péči o nemocného bude nedostatek informací v péči o nemocného v domácím prostředí.*

***Cíl č. 1:** Zjistit nejčastější problémy v péči o nemocného v domácím prostředí.*

Z výzkumu vyplynulo, že téměř polovina (38; 47,50 %) respondentů hodnotí požadavky na roli pečovatele jako velké. K variantám velmi malé nebo malé požadavky se přiklonilo 16 (20,00 %). Z dalších čísel se dá usuzovat zajímavý počet, a to, že $\frac{3}{4}$ respondentů hodnotí požadavky jako spíše velké, velké či neúnosné – tento fakt svědčí o přetěžování sil pečovatelů a napovídá neefektivnímu využívání odlehčovacích možností.

U otázky na stav rodinného příslušníka 59 (73,79 %) zvolilo odpověď špatný nebo velmi špatný.

Za největší problém v péči o nemocné označili respondenti citovou zátěž (26; 32,50 %), na druhém místě pak nedostatek času (23; 28,75 %). V hypotéze uvádíme, že největší problém v péči o nemocného bude nedostatek informací. Respondenti však zvolili odpovědi výše uvedené – je třeba se však ptát, zda tyto varianty nemají svůj počátek právě v nedostatku informací. Neboť jak tvrdí Mrkvička, 1976: „Nemoc dolehne na pacienta, ale krize obvykle na partnera.“ Zajímavý názor je také - „Jedním z cílů pomoci pečovatelům je zaměřen na emocionální stránku rodiny, tedy jde o snahu vyrovnat se se situací. K tomu slouží vhodné informace – jak mohou o pacienta pečovat a jaké problémy mohou nastat.“(O’Connor a Aranda, 2005) Dostane-li se rodině správných informací a podpory, věřím, že tyto dvě položky se mohou stát méně zásadními.

Otázka, zda respondenti mají povědomí o kurzech pro pečovatele, vypověděla, že 40 (50,00 %) tyto informace nemá. Těchto kurzů se zúčastnilo pouze 9 (11,25 %) z celkového počtu 80 (100,00 %). Z těchto hodnot lze usoudit, že informovanost rodin o kurzech je nedostačující, absolventů je malý počet. Otázka – kde tedy získávají pečovatelé zkušenosti a informace, se stala předmětem následující hypotézy.

Hypotéza č. 2: *Předpokládáme, že nejčastěji podávají pečovatelům informace zdravotní sestry.*

Cíl č. 2: *Zjistit, kdo nejčastěji podává pečovatelům informace týkající se péče o nemocného.*

Téměř 2/3 pečovatelů (52; 65,00 %) uvedlo, že nemá dostatek informací o péči v rodině. Na otázku, zda zdravotní sestry poskytují dostatečné informace, odpovědělo souhlasně 44 (55,00 %) a nesouhlasně 36 (45,00 %). Stále to však znamená, že pouze 55 % sester je schopno podat rodině kvalitní informace. Od lékaře pečovatelé získávají informace v 53,75 %, na internetu hledá rady 35,00 %, varianta sestry je zde zastoupena pouze 7,50 % - z této hodnoty je patrné, že hypotéza se zde nepotvrdila.

Hypotéza č. 3: Předpokládáme, že většina pečovateli nerelaxuje a to z časových důvodů.

Cíl č. 3: Zjistit, zda pečovatelé relaxují a jakou formu relaxace upřednostňují.

Z výzkumu vyplynulo, že jen necelá polovina respondentů (37; 46,25 %) využívá odlehčovací služeb. Největší zastoupení zde mají LDN a Agentury domácí péče, minimální zastoupení měl Denní stacionář a Domov pro seniory. V individuálních odpovědích se objevila – zdravotní sestra v rodině, či paní na výpomoc.

Dále $\frac{3}{4}$ (60; 75,00 %) pečujících uvedlo, že nemají dostatek času sami na sebe. Zde se nám hypotéza naprosto potvrdila.

Relaxuje jen $\frac{1}{4}$ (20; 25,00 %), a to nejvíce formou sportu – velký počet respondentů zde zvolilo aktivní odpočinek. Mým předpokládaným důvodem volby aktivního odpočinku je, že u člověka starajícího se o blízkou osobu, tímto způsobem, dojde k odvedení pozornosti jiným směrem.

ZÁVĚR

V teoretické části jsme se věnovali definování, potřebám a hodnotám rodiny a jejím chování m ve zdraví či v nemoci, pečovatelům a jejich podpoře, a v poslední části konfliktům v péči o blízkou osobu.

V praktické části jsme získávali informace výzkumnou metodu – dotazníku, ve kterém odpovídali pečovatelé na otázky, které se týkaly náročnosti péče, odlehčovacích služeb, získávání informací a způsobů relaxace. Cíle stanovené na začátku výzkumu se nám podařily splnit. Z výzkumu vyplynulo, že pečovatelé jsou vystaveni velké zátěži a ne vždy mají vhodné informace o možnostech úlevy a odlehčení.

Výstupem této práce je „Abeceda pečovatelů“, která obsahuje malý návod na to, jak pečovat o své blízké a být v pohodě.

Velmi bych ocenila, kdyby se výsledky mé práce dostaly do rukou pečujících o rodinné příslušníky a to hlavně ze strany sester či sociálních pracovníků, jejichž úkolem je předávání kvalitních informací rodině.

V závěru lze říci, že bychom jako zdravotníci neměli podceňovat význam domácí péče. Lidé, kteří pečují o někoho blízkého, půjdou nejdříve pro radu za námi. Proto bychom měli začít se zkvalitňováním u sebe – a to informovaností a motivací sester či ošetřujících lékařů. Jen tak lze efektivně nabídnout pomoc a předat zkušenosti, podporu rodinám, které se učí pečovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČECHOVÁ, Věra, Alena MELLANOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychologie a pedagogika II: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2004. ISBN 80-7333-028-8.
- DUNOVSKÝ, Jiří. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 279 s. ISBN 80-7169-254-9.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2004. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-363-5.
- HEGYI, L., 2005. *Klinické a sociální aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovac Academic Press, spol. s. r. o. ISBN 80-88908-80-9.
- HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný v domácím prostředí, praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.
- HRDÁ, Jana. *Psychohygienu a dobrovolnictví*. In: projekt č. CZ/01/B/P/PP/134047 – Eurocare - Zlepšování celoživotního vzdělávání pracovníků v sociální péči [online]. 2003 [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <http://pecujici.cz/publikace.shtml?x=155290>
- JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. Vydání. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 80-247-2150-3.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada publishing, s.r.o. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KRISTJANSON, Linda a Kathryn WHITE, 2002 cit. podle O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Přeložila Jana HEŘMANOVÁ. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN-10: 80-247-1295-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada, 2003. 176 s. ISBN 978-80-247-0575-0.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada publishing, s.r.o. ISBN: 978-80-247-3171-1.
- MRKVIČKA, Jiří et al. *Škola pro snoubence a novomanžele*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1976. ISBN 08-059-76.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Přeložila Jana HEŘMANOVÁ. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN-10: 80-247-1295-4.

PETRUSEK, Miloslav. *Sociologický slovník*. 2. aktualizované vydání. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.

Sociální reforma: *Dávky pro osoby zdravotně postižené od 1/1/2012*. [online]. ©2012 [cit. 2012-04-04]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/24/>

Sociální reforma: Sociální reforma – příspěvek na péči od 1/1/2012. [online]. ©2012 [cit. 2012-04-04]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23/>

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: APHPP, Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Příručka pro pečovatele*. 3. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-8541-3. Online vydání dostupné od roku 2012 také z: <http://pecujici.cz/prirucky.shtml?x=139737/>

TRÉLAŮN, Beátrice. *Překonání konfliktů v rodině*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-935-6.

VORLÍČEK, Jiří et al. *Klinická onkologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-1716-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd. A tak dále.

s. Strana.

např. Například.

č. Číslo.

tj. To je.

max. Maximálně.

apod. A podobně.

resp. Respektive.

tzv. Takzvaně.

cit. Citováno.

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Tabulka 2 Věk respondentů

Tabulka 3 Stav

Tabulka 4 Pracovní zařazení

Tabulka 5 Vzdělání

Tabulka 6 Bydliště

Tabulka 7 Požadavky na pečovatele

Tabulka 8 Zdravotní stav rodinného příslušníka

Tabulka 9 Problémy v péči o rodinného příslušníka

Tabulka 10 Povědomí o kurzech pro pečovatele

Tabulka 11 Účast na kurzech pro pečovatele

Tabulka 12 Dostatek vědomostí a informací o péči v rodině

Tabulka 13 Poskytování informací sestrou

Tabulka 14 Získávání informací

Tabulka 15 Využití odlehčovacích služeb

Tabulka 16 Odlehčovací služby

Tabulka 17 Dostatek času

Tabulka 18 Relaxace

Tabulka 19 Formy relaxace

Tabulka 20 Potřeby rodiny

Tabulka 21 Výše příspěvku na péči

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Pohlaví respondentů

Graf 2 Věk respondentů

Graf 3 Stav

Graf 4 Pracovní zařazení

Graf 5 Vzdělání

Graf 6 Bydliště

Graf 7 Požadavky na pečovatele

Graf 8 Zdravotní stav rodinného příslušníka

Graf 9 Problémy v péči o rodinného příslušníka

Graf 10 Povědomí o kurzech pro pečovatele

Graf 11 Účast na kurzech pro pečovatele

Graf 12 Dostatek vědomostí a informací o péči v rodině

Graf 13 Poskytování informací sestrou

Graf 14 Získávání informací

Graf 15 Využití odlehčovacích služeb

Graf 16 Odlehčovací služby

Graf 17 Dostatek času

Graf 18 Relaxace

Graf 19 Formy relaxace

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I: Některé důležité instituce a zařízení

PŘÍLOHA P II: Potřeby rodiny

PŘÍLOHA P III: Sociální reforma – Dávky pro osoby zdravotně postižené od 1/1/2012

PŘÍLOHA P IV: Sociální reforma – Příspěvek na péči od 1/1/2012

PŘÍLOHA P V: Dotazník

PŘÍLOHA P I: NĚKTERÉ DŮLEŽITÉ INSTITUCE A ZAŘÍZENÍ

Pečovatelská služba

„U pečovatelské služby si můžeme sjednat dovážku obědů, nákupy, základní úklid (ale tato zařízení nejsou úklidové firmy! Úklid se zpravidla týká pouze pokoje, ve kterém nemocný přebývá) a podobné služby. Zpravidla zahrnuje i služby domácí péče a rehabilitaci. V podstatě záleží, na čem se s organizací dohodneme. Zdravotnické služby jsou hrazeny pojišťovnou, ostatní si musíme uhradit sami. V některých případech je možné, aby část hradil odbor sociální péče. Týká se to ovšem jen případů, kdy služby poskytuje státní zařízení.“ (Holeksová, 2002, s. 85)

Agentury domácí péče

„Agentury domácí péče zajišťují zdravotní a sociální péči nemocného v jeho vlastním domácím prostředí. Domácí péči ordinuje praktický lékař. Pokud je nemocný hospitalizován, může domácí péči při propuštění indikovat ošetřující lékař, ale pouze do 14 dní od propuštění. Pak je nutné navštívit praktického lékaře a další domácí péči dojednat s ním. Domácí péče je zaměřena na pomoc nemocnému, ale taky na pomoc rodině. Pomáhá řešit nejen zdravotní problémy, ale zaměřuje se také na řešení sociálních problémů. Agentury domácí péče spolupracují s odborníky různých oborů a jejich působení je velmi široké. Pracovníci agentury domácí péče informují obvodního lékaře o aktuálním zdravotním stavu nemocného a o problémech, které se při péči o něj vyskytly.

Agentury domácí péče mohou být státní, ty patří zpravidla k nemocnici nebo privátní. V poskytování služeb však nebývá zpravidla rozdíl.

Služby poskytované agenturami domácí péče: zajištění osobní hygieny, prevence a léčba proleženin, příjem stravy, tekutin, zábaly, obklady, doprovod, úprava domácího prostředí, sledování základních životních funkcí, hodnocení aktuálního tělesného a duševního zdraví, odběry biologického materiálu (krev, moč, stolice, sputum atd.), některá specializovaná vyšetření pomocí přístrojů, chystání a podávání naordinovaných léků, převazy ran, kontrola, zavádění a výměna katétrů a sond, aplikace injekcí, podávání kyslíku, aplikace injekční léčby, inhalace, kondiční cvičení, edukace nemocného /výchova, vzdělávání), preventivní prohlídky, sociální šetření. Mezi speciální výkony, které domácí péče poskytuje, patří aplikace diagnostických přístrojů a metod, radiologický servis, podpurná psychoterapie, spiri-

tuální péče, odborný monitoring u dlouhodobě a chronicky nemocných, poradenství v oblasti životního stylu, zdravotní pojištění, dietní opatření, sociální péče a pomoci atd.

Zdravotní péče poskytovaná domácí péčí indikovaná praktickým šči ošetřujícím lékařem je hrazena pojišťovnou. Sociální péče prostřednictvím sociálních referátů okresních úřadů.

Ostatní služby (holič, kadeřník, pedikérka, manikérka atd.), které nejsou hrazeny pojišťovnou ani sociálním referátem okresního úřadu, jsou poskytovány za přímou úhradu.“ (Holeksová, 2002, s. 86-89)

Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebna přijímá pouze nemocné, u kterých je šance na doléčení nebo zrehabilitování. Pobyt v LDN je omezen na tři měsíce. Žádost vypisuje obvodní lékař, pokud je v té době pacient hospitalizován, vypisuje ji ošetřující lékař na oddělení...

Domovy pro seniory

Nestátní zdravotnická zařízení

Do nestátních zdravotnických zařízení patří charity, spolky dobrovolníků, některé agentury domácí péče, nestátní lůžková zařízení, hospice a pohřební služby.“ (Holeksová, 2002, s. 86-89)

PŘÍLOHA P II: POTŘEBY RODINY

<i>Potřeby rodiny</i>	<i>Intervence</i>
pohoda (komfort) pacienta	<ul style="list-style-type: none">- edukujte o hodnocení a léčbě bolesti (druhy bolesti, podávání analgetik, informace o způsobech zajištění pohody, informace o progresi onemocnění)- posuďte stupeň komfortu (deník komfortu pacienta, demonstrace)- umožněte rodině v případě potřeby konzultace (při hospitalizaci i doma)
informovanost rodiny	<ul style="list-style-type: none">- naučte příbuzné, kdy mají požádat o pomoc- poskytněte dostatek informací srozumitelnou formou, doplňujte je písemnými materiály- informujte o nemoci, způsobu léčby a změnách ve stavu pacienta- umožněte nepřetržitý přístup k informacím- využívejte metodu rodinné konference, aby mohli příbuzní navzájem sdílet informace- informujte o různých možnostech péče
emocionální podpora rodiny	<ul style="list-style-type: none">- informujte o příznacích blížící se smrti- pomáhejte rodinám najít způsoby, jak se vyrovnat s těžkou situací (např. nesnažit se všechno vyřešit najednou, ale brát život den po dni, využívat sociální oporu, hledat informace rozptylující nejistotu)- pomáhejte rodinám nalézat pozitiva v pečovatelské roli- pomáhejte členům rodiny nacházet způsoby, jak mohou pečovat sami o sobu a zabránit vyčerpání- uznávejte důležitost emocionálních potřeb členů rodiny
praktická pomoc rodině	<ul style="list-style-type: none">- doporučte péči specialisty a ukažte další možné zdroje podpory- pomozte rodině identifikovat, v čem potřebují praktickou pomoc- včas identifikujte potřebu respitní péče- poskytněte praktickou pomoc při péči o pacienta (např. koupání, monitorování)- informace o možnostech podpory (např. finanční, převoz pacienta)

(*Autorská prezentace*), (O'Connor a Aranda, 2005, s. 227-228)

Tabulka 20 Potřeby rodiny

PŘÍLOHA P III: SOCIÁLNÍ REFORMA – DÁVKY PRO OSOBY ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OD 1/1/2012

ZMĚNY OD 1/1/2012

ÚČINNOST DOSUD PŘIZNANÝCH DÁVEK DO 31.12.2011

- „u přiznaných dávek např. v souvislosti s příspěvkem na zakoupení motorového vozidla nebo příspěvkem na úpravu bytu, které byly uzavřeny dle platných právních předpisů do 31.12.2011, **zůstávají v platnosti i po 1. 1. 2012**, jde o dávky jednorázové, které byly přiznány a vyplaceny před nabytím účinnosti nového zákona
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže a příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům **náleží naposledy za měsíc prosinec 2011**
- pověřené obecní úřady a orgány Ministerstva obrany, které jsou příslušné k rozhodování o dávkách důchodového pojištění vojáků z povolání, zašlou příjemcům těchto dávek do 31. prosince 2011 písemné **sdělení o zániku nároku na tyto dávky**

PŘÍSPĚVEK NA MOBILITU

- jedná se o **opakovanou a nárokovou dávku**, která je **poskytována osobám** starším **jednoho roku**, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby **v oblasti mobility nebo orientace**, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravují nebo jsou dopravovány, a nejsou jim poskytovány sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů v domově pro OZP, v domově pro seniory nebo domově se zvláštním určením nebo zdravotnickém zařízení ústavní péče
- **VÝŠE příspěvku** na mobilitu činí v kalendářním **měsíci 400 Kč** (tj. max. 4 800 Kč za rok)
- o dávkce rozhoduje **Úřad práce ČR** (krajské pobočky, pobočka pro hlavní město Prahu) v rámci zavedení nového systému jednotného výplatního místa
- nová dávka **sloučila** tyto dřívější dávky:
 - o příspěvek na individuální dopravu
 - o příspěvku na provoz motorového vozidla

PŘÍSPĚVEK NA ZVLÁŠTNÍ POMŮCKU

- jedná se o **jednorázovou a nárokovou dávku**, která je určena osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým mentálním postižením
- příspěvek na zvláštní pomůcku se poskytuje v případech:

Příspěvek na zvláštní pomůcku:

- pokud cena pořízení zvláštní pomůcky je nižší než 24 000 Kč a příjem osoby (nebo osob s ní společně posuzovaných) je nižší než osminásobek životního minima, stanoví se výše příspěvku tak, aby spoluúčast osoby činila 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny pomůcky, **nejméně však 1 000 Kč**
- pokud cena pořízení zvláštní pomůcky je vyšší než 24 000 Kč, spoluúčast osoby či osob společně posuzovaných činí také 10 % z této ceny
- pokud osoba nemá dostatek finančních prostředků na zaplacení spoluúčasti, krajská pobočka ÚP s přihlédnutím na celkové sociální a majetkové poměry osoby či společně posuzovaných osob, může určit nižší výši spoluúčasti, minimálně však 1 000 Kč
- **maximální** výše příspěvku je **350 000 Kč**

Příspěvek na pořízení motorového vozidla:

- výše příspěvku se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy a také k příjmu osoby či osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům
- **maximální výše** příspěvku na pořízení motorového vozidla **činí 200 000 Kč**, opakovaně lze příspěvek přiznat po uplynutí 10 let
- **součet vyplácených příspěvků** na zvláštní pomůcku **nesmí** v 60 kalendářních měsících po sobě **jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč** (z vyplácených částek se při součtu odečítají ty částky, které osoba v tomto období vrátila nebo jejichž vrácení bylo prominuto)
- tato **dávka je zaměřena na pomoc v oblasti pomůcek** (které umožňují sebeobsluhu, slouží k získávání informací nebo ke styku s okolím apod.), zakoupení a úpravy motorového vozidla a úprav bytu
- konstrukce dávky bude zvyšovat dostupnost pomůcek pro OZP

- o dávkce **rozhoduje Úřad práce ČR** (krajské pobočky, pobočka pro hlavní město Prahu) v rámci zavedení nového systému jednotného výplatního místa (JVM)
- nová dávka **sloučila** tyto dřívější dávky:
 - o jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek
 - o příspěvek na úpravu bytu
 - o příspěvek na zakoupení motorového vozidla
 - o příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla

PRŮKAZY TP, ZTP NEBO ZTP/P

- pokud jde o mimořádné výhody, které plynou osobám se zdravotním postižením z držení průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P, zůstávají i po 1. 1. 2012 v platnosti, avšak do doby platnosti vyznačené na těchto průkazech (nejdéle však do 31. prosince 2015)
- příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností zašle osobám, kterým byly přiřzeny mimořádné výhody, do 31. prosince 2011 písemné sdělení, které bude obsahovat informace o další platnosti průkazu mimořádných výhod a o postupu při jejich postupném nahrazení
- průkaz OZP bude i nadále používat dosavadní označení **TP, ZTP a ZTP/P**, v průběhu přechodného období však tyto papírové **průkazy** budou **nahrazeny** elektronickou kartou - tzv. „**kartou sociálních systémů**“ (**sKarta**)
- **sKarta** budou mít funkce:
 - o identifikační
 - o bude sloužit k autentizaci občana při komunikaci s úřadem
 - o platební (= platební karta), platební funkce povinna pouze pro osoby pobírající dávky v hmotné nouzi, resp. u vybraných jedinců, kteří tento systém již v minulosti zneužívali
- **sKarta** nebude žádným způsobem vázána na soukromý účet klienta a jednotlivé typy dávek určené k různým účelům budou prostřednictvím karty vypláceny různými formami typu:
 - o výběrem z bankomatu
 - o nákupem zboží v obchodě
 - o omezením na nákup sociálních služeb
- zavedení sKarty je součástí tzv. „**Jednotného informačního systému práce a sociálních věcí**“, který představuje hlavní nástroj ke zvýšení efektivity při správě a

distribuci sociálních dávek a zároveň bude lépe kontrolovat účelovost jejich čerpán“

Sociální reforma: Dávky pro osoby zdravotně postižené od 1/1/2012. [online]. ©2012 [cit. 2012-04-04]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/24/>

PŘÍLOHA P IV: SOCIÁLNÍ REFORMA – PŘÍSPĚVEK NA PÉČI OD 1/1/2012

„Příspěvek na péči je pravidelná opakující se dávka poskytovaná podle zákona o sociálních službách, která je určena na úhradu za potřebnou pomoc poskytovanou registrovanými poskytovateli sociálních služeb nebo osobami blízkými či jinými. Je vyplácen peněžní formou oprávněné osobě (přímo postiženému nebo seniorovi, NE poskytovateli sociálních služeb) za podmínky, že bude nutné na požádání doložit správnost čerpání, pokud nebude k placení použita tzv. Karta sociálních systémů.

ZMĚNY OD 1/1/2012

- **dochází ke zvýšení příspěvku** na péči pro osoby od 1 do 18 let ve II. stupni závislosti z **5 000 Kč na 6 000 Kč**
- **děti** se zdravotním postižením jsou **zajištěny jednotným způsobem**, tj. tak, aby po **dovršení 1 roku** věku byly zabezpečeny **vždy jedním** dávkovým transferem, a to buď rodičovským příspěvkem nebo příspěvkem na péči
- rodiče dětí, které mají již posouzený nepříznivý zdravotní stav pro rodičovský příspěvek, se mohou rozhodnout, zda nejprve vyčerpají celkovou částku příspěvku a následně nechají dítě posoudit pro nárok na příspěvek na péči, nebo zda bude od ledna 2012 dítěti náležet příspěvek na péči v příslušné výši dle stupně závislosti (v I. - IV. stupni)
- **posouzené děti starší 3 let přejdou do příspěvku na péči automaticky**
- **zavedení institutu tzv. ASISTENTA SOCIÁLNÍ PÉČE**
- **NOVĚ** si příjemci příspěvku na péči (rodič nezaopatřeného dítěte nebo nezaopatřené dítě) mohou žádat o jeho zvýšení, a to až o **2 000 Kč** za předpokladu, že jejich příjmy a příjmy osob s nimi společně posuzovaných **nedosahují částky dvojnásobku životního minima rodiny**

NÁROK OD 1/1/2012

Příspěvek na péči je určen

pro občany, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby v oblasti péče o vlastní osobu a při soběstačnosti

- **péči o vlastní osobu se rozumí:**
denní úkony spojené např. se zajištěním či přijímáním stravy, výkonem fyziologické potřeby, oblékáním a obouváním, tělesnou hygienou, péčí o zdraví apod.

- **soběstačností se rozumí:**

úkony, které umožňují účastnit se sociálního života (např. úkony spojené s péčí o domácnost, nakupováním, úklidem, přípravou stravy, schopností komunikace, mobility a orientace apod.)

příspěvek náleží přímo osobě zdravotně postižené nebo seniorovi, NE poskytovateli sociálních služeb

Výše příspěvku na péči

VĚK	VĚK STUPĚŇ ZÁVISLOSTI (v Kč/měsíc)			
	I. lehká	II. středně těžká	III. těžká	IV. úplná
do 18	3 000	6 000	9 000	12 000
nad 18	800	4 000	8 000	12 000

Tabulka 21 Výše příspěvku na péči

Stupně závislosti

U osob do 18 let věku

I stupeň – lehká závislost – potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při třech** základních životních potřebách

II. stupeň – středně těžká závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při **čtyřech nebo pěti** základních životních potřebách

III. stupeň – těžká závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při šesti nebo sedmi** základních životních potřebách

IV. stupeň – úplná závislost - potřeba každodenní mimořádné péče z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při osmi až desíti** základních životních potřebách

U osob starších 18 let věku

I. stupeň – lehká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při třech nebo čtyřech** základních životních potřebách

II. stupeň – středně těžká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při pěti nebo šesti** základních životních potřebách

III. stupeň – těžká závislost - každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při sedmi nebo osmi** základních životních potřebách

IV. stupeň – úplná závislost - každodenní pomoci nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **při devíti nebo deseti** základních životních potřebách

ASISTENT SOCIÁLNÍ PÉČE

Povinnosti

- podle zákona o sociálních službách platí, že **ASISTENTEM SOCIÁLNÍ PÉČE** může být pouze fyzická osoba, která je starší 18 let věku a je zdravotně způsobilá (zdravotní způsobilost se posuzuje podle § 29 odst. 1 písm. e) zákona o sociálních službách)
- jedná se o jinou než blízkou osobu (např. soused), která není registrovaným poskytovatelem sociálních služeb
- asistent sociální péče je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít formální písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci
- náležitosti smlouvy:
 - o označení smluvních stran
 - o rozsah pomoci
 - o místo a čas poskytování pomoci
 - o výše úhrady za pomoc
- úhradu za poskytnutou pomoc hradí asistentu sociální péče zdravotně znevýhodněná osoba ze svého příspěvku na péči a zároveň je povinna uvést tuto skutečnost také do formuláře – Oznámení o poskytovateli pomoci

Výhody

- v případě, že asistent pečuje o jinou osobu než osobu blízkou, je z úhrnu jeho příjmů plynoucích z péče o poživatele příspěvku **osvobozen od daně z příjmů příjem do 12 000 Kč** (příjmy přesahující tuto částku podléhají dani z příjmů – podle znění ustanovení § 4 odst. 1 písm. i) zákona o daních z příjmů)
- možnost zajištění péče o zdravotně znevýhodněnou osobu v místě, kde není žádný registrovaný poskytovatel, který by tak mohl péči zajistit anebo není žádná jiná možnost individuální péče (např. pro nezájem ze strany rodiny nebo tyto osoby žádnou rodinu nemají)
- pokud asistent sociální péče odvádí řádnou péči, není omezen v počtu osob, o které může pečovat

- výkon asistenta sociální péče není podmíněn žádnou registrací poskytovatele sociální služby, ani k této činnosti nemusí mít živnostenský list, pouze odvádí daň z příjmu v případě, že jeho měsíční příjem je vyšší než 12 000 Kč

ZPŮSOB POSUZOVÁNÍ OD 1/1/2012

ZMĚNY OD 1/1/2012

- dochází k **výraznému zjednodušení a větší efektivitě** při stanovení stupně závislosti pro účely přiznání příspěvku na péči podle mezinárodního modelu hodnocení zdravotního stavu (tzv. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví)
- posudkoví lékaři **popisují jen 10 ucelených** a věcně souvisejících oblastí každodenního života člověka, jak dokáže zvládnout základní životní potřeby, a to **namísto dnešních 36 úkonů ve 129 činnostech**
- zdravotní stav se **posuzuje** v těchto **10 základních životních potřeb**:
 - o mobilita
 - o orientace
 - o komunikace
 - o stravování
 - o oblékání a obouvání
 - o tělesná hygiena
 - o výkon fyziologické potřeby
 - o péče o zdraví
 - o osobní aktivity
 - o péče o domácnost
- **nový způsob posuzování** dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu **zajišťuje objektivnější a spravedlivější posuzování** zdravotního stavu osoby a zároveň tak **vylučuje** činnosti **posuzované duplicitně**, dále **snižuje** administrativní **zátěž** posuzovaných osob a v neposlední řadě také **zajišťuje** kontinuitu **posuzování** stupně závislosti i kontinuitu dávkového řešení
- **nový systém** také **zabezpečuje** potřeby **dětí se zdravotním postižením jedním příspěvkem na péči**
- dosavadní **model čtyř stupňů závislosti zůstal zachován**, pouze se stanovily **nové podmínky** pro **zařazení** osoby s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem **do**

jednotlivých **stupňů závislosti**, přičemž platí, že **s počtem stupňů klesá samostatnost klienta a stoupá jeho závislost** na systému

- nový způsob posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a stupně závislosti přináší možnost víceúčelového využití posudku i pro účely poskytování příspěvku na mobilitu, pokud bude uznána závislost v oblasti mobility a orientace

Posuzování zdravotního stavu v praxi

- sociální pracovníci Úřadu práce ČR provádějí sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele o příspěvek
- sociální pracovník zkoumá do jaké míry je žadatel o příspěvek soběstačný a schopný samostatného života
- zdravotní stav žadatele o příspěvek posuzuje Lékařská posudková služba (LPS) na základě žádosti kontaktního pracoviště ÚP ČR
- při posuzování se bere v úvahu dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav žadatele a jeho funkční dopad na schopnost zvládat základní životní potřeby
- na základě nálezů praktického i odborných lékařů, výsledku sociálního šetření, případně funkčního vyšetření, lékař LPS příslušné Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) podklady vyhodnotí a vypracuje zdravotní posudek o stupni závislosti

JAK ZAŽÁDAT O PŘÍSPĚVEK

Kdo o příspěvku rozhoduje a jaké tiskopisy jsou třeba?

- o příspěvku rozhodují kontaktní pracoviště Úřadu práce ČR
- žadatel o příspěvek musí vyplnit potřebné formuláře – Žádost o přiznání příspěvku na péči a formulář – Oznámení o poskytovateli pomoci
- kontaktní pracoviště Úřadu práce ČR vydávají rozhodnutí na základě vypracovaného zdravotního posudku Lékařskou posudkovou službou ČSSZ (LPS ČSSZ), podkladem pro vypracování zdravotního posudku jsou aktuální lékařské zprávy a písemný záznam ze sociálního šetření.“

Sociální reforma: *Sociální reforma – příspěvek na péči od 1/1/2012*. [online]. ©2012 [cit. 2012-04-04]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23/>

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK

Jmenuji se Michaela Obdržálková, studuji obor Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáš Bati ve Zlíně. Tento dotazník byl vytvořen pro zpracování bakalářské práce na téma „Rodina v roli pečovatele“. Zpracování dotazníku je zcela dobrovolné a anonymní.

Pokyny k vyplnění dotazníku

Odpovězte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/jista, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Zaškrtněte vždy jen jednu odpověď. Odpověď označte křížkem.

Děkuji za spolupráci

Michaela Obdržálková

Základní údaje o respondentovi

1) Jsem

- a) žena b) muž

2) Je mi

- a) 18-35 let
b) 36-45 let
c) 45-55 let
d) 56 a více let

3) Stav

- a) ženatý/vdaná b) rozvedený/á c) svobodný/á d) mám přítelkyni/přítele
e) vdova/vdovec

4) Práce

- a) pracující b) nezaměstnaný/á c) v důchodu d) student/ka

5) Vzdělání

- a) základní b) vyučený/á c) středoškolské d) vyšší odborné e) vysokoškolské

6) Žiji

- a) ve městě b) na venkově

Následující otázky se zaměřují na nejčastější problémy v péči o nemocného v domácím prostředí.

7) Jak velké požadavky na roli pečovatele/ky jsou na Vás kladeny?

- a) velmi malé
- b) malé
- c) spíše velké
- d) velké
- e) neúnosné

8) Jak hodnotíte zdravotní stav rodinného příslušníka?

- a) velmi dobrý
- b) dobrý
- c) spíše dobrý
- d) špatný
- e) velmi špatný

9) V péči o rodinného příslušníka Vám činí největší problém:

- a) nedostatek času
- b) nedostatek financí
- c) fyzická námaha
- d) citová zátěž
- e) jiné, uveďte.....

Další otázky se týkají toho, kdo nejčastěji podává pečovatelům informace týkající se péče o nemocného.

10) Máte povědomí o tom, že v ČR existují kurzy pro pečovatele?

- a) ano
- b) ne

11) Účastnil/la jste se některého z těchto kurzů?

a) ano

b) ne

12) Myslíte si, že máte dostatek vědomostí a informací o péči v rodině?

a) ano

b) ne

13) Zdravotní sestry Vám poskytují dostatek informací o domácí péči.

a) souhlasím

b) nesouhlasím

14) Nejvíce informací o pečování v rodinném prostředí získáváte:

a) na internetu

b) v literatuře

c) od lékaře

d) jinde, uveďte kde.....

Následující otázky zjišťují, zda pečovatelé relaxují a jakou formu relaxace upřednostňují.

15) Využíváte některou z forem odlehčovací služby?

a) ano

b) ne

16) Pokud byla Vaše předchozí odpověď na otázku ano, odpovězte na otázku následující.

Jakou formu odlehčovací služby využíváte?

- a) denní stacionář
- b) LDN
- c) agentura domácí péče
- d) domov pro seniory
- e) jiné (vypište).....

17) Máte dostatek času sami na sebe?

- a) ano
- b) ne

18) Relaxujete?

- a) ano
- b) ne

19) Pokud byla Vaše předchozí odpověď na otázku ano, odpovězte na otázku následující.

Jakou formu relaxace nejvíce praktikujete?

- a) Vypište.....