

Péče o blízkou osobu - náročná životní situace pečovatele

Helena Švachová

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Helena ŠVACHOVÁ

Osobní číslo: H09182

Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

**Téma práce: Péče o blízkou osobu – náročná životní situace
pečovatele**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti sociální péče, sociálních služeb.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Chráska, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu. Vydání první. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

Chvátalová, Helena. Jak se žije dětem s postižením. Vydání první. Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-588-1.

Kopřiva, Karel. Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese. Vydání druhé. Praha: Portál, s.r.o., 1997. ISBN 80-7178-150-9.

Pichaud, Clément, Thareauová, Isabelle. Soužití se staršími lidmi. Vydání první. Praha: Portál, s.r.o., 1998. ISBN 80-7178-184-3.

Úlehla, Ivan. Umění pomáhat. Vydání třetí. Praha: SLON, 2005. Studijní texty. sv. 20. ISBN 80-86429-36-9.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martina Růžičková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel 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
15. 3. 2012



.....

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

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

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

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

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

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

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na náročnou situaci osob pečujících o blízkou osobu v domácím prostředí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisuji druhy náročné životní situace, možnosti využití sociálních a jiných služeb usnadňujících péči, příspěvek na péči. V praktické části práce pomocí kvantitativního výzkumu zjišťuji, jaké faktory podle subjektivního hodnocení pečujících ovlivňují náročnost poskytované péče, zda a do jaké míry ovlivňuje poskytovaná péče jejich osobní život a rodinné vztahy. Zajímalo mě také, jaké mají povědomí o nabízených sociálních službách ve svém regionu a jestli tyto služby také využívají.

Klíčová slova: náročná životní situace, zdravotní postižení, rodina, péče, senior, postižené dítě, stres

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the demanding and gruelling situation of the immediate family carer looking after somebody in the home environment. The thesis is divided into two parts. In theoretical part I describe different kinds of demanding life situations, the possible uses for social and other services which can make the care easier, and attendance allowance available. In the practical part based on a quantitative questionnaire survey I try to find out what factors (according to the subjective evaluation of the carers) can affect demanding character of the provided care. I try to find out if and to what extent the provided care can affect the carer's personal life and family relations. I also took interest in the carers' awareness of available social services in their region and their making use of them.

Keywords: demanding life situation, disablement, family, (home) care, senior (citizen), disabled child, stress

Děkuji vedoucí své bakalářské práce paní Mgr. Martině Růžičkové za odbornou radu a cenné připomínky při zpracování zvoleného tématu.

Za odborné rady děkuji také vedoucí odboru sociálních věcí Městského úřadu Valašské Klobouky paní Mgr. Ludmile Cmajdálkové.

Velký dík chci vyjádřit také členům mé rodiny za podporu a pomoc, kterou mi všichni poskytovali během celého studia. Bez nich by to všechno nemělo smysl.

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 NEPŘÍZNIVÁ SOCIÁLNÍ SITUACE.....	12
1.1 Tělesné postižení.....	12
1.2 Duševní onemocnění.....	13
1.3 Zrakové postižení.....	14
1.4 Sluchové postižení.....	15
1.5 Mentální postižení.....	15
2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI A JEHO VYUŽITÍ	17
2.1 Výše příspěvku.....	19
2.2 Nárok na příspěvek a jeho výplatu.....	19
2.3 Řízení o příspěvku.....	20
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	21
3.1 Sociální poradenství.....	23
3.2 Služby pro usnadnění péče o fyzické osoby v domácím prostředí.....	23
3.2.1 Osobní asistence.....	23
3.2.2 Pečovatelská služba.....	23
3.2.3 Odlehčovací služby.....	24
3.2.4 Centra denních služeb.....	24
3.2.5 Denní stacionáře.....	24
3.2.7 Domácí péče.....	25
4 ÚLOHA RODINY V PÉČI O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉHO ČLENA	27
4.1 Rodina se zdravotně postiženým dítětem.....	28
4.2 Senior v rodině.....	29
5 PÉČE O BLÍZKOU OSOBU - ZÁTĚŽ PRO PEČOVATELE	31
5.1 Frustrace.....	31
5.3 Stres.....	32
5.4 Deprivace.....	32
5.5 Syndrom vyhoření.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	37
1.1 Výzkumný problém.....	37
1.2 Metoda výzkumu.....	39
1.2.1 Metoda sběru dat.....	39

1.3	Výzkumný vzorek	39
1.4	Vyhodnocení výzkumu.....	40
1.4.1	Ověření výzkumných otázek:.....	41
1.4.2	Ověření stanovené hypotézy.....	57
1.5	Interpretace dat a shrnutí výsledků výzkumu	59
1.6	Aplikační rozměr.....	59
ZÁVĚR		60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		61
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		64
SEZNAM OBRÁZKŮ		65
SEZNAM TABULEK.....		66
SEZNAM PŘÍLOH.....		67

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zaměřuji na osoby pečující o blízkou osobu se zdravotním postižením či dlouhodobě nemocnou. Péče o blízkého člověka závislého na péči druhých je možné považovat za náročnou situaci, která je ovlivněna mnohými faktory. Zajímalo mě, jaké je hodnocení náročnosti poskytované péče ze strany domácích pečovatелů, zda je možné identifikovat faktory ovlivňující náročnost.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části popisuji, co je to nepříznivá životní situace, druhy zdravotního postižení. Zabývám se také možnostmi poskytování sociálních služeb pro usnadnění péče o blízkou osobu a příspěvkem na péči. Do výčtu témat patří také kapitola věnovaná rodině, která hraje primární roli v péči o svého člena závislého na péči ostatních. Poslední část teoretické části je věnována syndromu vyhoření, který může pečující osobu v určité fázi péče postihnout.

V praktické části se zabývám kvantitativním výzkumem zaměřeným na osoby pečující v domácím prostředí o blízkou osobu, jaké je jejich hodnocení náročnosti péče, co podle jejich subjektivního názoru nejvíce ovlivňuje náročnost poskytované péče. Výzkum je také zaměřen na nabídku sociálních, zdravotních a jiných služeb pro pečující i blízké osoby, jaké je povědomí o nabídce služeb v jejich okolí, zda a do jaké míry je využívají.

Zvolené téma bakalářské práce je mi velmi blízké, neboť jsem se jím po část svého pracovního života zabývala, a to jako kontrola vykonávané péče v domácím prostředí. Při návštěvách v rodině jsem se setkala se situacemi, kdy se na péči o blízkou osobu podílela celá rodina, ale také s případy, kdy péče spočívala na jednom člověku, kdy hrozilo každou chvíli, že už dál péči nezvládne. Každodenní náročná péče může přinést problém, na který pečovatel nemusí být připraven. Měl by však mít jistotu a povědomí o tom, kdo mu může v této situaci pomoci, na koho se v případě potřeby odborné pomoci obrátit. Tuto jistotu mu může poskytnout nabídka sociálních služeb v jeho okolí.

Citát

Nepřekonatelné překážky si mnohdy jen vymýšlíme, abychom nějak omluvili nedostatek vlastní vůle.

Roche foucauld

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 NEPŘÍZNIVÁ SOCIÁLNÍ SITUACE

Nepříznivou sociální situací označuje zákon (108/2006 Sb., § 3 písm. b) jako „*oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením*“. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem zákon označuje „*zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních úkonů*“. (§ 3 písm. c z.č. 108/2006 Sb.). Do nepříznivé sociální situace se může dostat člověk zdravotně postižený, nemocný, senior, ale také osoba, která se rozhodne nebo je okolnostmi přinucena pečovat o tuto blízkou osobu v přirozeném domácím prostředí. Podle zákona (z.č.108/2006 Sb., § 3 písm. d) je „*přirozeným domácím prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity*“. Osobou blízkou označuje občanský zákoník v § 116 takto: „*Osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní*“. Péči o blízkou osobu můžeme označit jako zátěžovou, náročnou životní situaci. Náročnost péče se zajisté odvíjí od typu postižení či onemocnění člověka, o kterého pečujeme. Jinak náročná bude péče o sluchově postižené dítě, jinou náročnost bude mít péče o dospělého s chronickým duševním onemocněním. Podle šetření, které provedl Český statistický úřad v roce 1997, bylo rozlišeno šest základních typů zdravotního postižení – tělesné, sluchové, zrakové, mentální, duševní, vnitřní. (in Novosad, 2009). Nejčastějším zdravotním postižením u obyvatel České republiky jsou nemoci vnitřních orgánů, následují je nemoci a postižení pohybového aparátu.

1.1 Tělesné postižení

Pod pojem tělesné postižení můžeme zahrnout dvě základní, prolínající se skupiny:

Chronické postižení - jedná se o nevyléčitelné onemocnění, případně dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, dochází k oslabení nebo poškození fyziologických funkcí lidského

organismu. Tento stav vyžaduje změnu životního stylu, změnu životosprávy, dodržování stanoveného léčebného režimu. Takové postižení snižuje kvalitu života člověka, zasahuje i jeho blízké, omezuje jej ve výkonnosti či odolnosti vůči zátěži. Může vést k omezení pohybových schopností. Toto postižení na první pohled není zřejmé, proto člověka tak nestigmatizuje. (Novosad, 2001).

Lokomoční (pohybové) postižení – toto postižení omezuje hybnost, může zcela znemožnit jedinci pohyb, příčinou může být vývojová vada, orgánová nebo funkční porucha nosného a pohybového aparátu, amputace nebo deformace končetin, porucha inervace motorického systému. Poškození tohoto typu je na první pohled obvykle patrné, jde o trvalé snížení funkční výkonnosti a ztráty schopnosti v některých oblastech lokomoce. Mobilita je výrazně omezená, často dochází až k imobilitě jedince, což ovlivňuje soběstačnost a kvalitu života takto postiženého člověka. (Novosad, 2011).

1.2 Duševní onemocnění

Duševními poruchami a poruchami chování se zabývá lékařský obor – psychiatrie. Podle definice WHO je psychiatrický případ – „*zjevnou poruchu duševní činnosti, natolik specifickou ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti, nebo sociálního postavení, nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání.*“ (in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 69).

Podle Mahrové (in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 69), dělíme duševní poruchy a poruchy chování takto

- Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- Behaviorální symptomy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- Poruchy osobnosti a chování u dospělých

- Mentální retardace
- Poruchy psychického vývoje
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- Nespecifikovaná duševní porucha.

Péče o člověka s duševním onemocněním je zajisté velmi náročná, velké nároky jsou kladeny na komunikaci, na osobní vztah a přístup k takto postiženému jedinci. Mají narušené vnímání, prožívání reality, jejich projev je ovlivněn jejich vnitřní realitou a nevývratnými přesvědčeními (bludy). Při komunikaci s duševně nemocným člověkem je důležité se přizpůsobit jeho možnostem a projevům. Mnohdy mají sníženou vůli řešit různé životní situace. Mohou být pomalí, nedůslední, zapomínají. Často mají omezeny i běžné činnosti – péče o sebe, stravu, hygienu. Dostávají se snadno do společenské izolace, jejich duševní nemoc vede ke stigmatizaci. Stigmatizace může vést ke změnám v prožívání i v chování jedince. (Mahrová, Venglářová, 2008).

1.3 Zrakové postižení

Zrakové postižení omezuje jedince v tom, že nemůže snadno a přesně vnímat veškeré zrakové podněty, závažné zrakové postižení prakticky vylučuje přijímání zrakových podnětů z okolního světa. Takové postižení vytváří u člověka situaci sensorické deprivace. Za normálních okolností přináší zrakové vnímání většinu informací o vnějším světě, při zrakovém postižení jedince je přísun těchto informací omezený, musí být nahrazován jinak, především sluchem a hmatem. U zrakově postiženého člověka jsou lépe rozvinuty jeho sluchové schopnosti, nejde však o vrozenou výhodu, ale o důsledek učení a cviku.

Hmatové vnímání se rozvíjí podobným způsobem, je však náročnější na paměť, pozornost, myšlení. Proces hmatového poznávání je pracnější, zdlouhavý, skládá se z mnoha kroků, které se musí složit do smysluplného celku, zrakově postižený člověk musí pochopit vzájemné souvislosti. Nevidomí lidé často dávají přednost verbálnímu sdělení před hmatovým poznáváním.

Pro zrakově postiženého člověka má velký význam řeč. V podstatě kompenzuje chybějící zrakové vnímání, má komunikační a kognitivní funkci, nahrazuje smyslový prožitek. Těžce zrakově postižení lidé jsou do značné míry odkázáni na paměť, která je u nich vlivem zvláštní životní situace lépe rozvinuta než u vidících jedinců. (Vágnerová, 1999).

1.4 Sluchové postižení

Sluchem vnímáme to, co je vzdálené i to co nevidíme. Pomáhá vzbuzovat naši představivost, dodává pocit jistoty a bezpečnosti, umožňuje nám ovládnout řeč jako nástroj našeho začlenění do společnosti. Sluchová vada má podstatné důsledky na vývoj jedince, na jeho individuální i společenský život. Za nejdůležitější faktory, které sluchově postiženého jedince ovlivňují, můžeme považovat typ, stupeň a dobu vzniku sluchové vady, včasnou diagnostiku, odpovídající výchovnou péči, rodinné prostředí, osobnostní vlastnosti jedince, vhodné vzdělávání, nadání a schopnosti sluchově postiženého.

Typy sluchových vad:

- Převodní vada – je důsledkem postižení vnějšího nebo středního ucha; postihuje především vnímání hlubokých tónů, vnímání hlasu. Z hlasu vycítíme důležité informace o postojích a prožívání druhé osoby. Převodní vadu lze kompenzovat zesílením zdroje zvuku.
- Percepční (vnímací) vada – postihuje vlastní orgán sluchového vnímání, což jsou vláskové buňky v hlemýždi, či postihuje sluchový nerv. Je postiženo vnímání vysokých tónů, vnímání řeči, diferenciací hlásek. Percepční vady jsou trvalé.
- Centrální vady sluchu – jsou důsledkem vývojového nebo traumatického postižení oblastí CNS důležitých pro přijímání, poznávání, zpracování sluchových podnětů. U centrálních vad sluchu dochází k postižení zpracování zvuků.

Pro vývoj dítěte a vývoj řeči mají nejzávažnější důsledky těžké vady sluchu, které jsou buď vrozené nebo vzniklé v raných stádiích vývoje – tj. do doby vlastního vývoje řeči (kolem jednoho roku dítěte). Pokud vada vznikne v pozdějším období do ukončení vývoje řeči (kolem sedmého roku věku dítěte), vede k rozpadu již vytvořené řeči, pokud není rozvíjena speciálními metodami. Vznik sluchové vady ve věku po ukončení vývoje řeči přináší velký zásah do psychiky takto postiženého jedince. (Chvátalová, 2001).

1.5 Mentální postižení

Mentální retardací označujeme vrozený defekt rozumových schopností, postižený jedinec i přes odpovídající výchovnou stimulaci nedosáhne takové úrovně rozumových schopností,

kteřá odpovídá normě. Hlavní znaky určující toto postižení podle Vágnerové (1999) jsou nízká úroveň rozumových schopností, mentální postižení je vrozené a trvalé.

Příčiny mentální retardace mohou být různé, může jít o postižení podmíněné dědičně (např. Downův syndrom), dále postižení způsobené teratogenními faktory v prenatálním období (fyzikální, chemické, biologické) a při porodu, postnatální postižení vzniká během prvních 18 měsíců věku dítěte. (Vágnerová, 1999).

Jako specifickou kategorii uvádí Vágnerová (1999) pseudooligofrenii, která vzniká v důsledku zanedbanosti výchovy, jde o „sociální poškození vývoje rozumových schopností“ (Vágnerová, 1999, s. 147). Jedná se o stav získaný, umístěním dítěte do podnětnějšího prostředí je možné tento stav zlepšit.

Podle mezinárodní klasifikace nemocí (in Vágnerová, 1999) rozlišujeme 4 stupně mentální retardace:

- lehká mentální retardace - IQ v pásmu 50-69, postižení jedinci dosahují úroveň myšlení dětí středního školního věku, zvládnou výuku ve speciální škole,
- středně těžká mentální retardace - IQ v pásmu 35-49, myšlení takto postiženého člověka dosahuje úroveň dítěte předškolního věku, dovede zvládnout běžné návyky (sebeobsluhu) a jednoduché pracovní dovednosti,
- těžká mentální retardace - IQ v pásmu 20-34, často se jedná o kombinované postižení, mentální úroveň člověka je na mentální úrovni batolete, mají značně omezeno učení, vynaložením velkého a dlouhodobého úsilí jsou schopni naučit se pouze základní úkony sebeobsluhy,
- hluboká mentální retardace – IQ v pásmu 0-19, zpravidla je u takto postiženého člověka i pohybové postižení, nedochází k rozvoji poznávacích schopností, nezvládne řeč, v optimálním případě dokáže rozlišit a reagovat na známé a neznámé podněty libostí či nelibostí.

2 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI A JEHO VYUŽITÍ

„Příspěvek na péči (dále jen příspěvek) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnutí základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.) Příspěvek na péči je poskytován od 1.1.2007, kdy vešel v platnost zákon č. 108/2006 S. o sociálních službách. Tento příspěvek nahradil dávku sociální péče – příspěvek při péči o blízkou osobu, která byla poskytována osobě pečující o blízkou bezmocnou osobu. Nárok na příspěvek na péči má osoba, která pro svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav potřebuje pomoc jiné osoby při zvládnutí základních životních potřeb. Pomoc jí může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb či speciální lůžkové zařízení hospicového typu.

Na příspěvek na péči má nárok osoba starší jednoho roku. O příspěvku rozhoduje od 1. 1. 2012 krajská pobočka Úřadu práce, do konce roku 2011 agendu příspěvku na péči spravovaly obecní úřady obcí s rozšířenou působností.

Zákon určuje 4 stupně závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby a to:

u osob do 18 let věku:

- a) stupeň I – lehká závislost; osoba není z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat tři základní životní potřeby,
- b) stupeň II – středně těžká závislost; osoba není z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,
- c) stupeň III – těžká závislost; osoba není z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
- d) stupeň IV – úplná závislost; osoba není z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby;

u osob starších 18 let věku:

- a) stupeň I – lehká závislost; osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,

- b) stupeň II – středně těžká závislost; osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- c) stupeň III – těžká závislost; osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- d) stupeň IV – úplná závislost; osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Podle zákona se při posuzování stupně závislosti osoby hodnotí, jak zvládá následující životní potřeby:

- a) mobilitu,
- b) orientaci,
- c) komunikaci,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesnou hygienu,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péči o zdraví (hodnotí se ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení),
- i) osobní aktivity
- j) péči o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku).

Při hodnocení schopnosti občana, jak zvládá základní životní potřeby, se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby. Nepřihlíží se přitom k pomoci, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Při posuzování závislosti v určité životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a ztrátou schopnosti základní životní potřebu zvládat v přijatelném standardu. U osob mladších 18 let se při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby porovnává rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je nutné poskytovat zdravotně postižené osobě s péčí, která, je poskytována zdravé osobě téhož věku. Nepřihlíží se k péči, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje.

2.1 Výše příspěvku

Pro osoby mladší 18 let věku činí výše příspěvku za kalendářní měsíc

- a) 3 000 Kč u I. stupně – lehká závislost,
- b) 6 000 Kč u II. stupně – středně těžká závislost,
- c) 9 000 Kč u III. stupně – těžká závislost,
- d) 12 000 Kč u IV. stupně – úplná závislost.

Pro osoby starší 18 let věku činí výše příspěvku za kalendářní měsíc

- a) 800 Kč u I. stupně - lehká závislost,
- b) 4 000 Kč u II. stupně – středně těžká závislost,
- c) 8 000 Kč u III. stupně – těžká závislost,
- d) 12 000 Kč u IV. stupně – úplná závislost.

Příspěvek na péči se zvyšuje o částku 2000 Kč za kalendářní měsíc, pokud se jedná o nezaopatřené dítě do 18 let věku, kterému náleží příspěvek na péči s výjimkou dítěte, které má

- a) nárok na dávky pěstounské péče podle zákona o státní sociální podpoře,
- b) nemá nárok na dávky pěstounské péče proto, že je poživatelem důchodu z důchodového pojištění, tento důchod je stejný nebo vyšší než tento příspěvek,
- c) zvýšení příspěvku na péči nenáleží také dítěti, které je v plném přímém zaopatření zařízení pro péči o děti a mládež.

Zvýšení příspěvku na péči náleží také rodiči, kterému náleží příspěvek a pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku, jestliže rozhodný příjem osoby a s ní společně posuzovaných osob je nižší než dvojnásobek částky životního minima podle zákona o životním a existenčním minimu.

2.2 Nárok na příspěvek a jeho výplatu

Nárok na příspěvek vzniká podle zákona o sociálních službách dnem splnění podmínek zákonem stanovených. Nárok na výplatu příspěvku vzniká dnem podání žádosti o přiznání příspěvku, příspěvek může být přiznán a vyplácen nejdříve od začátku kalendářního měsíce, kdy bylo zahájeno řízení o přiznání příspěvku.

Příspěvek se vyplácí měsíčně v kalendářním měsíci, za který náleží. Příspěvek je vyplácen oprávněné osobě, pokud není stanoveno jinak. Příjemcem příspěvku může namísto oprávněné osoby být zákonný zástupce nebo jiná fyzická osoba, které byla na základě rozhodnutí příslušného orgánu svěřena do péče nezletilá oprávněná osoba.

Zvláštní příjemce příspěvku na péči může být ustanoven v případě, jestliže oprávněná osoba

- a) nemůže přijímat příspěvek,
- b) nevyužívá nebo nemůže využívat příspěvek k zajištění potřebné pomoci.

Zvláštního příjemce příspěvku na péči ustanovuje krajská pobočka Úřadu práce.

2.3 Řízení o příspěvku

Řízení o příspěvku na péči je zahájeno na základě písemné žádosti občana podané na předepsaném tiskopisu, v případě, že osoba není schopna jednat samostatně a nemá zástupce, je řízení o příspěvku zahájeno z úřední moci. Sociální pracovník provede sociální šetření v přirozeném prostředí této osoby, zjišťuje při něm schopnost samostatného života. O tomto šetření vyhotoví písemný záznam. Příslušné okresní správě sociálního zabezpečení zasílá krajská pobočka Úřadu práce žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Okresní správa sociálního zabezpečení vychází při posuzování stupně závislosti osoby ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, může také vycházet z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vyšetření posuzujícího lékaře.

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění zahrnuje pod pojmem sociální služby tyto:

- sociální poradenství
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Sociální služby slouží k zajišťování pomoci při péči o vlastní osobu, pomoc při zajišťování stravování, ubytování, chod domácnosti, ošetřování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytování informací, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Sociální služby jsou poskytovány ve formě:

- pobytové (jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb),
- ambulantní (služby, za kterými osoba dochází nebo je dopravována do některého zařízení sociálních služeb, ubytování není součástí služby),
- terénní (jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí).

Výše uvedený zákon rozlišuje sociální služby poskytované bez úhrady a sociální služby poskytované za úhradu.

Sociální služby poskytované bez úhrady:

- sociální poradenství
- raná péče
- telefonická krizová pomoc
- tlumočnické služby
- krizová pomoc
- služby následné péče s výjimkou základních činností poskytovaných podle § 64 odst. 3,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,

- terénní programy,
- sociální rehabilitace s výjimkou základních činností poskytovaných podle § 70 odst. 3,
- sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež,
- služby sociálně terapeutických dílen s výjimkou základní činnosti poskytované podle § 67 odst. 2 písm. b),
- sociální služby intervenčních center.

Sociální služby poskytované za úhradu:

- pobytové služby
 - v týdenních stacionářích
 - v domovech pro osoby se zdravotním postižením
 - v domovech pro seniory
 - v domovech se zvláštním režimem
 - ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
- osobní asistence
- pečovatelská služba
- tísňová péče
- průvodcovská a předčitatelská služba
- podpora samostatného bydlení
- odlehčovací služba
- služby v centrech denních služeb
- služby v denních stacionářích
- pobytové služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb
- služby v chráněném bydlení.

3.1 Sociální poradenství

- základní - poskytuje potřebné informace osobám pro řešení jejich nepříznivé sociální situace; základní poradenství je součástí každého druhu sociálních služeb, poskytovatel sociálních služeb je povinen tuto službu zajistit,
- odborné - je zaměřeno na jednotlivé okruhy sociálních skupin, zahrnuje manželské a rodinné poradny, občanské poradny, poradny pro seniory, poradny pro osoby se zdravotním postižením, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, součástí odborného poradenství je i sociální práce s osobami společensky nepřizpůsobenými. Úkolem odborného sociálního poradenství je zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů.

3.2 Služby pro usnadnění péče o fyzické osoby v domácím prostředí

- pomáhají zajistit potřebným osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, jejich cílem je umožnit zapojení těchto osob do běžného života společnosti.

3.2.1 Osobní asistence

- je terénní služba, která je poskytována osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení a vyžadují pomoc jiné fyzické osoby. Obsahem služby je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

3.2.2 Pečovatelská služba

- je terénní nebo ambulantní službou poskytovanou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení, a také rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba je poskytována v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb, jejím obsahem je pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti, kontakt se sociálním prostředím.

3.2.3 Odlehčovací služby

- jedná se o terénní, ambulantní nebo pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. O tyto osoby je pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem odlehčovacích služeb je umožnit pečující osobě potřebný odpočinek. Služba poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, u pobytové služby ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, pomoc při obstarávání osobních záležitostí.

3.2.4 Centra denních služeb

- poskytují ambulantní služby osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Centra denních služeb poskytují pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zajištění stravy, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenských prostředím, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

3.2.5 Denní stacionáře

- poskytují ambulantní služby osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby z důvodu věku, zdravotního postižení, chronického duševního onemocnění. Denní stacionáře poskytují pomoc při úkonech péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, poskytují podmínky pro osobní hygienu, stravu, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při obstarávání osobních záležitostí, při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

3.2.6 Týdenní stacionáře

- poskytují pobytové služby osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby z důvodu věku, zdravotního postižení, chronického duševního one-

mocnění. Týdenní stacionáře poskytují ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, poskytují podmínky pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací, aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, poskytují pomoc při obstarávání osobních záležitostí, uplatňování práv a oprávněných zájmů.

3.2.7 Domácí péče

Domácí péče je poskytována jako zvláštní forma zdravotní péče, je poskytována agenturami domácí péče. Obsahem péče je zajištění fyzických, psychických, duchovních a paliativních potřeb. Světovou zdravotnickou organizací je definována jako „*jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech*“ (WHO, 1993, in Jarošová, 2007, s. 60). Cílem domácí péče je pomoc jednotlivci i jeho rodině v dosažení tělesného, duševního a sociálního zdraví, umožnit nemocným v terminální fázi života umírat důstojně ve svém domácím prostředí a v kruhu svých blízkých, zvyšovat a udržovat soběstačnost klienta, snižovat negativní vliv onemocnění na celkový zdravotní stav pacienta a také jeho rodiny.

Domácí péče navazuje a doplňuje léčebnou péči praktického lékaře, odborných lékařů, zdravotnických zařízení. Je financována zdravotními pojišťovnami, částečně je hrazena přímou platbou klientů (Jarošová, 2007).

Jak dále Jarošová (2007) uvádí, poskytují agentury domácí péče v ČR 5 základních forem péče:

1. akutní domácí péče (domácí hospitalizace) – u klientů s krátkodobým onemocněním jako alternativa hospitalizace, nejčastěji je indikována u klientů v pooperačním a poúrazovém stavu;
2. dlouhodobá domácí péče – určena chronicky nemocným klientům, je poskytována dlouhodobě osobám po mozkových příhodách, s komplikovanou cukrovkou, s roztroušenou sklerózou, se závažným duševním onemocněním;
3. preventivní domácí péče – je pro klienty, u kterých ošetřující lékař doporučí preventivní sledování zdravotního a duševního stavu;
4. domácí hospicová péče – je pro klienty v neterminálním a terminálním stadiu života, účelem je zmírnit utrpení klienta i jeho blízkých při umírání, ulevit od bolesti, poskytnout emocionální podporu;

5. domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče) – jde o provedení odborných výkonů (např. aplikace injekce, odběr biologického materiálu) u klientů, kde nelze z provozních důvodů zajistit návštěvu zdravotní sestry z ordinace ošetřujícího lékaře.

4 ÚLOHA RODINY V PÉČI O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉHO ČLENA

Rodinu můžeme definovat jako složitý systém vzájemných vztahů, Kramer (1980) (in Sobotková, 2007, s. 24) vymezuje rodinu takto: „*Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.*“ Jarošová (2007, s. 49) uvádí definici podle Hartla a Hartlové (2000), kde 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 opětovaných vztahů.*“ Dunovský (1999, in Jarošová 2007, s. 49) rodinu charakterizuje jako „*nejstarší základní společenskou skupinu či společenství nejtěsněji spjaté nejrůznějšími vztahy uvnitř a navenek.*“ Rodina se přizpůsobuje změnám, které život přináší, musí zvládat různé úkoly, řešit problémy, které se vyskytnou. Každá rodina může své problémy řešit specifickým způsobem, který vychází z přesvědčení a názorů jednotlivých členů rodiny, a také z názorů, které jsou obecně platné ve společnosti. (Sobotková, 2007). Každá rodina je unikátním systémem, nelze tedy očekávat, že určitá forma rodinného fungování bude použitelná pro všechny rodiny. V případě, že se v rodině vyskytne náročná – stresová životní situace spočívající v nutnosti postarat se o svého zdravotně postiženého či nemocného člena, může každá rodina reagovat jinak. Jak uvádí Sobotková (2007), úroveň stresu je závislá na tom, jak rodina stres vnímá, hodnotí, jaké jsou její možnosti zvládat stres. V širším kontextu je důležitým faktorem také to, co už rodina zažila, jaké jsou její současné rodinné vztahy a citová atmosféra. Mezi faktory posilující fungování rodiny zahrnujeme zdroje odolnosti rodiny a zvládací strategie rodiny. Zdroje odolnosti můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Vnějšími zdroji jsou socioekonomická stabilita a kulturní úroveň rodiny a sociální podpůrná síť. Pojem sociální opora chápeme jako pomáhající chování okolí, program péče o potřebné, léčebný a ochranný režim. J. Mareš a kol. (2002) (podle Smékal, V., Sociální práce 2/2004, s. 55) označuje sociální oporu jako „*především takové jednání pečujících lidí vůči potřebným, které usnadňuje zvládání zátěže – pomáhá řešit problémy a učí dovednostem, jak si vědět rady v nesnadných životních situacích.*“ Sobotková (2007, s. 91) označuje sociální oporu za „*nárazník či mediátor mezi stre-*

sem a možnou krizí rodiny.“ Sociální opora slouží ke zmírnění tíže problému, ochraňuje jedince i rodinu a pomáhá zvládat závažné životní změny i každodenní potíže. Vnitřní zdroje rozdělujeme na rodinné – systémové a osobní – individuální. Do rodinných zdrojů zařazujeme soudržnost, flexibilitu rodiny, jasnou komunikaci, rodinnou tradici, pravidla a organizaci rodiny, duchovní orientaci. Mezi osobní zdroje řadíme znalosti, dovednosti, inteligenci jednotlivých členů rodiny, fyzické a psychické zdraví, smysl pro humor, odvalu, pozitivní sebepojetí. Pro zvládnutí zátěže, kterou péče o zdravotně postiženého představuje, je důležité, co rodina udělá pro získání a využití zdroje odolnosti. Jedná se o využití nejbližší sociální podpůrné sítě, hledání duchovní opory, hledání opory ve společnosti – občanská sdružení, svépomocné organizace, poradenské, sociální a zdravotní služby. Důležité je také jak je rodina schopna si problém zorganizovat, jak bude spolupracovat při řešení problému, aby se udržela nebo obnovila rodinná harmonie. (Sobotková, 2007).

4.1 Rodina se zdravotně postiženým dítětem

„Narození postiženého dítěte představuje pro rodiče zátěž, obyčejně neočekávanou. Je traumatem, které vyplývá z pocitu vlastního selhání v rodičovské roli.“ (Vágnerová, 1999, s. 102). Pro rodiče představuje narození postiženého dítěte ztrátu sebedůvěry, pocity méněcennosti. Tato náročná životní situace komplikuje veškeré směřování rodinného života. Rodina se ocitá před závažnou zkouškou svých schopností a možností. (Špatenková, 2004). Jak píše Špatenková (2004), je narození dítěte s postižením ztrátou okamžitou, ale zároveň také ztrátou do budoucna (otázka vzdělávání dítěte, jeho nesamostatnost, další život,..) Podle Špatenkové (2004, s. 79) *„dochází k devastaci sebevědomí a ke krizi jak osobní, tak rodičovské identity.“* Reakce rodičů na takovou zátěž ovlivňuje i postoj společnosti, ve které žijí. Být rodiči postiženého dítěte vnímají jako sociální stigma. Vztah a chování rodičů k tomuto dítěti bude zajisté jiné, než kdyby se narodilo zdravé, hrozí riziko, že rodiče budou v určitém směru extrémní – od hyperprotektivity na jedné straně po stále častější odmítání postiženého dítěte na straně druhé. Krizí rodičovské identity můžeme označit období, kdy se rodiče srovnávají se skutečností, že jejich dítě je postižené. Reakce rodičů se v průběhu času mění, procházejí těmito fázemi:

Fáze šoku a popření:

- jde o první reakci rodičů na skutečnost, že je dítě trvale postižené. V této chvíli je pro ně nepřijatelná, rodiče odmítají možnost se o dítě starat, dosud se nesmířili s jeho existencí. Tato fáze většinou netrvá dlouhou, dochází k přijetí sdělení, pouze v ojedinělých případech může fáze šoku a popření trvat delší dobu.

Fáze postupné akceptace a vyrovnávání s problémem:

- rodiče v této době mají zájem přijmout další informace, hledají podstatu a příčinu postižení, hledají viníka, ale zároveň i řešení, jaká bude budoucnost jejich dítěte. Rodiče si často neumějí představit, jaký bude vývoj takového dítěte, jaké budou jeho existenční možnosti. Jak se s touto zátěží vyrovnají, závisí na více faktorech – zkušenosti rodičů, jejich zdravotní stav, věk, jejich osobnosti, počtu dětí, druhu a příčině postižení dítěte. Zároveň na rodičích bude záviset riziko extrémní výchovy, která ovlivní vývoj postiženého dítěte až do dospělosti.

Fáze realismu:

- v této fázi se rodiče většinou smíří se skutečností, že dítě nebude nikdy zdravé, jejich chování se stává přiměřenějším.

Jiná situace však nastává, jestliže se postižení projeví, vznikne nebo rozvine později. Určité signály rodičům naznačují, že není něco v pořádku, doba do sdělení diagnózy je pro rodinu specifickou stresovou situací. Rodiče upínají svou naději na otevřenou budoucnost. Pokud je dítě přijímáno po určitou dobu jako zdravé a postižení či nemoc se rozvine později, nepůsobí tato skutečnost na rodiče jako projev méněcennosti. Získaný defekt je i širší společností vnímán jako přijatelnější než vrozená vada, protože je známa skutečnost, že lidé mohou v průběhu života onemocnět. (Vágnerová, 1999). Každá rodina však může reagovat svým specifickým způsobem, který je potřeba respektovat. (Špatenková, 2004).

4.2 Senior v rodině

Stáří je běžnou součástí života, není nemocí, patří mezi přirozený proces v životě každého člověka. Provází jej omezování samostatnosti a soběstačnosti. Jedinci potřebují péči druhých osob při zvládnání projevů stáří. (Novosad, 2011). Pro zabezpečení kvality života starých lidí je podle Vohralíkové a Rabušice (in Mátl, Jabůrková, 2007) důležitá celá řada aspektů. Je to materiální zabezpečení, zdravotní stav, rodinná situace, bydlení, dostupnost

zdravotně sociálních a ostatních služeb, provozování zálib a koníčků, rozvoj sociálních kontaktů. Role rodiny v péči o seniora je nezastupitelná. Od rodiny se očekává solidárnost se členem, který se nachází v obtížné nebo krizové situaci. V současné době, kdy se hovoří o krizi rodiny, se velmi často setkáváme s tím, že rodina se nechce o svého seniora postarat. Z rodin se vytrácí obětavost, smysl pro povinnost, schopnost se kvůli druhému člověku něčeho zříci. (Sociální práce 2/2004). Dokud zdravotní stav dovolí, jsou senioři schopni pomáhat v rodině například s hlídáním vnoučat, pomáhat udržovat dům, zahradu. S postupujícím věkem, přibývajících zdravotními obtížemi se situace může velmi rychle změnit. Senior se stane závislým na pomoci své rodiny. Pichaud a Thareauová uvádí, že pod pojmem rodina se skrývají všichni její členové – syn, dcera, partner, sourozenci a „*Závislost starého rodiče na pomoci druhých se týká celého rodinného systému.*“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 68). Každý ze členů rodinného systému nemá ke starému rodiči stejný postoj. Důležitou roli zde určitě hraje vzdálenost bydlení, velmi různé rodinné vztahy – od bezproblémových až po nesnášenlivost. Podle Sýkorové (2007) se dospělé děti na pomoci rodičům domlouvají, ať už se to týká každodenní osobní péče nebo občasně pomoci rodičům. Rozhodující roli v organizaci pomoci má však bydliště dospělých dětí. „*Bydlet blízko, blíže než sourozenec, tím spíše v jednom domě, znamená silnější očekávání ze strany druhých a pravděpodobnější převzetí pomoci Kdo jiný než já, když jsem nejbližší?....*“ (Sýkorová, 2007, s. 195). Jak dále Sobotková uvádí, osobní péči o rodiče, práce v domácnosti a emocionální podporu poskytují svým rodičům hlavně dcery, synové pomáhají spíše s těžšími pracemi kolem domu, bytu, zahrady. Nejčastějším pomocníkem rodičů bývá dcera, která žije nejbližší. Děti svou péčí a starostmi splácejí rodičům jejich veškerou péči, kterou jim věnovali. Podle Křivohlavého (2007) je to forma vděčnosti jako péče. Naši vděčnost uspokojuje to, že můžeme vynahradiť rodičům mnoho dobrého, co jim dlužíme, jsme nápomocni při dosahování jejich štěstí a uspokojení. „*Vděčnost může být morálně kladným jevem, když je součástí morálně kladně směřující aktivity.*“ (Křivohlavý, 2007, s. 102).

5 PÉČE O BLÍZKOU OSOBU - ZÁTĚŽ PRO PEČOVATELE

Pečující osoba je výrazně ovlivňována problémy, které má člověk o něhož pečuje. Tyto problémy mohou souviset jak se zdravotními potížemi, tak i s věkem jedince. Může se u nich objevit vztahovačnost, apatie, deprese, popletenost, úzkostné stavy, poruchy paměti apod. Pečující dává ze svých sil tomu, o koho pečuje. To vše vyžaduje značné sebeovládání, náročná péče vyvolává únavu i stres. (Novák, 2011). Vágnerová (1999) uvádí, že zátěže jsou do určité míry užitečné, protože podněcují aktivitu jedince, tím také podporují jeho rozvoj. Jejich subjektivní hodnocení může být u každého člověka jiné – pro jednoho člověka může být stejná zátěž nepřekonatelný problém, pro jiného bude ta samá situace lehce zvládnutelná. Frustrační toleranci označujeme míru odolnosti k zátěžovým situacím, schopnost vynakládat úsilí na překonávání potíží, zároveň mít sebedůvěru ve své schopnosti. Tato schopnost se u každého člověka nerozvíjí stejně. Je závislá na vrozených dispozicích, na vývojové úrovni člověka, zkušenostech, na aktuálním stavu jedince. Podle Vágnerové (1999) můžeme rozlišit základní druhy zátěží:

5.1 Frustrace

Frustrací můžeme pojmenovat situaci, kdy je nám znemožněno uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, přestože jsme její uspokojení očekávali. Je to neočekávaná ztráta naděje na uspokojení potřeby. Bývá překonávána odložením uspokojení, posílením vytrvalosti řešení vzniklého problému, případně změnou motivu. Frustrace je relativně častým typem zátěže, nemusí vždy vyvolávat nepřiměřené reakce, do určité míry může být žádoucí zkušeností. Nutí nás totiž k hledání nových způsobů řešení a tím vlastně k rozvoji našich schopností.

5.2 Konflikt

Intrapsychický konflikt je také běžným stavem, se kterým se každý člověk opakovaně v životě setkává. Je považován za specifickou formu frustrace. Pokud je tento konflikt skutečně závažný, trvá dlouho a člověk jej není schopen řešit, stává se významným patogenním činitelem. Jak uvádí Vágnerová (1999, s. 32), „významné vnitřní konflikty se odehrávají ve vědomí jedince a znamenají střetnutí dvou navzájem neslučitelných, přibližně stejně silných tendencí“. Příkladem takového konfliktu může být protichůdný tlak vědomí povinnosti a nutkání k vlastnímu uspokojení.

5.3 Stres

Označení stres má v současné době širší míru použití, označujeme jím „stav nadměrného zatížení či ohrožení“. (Vágnerová, 1999, s. 33). R. L. Atkinsonová (in Vágnerová, 1999, s. 33) shrnula charakteristické znaky stresových situací takto:

- Neovlivnitelnost situace – pokud člověk považuje určitou situaci za neovlivnitelnou, vnímá ji o to více jako stresovou.
- Nepředvídatelnost vzniku zátěžové situace – pokud člověk neví, jak se bude jeho situace dále vyvíjet a nemůže se na to připravit, se cítí být více stresován než jiný, který již určité zkušenosti má, nebo byl lépe informován.
- Subjektivně nepřiměřené, nadměrné nároky – situace může být tak náročná, že může dosahovat až na hranici možností určitého člověka.
- Životní změna, která vyžaduje značné přizpůsobení – zde dochází ke změně dosavadních zvyklostí, mění se doposud fungující strategie chování.
- Subjektivně neřešitelné vnitřní konflikty – může jít o konflikt potřeby vlastního uspokojení člověka proti morálnímu tlaku okolí.

5.4 Deprivace

„Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických i psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.“ (Vágnerová, 1999, s. 36).

Zkušenost s deprivací řadíme k nezávažnějším zátěžovým vlivům, může nepříznivě ovlivnit psychiku i vývoj jedince. Její negativní vliv se odvíjí od období, kdy k ní došlo, každé životní období jedince je citlivější k určitému typu deprivace. „Dlouhotrvající deprivace může vést k narušení psychického vývoje, k nerovnoměrnému rozvoji některých složek osobnosti či ke vzniku specifických psychických odchylek.“ (Vágnerová, 1999, s. 36).

Deprivaci můžeme rozdělit na:

- deprivace biologických potřeb (je ohroženo tělesné i duševní zdraví jedince, při dlouhotrvající deprivaci může dojít k závažnému poškození, případně až k úmrtí jedince);

- deprivace sensorická (strádání v oblasti stimulace, jedinci chybí potřebné množství a různost smyslových podnětů; tímto typem deprivace trpí např. zrakově a sluchově postižení lidé);
- kognitivní deprivace (zanedbávání v oblasti výchovy a výuky, zanedbávaný jedinec se nemůže požadovaným způsobem rozvíjet, neboť nemá potřebnou příležitost k učení);
- deprivace citová (jde o závažnou formu deprivace, dítěti chybí spolehlivý a stabilní vztah s matkou, toto citové strádání v dětství může mít podstatný vliv na celkový vývoj osobnosti jedince a jeho chování k ostatním v dospělosti);
- sociální deprivace (vzniká omezením přiměřených mezilidských kontaktů, postihuje osoby dlouhodobě upoutané na lůžko).

Se zátěžovou situací se jedinec vyrovnává podle svých minulých zkušeností. Pokud mu občas přinesly aspoň nějaký pozitivní efekt, jedinec si je zafixuje a má tendenci k jejich opakování. Způsob reakce na zátěžové situace ovlivňuje více faktorů – temperament jedince, úroveň inteligence, sociokulturní zkušenost a další. Obranné reakce mají za cíl obnovit, případně uchovat psychickou pohodu a rovnováhu.

Obranné reakce na zátěžovou situaci jsou únik a útok. Útok je obranou aktivní, je to vlastně boj s nepřijatelnou situací, a to buď přímo s předpokládaným zdrojem ohrožení nebo s náhradním objektem. Jednou z možností je také, že jedinec obrátí agresi vůči sobě samému, projeví se buď verbálním sebeobviňováním, v krajním případě se mohou projevit i suicidiální sklony. (Vágnerová, 1999, s. 37).

Druhou možností, jak se jedinec snaží vyřešit zátěžovou situaci, je úniková reakce. Jde o únik ze situace, kterou jedinec nedokáže vyřešit jiným způsobem. Uniká buď změnou postoje k dané situaci, hledáním podpory, případně na uspokojení rezignuje. Řešením ohrožující situace může být i únik faktický, kdy jedinec například odejde z rodiny kvůli neustálým konfliktům.

5.5 Syndrom vyhoření

Syndromem vyhoření můžeme označit stav, kdy se ptáme po smyslu naší práce. Pokud se nám práce daří, cítíme smysluplnost naší činnosti, pokud se nám delší dobu nedaří, ztrácíme důvěru ve vlastní schopnosti, cítíme ztrátu smysluplnosti naší práce. Mezi hlavní projevy syndromu vyhoření řadíme stavy deprese, lhostejnost, cynismus, ztrátu sebedůvěry, tě-

lesné potíže, časté nemoci. Nejedná se o obyčejnou únavu ani o přechodnou krizi. (Kopřiva, 1997). Úlehla (2005) popisuje syndrom vyhoření jako ztrátu zájmu o práci, pocit odmítnutí, jako ztrátu vlastního smyslu pro práci. Syndrom vyhoření může nastat v každém zaměstnání, pokud se u člověka vytratí zápal, který měl pro samotnou práci. Podle Kopřivy (1997) vedou k syndromu vyhoření tři různé cesty:

1. Ztráta ideálů – na počátku velké nadšení pro novou práci, nové úkoly, práce je pro nás zábavou. Narůstají však potíže, některé z cílů, které jsme si určili se stanou nedosažitelnými, postupně ztrácíme důvěru ve své schopnosti, práce pro nás ztrácí smysluplnost, velké zatížení nás stále víc a více vyčerpává, nakonec dojde k vyhoření.
2. Workoholismus – je další cestou vedoucí k vyhoření. Jde o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat, Kopřiva (1997) závislost na práci přirovnává k závislosti na alkoholu. Řešením této situace je omezit práci a získat tak čas na jiné činnosti, které nás budou naplňovat.
3. Třetí cestu jak dojít k syndromu vyhoření označuje Kopřiva (1997) jako „teror příležitosti“ – s každým úkolem, který přijmeme, se časem objeví další a další úkoly, které se zdají jako lákavé příležitosti, jak navázat na výchozí úkol. Uchopit příležitost je velmi lákavé, ale časem se začne ukazovat, že splnění všech rozpracovaných úkolů spotřebovává veškerý čas a energii. Pokud nejsme schopni slevit, dojdeme po čase také k syndromu vyhoření.

Pro osoby pečující o osobu blízkou je odborná kvalifikovaná péče již plně dostupná. Jedná se například o linky důvěry, krizová centra, internetové poradny, manželské a rodinné poradny, občanské poradny, pro děti od tří let jsou to pedagogicko-psychologické poradny, dále poradny pro oběti domácího násilí, poradenství poskytuje i úřad práce. Nezastupitelnou roli hrají také různé patientské organizace, které sdružují pacienty a zároveň i jejich blízké. Přispívají k samostatnějšímu životu lidí se zdravotními potížemi, poskytují informace, psychickou podporu, ale také možnost různých rekreačně rehabilitačních aktivit.

Velký význam v pomoci pečovatelům mají také organizace Charity, které nabízejí pomoc potřebným lidem na občanském i církevním principu. Zabezpečují např. domácí péči, osobní asistenci, pečovatelskou službu, hospice, denní stacionáře, různé poradny apod.

Pečující osoby mohou hledat pomoc také na internetových stránkách, známé jsou např. stránky www.pecujici.cz, www.pecujdoma.cz. (Novák, 2011).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V praktické části bakalářské práce se zaměřuji na životní situaci osob pečujících o osobu blízkou v domácím prostředí. Zajímá mně, jak pečující osoby vidí svou situaci, co považují za náročné, jaké mají povědomí o možnostech poskytování sociálních služeb ve svém okolí. Výzkumným cílem mé práce je zjistit, jaké faktory ovlivňují náročnost péče poskytované blízkou osobou v domácím prostředí, na které oblasti života pečujících má náročná péče dopad. V závěrečné části výzkumu se zaměřuji na to, zda a do jaké míry využívají pečující a osoby, o které je pečováno, sociální, zdravotní a jiné služby, které jsou jim určeny, zda jsou o nabídce služeb dostatečně informováni a zda jsou jim v regionu dostupné.

1.1 Výzkumný problém

Při stanovení výzkumného problému jsem vycházela ze zkušeností vyplývajících z mé profese, kdy jsem měla možnost se setkávat s osobami pečujícími o člena rodiny a nahlédnout do jejich náročné situace.

Výzkumný problém byl rozdělen na tři okruhy:

Problémový okruh A:

Hlavní výzkumná otázka:

Je možné identifikovat faktory, které ovlivňují subjektivní hodnocení náročnosti životní situace pečujících osob?

Dílní výzkumné otázky:

1. Je náročnost péče ovlivňována délkou poskytované služby?
2. Je náročnost péče ovlivněna frekvencí poskytování služby?
3. Existuje vztah mezi náročností péče a stupněm závislosti osoby, které je poskytována?
4. Ovlivňuje náročnost péče typ náročné životní situace blízké osoby?
5. Ovlivňuje náročnost péče věk pečující osoby?
6. Ovlivňuje náročnost péče věk osoby, o kterou je pečováno?
7. Ovlivňuje náročnost péče typ rodinné vazby?

Problémový okruh B:

Hlavní výzkumná otázka:

Je možné identifikovat, na které oblasti života pečujících má dopad náročnost péče o blízkou osobu?

Dílní výzkumné otázky:

8. Má náročnost péče dopad na vzájemný vztah mezi pečujícím a blízkou osobou?
9. Má náročnost péče dopad na dostatek času na koníčky a záliby?
10. Má náročnost péče dopad na dostatek času na obstarávání osobních záležitostí?
11. Ovlivňuje náročnost péče rodinné a příbuzenské vztahy pečovatele?
12. Co považují pečující za největší přínos v souvislosti s péčí o blízkou osobu?
13. Co považují pečující za největší ztrátu v souvislosti s péčí o blízkou osobu?

Problémový okruh C:

Hlavní výzkumná otázka:

Využívají pečující osoby a osoby, o které je pečováno i jiné služby? Jsou v jejich regionu dostupné a jsou o nich dostatečně informováni?

Dílní výzkumné otázky:

14. Jaké služby a v jaké míře využívají osoby, o které je pečováno, mimo služeb pečujících?
15. Využívají pečující osoby služby pro ně určené?
16. Jaká je informovanost o nabídce služeb?
17. Jaký je zájem o služby, které nejsou v regionu dostupné? O jaký typ služby se jedná?

Výzkum byl dále zaměřen na ověření následující hypotézy:

H Pečující osoby, které nevyužívají služby pro ně určené, nemají dostatek informací o jejich nabídce.

1.2 Metoda výzkumu

Pro vlastní výzkum byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Touto metodou je možné oslovit větší počet respondentů, zjištěné údaje je možné přehledně graficky zpracovat. Podle Chráska (2007, s. 12) je vědecký výzkum v pedagogice možné definovat jako „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy*“.

1.2.1 Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat byl vybrán dotazník, složený ze 30 otázek.

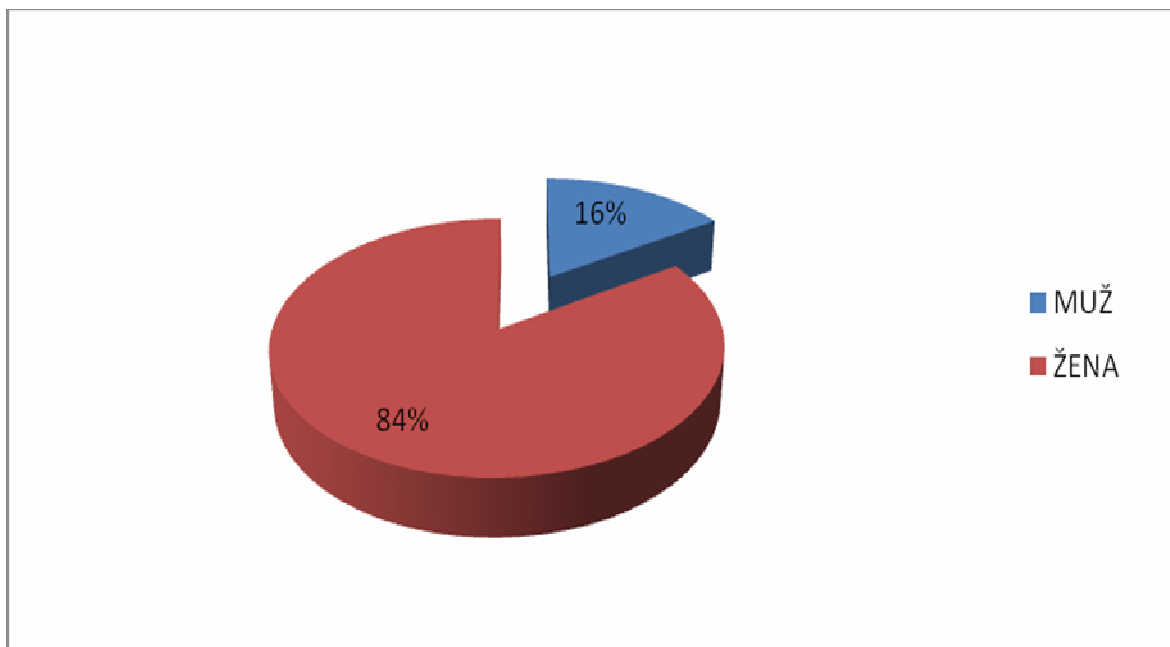
Otázky 1 – 23, 26, 27 jsou uzavřené, z toho otázky 1, 15, a 27 jsou otázky dichotomické, otázky 2 – 14, 16 – 23, 26 jsou polytomické. Otázky 24, 25, 28 – 30 jsou otázky otevřené, umožňující respondentovi vyjádřit se k určenému problému. U uzavřených polytomických otázek jsem použila „*škály Likertova typu*“ (Chráska, 2007, s. 67). V závěru dotazníku byl ponechán prostor, pokud by respondenti měli zájem sdělit informace, na které v dotazníku nebylo místo.

1.3 Výzkumný vzorek

Pro vlastní výzkum jsem zvolila záměrný výběr výzkumného vzorku. U tohoto druhu výběru vzorku rozhoduje úsudek výzkumníka nebo zkoumané osoby. (Chráska, 2007). Oslovila jsem klienty sociálního odboru Městského úřadu ve Valašských Kloboukách, kteří pečují o blízkou osobu v domácím prostředí. Tyto osoby jsem dopisem požádala o vyplnění dotazníku. Sběr dat jsem uskutečnila v únoru a březnu roku 2012, dotazníky byly distribuovány osobně, prostřednictvím České pošty, část dotazníků elektronicky. Celkem jsem rozeslala 130 dotazníků, návratnost byla 95 dotazníků, což je 73 %. Jeden dotazník byl ze zkoumaného souboru vyřazen, neboť byly vyplněny jen první tři otázky. Ke zpracování bylo použito 94 dotazníků. Dotazníky vrácené elektronicky jsem si vytiskla.

1.4 Vyhodnocení výzkumu

Graf č. 1 Složení respondentů dle pohlaví

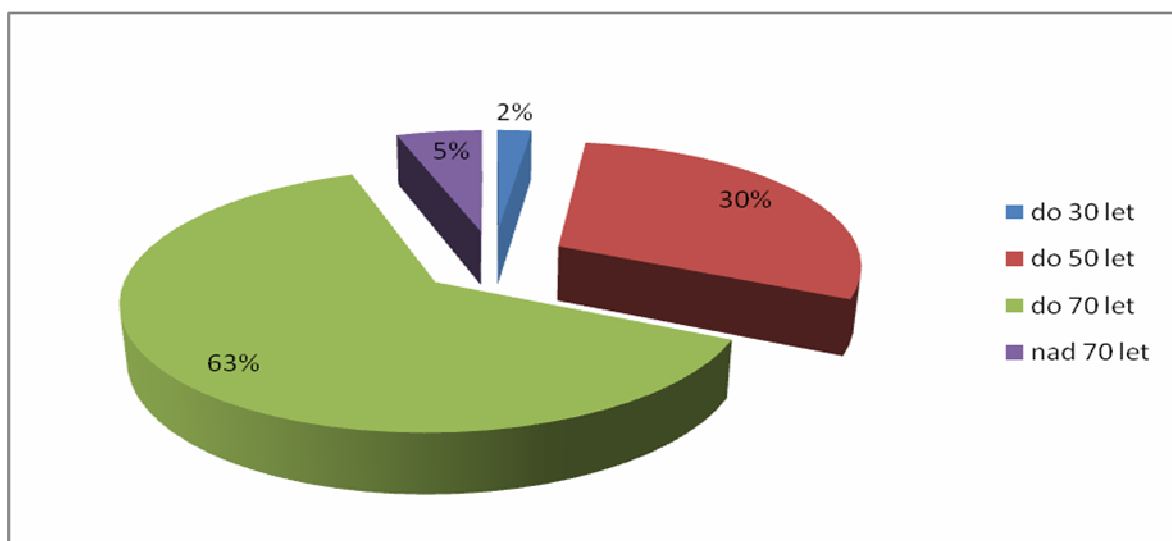


Tabulka č. 1 Složení respondentů dle pohlaví

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Muži	15	16
Ženy	79	84
Celkem	94	100

Z výše uvedeného grafu je zřejmé, že pečující osobou ve výzkumném vzorku jsou nejčastěji ženy (84%), muži pečují pouze v 16% případech.

Graf č.2 Věk respondentů



Tabulka č.2 Věk respondentů

<i>Kategorie</i>	<i>Absolutní četnost</i>	<i>Relativní četnost %</i>
<i>Do 30 let</i>	2	2
<i>Do 50 let</i>	28	30
<i>Do 70 let</i>	59	63
<i>Nad 70 let</i>	5	5
<i>Celkem</i>	94	100

Věkové složení výzkumného vzorku názorně ukazuje výše uvedený graf. Nejvíce respondentů je ve věku od 50 do 70 let (63%), od 30 do 50 let 30%, nad 70 let 5%, nejméně - 2% respondentů - je ve věku do 30 let.

1.4.1 Ověření výzkumných otázek:

Problémový okruh A:

Hlavní výzkumná otázka:

Je možné identifikovat faktory, které ovlivňují subjektivní hodnocení náročnosti životní situace pečujících osob?

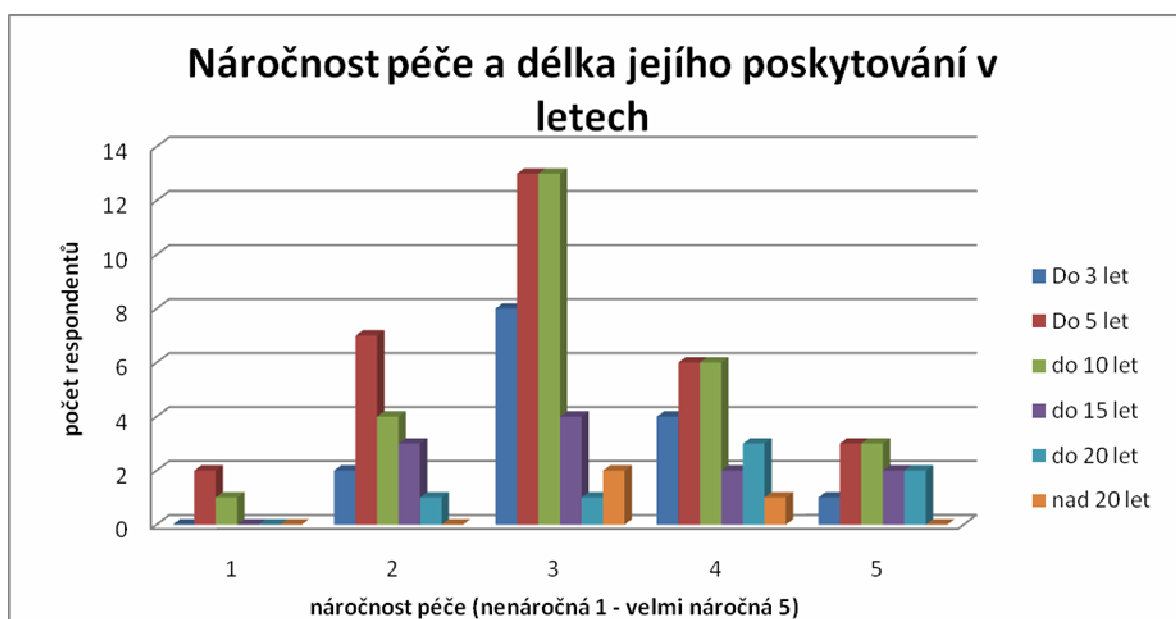
Dílčí výzkumné otázky:

1. Je náročnost péče ovlivňována délkou poskytované služby?

Tabulka č. 3

Délka péče	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
Do 3 let	0	2	8	4	1
Do 5 let	2	7	13	6	3
do 10 let	1	4	13	6	3
do 15 let	0	3	4	2	2
do 20 let	0	1	1	3	2
nad 20 let	0	0	2	1	0

Graf. č. 3



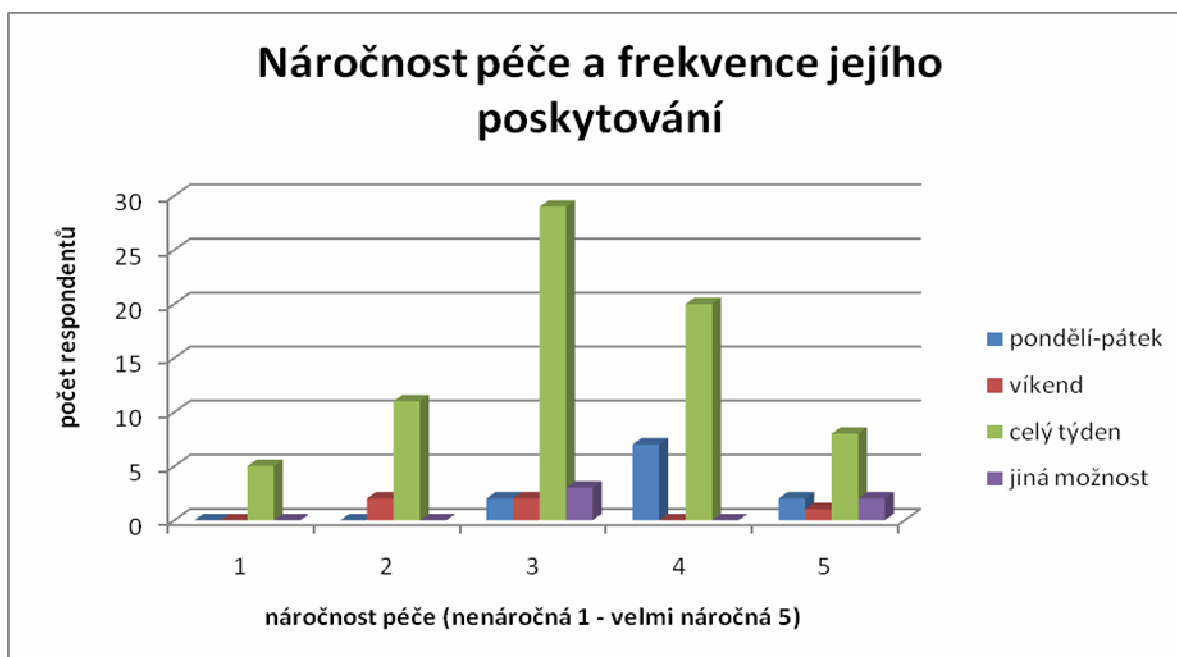
Pro ověření této výzkumné otázky byly srovnávány otázky č. 5 *Jak dlouho již pečují?* a otázka č. 8. *Jak je pro mě péče, kterou poskytují blízké osobě, náročná?* Respondenti nejčastěji hodnotili náročnost péče známkou 3 u 5 období, u období péče do 20 let byla nejčastější známka 4. Zajímavé bylo, že známka 5 – velmi náročná péče – se nevyskytla u délky péče nad 20 let. Nelze tedy jednoznačně potvrdit, že délka poskytované péče ovlivňuje její náročnost.

2. Je náročnost péče ovlivněna frekvencí poskytování služby?

Tabulka č.4

Frekvence	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
Po-Pá	0	0	2	7	2
So-Ne	0	2	2	0	1
Celý týden	5	11	29	20	8
Jiná	0	0	3	0	2

Graf. č. 4



K ověření výzkumné otázky byly použity otázky č. 6 *Kolik dnů v týdnu pečují?* a otázka č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují blízké osobě náročná?* Nejvíce respondentů pečuje po celý týden, péči nejčastěji hodnotili známkou 3 a 4, pouze u této kategorie hodnotilo 5 respondentů péči jako nenáročnou. Znamka 5 - velmi náročná péče se objevila u všech kategorií. Z uvedeného hodnocení vyplývá, že frekvence poskytované péče má vliv na její náročnost.

3. Existuje vztah mezi náročností péče a stupněm závislosti osoby, které je poskytována?

Tabulka č. 5

Stupeň závislosti	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
I. stupeň	0	0	0	0	0
II. stupeň	2	5	11	2	1
III. stupeň	1	9	17	9	2
IV. stupeň	0	3	13	11	8

Graf. č. 5



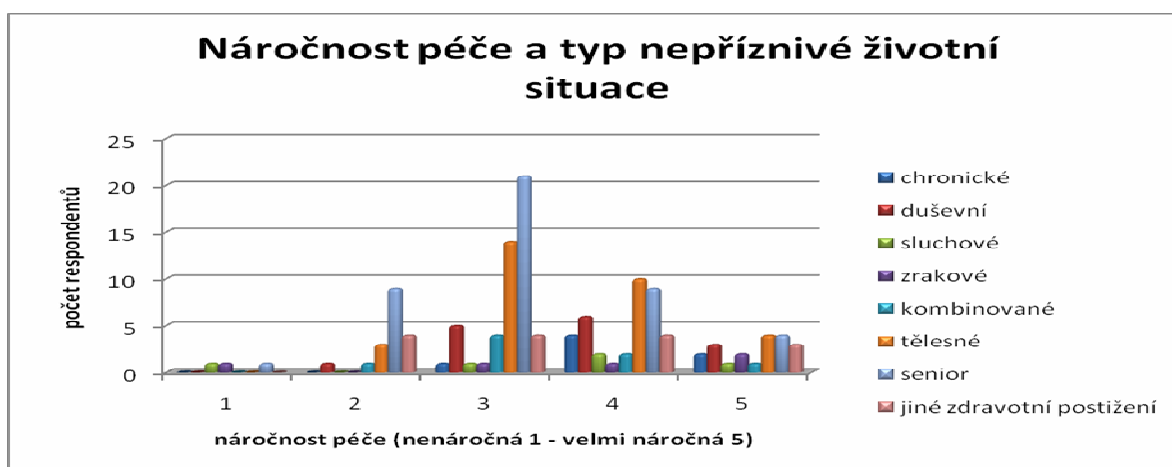
K ověření této výzkumné otázky byly použity odpovědi respondentů na otázku č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují osobě blízké, náročná?* a otázka č. 17 *Uveďte stupeň závislosti pečované osoby*. Mezi oslovenými respondenty nebyl žádný pečující o blízkou osobu v I. stupni závislosti, ve stupních závislosti II. – IV. se nejčastěji vyskytovalo hodnocení náročnosti péče známkou 3. U IV. stupně závislosti bylo náročnost hodnocena nejčastěji známkami 3 – 5, z výsledků lze tedy usuzovat, že čím je vyšší stupeň závislosti blízké osoby, tím je péče o ni náročnější.

4. Ovlivňuje náročnost péče typ náročné životní situace blízké osoby?

Tabulka č. 6

Typ nepříznivé situace	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
chronické	0	0	1	4	2
duševní	0	1	5	6	3
sluchové	1	0	1	2	1
zrakové	1	0	1	1	2
kombinované	0	1	4	2	1
tělesné	0	3	14	10	4
senior	1	9	21	9	4
jiné zdravotní postižení	0	4	4	4	3

Graf. č. 6



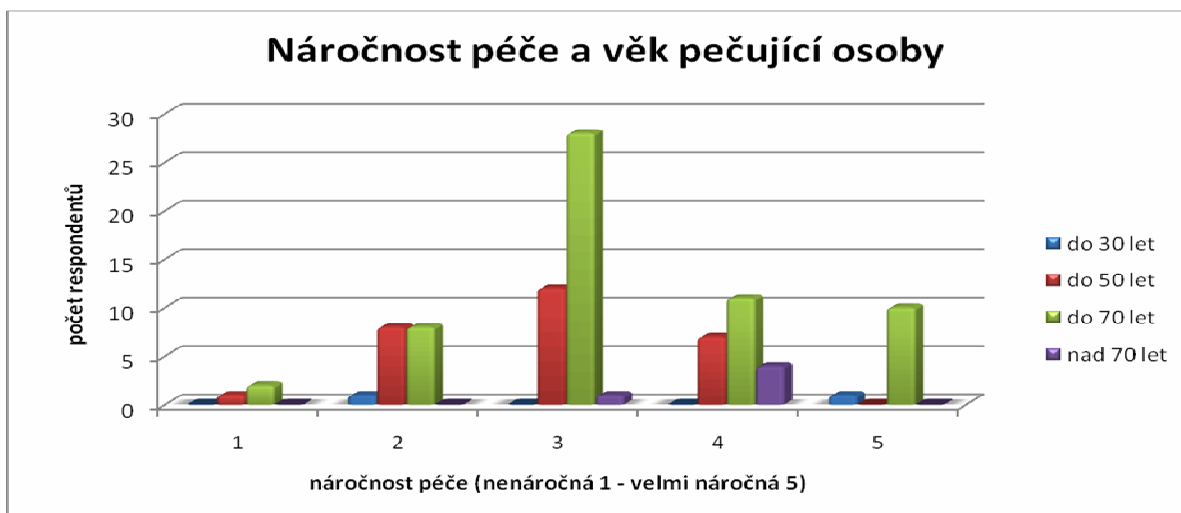
K ověření této výzkumné otázky byly použity odpovědi z dotazníku na otázky č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují osobě blízké, náročná?* a otázka č. 18 *Typ postižení nebo nepříznivé životní situace osoby, o kterou pečují*. U odpovědi na otázku č. 18 respondenti uváděli i kombinaci více možností nepříznivé životní situace osoby, o kterou pečují. Nejvíce pečujících je o seniory a tělesně postižené, hodnocení náročnosti péče je známkou 3. U všech kategorií se vyskytlo hodnocení známkou 5 – velmi náročná péče. Z výsledků výzkumu vyplývá, že za nejnáročnější považují respondenti péči o seniory, dále o osoby tělesně postižené, o osoby s duševním postižením, případně o osoby s kombinací těchto postižení.

5. Ovlivňuje náročnost péče věk pečující osoby

Tabulka č. 7

Věk pečujícího	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
do 30 let	0	1	0	0	1
do 50 let	1	8	12	7	0
do 70 let	2	8	28	11	10
nad 70 let	0	0	1	4	0

Graf. č. 7



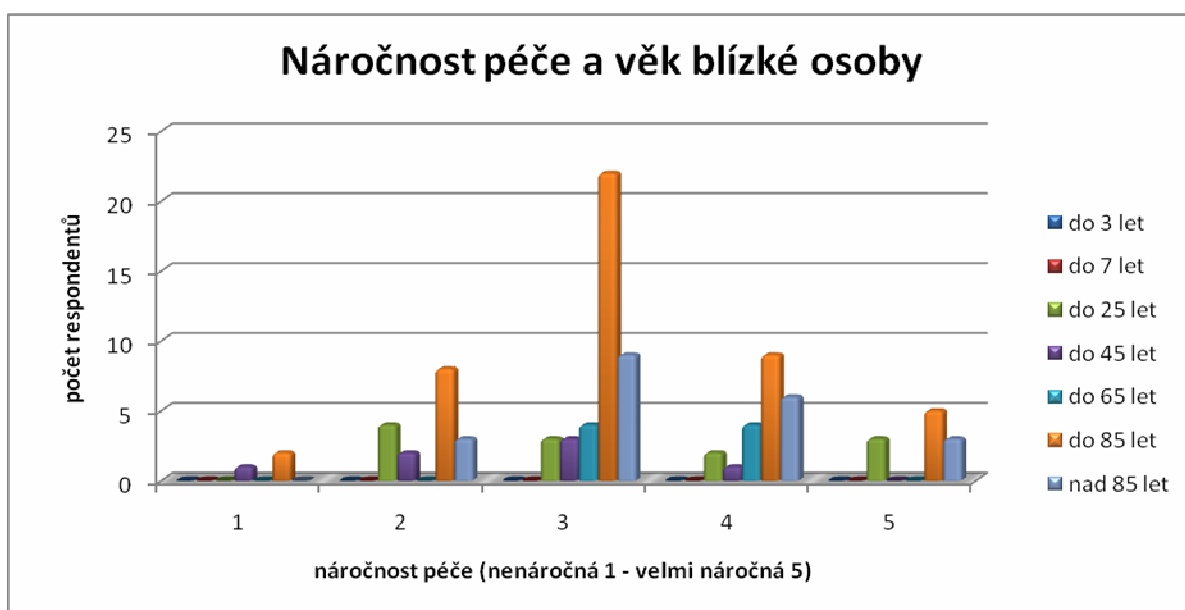
Pro ověření této výzkumné otázky byly použity odpovědi na otázku č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují osobě blízké, náročná?* a otázka č. 2 *Můj věk*. Známkou 3 hodnotilo náročnost péče nejvíce respondentů ve věku do 70 let, u této věkové kategorie se nejvíce vyskytovalo i hodnocení známkou 4 a 5. Ze zjištěných výsledků se tedy dá usuzovat, že čím je vyšší věk pečující osoby, tím je pro něj péče náročnější.

6. Ovlivňuje náročnost péče věk blízké osoby, o kterou je pečováno?

Tabulka č. 8

Věk blízké osoby	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
do 3 let	0	0	0	0	0
do 7 let	0	0	0	0	0
do 25 let	0	4	3	2	3
do 45 let	1	2	3	1	0
do 65 let	0	0	4	4	0
do 85 let	2	8	22	9	5
nad 85 let	0	3	9	6	3

Graf č. 8



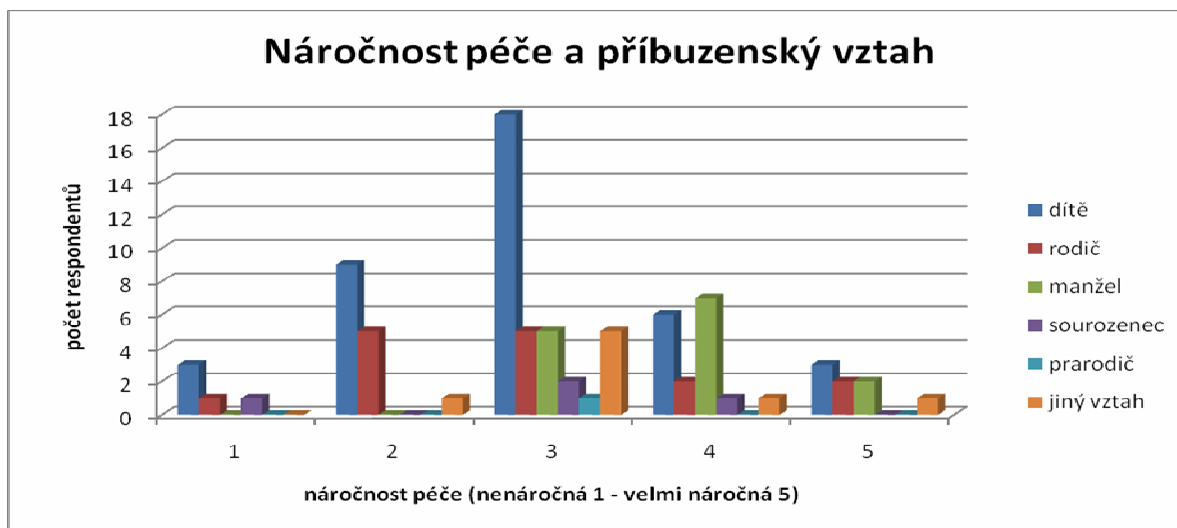
K ověření této výzkumné otázky byly použity odpovědi na otázky č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují osobě blízké, náročná?* a otázka č. 13 *Věk osoby, o kterou pečují*. Nejvíce respondentů uvádělo péči o osoby do 85 let a nad 85 let, náročnost péče hodnotili nejvíce známkou 3. U těchto věkových kategorií se objevovalo také hodnocení známkou 5, zajímavé bylo, že se toto hodnocení vyskytlo také ve 3 případech ve věkové kategorii do 25 let. Věkové kategorie do 3 a do 7 let se ve výzkumném vzorku nevyskytly vůbec. Ze zjištěných skutečností nelze tedy potvrdit, že čím vyšší věk blízké osoby, tím je péče náročnější.

7. Ovlivňuje náročnost péče typ rodinné vazby?

Tabulka č. 9

Příbuzenský vztah	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
dítě	3	9	18	6	3
rodič	1	5	5	2	2
manžel	0	0	5	7	2
souroz	1	0	2	1	0
prarodič	0	0	1	0	0
jiný	0	1	5	1	1

Graf. č. 9



Pro vyhodnocení této výzkumné otázky byly použity odpovědi na otázky č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují osobě blízké, náročná?* a č. 14 *Vztah k osobě, o kterou pečují.*

Z odpovědí respondentů je zřejmé, že nejvíce pečujících je potomkem blízké osoby, náročnost péče hodnotili nejčastěji známkou 3 a 4. Ve výzkumném vzorku se vyskytl jeden prarodič, 3 sourozenci. Tito respondenti hodnotili náročnost péče známkou 3, resp. 4, známka 5 se u této kategorie nevyskytla. U ostatních kategorií se hodnocení známkou 5 objevilo.

Jako odpověď na hlavní výzkumnou otázku můžeme uvést, že náročnost péče o blízkou ovlivňuje frekvence poskytované péče, stupeň závislosti blízké osoby, typ náročné životní situace blízké osoby, věk pečující osoby. Věk blízké osoby, o kterou je pečováno, příbuzenský vztah ani délka poskytované péče nemají vliv na hodnocení náročnosti poskytované péče.

Problémový okruh B:

Hlavní výzkumná otázka:

Je možné identifikovat, na které oblasti života pečujících má dopad náročnost péče o blízkou osobu?

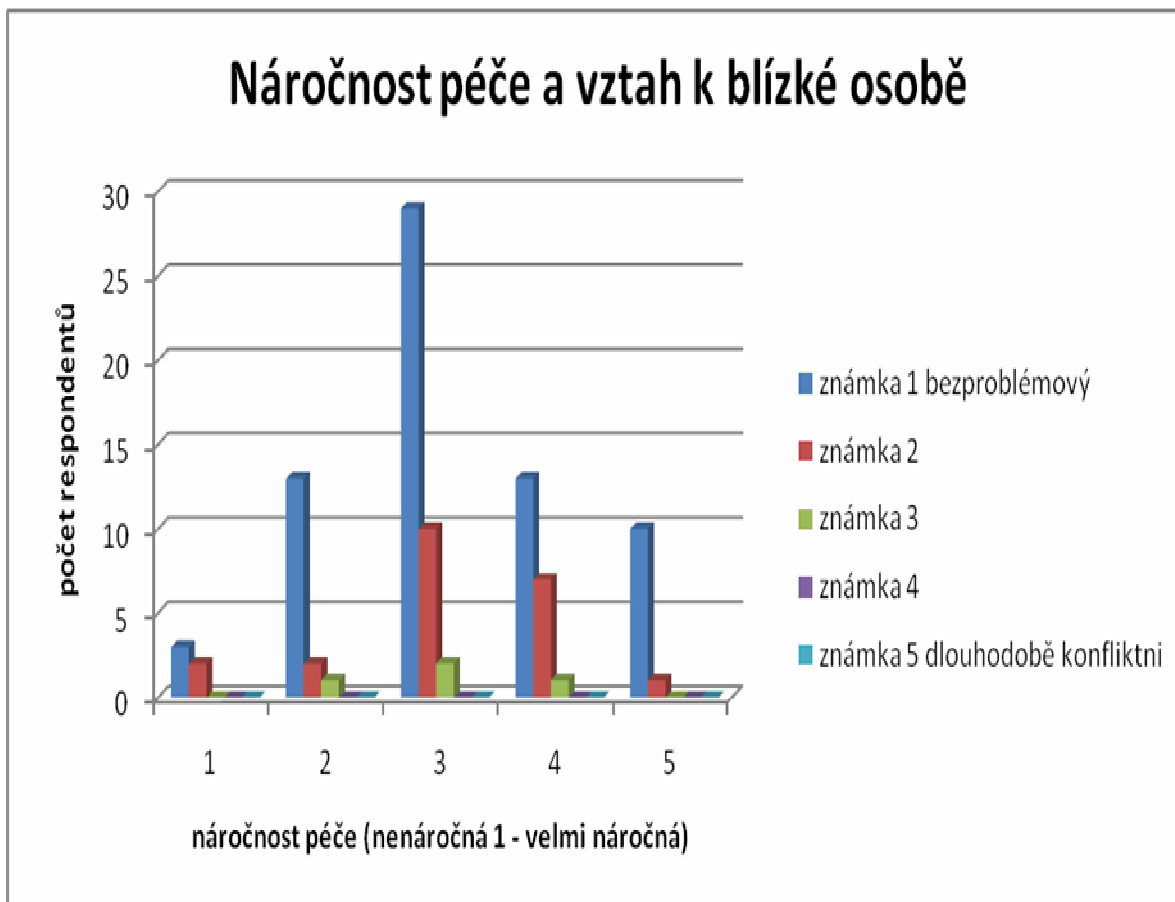
Díličí výzkumné otázky:

8. Má náročnost péče dopad na vzájemný vztah mezi pečujícím a blízkou osobou?

Tabulka č. 10

Hodnocení vztahů	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
1	3	13	29	13	10
2	2	2	10	7	1
3	0	1	2	1	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0

Graf. č. 10



K ověření této výzkumné otázky byly použity z dotazníku otázky č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují osobě blízké, náročná?* a č. 12 *Jaký mám vztah k osobě, o kterou pečuji?*

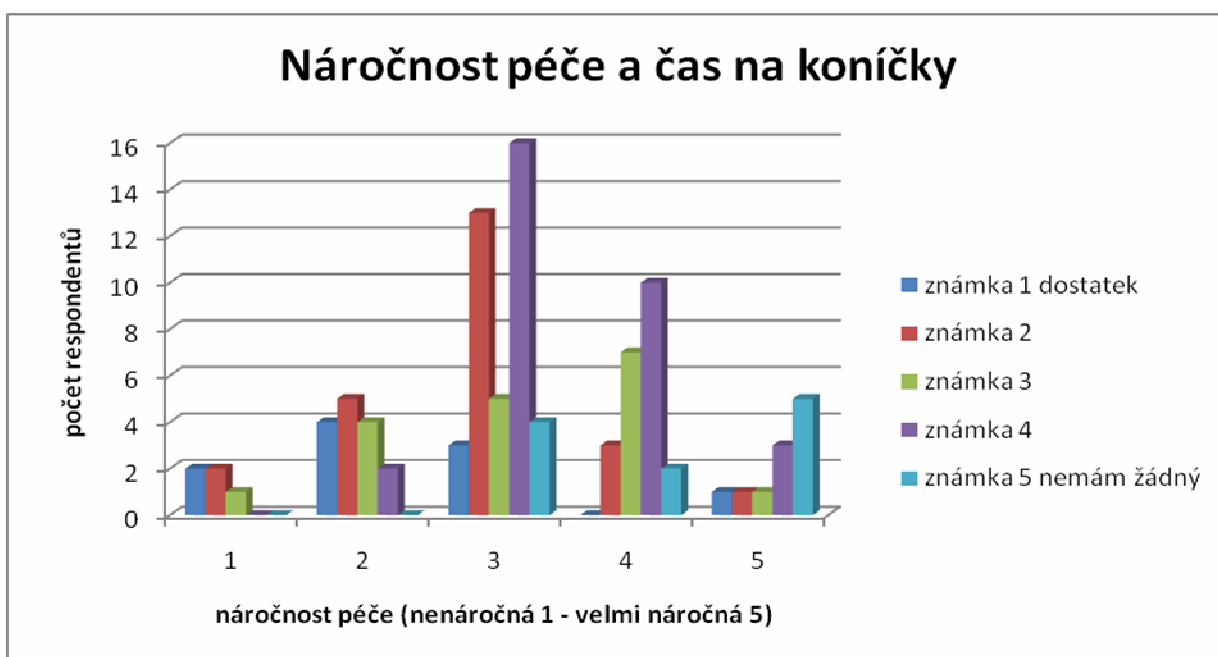
Z uvedeného grafu vyplývá, že v hodnocení vztahu k pečované osobě převažuje známka 1 jako bezproblémový u všech stupňů náročnosti péče, u stupně náročnosti 3 a 4 se objevují známky 2,3. Hodnocení vztahu známkami 4 a 5 se nevyskytuje vůbec. Můžeme tedy konstatovat, že náročnost péče neovlivňuje vztah k pečované osobě.

9. Má náročnost péče dopad na dostatek času na koníčky a záliby?

Tabulka č. 11

Čas na koníčky	Hodnocení náročnosti				
	1	2	3	4	5
1	2	4	3	0	1
2	2	5	13	3	1
3	1	4	5	7	1
4	0	2	16	10	3
5	0	0	4	2	5

Graf č. 11



Pro zpracování této otázky byly použity z dotazníku odpovědi na otázky č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují osobě blízké, náročná?* a otázka č. 10 *Kolik času mám na svoje záliby a koníčky?* Nejvíce respondentů hodnotilo dostatek času na koníčky a záliby známkou 4 u stupně náročnosti péče 3 a 4, u stupně náročnosti péče 5 je nejčastější hodnocení dostatku

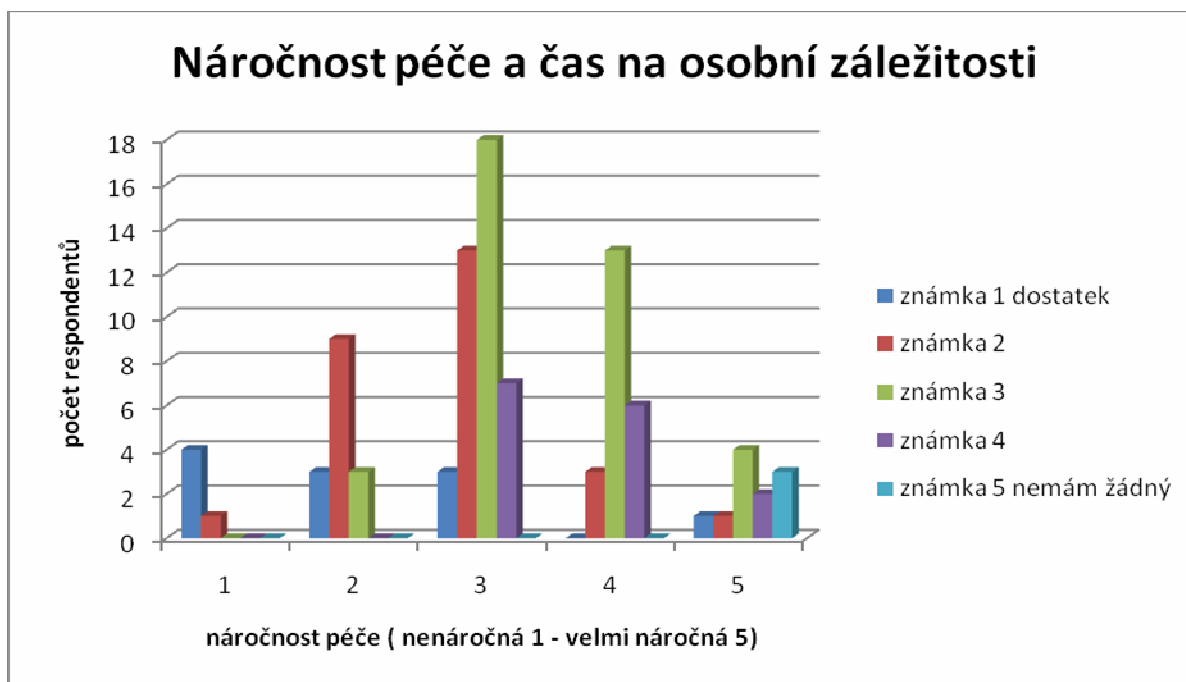
času známkou 5. Lze tedy vyvodit závěr, že čím je péče náročnější, tím méně času zbývá pečující osobě na koníčky a záliby.

10. Má náročnost péče dopad na dostatek času na obstarávání osobních záležitostí?

Tabulka č. 12

osobní záležitosti	náročnost péče				
	1	2	3	4	5
1	4	3	3	0	1
2	1	9	13	3	1
3	0	3	18	13	4
4	0	0	7	6	2
5	0	0	0	0	3

Graf č. 12



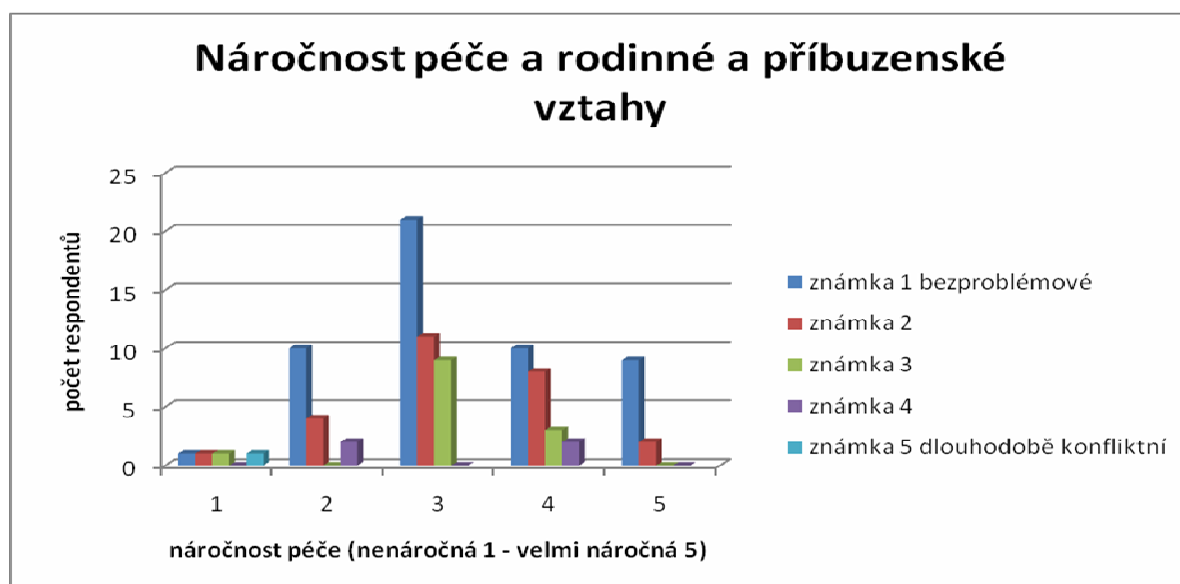
Pro odpověď na tuto otázku byly použity z dotazníku odpovědi na otázku č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují osobě blízké, náročná?* a otázka č. 9 *Kolik času mám na obstarávání osobních záležitostí?* Nejvíce respondentů hodnotilo dostatek času známkou 3 u stupně náročnosti 3 – 5, známka 5 – nemám žádný - se vyskytla pouze u stupně náročnosti péče 5. V odpovědi na výzkumnou otázku můžeme tedy uvést, že nedostatek času na osobní záležitosti vykazují respondenti hodnotící náročnost péče vyšší známkou.

11. Ovlivňuje náročnost péče rodinné a příbuzenské vztahy pečovatele?

Tabulka č. 13

Vztahy	Náročnost péče				
	1	2	3	4	5
1	1	1	1	0	0
2	10	4	0	2	0
3	21	11	9	0	0
4	10	8	3	2	0
5	9	2	0	0	0

Graf č. 13



K vyhodnocení této výzkumné otázky byly z dotazníku použity odpovědi na otázku č. 8 *Jak je pro mě péče, kterou poskytují blízké osobě, náročná?* a na otázku č. 11 *Moje rodinné a příbuzenské vztahy považují za:* Nejvíce respondentů hodnotilo své rodinné a příbuzenské vztahy jako bezproblémové známkou 1, známka 5 se neobjevila u žádného stupně náročnosti péče. V odpovědi na výzkumnou otázku můžeme uvést, že rodinné a příbuzenské vztahy se s vyšším stupněm hodnocení náročnosti péče nezhoršují.

12. Co považují pečující za největší přínos v souvislosti s péčí o blízkou osobu?

Tato otevřená otázka byla položena pro dokreslení situace pečujících osob. Na otázku odpovědělo 81 respondentů z celkového počtu 94. Jako nejčastější přínos uváděli respondenti odpovědi typu „zkouška trpělivosti“, „blízká osoba může dožít v domácím prostředí“, „změna hodnot“, „příklad dětem“, častá odpověď byla ve smyslu „je to morální a správné,“ *vracíme rodičům jejich péči*“. Dva z respondentů uvedli jako přínos „finance“, „placená péče“, z toho lze usuzovat, že měli na mysli finanční částku příspěvku na péči, kterou jim blízká osoba za péči poskytuje. Zajímavou odpověď na tuto otázku uvedla respondentka, která pečuje o duševně nemocného manžela – „žil by jako bezdomovec“.

13. Co považují pečující za největší ztrátu v souvislosti s péčí o blízkou osobu?

Možnosti odpovědět na tuto otevřenou otázku využilo 80 respondentů z celkového počtu 94. Ve dvou odpovědích se „ztráta“ týkala finanční stránky „zhoršení finanční situace rodiny. Ve většině případů za „ztrátu“ respondenti považují nehmotné faktory. 26 z nich odpovědělo ve smyslu času „nedostatek času“, „není čas na zbytek rodiny“, „není čas na osobní život“, „není čas jet na dovolenou“. Objevily se také odpovědi „ztráta zaměstnání, „kontakt s lidmi“. Rodiče pečující o postižené dítě vyjádřili obavy, co s dítětem bude v budoucnosti - „co bude s dcerou, až tu nebudeme“, „dívat se na dceřino utrpení, perspektiva“, „jak dlouho to zvládneme“, „smířit se s postižením syna“, „nedostatek času na ostatní děti. . V jednom případě respondentka pečující o postiženého syna uvedla jako ztrátu „rozpad rodiny, manžel neunesl situaci, jsem sama, náročné, vyčerpávající“.

V odpovědi na hlavní výzkumnou otázku můžeme uvést, že náročnost péče o blízkou osobu má negativní vliv na dostatek času na záliby, koníčky a na vyřizování osobních

záležitostí. Vztah k blízké osobě, o kterou je pečováno a rodinné a příbuzenské vztahy nejsou náročností péče ovlivněny.

Problémový okruh C:

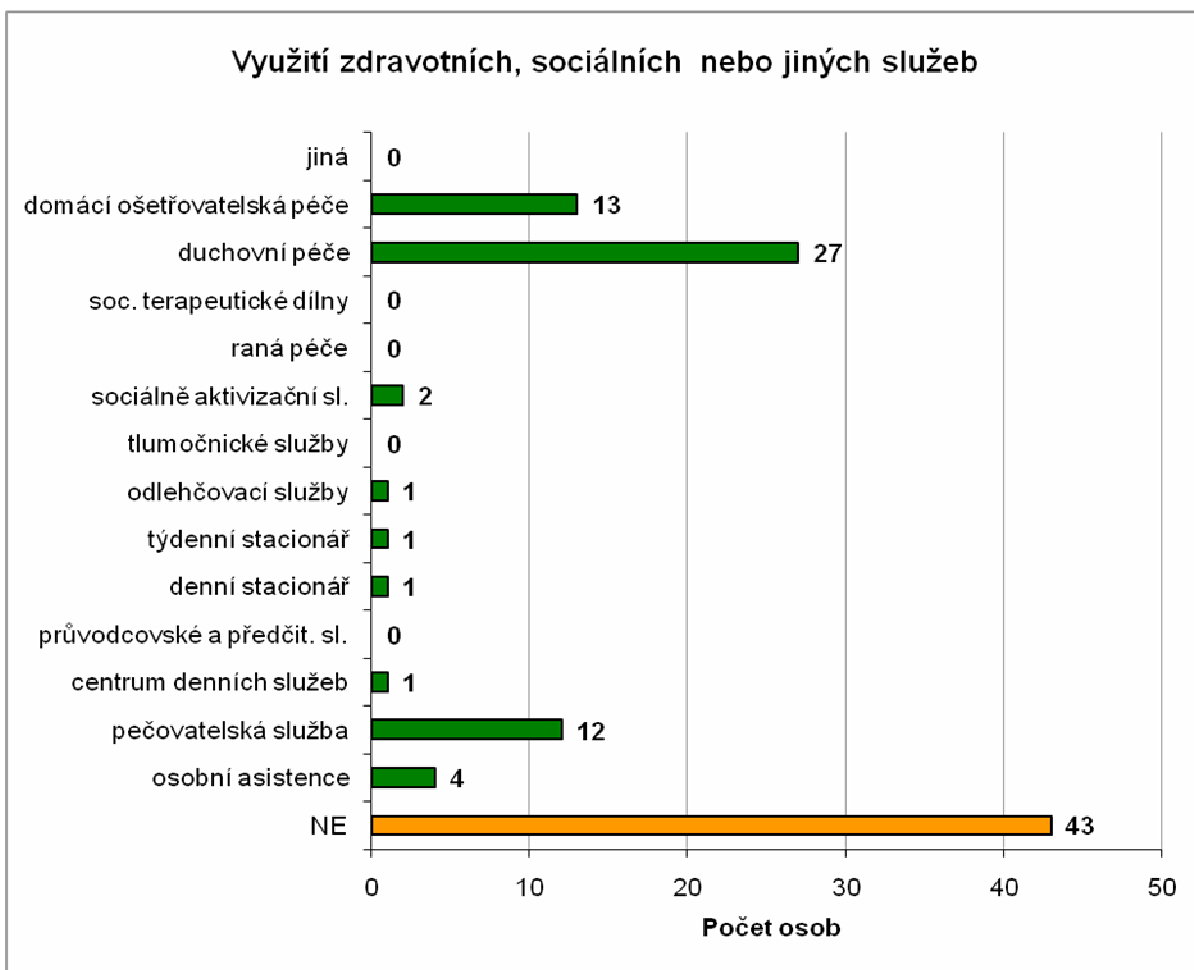
Hlavní výzkumná otázka:

Využívají pečující osoby a osoby, o které je pečováno i jiné služby? Jsou v jejich regionu dostupné a jsou o nich dostatečně informováni?

Dílní výzkumné otázky:

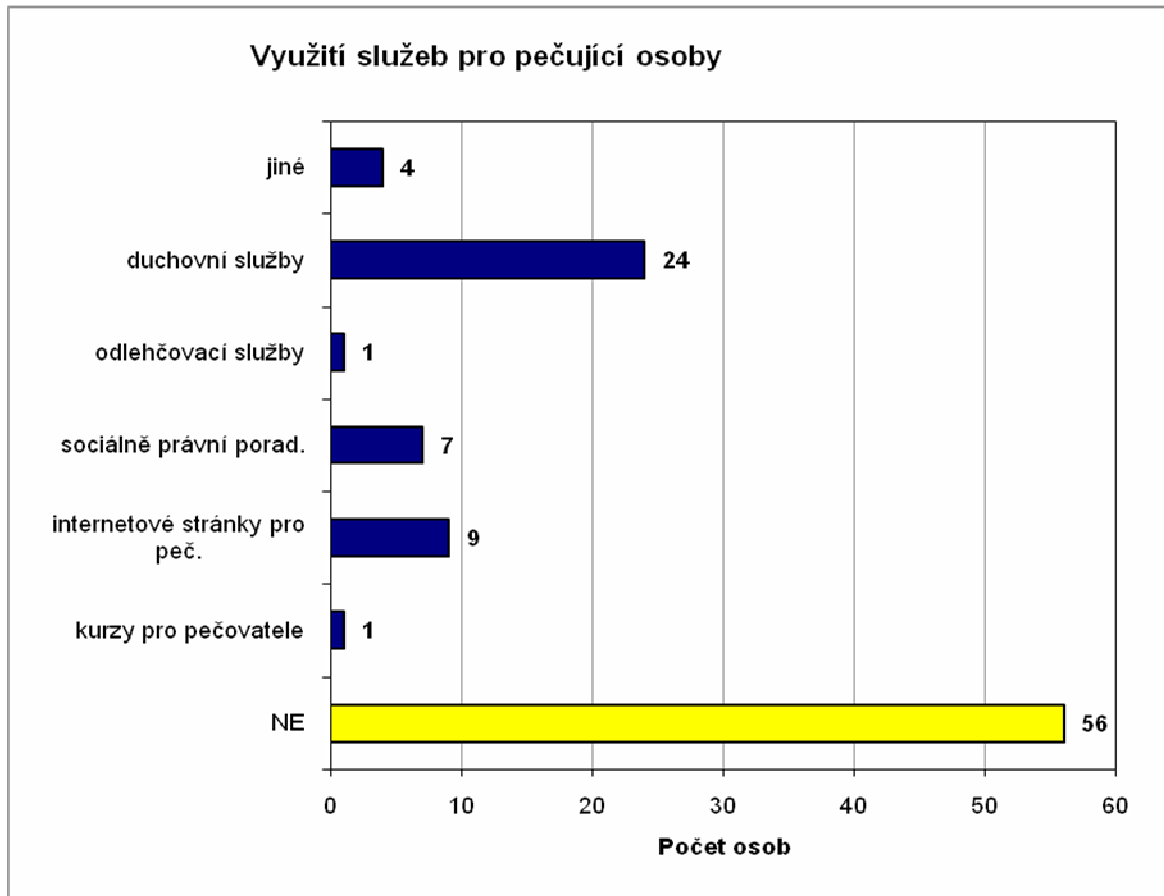
15. Jaké služby a v jaké míře je využívají osoby, o které je pečováno, mimo služeb pečujících?

Graf č. 14



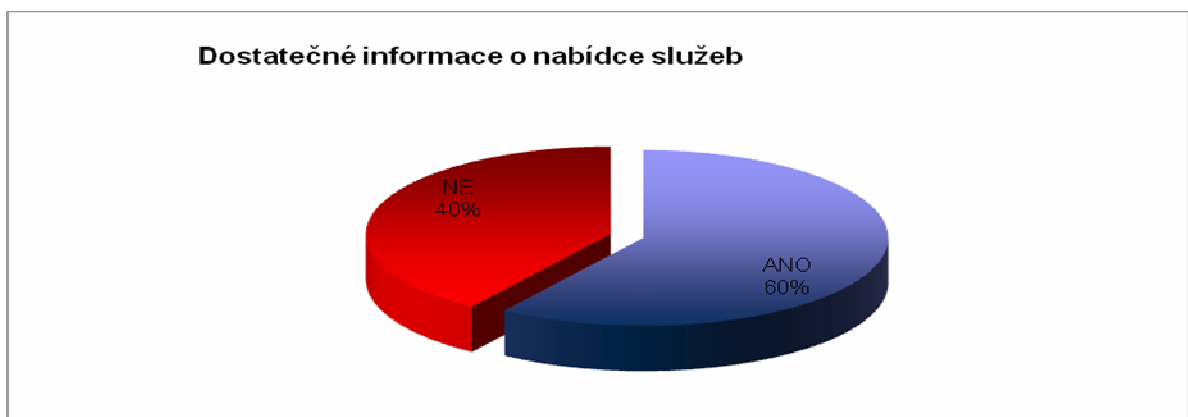
16. Využívají pečující služby pro ně určené? A jaké?

Graf č. 15



17. Jaká je informovanost pečujících o nabídce služeb pro usnadnění péče o blízkou osobu?

Graf č. 16



18. Jaký je zájem o služby, které nejsou v regionu dostupné? O jaký typ služby se jedná?

Pro vyhodnocení této otázky byly použity odpovědi na otázku č. 28 - *Jakou službu (zdravotní, sociální, jinou) byste uvítal/a a není ve Vašem okolí dostupná?* 39 respondentů na tuto otázku neodpovědělo vůbec, 8 respondentů odpovědělo „nevím“, 9 respondentů „žádnou“, 8 respondentů by uvítalo hlídání na kratší dobu, např. když potřebují sami k lékaři, na vyřízení osobních záležitostí, hlídání na víkend. 2 respondenti by uvítali rehabilitační centrum a domácí rehabilitaci, jedna respondentka by využila službu „fyzicky zdatného pomocníka při přemísťování manžela na vozík a na lůžko“, 2 osoby postrádají službu „společníka“ či „společnice“ pro osobu o kterou pečují. Pečující osoby by také uvítaly „možnost osobního setkávání pečujících“, „odbornou lékařskou radu“, „doprovod k lékaři“, „bazén“, „klub Parkinsoniků“.

Na hlavní výzkumnou otázku můžeme odpovědět, že většina respondentů má dostatek informací o nabídce sociálních služeb, nejsou však zcela využívány. Jako důvody proč je nevyužívají, odpovídali „není čas“, „není důvod“, „jsem soběstačná“, „nemám potřebu“. Osoby, o které je pečováno, nejčastěji využívají duchovní péči, část využívá domácí ošetřovatelkou péči a pečovatelskou službu. Ostatní služby využívají v nepatrné míře.

1.4.2 Ověření stanovené hypotézy

H_0 Mezi využíváním služeb pro pečující osoby a informovaností o jejich nabídce není závislost.

H_A Pečující osoby, které nevyužívají služby pro ně určené, nemají dostatek informací o jejich nabídce.

Pro ověření stanovené hypotézy použiju test nezávislosti chí-kvadrát v programu Excel 2007.

VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB	INFORMOVANOST		
	ANO	NE	CELKEM
ANO	22	16	38
%	57,89	42,11	100%
NE	34	22	56
%	60,71	39,29	100%
CELKOVÝ POČET	56	38	94
% CELKEM	59,57	40,43	100%

Pozorovaná četnost

22	16	38
34	22	56
56	38	94

Očekávaná četnost (součet ve sloupci/celkový počet x součet v řádku)

22,6383	15,3671	
33,3617	22,6383	

Signifikance chí - kvadrát testu **0,784572**

Hladinu statistické významnosti porovnáváme s hodnotou 0,05. Je větší než 0,05.

Dosažená hladina signifikance p, p=0,784572 je větší, nemůžeme tedy zamítnout nulovou hypotézu.

Závěr testování: Využívání osob pro pečující osoby nezávisí na informovanosti o jejich nabídce.

1.5 Interpretace dat a shrnutí výsledků výzkumu

Provedený výzkum byl zaměřen na zjištění, jaké faktory nejvíce ovlivňují náročnost péče poskytované blízké osobě. Z výsledků výzkumu si dovoluji konstatovat, že ve větší míře jsou pečujícími osobami ženy ve věku od 50 do 70 let.

Faktory, které nejvíce ovlivňují náročnost péče, jsou frekvence poskytované péče, stupeň závislosti blízké osoby, typ náročné životní situace blízké osoby, věk pečující osoby. Věk blízké osoby, o kterou je pečováno, příbuzenský vztah ani délka poskytované péče nemají, dle výsledků mého šetření, vliv na hodnocení náročnosti poskytované péče. Náročnost péče o blízkou osobu má však velmi negativní vliv na dostatek času na záliby, koníčky a na vyřizování osobních záležitostí, naproti tomu vztah k blízké osobě, o kterou je pečováno a rodinné a příbuzenské vztahy nejsou náročností péče ovlivněny.

Z výzkumu dále vyplynulo, že většina respondentů má dostatečné informace o nabídce sociálních služeb, přesto nejsou ani zdaleka využívány. U osob, o které blízké osoby pečují, jsou nejčastěji využívány duchovní péče a v menší míře domácí ošetrovatelská péče a pečovatelská služba. Ostatní služby jsou využívány jen sporadicky.

V části dotazníku, která byla vyhrazena pro dodatečné informace, na které dotazník neměl konkrétní otázku, vyjádřilo část respondentů potěšení nad tím, že je také zájem o jejich osobu a o jejich potřeby, zároveň si postěžovali si na svou nelehkou situaci, na nepochopení ze strany lékařů, úředníků, především však na vysokou byrokratickou zátěž, která je na ně kladena. V neposlední řadě řešili i tíživou finanční situaci rodiny, nedostupnost bezpečných potravin v místě bydliště, apod.

1.6 Aplikační rozměr

Výsledky provedeného výzkumu budou poskytnuty odboru sociálních věcí Městského úřadu Valašské Klobouky, v jehož obvodu výkonu přenesené působnosti byl tento výzkum proveden. Budou sloužit při zpracování novelizace komunitního plánu a pro zmapování využívání existujících sociálních služeb, případně jako podklad pro požadavek na zavedení chybějících služeb.

ZÁVĚR

Péče o blízkou osobu ať už se jedná o dítě, dospělého člověka či seniora, je zajisté velmi náročnou životní situací. Ze strany pečujícího vyžaduje značnou fyzickou námahu při manipulaci s nemocným člověkem upoutaným na lůžko, či pomoci při chůzi, provádění osobní hygieny, obstarávání domácnosti apod., ale také námahu psychickou. Pečující musí být neustále v pohotovosti, aby mohl poskytnout pomoc v potřebnou chvíli, přebírá na sebe zodpovědnost za zdraví a životní pohodu blízké osoby. Své síly dává tomu, o koho pečuje. To vše vyžaduje značné sebeovládání, pečující je nucen odkládat uspokojení svých osobních potřeb. Zvýšené nároky na něj kladené vyvolávají stres, což může vyvrcholit syndromem vyhoření.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké faktory ovlivňují náročnost péče, zda je možné je identifikovat. Dílčím cílem bylo ověřit, zda a do jaké míry využívají pečující osoby a blízké osoby zdravotní, sociální a jiné služby, které jsou jim v regionu nabízeny. Z kvantitativního výzkumu, který jsem si pro svou práci zvolila, vyplynulo, že pečující mají dostatečné informace o poskytovaných službách, ale nevyužívají je, uvítali by však některé služby, které v regionu chybí.

Celou bakalářskou práci jsem zpracovávala ve velmi úzké vazbě na odbor sociálních věcí městského úřadu Valašské Klobouky, jehož jsem dlouholetou pracovník. Ve spolupráci s vedoucí odboru jsem výzkum koncipovala tak, aby byl v celé šíři využit i v praxi, konkrétně v komunitním plánu sociálních služeb regionu Valašskokloboucka a Brumovska. První verze výše zmiňovaného komunitního plánu už prošla schvalovacím procesem samosprávných orgánů, proto bude můj výzkum zařazen jako jeden z podkladů aktualizace, na které se v současnosti pracuje.

Výzkum mimo jiné v plné šíři ukázal, že snižování výdajů ve všech oblastech, především však v sociální sféře, může mít fatální důsledky, jak pro postižené tak i pro osoby pečující. Tyto se mohou velmi rychle dostat až na samý okraj společnosti, která začíná být zaměřena výhradně na dravé úspěšné jedince, nikoliv na handicapované spoluobčany.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Chráska, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [2] Chvátalová, Helena. *Jak se žije dětem s postižením. Problematika pěti typů zdravotního postižení*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-588-1.
- [3] Jarošová, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
- [4] Kopřiva, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 4. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 1997. ISBN 80-7178-429-X.
- [5] Křivohlavý, Jaro. *Psychologie vděčnosti a nevděčnosti. Kudy vede cesta k přátelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1838-5.
- [6] Mahrová, Gabriela, Venglářová, Martina a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [7] Mátl, Ondřej, Jabůrková, Milena. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Výstupy z aplikovaného výzkumu*. 1. vydání. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
- [8] Novák, Tomáš. *Péče o pečující: jak být pečovatelem také sám sobě*. 1. vydání. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s., 2011. ISBN 978-80-254-9149-2. Dostupné také z: <http://www.pecujdoma.cz/>.
- [9] Novosad, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

- [10] Novosad, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskursivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- [11] Pichaud, Clément, Thareaudová, Isabelle. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Přeložila Abigail Kozlíková Praha: Portál, s.r.o., 1998. ISBN 80-7178-184-3
- [12] Smékal, Vladimír. Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízeních sociální péče. *Sociální práce/Sociálna práca: časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci., 2004, č. 2, s. 50-62. ISSN 1213-624. Dostupné také z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>.
- [13] Sobotková, Irena. *Psychologie rodiny*. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
- [14] Sýkorová, Dana. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
- [15] Špatenková, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0586-9.
- [16] Úlehla, Ivan. *Umění pomáhat*. 3. vydání. Praha: SLON, 2005. Studijní texty, sv. 20. ISBN 80-86429-36-9.
- [17] Vágnerová, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-678-0.

Zákony:

- [1] Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve změně a doplnění dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1211-1244. Dostupný také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.
- [2] Česko. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*.

2006, částka 164, s. 7021-7056. ISSN 1211-1244. Dostupná také z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/7336/505_2006_aktual.pdf.

- [2] Česko. Zákon č. 40 ze dne 5. dubna 1964, občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1964, částka 19, s. 201 – 248. Dostupný také z:
<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/1964/sb19-64.pdf>.

Elektronické zdroje:

- [1] *Sociální služby* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2009
[cit. 2012-02-20]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/9>.
- [2] *Pečující on-line* [online]. © 2008 [cit. 2012-02-28]. Dostupné z:
<http://www.pecujici.cz/>.
- [3] *Pečuj doma*. [online]. © 2009 [cit. 2012-02-18]. Dostupné z:
<http://www.pecujdoma.cz/>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. a podobně

CNS Centrální nervový systém

H_0 Nulová hypotéza

H_A Alternativní hypotéza

IQ Inteligenční kvocient

Sb. sbírka zákonů

s. strana

WHO Světová zdravotnická organizace

z.č. zákon číslo

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1	Složení respondentů podle pohlaví	40
Graf č. 2	Věk respondentů	41
Graf č. 3	Náročnost péče a délka jejího poskytování v letech	42
Graf č. 4	Náročnost péče a frekvence jejího poskytování	43
Graf. č. 5	Náročnost péče a stupeň závislosti blízké osoby	44
Graf č. 6	Náročnost péče a typ nepříznivé životní situace	45
Graf č. 7	Náročnost péče a věk pečující osoby	46
Graf č. 8	Náročnost péče a věk blízké osoby	47
Graf č. 9	Náročnost péče a čas na koníčky	48
Graf č. 10	Náročnost péče a vztah k blízké osobě	50
Graf č. 11	Náročnost péče a čas na koníčky	51
Graf č. 12	Náročnost péče a čas na osobní záležitosti	52
Graf č. 13	Náročnost péče a rodinné a příbuzenské vztahy	53
Graf č. 14	Využití zdravotních, sociálních nebo jiných služeb	55
Graf č. 15	Využití služeb pro pečující osoby	56
Graf č. 16	Dostatečné informace o nabídce služeb	56

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Složení respondentů dle pohlaví	40
Tabulka č. 2	Věk respondentů	41
Tabulka č. 3	Hodnocení náročnosti a délka péče	42
Tabulka č. 4	Hodnocení náročnosti a frekvence péče	43
Tabulka č. 5	Hodnocení náročnosti a stupeň závislosti	44
Tabulka č. 6	Hodnocení náročnosti a typ nepříznivé situace	45
Tabulka č. 7	Hodnocení náročnosti a věk pečující osoby	46
Tabulka č. 8	Hodnocení náročnosti a věk blízké osoby	47
Tabulka č. 9	Hodnocení náročnosti a příbuzenský vztah	48
Tabulka č. 10	Hodnocení náročnosti a vztahu k blízké osobě	49
Tabulka č. 11	Hodnocení náročnosti a čas na koníčky a záliby	50
Tabulka č. 12	Hodnocení náročnosti a čas na osobní záležitosti	51
Tabulka č. 13	Náročnost péče a rodinné vztahy	53
Tabulka č. 14	Kontingenční tabulka	58

SEZNAM PŘÍLOH

P.I.Dotazník pro osobu pečující o blízkou osobu

P.II.Průvodní dopis

P.III.Doplňující grafy

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO OSOBU PEČUJÍCÍ O BLÍZKOU OSOBU

Zaškrtněte prosím jednu z možností, pokud není uvedeno jinak:

1. Jsem: MUŽ ŽENA

2. Můj věk: do 30 let do 50 let do 70 let nad 70 let

3. Počet obyvatel obce, ve které bydlím:
 do 500 do 1000 do 2000 do 5000 nad 5000

4. Současné zaměstnání
 plný úvazek částečný úvazek občasný přivýdělek
 žádné důchodce jiné, uveďte jaké: _____

5. Jak dlouho již pečuji:
 do 3 let do 5 let do 10 let
 do 15 let do 20 let nad 20 let

6. Kolik dnů v týdnu pečuji:
 pondělí až pátek víkend celý týden jiná možnost

7. Kolik času denně poskytuji péči:
 do 3 hodin 3-6 hodin 6-12 hodin 12-24 hodin nepřetržitě

8. Jak je pro mě péče, kterou poskytuji osobě blízké, náročná? *Oznámkujte jako ve škole.*

(nenáročná) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (velmi náročná)

9. Kolik času mám na obstarávání osobních záležitostí? *Oznámkujte jako ve škole.*

(dostatek) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (nemám žádný)

10. Kolik času mám na svoje záliby a koníčky? *Oznámkujte jako ve škole.*

(dostatek) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (nemám žádný)

11. Moje rodinné a příbuzenské vztahy považuji za: *Oznámkujte jako ve škole.*

(bezproblémové) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (dlouhodobě konfliktní)

12. Jaký mám vztah k osobě, o kterou pečuji? *Oznámkujte jako ve škole.*

(bezproblémové) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (dlouhodobě konfliktní)

13. Věk osoby, o kterou pečují:

- do 3 let do 7 let do 25 let do 45 let
 do 65 let do 85 let nad 85 let

14. Vztah k osobě, o kterou pečují. Jsem:

- dítě rodič manžel/partner sourozenec
 prarodič jiný vztah, uveďte jaký: _____

15. Bydlím ve společné domácnosti s osobou, o kterou pečují?

- ANO NE

16. Jak hodnotíte vztah, který k Vám má osoba, o niž pečujete? *Oznámkujte jako ve škole.*

(bezproblémový) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (dlouhodobě konfliktní)

17. Uveďte stupeň závislosti pečované osoby:

- I. II. III. IV.

18. Typ postižení, nebo nepříznivé životní situace osoby, o kterou pečují:

- osoba s chronickým postižením osoba s chronickým duševním onemocněním
 osoba se sluchovým postižením osoba se zrakovým postižením
 osoba s kombinovaným postižením osoba s tělesným postižením
 senior osoba s jiným zdravotním postižením

19. Které úkony v péči o vlastní osobu poskytují? *Zaškrtněte i více možností.*

- příprava stravy hygiena pomoc při pohybu
 pomoc při oblékání dodržování léčebného režimu jednoduché ošetřování

20. Pokud vykonáváte úkony v péči o vlastní osobu, jak jsou pro Vás náročné? *Oznámkujte jako ve škole.*

(nenáročné) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (velmi náročné)

21. Které úkony soběstačnosti osobě blízké poskytují?

- nakupování úklid v domácnosti péče o prádlo
 nakládání s penězi obstarávání osobních záležitostí

22. Pokud vykonáváte úkony soběstačnosti, jak jsou pro Vás náročné? *Oznámkujte jako ve škole.*

(nenáročný) 1 – 2 – 3 – 4 – 5 (velmi náročný)

23. Využívá osoba, o kterou pečujete zdravotní, sociální nebo jiné služby?

- NE ANO, jaké?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> osobní asistence | <input type="checkbox"/> pečovatelská služba |
| <input type="checkbox"/> centrum denních služeb | <input type="checkbox"/> průvodcovské a předčitatelské služby |
| <input type="checkbox"/> denní stacionář | <input type="checkbox"/> týdenní stacionář |
| <input type="checkbox"/> odlehčovací služby | <input type="checkbox"/> tlumočnické služby |
| <input type="checkbox"/> sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením | |
| <input type="checkbox"/> raná péče | <input type="checkbox"/> služby sociálně terapeutické dílny |
| <input type="checkbox"/> duchovní péče | <input type="checkbox"/> domácí ošetrovatelská péče |
| <input type="checkbox"/> jiná péče, uveďte jaká: _____ | |

24. Kolik osob (včetně Vás) se podílí na péči o osobu blízkou?

25. Pokud pečujete sám/sama, kdo Vás může zastoupit v případě Vaší nemoci, hospitalizace v nemocnici či v jiných závažných situacích?

26. Využíváte služby pro pečující osoby?

- ANO (zaškrtněte, prosím, jaké):
- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> kurzy pro pečovatele |
| <input type="checkbox"/> internetové stránky pro pečovatele |
| <input type="checkbox"/> sociálně právní poradenství |
| <input type="checkbox"/> odlehčovací služby |
| <input type="checkbox"/> duchovní služby |
| <input type="checkbox"/> jiné: _____ |
- NE (uveďte, prosím, proč): _____

27. Domníváte se, že máte dostatečné informace o nabídce služeb pro usnadnění péče o osobu blízkou ve svém okolí?

- ANO NE

28. Jakou službu (zdravotní, sociální, jinou) byste uvítal/a a není ve Vašem okolí dostupná?

29. Můžete uvést, co považujete za největší „přínos“ v souvislosti s péčí o osobu blízkou?

30. Můžete uvést, co považujete za největší „ztrátu“ v souvislosti s péčí o osobu blízkou?

**DĚKUJI ZA VAŠI OCHOTU A ČAS STRÁVENÝ PŘI VYPLŇOVÁNÍ
DOTAZNÍKU.**

Pokud cítíte potřebu sdělit nějaké informace, na které v dotazníku nebylo místo, můžete je uvést zde:

PŘÍLOHA P II: PRŮVODNÍ DOPIS

Vážená paní, vážený pane,

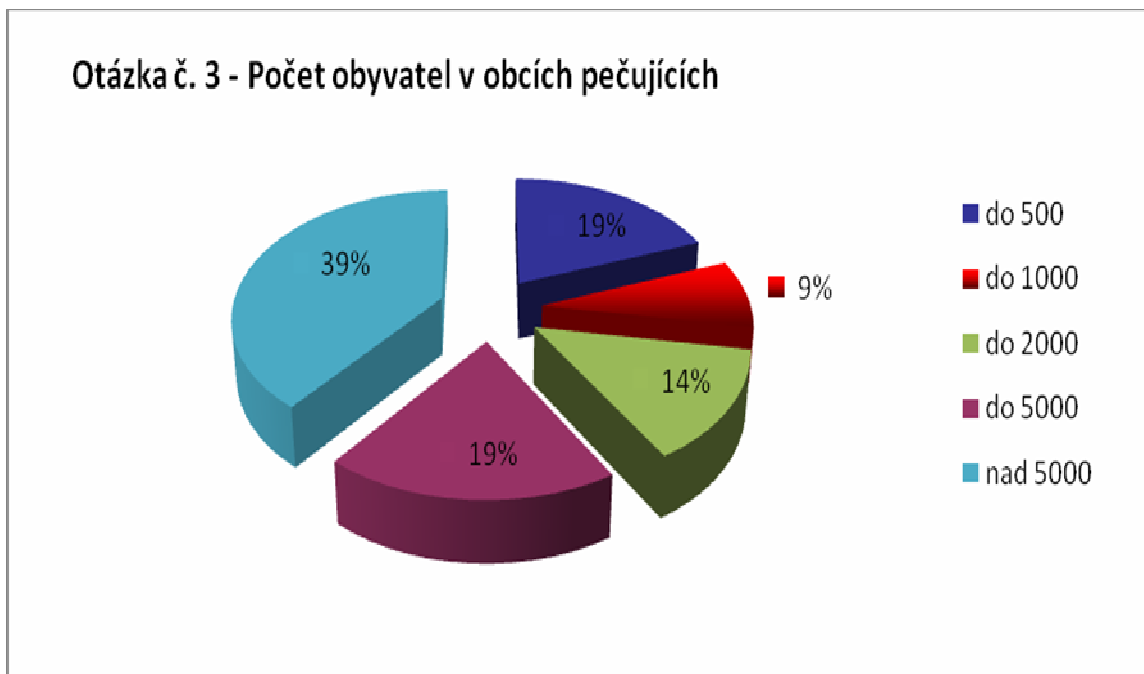
obracím se na Vás jako na osobu pečující o osobu blízkou s následující prosbou. Jsem studentkou třetího ročníku oboru Sociální pedagogika na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Pro svou bakalářskou práci potřebuji zjistit některé údaje od pečujících osob, a to prostřednictvím přiloženého dotazníku. Dotazník je anonymní a jeho údaje budou použity pouze pro tuto bakalářskou práci. Pokud se jej rozhodnete vyplnit, velmi mi tím pomůžete. Za Vaši ochotu a spolupráci mnohokrát děkuji.

Dotazník, prosím, vyplňte co nejdříve a zašlete v přiložené obálce na uvedenou adresu nejpozději do **29.2.2012**.

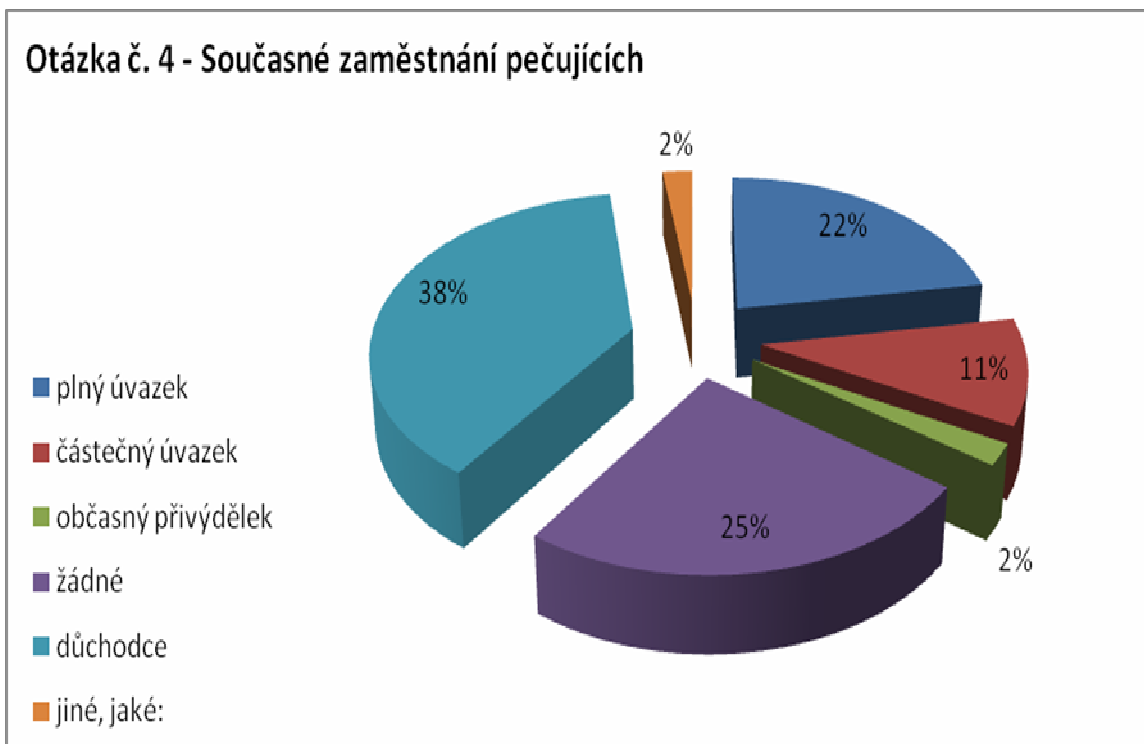
Děkuji Helena Švachová

PŘÍLOHA P III: DOPLŇUJÍCÍ GRAFY

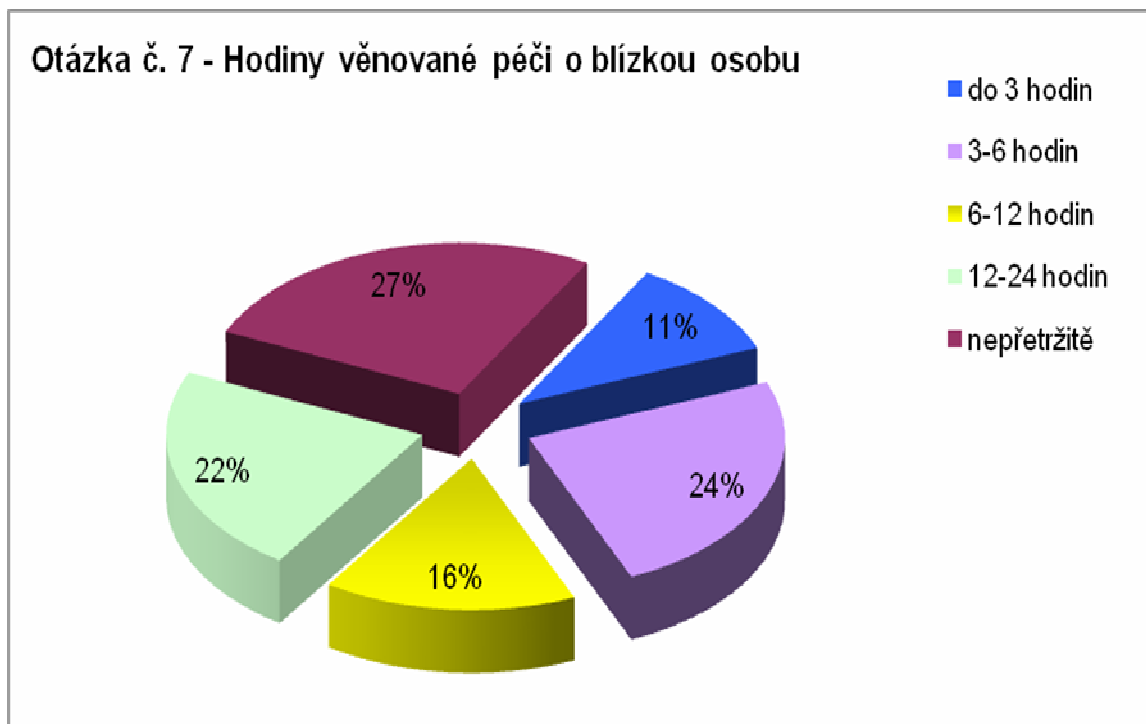
Graf. č. 1



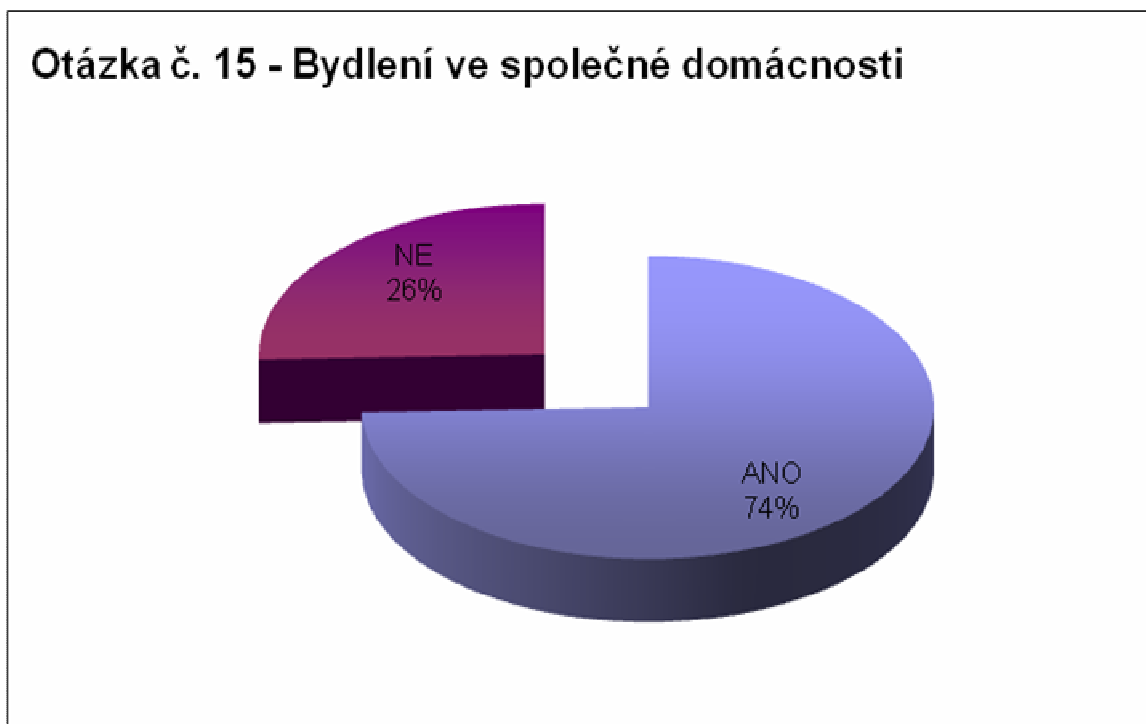
Graf č. 2



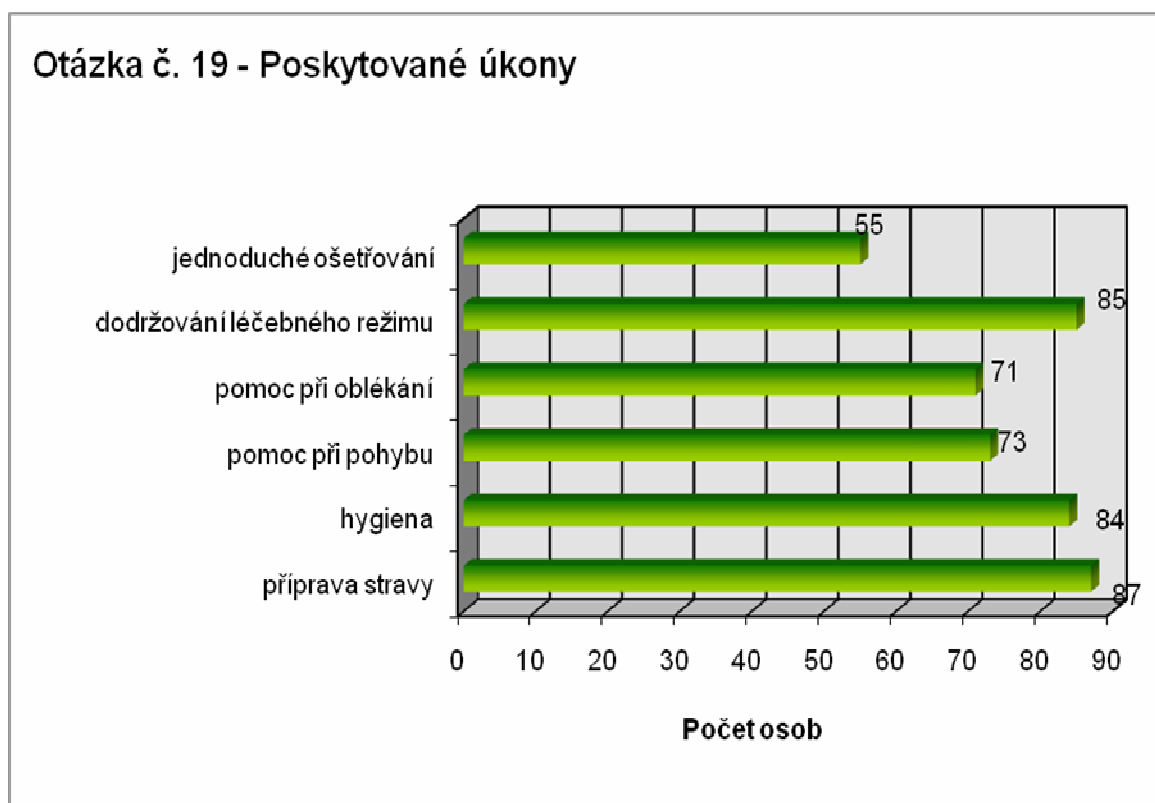
Graf č. 3



Graf č. 4



Graf č. 5



Graf č. 6

