

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ

ANTROPOLOGIE

LAICKÁ DOMÁCÍ PÉČE O GERIATRICKÉ PACIENTY

Z POHLEDU OSOB BLÍZKÝCH

NON PROFESSIONAL HOME CARE FOR GERIATRIC

PACIENTS FROM THE PERSPECTIVE

OF CLOSE PERSONS

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: sociální práce

Autor: Dagmar Kučerová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Šerá

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „*Laická domácí péče o geriatrické pacienty z pohledu osob blízkých*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.

Podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Evě Šeré za její vstřícné vedení mé bakalářské diplomové práce a za její čas a energii této práci věnovaných.

Dagmar Kučerová

Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Dagmar Kučerová</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	<i>Sociální práce</i>
Obor obhajoby práce:	<i>sociální práce</i>
Vedoucí práce:	<i>Mgr. Eva Šerá</i>
Rok obhajoby:	<i>2019</i>

Název práce:	Laická domácí péče o geriatrické pacienty z pohledu osob blízkých
Anotace práce:	Cílem této práce a výzkumu bylo analyzovat pohled rodinných příslušníků pacientů léčebny dlouhodobě nemocných na vlastní možnosti a podmínky pro poskytování laické domácí péče v čase, kdy se rozhodují, zda budou poskytovat svému blízkému péči doma, nebo zvolí jinou formu kontinuální péče. Z výzkumu provedeného kvantitativní metodou formou dotazníkového šetření vyplynulo, že většina zkoumaných kritérií pro hodnocení možností a podmínek pro poskytování laické domácí péče respondenti považovali za problematické.
Klíčová slova:	Geriatrický pacient, stáří, domácí péče, pečující osoba, motivace, zátěž pečujících, podpora pečujících
Title of Thesis:	Non Professional Home Care for Geriatric Patients from the Perspective of Close Persons

Annotation:	<p>The aim of this work and research was to analyze the view of family members of long-term patients in their own choices and conditions for the provision of lay-home care at the time they decide whether to provide their close care at home or choose another form of continuous care.</p> <p>Research carried out using the quantitative method in the form of a questionnaire survey revealed that most of the criteria for the evaluation of options and conditions for the provision of lay-out home care were considered by the respondents to be problematic.</p>
Keywords:	Geriatric patient, old age, home care, caregiver, motivation, the caregiver's onus, support of caregivers
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha č. 1 Dotazník pro rodinné příslušníky pacientů Léčebny dlouhodobě nemocných
Počet literatury a zdrojů:	26
Rozsah práce:	67 s. (77 167 znaků s mezerami)

Obsah

Úvod.....	8
I Teoretická část	11
1 Stáří, potřeby seniorů	11
1.1 Stáří	11
1.2 Potřeby seniorů.....	12
1.3 Demence.....	13
2 Závislost na péči a příspěvek na péči	155
3 Domácí péče.....	17
3.1 Vymezení pojmu domácí péče.....	17
3.2 Pečující osoba.....	18
4 Pohled na domácí péči očima pečujících	20
4.1 Motivace a rozhodování o poskytování domácí péče.....	20
4.2 Náročnost péče o starého člověka z hlediska intenzity a naléhavosti jeho potřeb.....	23
4.3 Problémy a zátěž pečujících osob.....	24
4.4 Péče o sebe sama	27
5 Možnosti finanční podpory domácí péče	29
5.1 Finanční nástroje zaměřené na pečující osobu	29
5.2 Finanční nástroje zaměřené na pečovanou osobu.....	30
6 Sociální služby jako podpora pečujících osob	31
6.1 Sociální poradenství	31
6.2 Služby sociální péče.....	31
6.3 Služby sociální prevence	33
7 Shrnutí	34
II Praktická část	37
Popis místa výzkumu	37
1 Výzkumná otázka	39
1.1 Výběr respondentů.....	40
1.2 Technika sběru dat	40
1.3 Předvýzkum	41
1.4 Sběr dat	41
2 Výsledky dotazníkového šetření.....	42

3 Závěr.....	57
Literatura a zdroje.....	62
Seznam tabulek.....	65
Seznam grafů.....	65
Seznam příloh.....	66
Přílohy.....	67

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma pohledu rodinných příslušníků geriatrických pacientů léčebny dlouhodobě nemocných na poskytování laické domácí péče jako varianty zajištění kontinuální péče po propuštění pacienta z léčebny.

Pacienty léčebny dlouhodobě nemocných jsou v naprosté většině lidé v seniorském věku, často velice křehcí a zranitelní. Rekonvalescence stavů po úrazech, po mozkové mrtvici, nebo srdečním selhání, nebo např. stavů při spojených s onemocněním některou z forem demence, které jsou častým předmětem léčby v léčebně dlouhodobě nemocných, je náročná, zdlouhavá a nemusí vždy dopadnout nejlépe. Pacientům mohou zůstat trvalé následky např. v podobě omezení nebo úplné ztráty mobility, inkontinence, dezorientace, snížení nebo celkové ztráty soběstačnosti. Přibližně po třech měsících bývá hospitalizace ukončena.

V rámci své praxe v léčebně dlouhodobě nemocných denně komunikuji s pacienty a jejich příbuznými a blízkými. Společně se snažíme nalézt tu nejlepší cestu, schůdnou pro pacienta i pro rodinu, kterou se bude po ukončení hospitalizace pacienta kontinuální péče ubírat. Příbuzní pacientů jsou pro mne při těchto jednáních velice důležitými partnery, neboť je většinou na nich samotných, aby se rozhodli, zda svému blízkému poskytnou potřebnou péči doma, nebo zvolí jinou formu péče.

Rodinní příslušníci se dostávají do situace, kdy musí řešit pro ně zcela nové a nečekané situace, zjišťovat celkový stav, schopnosti a perspektivu pacienta, hledat možnosti pomoci prostřednictvím služeb, finanční podpory, a v neposlední řadě též hledat vlastní rezervy.

Při rozhovorech s příbuznými a blízkými pacientů si všímám různých projevů nejistoty v momentě, kdy se začne hovořit o tom, že by pacient mohl být po ukončení hospitalizace propuštěn do domácí péče. Někdy bývají zaskočeni

omezenými možnostmi pobytových služeb i relativně omezenou dobou hospitalizace. Představa osobní domácí péče v nich často vyvolává spíše zděšení.

Cílem této práce je analyzovat a vyhodnotit pohled rodinných příslušníků pacientů léčebny dlouhodobě nemocných na vlastní možnosti a podmínky pro poskytování laické domácí péče v čase, kdy se rozhodují, zda budou poskytovat svému blízkému péči doma, nebo zvolí jinou formu kontinuální péče.

Bakalářská práce bude rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části vymezím pojem geriatrický pacient, jaké jsou potřeby starého člověka, závislost na péči a její posuzování. Dále se budu věnovat vymezení domácí péče, které osoby přicházejí v úvahu jako domácí pečovatelé, motivaci a procesu rozhodování o domácí péči. Budu se věnovat zátěži osob, které poskytují domácí péči a problémům, které s sebou domácí péče může nést.

Část práce budu věnovat tomu, jaké možnosti mají domácí pečující, jakým způsobem jim sociální politika státu vychází vstříc, jaké podpurné služby jsou k dispozici.

V praktické části budu prostřednictvím výzkumu analyzovat, jak hodnotí rodinní příslušníci svoje podmínky a možnosti pro poskytování domácí péče svému blízkému hospitalizovanému v léčebně dlouhodobě nemocných v čase, kdy se rozhodují, zda budou poskytovat svému blízkému péči doma, nebo zvolí jinou formu kontinuální péče.

Vzhledem k citlivosti tématu jsem k výzkumu zvolila kvantitativní metodu formou dotazníkového šetření, jež umožňuje zachovat plně anonymitu respondentů.

Dotazníkové šetření proběhlo v jedné z léčeben dlouhodobě nemocných v Pardubickém kraji. Cílovou skupinou byli rodinní příslušníci pacientů, řešící

způsob zajištění potřebné kontinuální péče po blížícím se propuštění pacienta z léčebny.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Stáří, potřeby seniorů

1.1 Stáří

Stárneme všichni již od narození. Stárnutí je neodvratným dějem, který směřuje ke stáří, poslední vývojové etapě lidského života. Většina lidí k ní dospěje bez velkých obtíží, prožije tedy „úspěšné stáří“ – duševně, tělesně i sociálně vyrovnané. (Čevela, et al., 2012, s.114)

Haškovcová uvádí v současnosti používané věkové členění stáří:

- **60 – 74 let** – vyšší věk nebo rané stáří
- **75 – 89 let** – vlastní stáří (senium)
- **90 let a více** – dlouhověkost (Haškovcová, 2010, s. 20, 21).

Stáří s sebou přináší mnohé změny a s nimi též mnohá omezení. Tyto změny se dějí ve třech úrovních:

Úroveň tělesných, resp. fyziologických změn – změny vzhledu, termoregulace, trávicího systému a vylučování, inkontinence, změny sexuální aktivity, bolesti a degenerace kloubů, úbytek svaloviny, změny spánkového rytmu, úbytek energie, změny chuti k jídlu, omezený pocit žízně, poruchy soustředění a paměti, omezení či postupná ztráta mobility, omezení smyslů.

Úroveň změn psychických – zhoršení paměti, úbytek schopnosti osvojovat si nové dovednosti, nízké sebevědomí, emoční labilita, zhoršený úsudek, snížení intelektu, omezení nebo zhoršení komunikace, poruchy orientace

Úroveň změn v sociální oblasti – změna životního stylu, změna bydliště, ovdovění, úmrtí přátel a jiných blízkých, osamění, snížení finančních příjmů po odchodu do důchodu (Venglářová 2007, s. 12, 16).

Současně s tím může docházet též ke zvýraznění některých povahových rysů člověka a tím ke zdánlivému zhoršení povahy. Často je to zapříčiněno reakcí starého člověka na změnu v jeho životě, o kterou zrovna nestál, a současně se jí nezvládl přizpůsobit (Venglářová, 2007, s. 16).

1.2 Potřeby seniorů

Pokud má člověk pečovat o svého blízkého, musí věnovat pozornost jeho potřebám.

Celý život uspokojujeme svoje potřeby. Ty fyziologické, jako je potrava, vylučování, spánek či dýchání, bereme jako nutnost. To, jak jsou důležité pro naše zdraví, si uvědomujeme teprve ve stavu nemoci nebo ve stáří. Nejsou to však jediné potřeby, které je třeba saturovat (Příbyl, 2015, s. 41).

Autorky Pichaud a Thareauová, s odkazem na žebříček (pyramidu) základních lidských potřeb amerického psychologa A. H. Maslowa, toto téma rozvádí směrem k potřebám seniorů, které mají domácí pečující pomáhat při své práci naplňovat, následovně:

Fyziologické potřeby – jsou to ty nejzákladnější, na jejichž saturování stojí celkový stav a zdraví člověka. Patří sem výživa, vylučování, dýchání, spánek, pohyb, hygiena, tišení bolesti, fyzický kontakt.

Potřeba bezpečí – pocit bezpečí potřebuje každý člověk, ale pro každého může bezpečí znamenat něco jiného (např. postranice u lůžka jsou pro někoho bezpečím, pro jiného znemožněním pohybu) Autorky dále rozlišují tři stupně bezpečí:

- Ekonomické bezpečí – chybí-li, může člověk trpět úzkostí a strachem z nedostatku
- Fyzické bezpečí – strach z pádů, obava, že pečující osoba nemá dostatek síly

- Psychické bezpečí – pocit jistoty, beze strachu, neztrácet se (pomáhají v čase se opakující děje, např. režim dne – snídaně, oběd, příchod dětí ze zaměstnání, apod.)

Sociální potřeby – potřeba kontaktu, sdílení, komunikace:

- Informovanost – o rodině, blízkých, komunitě, obci, o světě, atd.
- Sounáležitost s nějakou skupinou – rodina, přátelé, kluby
- Láska – mít rád a současně být milován někým jiným, mít pocit, že je se mnou počítáno
- Vyjádřit se a být vyslechnut – mít možnost si s někým popovídat, říci svoje myšlenky, vlastní názor

Potřeba autonomie – cítit se svobodný v rozhodování sám za sebe, cítit uznání a vážnost vlastní osoby, užitečnost někomu nebo pro něco

Potřeba seberealizace – touha po nalezení smyslu vlastního života – může se pojit k rodině, práci, víře (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 36 – 41)

1.3 Demence

Velkým problémem přicházejícím ve stáří se stává demence. Haškovcová píše o demenci jako o tiché epidemii 21. století. Demence není spojena pouze s vysokým věkem, ale ve vysokém věku se vyskytuje nejvíce.

Jde o degenerativní onemocnění mozku, které postihuje ve svém důsledku celou osobnost člověka. Nejčastější formou demence je Alzheimerova choroba. Onemocnění přichází pomalu, plíživě, rozvíjí se až 12 let. Postupně člověka obírá o paměť, úsudek, abstraktní myšlení. Nejprve se projeví ztráta přehledu o čase, potom o prostoru a následně i o sobě samém. Nemocný nakonec není schopen rozpoznat svoje blízké, neví, kde zrovna je, kde bydlí, nedokáže říci, jak se jmenuje (Haškovcová 2010, s. 260 – 266).

Pacient po propuštění z léčebny dlouhodobě nemocných mívá mnohá omezení, tudíž potřebuje často pomoc druhé osoby, aby mohl naplnit celou

škálu svých lidských potřeb. Míru závislosti na této pomoci lze měřit pomocí parametrů zákona o sociálních službách při řízení o příspěvku na péči. Určování závislosti se bude věnovat následující kapitola.

2 Závislost na péči a příspěvek na péči

Obecně lze říci, že osoba je závislá na péči v momentě, kdy není schopna samostatně o sebe pečovat a potřebuje pomoc druhé osoby. To, do jaké míry je závislá, určuje legislativa v příměru k příspěvku na péči.

Určování stupně závislosti člověka na pomoci druhé osoby upravuje Zákon č. 108/2006 Sbírky, o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a slouží k řízení o přiznání dávky s názvem Příspěvek na péči. O přiznání dávky rozhoduje vždy krajské pracoviště Úřadu práce. Dle tohoto zákona je možno určit čtyři stupně závislosti, přičemž se posuzuje schopnost jedince zvládat vlastními silami celkem deset oblastí péče o vlastní osobu. Jsou to tyto oblasti:

- Mobilita
- Orientace
- Komunikace
- Stravování
- Oblékání a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologické potřeby
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost

Při posuzování jednotlivých oblastí sebestarčivosti se hodnotí vždy funkční dopad na jedince a jeho schopnost zvládat jednotlivé úkony péče o vlastní osobu. Vždy musí jít o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav posuzované osoby. (Zákon č. 108/2006, o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, § 7 - 9).

Dle posouzení Lékařské posudkové služby může být stanoven jeden ze čtyř stupňů závislosti. Zde, z důvodu zaměření práce na péči o seniory, uvádím normu pro posuzování osob ve věku 18 let a více:

I. stupeň – lehká závislost. Je přiznáván osobám, které nezvládají tři nebo čtyři z výše uvedených oblastí sebepéče. Výše příspěvku je 880,- Kč.

II. stupeň – středně těžká závislost. Posuzovaná osoba nezvládá pět nebo šest oblastí sebepéče. Výše příspěvku je 4.400,- Kč.

III. stupeň – těžká závislost. Posuzovaná osoba nezvládá sedm nebo osm oblastí sebepéče. Výše příspěvku je 8.800,- Kč.

IV. stupeň – úplná závislost. Je přiznávána osobám, které nejsou schopny zvládat devět nebo deset z posuzovaných oblastí sebepéče. Výše příspěvku je 13.200 Kč (Zákon č. 108/2006, o sociálních službách, § 8, 9, 11).

Od 1. dubna 2019 se navyšuje příspěvek na péči ve IV. stupni závislosti na částku 19.200 Kč, dále pak od 1. července 2019 se navyšuje příspěvek na péči ve III. stupni závislosti na částku 12.800 Kč měsíčně, oboje platí pouze pro osoby, které nevyužívají pobytové sociální služby (Sbírka zákonů, č. 47/2019, částka 19, str. 433 – 434).

Účelem příspěvku na péči je krytí náklady na poskytování péče poskytovateli. V domácím prostředí napomáhá krytím nákladů k setrvání jedince v jeho přirozeném prostředí (Kalvach 2012, s. 158).

Tolik k závislosti na péči, nyní přejdu k tématu domácí péče.

3 Domácí péče

Vzhledem k zaměření této práce a místě výzkumu považuji za důležité vymezit pojem geriatrický pacient. Právě tyto pacienti jsou následně těmi, kdo potřebují další péči po propuštění z léčebny dlouhodobě nemocných.

Geriatrickí pacienti jsou pacienti geriatricke, tedy lékařského oboru, který se zabývá tím, jak udržovat zdraví a kondici člověka ve stáří, diagnostikou, popř. léčbou jeho neduhů. Často trpí nějakým typem závažného chronického funkčního omezení či více závažnými chorobami najednou - jsou tzv. multimorbidní, a tedy reálně ohroženi omezením či ztrátou soběstačnosti (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 65).

3.1 Vymezení pojmu domácí péče

Zatímco Tošnerová používá pojem obecněji – hovoří o péči bez bližší specifikace, Truhlářová i Jeřábek již hovoří přímo o péči domácí.

Dle Tošnerové je péče definována jako činnost pečující osoby směrem k osobě s fyzickým nebo psychickým hendikepem, jejímž projevem je snaha o zmírnění jeho důsledků (Tošnerová 2001, s. 16).

Truhlářová vymezuje domácí péči z pohledu jejího obsahu. Domácí péče je z tohoto pohledu podporou, pomocí či službou opatrovníka za účelem dosažení štěstí a blahobytu starého člověka, který není schopen zabezpečit si tyto činnosti sám, a to z důvodu chronického či duševního onemocnění (Truhlářová 2015, s. 26).

Jeřábek popisuje několik rysů domácí péče o seniory. Prvním rysem je označení vztahu péče jako „*práce z lásky, v níž práce musí pokračovat, i když láska klopýtne*“ (Graham In Jeřábek 2013, s. 43). Druhým rysem je fakt, že péče se netočí pouze kolem zdravé rodiny, ale zahrnuje v sobě péči o další potřebné, např. invalidní partner, postižené dítě, apod. Třetím rysem péče je jistota, že

se tato práce bude neustále dokola opakovat a nebude moc vidět. Čtvrtým rysem je izolace pečujícího (většinou) společně s pečujícím v jeho světě, tedy mimo svět okolní (Jeřábek 2013, s. 43 – 44).

Dudová se vyjadřuje k péči podobně jako Jeřábek. Do péče zahrnuje emoce i práci, i ona říká, že péče doma často není vidět. Balancuje tak někde na rozhraní práce – ne-práce, láska – práce, finanční odměna – solidarita (Dudová, 2015, s. 14).

3.2 Pečující osoba

Ve většině rozvinutých zemí dochází k demografickým změnám, tzv. „stárnutí populace“ a současně s těmito změnami narůstá počet starších osob, které budou potřebovat péči. Otázkou je, kdo jim péči poskytne, když osob, které by mohly pečovat, ubude (Dudová, 2015, s. 9).

V různých zemích a kulturách poskytují členové rodin nějakou formu podpory až dvaceti procentům lidí nad 65 let. Několik pramenů shodně uvádí, že až 70 – 80 % dlouhodobé péče o seniory se odehrává v rodinách (Abel 1990 In Jeřábek 2013, s. 47).

Největší podíl na péči o seniory v domácím prostředí mají v České republice ženy ve věku 55 – 64 let. O potřebné členy rodiny v tomto věku pečuje celých 37 % žen (Truhlářová et al., 2015, s. 28).

OECD Health Data uvádí rozdělení neformálních pečujících do tří základních skupin:

První skupinu tvoří **pečující bez uplatňování finanční kompenzace**. Do této skupiny jsou řazeni rodinní příslušníci a přátelé, kteří si nenárokují žádnou odměnu, a dále dobrovolníci, vykonávající tuto činnost též zdarma.

Do druhé skupiny jsou řazeni též **rodinní příslušníci či přátelé, kteří již za svoji péči dostávají odměnu**, např. ve formě dávek nebo příspěvků sociální péče, které jsou určeny na nákup těchto služeb, popř. jinou kompenzací za vykonávanou péči.

Seznam je doplněn **skupinou ilegálních pečovatelů**, kteří buď za svoji činnost dostávají odměnu bez smlouvy s příjemcem, tudíž nejsou hlášeni u příslušných úřadů, nebo se jedná o ilegální migranty, též pracující bez formální smlouvy a nejsou hlášeni na příslušných úřadech (Colombo at kol. In Truhlářová 2015, s. 26).

Okruh možných pečujících osob je opravdu široký. Vzhledem k tomu, že se ve své praxi setkávám nejčastěji s rodinnými příslušníky, budu se v této práci věnovat právě rodinným příslušníkům. Další kapitola se bude zabývat na jedné straně jejich motivacemi k poskytování domácí péče, na straně druhé pak zátěží, která je s laickou domácí péčí spojená.

4 Pohled na domácí péči očima pečujících

4.1 Motivace a rozhodování o poskytování domácí péče

Rodina, která se rozhoduje, zda bude pečovat, sdílí společnou výzvu, společné nároky a snaží se společně pochopit nastalou situaci a hledat na ni odpověď. Rozhodnutí pro péči doma nebo jiné řešení bývá většinou jednoznačné. Domácí péče však často významně mění způsob života celé rodiny (Jeřábek, 2013, s. 24).

K vysvětlení motivace pro poskytování péče stárnoucímu členu rodiny existuje několik teorií, které popisuje Dudová:

První teorie hovoří o **sociální směně**, tedy o recipročních mezilidských vztazích. Děti dle této teorie vnímají jako povinnost postarat se o své nemohoucí rodiče, jelikož dříve rodiče péči věnovali jim. Děti péči svým rodičům vracejí (Nye 1979 In Dudová 2015, s. 20).

Druhou teorií je **teorie závazku**. Hovoří o tom, že péče o staré členy rodiny staví na kulturních a morálních normách a hodnotách společnosti. Ty vyvolávají v dětech odpovědnost postarat se o své rodiče. Tyto normy jsou podporovány světovými náboženstvími.

Třetí teorií je **teorie vazby**, podle které je sledována určitá vnitřní emocionální a afektivní vazba. Tito lidé pečují z lásky, z pocitu přátelství a vzájemnosti, necítí dluh ani morální závazek vůči pečovanému.

Nejrozšířenější je čtvrtá teorie, **teorie mezigenerační solidarity**. Ta je částečně kritizována za to, že se snaží najít důvody, proč se děti starají o své rodiče, nevěnuje však plně pozornost možným konfliktům, které se mohou mezi generacemi vyskytovat.

Poslední, pátou, a v současnosti stále více využívanou teorií je **teorie ambivalence**, která zohledňuje jak solidaritu mezi generacemi, tak současně

bere ohled na to, že vztahy v rodině nejsou vždy ideální (Dudová 2015, s. 20 - 21).

Hubíková ve svém článku v časopise Sociální práce/Sociálna práca uvádí, že rozhodnutí pečovat doma není vždy dobrovolné. Naopak je často ovlivněno tlakem okolí, situace ale i tlakem společenského očekávání. Toto tvrzení se přibližuje tezi Dudové o teorii závazku. Stává se, že se rodinný příslušník rozhodne péči poskytovat, ale nedovede předem odhadnout, na jakou dobu bude péče potřeba, podcení náročnost péče, a nakonec poskytuje mnohem vyšší rozsah péče, mnohem delší časový úsek, než by si na počátku představoval. Na takové situace nebývají často rodinní pečující připraveni (Sociální práce/Sociálna práca, 2013, Hubíková, s. 7 – 8).

V časopise Sociální práce/Sociálna práca vyšel v roce 2017 v čísle 6 článek, který prezentoval různé výzkumy týkající se poskytování laické péče. Článek obsahuje též výsledky výzkumu z roku 2015 provedený autorkami Geissler, Holeňovou a Horovou, z nichž vyplynulo, že rozhodnutí k poskytování domácí péče vycházela hlavně ze vzájemných pevných vztahů mezi oběma stárnami. Dalším faktorem byl pocit zodpovědnosti a morální postoje pečující osoby. Pečující se rozhodli, že umožní svému blízkému, aby prožil naplněný život v domácím prostředí bez ohledu na důsledky na vlastní život (Janečková et al. 2017, s. 48).

Proces, kdy se člověk rozhoduje, že bude pečovat osobně o svého blízkého, znamená současně přijímání zodpovědnosti a změny ve vlastním životě. Dudová popisuje dvě cesty vývoje takového rozhodnutí:

Cesta krize – potřeba péče nastává po náhlém zhoršení zdravotního stavu seniora, např. po úraze, a rodina je nucena situaci bezodkladně řešit, aniž by na to byla připravena.

Postupná cesta – zdravotní stav se postupně zhoršuje a tomu se průběžně přizpůsobuje potřebná míra péče stejně jako sám pečovatel (Dudová 2015, s. 92 – 93).

Truhlářová rozvádí myšlenku Pacovského (Pacovský 1990 In Truhlářová 2015, s. 33 - 34), když poukazuje na tři základní podmínky, které musí být splněny k tomu, aby mohla být péče o nesoběstačného člověka v domácím prostředí vůbec realizovatelná. Jsou to tyto podmínky:

Rodina chce pečovat – velmi často je péčí zasažena celá rodina. Pečovatel potřebuje podporu ostatních členů rodiny, oporu fyzickou, psychickou i citovou. Mezi rozhodující faktory patří to, jaký je postoj životního partnera k zaručeným omezením, která se s péčí pojí, dále ochota ostatních členů rodiny pomáhat pečující osobě, rodinný stav pečujícího, jeho pohlaví, víra.

Rodina má podmínky pro péči – sám pečovatel by měl být v odpovídajícím zdravotním (tj. fyzickém i psychickém) stavu, musí mít odpovídající finanční a bytové podmínky podle nároků pečovaného. Vzhledem k tomu, že péče bývá časově náročná, odchází často pečující osoba ze zaměstnání, čímž je ohroženo finanční zázemí péče. Čas a finance se odrážejí též na nutnosti dojíždět a případných nutných úpravách bytových prostor.

Rodina umí pečovat – pečující potřebuje mít znalosti a dovednosti, aby mohl řádně pečovat. Specifika problémů nemoci s sebou nesou vysoké nároky na teoretické a praktické kompetence pečujících osob. Nedostatek informací a praktických kompetencí může zapříčinit psychické přetížení pečovatele (Truhlářová, 2015, s. 33 – 34).

Matoušek říká, že je žádoucí, aby se na rozhodování o budoucí péči o seniora podílela rodina, jelikož je součástí budování další budoucnosti. Přichází s vlastními názory, možnostmi a schopnostmi, a hlavně mírou ochoty zvládat nastalou situaci. Matoušek dále uvádí: „*Nejbližší příbuzní jsou oprávněni převzít*

odpovědnost za rozhodování o nemocném rodinném příslušníkovi v případě, že jeho zdravotní stav, zejména stav jeho psychiky, mu brání v tom, aby o sobě kompetentně rozhodoval.“ (Matoušek et al. 2010, s. 171).

4.2 Náročnost péče o starého člověka z hlediska intenzity a naléhavosti jeho potřeb

Z hlediska náročnosti potřeb seniora lze rozlišit tři stupně péče:

Péče podpůrná (subsidiarity care) – tato péče je poskytována vcelku soběstačnému seniorovi, nejedná se o každodenní péči, není potřeba společné bydlení, nezabere příliš času, ale oba investují svoje emoce.

Náročnější je **neosobní rodinná péče (impersonal care)** - rodina musí zajistit chod domácnosti, uvařit, uklidit, vyprat. Péče se pravidelně a často opakuje, je třeba na ni vynaložit více času. Kromě emocionální složky zde figuruje i složka materiální.

Nejnáročnějším stupněm péče je **péče osobní (personal care)**. Do této kategorie spadají časově náročné úkony vyžadující, aby pečující byl nepřetržitě přítomen v místě péče. Tato forma péče bývá ze všech nejnáročnější jak fyzicky, tak i psychicky a emočně. Nekonečně se opakují činnosti týkající se osobní hygieny, toalety, podávání stravy, léků, tekutin, zvedání, polohování, přemisťování člověka po bytě. Pečující osoba musí přijmout to, že je na něm blízká osoba závislá, tudíž od ní nemůže odejít. Může časem pociťovat kromě lásky též beznaděj a osamocení. Tehdy by měl mít pečující na pomoc jiného člena rodiny, který ho podpoří a pomůže mu (Jeřábek 2013, s. 46 – 47).

Podobně popisují několik stupňů podpory dle potřeb pečované osoby též autorky Pichaud a Thareauová, více se však zaměřují na pohled osoby pečované:

Člověk je samostatný v uspokojování svých potřeb – situace, kdy není potřeba zásahů pečující osoby.

Člověk nezvládá sám uspokojovat některé svoje fyziologické potřeby, ostatní si může zajistit sám.

Člověk částečně zvládá uspokojovat svoje fyziologické potřeby – pečující pomáhá v denních činnostech, ale musí ponechat člověku možnost dělat něco sám po svém, aby se necítil ponížený nezvládnutím úkolu.

Člověk zvládá uspokojit své fyziologické potřeby s vedením druhého – tato péče je třeba hlavně u lidí dezorientovaných, kteří ztratili přehled o tom, co, kdy, jak a proč se dělá. Pečovatel pouze člověka vede.

Člověk už nezvládá uspokojovat svoje potřeby, ani není s největší pravděpodobností schopen se rozhodovat o tom, co potřebuje - pečovatel přejímá zajištění potřeb člověka a současně za něj i rozhoduje. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 42 - 43).

4.3 Problémy a zátěž pečujících osob

Péče o blízkého člověka neznamena jen osobní přítomnost, blízkost obou zúčastněných. Domácí péče především klade na pečující osobu mnoho nároků, kterým se nelze vyhnout a pečující osoba je musí zvládat.

Tošnerová identifikuje celkem pět druhů zátěže, které musí zvládat pečující osoba:

Zátěž tělesná – souběh péče o dvě domácnosti a současně fyzická péče o nemohoucí osobu je náročná a vyčerpávající. Vyčerpávající je manipulace s pečovaným, zajištění jeho osobní hygieny, zvláště, pokud je pečovaná osoba inkontinentní, tj. trpí nekontrolovatelným únikem moči nebo stolice, dále pak údržba kompenzačních pomůcek.

Zátěž finanční – rodina se rozhoduje, jak a zda vůbec je schopna zajistit a uhradit placené služby

Zátěž okolním prostředím – odstranění bariér, instalace madel a dalších pomůcek v bytě, stěhování se k příbuznému, apod.

Zátěž sociální – pečovatel může být izolován od zbytku rodiny, od přátel. Nedostatek společenských kontaktů a únava může vést k odporu k pečované osobě a změně chování pečujícího (podobně to níže popisuje též Kainrathová). **Zátěž citová** – citová zátěž bývá přímým vyústěním všech předchozích zátěží. Pečující najednou nemá žádný volný čas, zato má velkou zodpovědnost, se kterou se musí vyrovnávat. Pečující se stává závislým na pečovaném a jeho potřebách. Na povrch mohou vyplynout dřívější nedořešené konflikty, pečovaný má střídavě odpor k pečovanému a následně sám sobě vyčítá, když si připustí, že by se nejradyji své odpovědnosti zbavil a péči ukončil. Tyto pocity jsou časté a je třeba o nich mluvit. (Tošnerová, 2002, s. 11 – 12)

Rodinní pečující jsou laici, nejsou školení v poskytování přímé péče, přesto provádějí činnosti srovnatelné s profesionály.

Na prožívání zátěže rodinných pečujících má **dle Truhlářové** vliv několik faktorů. Nejdůležitějšími jsou intenzita péče, společné bydlení, zaměstnání pečující osoby a délka trvání péče. Vliv na pečovatele má též to, zda pečovatel má ještě zaměstnání, nebo se věnuje péči celodenně (Truhlářová 2015, s. 36 – 37).

Z výzkumu zátěže pečovatelů v ČR v letech 1998 – 1999, kterou prováděla Ambulance pro poruchy paměti, vyplynulo celé spektrum faktorů představujících významnou souvislost se zátěží pečovatele, a nutno dodat, že jsou velice podobné tomu, o čem hovoří Dudová. Těmito faktory jsou: společná domácnost, nutnost pravidelné péče, objem času stráveného péčí, stav pečované osoby (horší stav = vyšší zátěž).

Dále respondenti uváděli jako významné faktory nedostatek podpory v rodině a širším příbuzenstvu, nedostatek pochopení od praktického lékaře, nedostatek informací. Za významné byly uváděny též schopnosti, ochota spolupráce a komunikační obtíže pečované osoby (Tošnerová 2001, s.18).

V časopise **Fórum sociální politiky**, číslo 6 z roku 2013 byl uveřejněn článek, ve kterém autor popisuje výzkum, jež probíhal v letech 2011 a 2013 na území hlavního města Prahy a částečně ve Středočeském kraji. Cílovou skupinou byli domácí pečující, kteří pečovali o postižené dítě nebo alespoň částečně nesoběstačného seniora, a jejichž péče potřebovala alespoň čtyři hodiny týdně. Pečující poskytovali široké spektrum služeb a pomoci pečované osobě. Výzkum se zaměřil na identifikaci a interpretaci hlavních potřeb a hlavních bariér domácích pečujících (Fórum sociální politiky 2013, s. 13).

Z výzkumu vyplynula dvě témata:

Prvním tématem byly **problémy a z nich plynoucí potřeby pečujících osob**.

Zde respondenti uváděli jako problém zejména:

- fyzickou a psychickou náročnost péče a potřebu odpočinku
- nedostatek času na sebe sama, na vlastní život a vlastní potřeby
- obtíže v rovině zdravotní a psychické z důvodu náročnosti péče, nedostatku spánku
- potíže v mezilidských vztazích, např. v komunikaci mezi pečovanou a pečující osobou
- nejistota a obavy z budoucnosti v souvislosti s vývojem zdravotního stavu pečované osoby
- nedostatek financí na nákup služeb

Druhým tématem byl nedostatek veřejných politik ve vztahu k domácím pečujícím:

- respitní služby neměly dořešený způsob dopravy, místo pro odpočinek během dne, pečovaná osoba často špatně snášela změny. Pečující o seniory měli zájem o získání informací v kurzech zaměřených na praktické věci, např. manipulaci s imobilním člověkem, reakce na depresivní stavy, hovory o smrti, atd., chyběla možnost sdílet své zkušenosti s lidmi s obdobnými potížemi.

- finanční zabezpečení prostřednictvím příspěvku na péči považovala většina pečujících za nedostatečnou k úhradě potřeb pečované osoby.
- integrace zdravotního a sociálního systému se jevila jako nedostatečná z důvodu nedostatku lůžek následné péče, omezenými možnostmi pro dostatečnou rehabilitaci a nedostatkem informací o možnostech zajištění následné péče s pomocí terénních či ambulantních sociálních služeb. Praktičtí lékaři nebyli schopni podat o možnostech služeb relevantní informace.
- nedostatečné sdílení a koordinování domácí péče staví často domácího pečujícího mimo síť služeb, často není považován profesionály za rovnocenného partnera pro spolupráci, praktičtí lékaři často odmítají dojíždět za nemohoucími seniory do domácností, někdy bývá problém s předepisováním kompenzačních pomůcek
- nedostatečná informovanost o službách, kdy domácí pečující nenacházejí komplexní informace na jednom místě, jsou odkázáni na internet nebo různé informační letáky
- sladění péče a zaměstnání je nesnadné, ne každý zaměstnavatel je ochoten krátit úvazky pečující osobě. Též návraty do zaměstnání bývají těžké, pokud bylo poskytování péče dlouhodobé. (Fórum sociální politiky 2013, s. 15 - 18).

Všechny předešlé výsledky jsou si navzájem hodně podobné. Všechny vykreslují míru zátěže pečujících osob, někdy hraničící až se zoufalstvím.

4.4 Péče o sebe sama

Pokud je péče o blízkou osobu dlouhodobá, náročná fyzicky i psychicky, může docházet k přetížení pečující osoby.

Pečující osoba by měla být schopna vyjasnit hranice vlastních možností a schopností a nezůstat na péči sama - dohodnout si spolupráci s jinou osobou, využít terénní službu, odlehčovací pobyty nebo popř. zvážit možnost řešit

situaci umístěním blízkého do pobytové sociální služby kde bude zajištěna nepřetržitá péče (Kainrathová In Hauke et al., 2017, s. 250 – 251).

Není mnoho lidí, kteří jsou připraveni pečovat osobně o starého člověka. Svoji činnost mohou vykonávat dobře pouze pod podmínkou, že se budou starat též o své vlastní potřeby (Tošnerová 2002, s. 10).

Tošnerová se této problematice výstižně věnuje ve svých příručkách pro pečující osoby. Pro pomoc sama sobě doporučuje využít **několik dílčích postupů**:

- Hledat informace o poskytování péče
- Vyhledat (či založit) svépomocnou skupinu
- Stanovit si reálné cíle
- Nečekat a požádat o pomoc někoho dalšího
- Komunikovat se svou rodinou, přáteli
- Využívat služby z vnějšku
- Pečovat o své zdraví
- Naučit se relaxovat
- Nezapomínat na smích. Je tím nejlepším lékem, pomáhá člověku překonat těžké chvíle, uvolňovat napětí, překonávat bolest i stres (Tošnerová 2002, str. 19 – 24).

Podobně se vyjadřuje též Křivohlavý, který v boji proti stresu doporučuje především humor, zájem o vlastní zdraví a relaxaci (Křivohlavý 1998, s. 113, 114).

Laická domácí péče může pečující osobu značně zatěžovat, a to jak po stránce fyzické, psychické, finanční i sociální. Státní systém umožňuje podporu jak pečujícím osobám, tak pečovaným. Finanční podpoře laické domácí péče se bude věnovat následující kapitola.

5 Možnosti finanční podpory domácí péče

5.1 Finanční nástroje zaměřené na pečující osobu

- Osoby, které pečují o blízkého člověka ve 2. – 4. stupni závislosti, mohou uplatnit nárok na započítání náhradní doby pojištění s tím, že za příjem se považuje přiznaný příspěvek na péči.
- Za osoby pečující o blízkého ve 2. – 4. stupni příspěvku na péči hradí stát zdravotní pojištění (zákon č. 48/1997 Sb, § 7).
- Pokud obě osoby žijí ve společné domácnosti, nebo pokud jde o osoby blízké, a pečovaná osoba je závislá ve 2. – 4. stupni, započítává se pečující osobě - uchazeči o zaměstnání doba poskytování denní péče do náhradní doby zaměstnání (Zákon č. 435/2004 Sb., § 41).
- Pokud má pečující osoba nárok na pomoc v hmotné nouzi, pak se u ní, pokud pečuje o osobu závislou ve 2. – 4. stupni, nezkoumá možnost zvýšit si příjem vlastní prací.
- Osoba, která prokazatelně pečuje o osobu ve 2. – 4. stupni závislosti, může být zaměstnavatelem vyslána na služební cestu mimo místo zaměstnání nebo přeložena pouze s jejím souhlasem. Pokud bude takový zaměstnanec žádat o změnu pracovní doby, musí mu zaměstnavatel vyhovět, pokud tomu nebrání vážné provozní důvody (Zákon č. 262/2006 Sb., § 240, 241).
- Příjem pečující osoby blízké do výše přiznaného příspěvku na péči je osvobozen od daně z příjmu (Zákon č. 586/1992 Sb., § 4).
- Dlouhodobé ošetřovné – umožňuje zajistit péči v domácím prostředí se souhlasem pečované osoby až na tři měsíce a současně nevyžaduje, aby pečující a pečovaná osoba byly vůči sobě v příbuzenském vztahu. Nárok na dlouhodobé ošetřovné má pojištěnec, který nevykonává pracovní činnost.

Ošetřovaná osoba musí být pro uplatnění nároku alespoň 7 dní hospitalizovaná (neplatí pro hospitalizaci na standardních akutních lůžkách), a její zdravotní stav předpokládá potřebu dlouhodobé ošetrovatelské péče nejméně dalších 30 dní. Pečující osoby se mohou během podpůrní doby střídat. Podpůrní doba je stanovena nejdéle na 90 dní.

Dávka je stanovena na 60 % z denního vyměřovacího základu na kalendářní den péče (Zákon č. 187/2006, §. 41).

5.2 Finanční nástroje zaměřené na pečovanou osobu

- Příspěvek na péči - popsáno výše
- Příspěvek na mobilitu – měsíční dávka, náleží osobě, která se v průběhu měsíce alespoň dvakrát dopravuje nebo je někým dopravována, není schopna si toto zajistit sama. Příspěvek nenáleží osobě využívající pobytové sociální služby.
- Příspěvek na zvláštní pomůcku – jednorázová dávka určená na krytí nákladů na zvláštní pomůcku osobám s těžkými vadami pohybového aparátu, dále osobám s těžkým zrakovým nebo sluchovým postižením. (Beck 2012, s.166, 17 – 171).

K tomu, aby mohla laická domácí péče fungovat, nestačí často jen finanční podpora. Domácí pečující se mohou obracet o pomoc k celé řadě sociálních služeb. Výčet sociálních služeb najdete v následující kapitole.

6 Sociální služby jako podpora pečujících osob

Sociální služby jsou poskytovány ve třech formách:

- Pobytové služby – poskytují ubytování přímo v zařízení
- Ambulantní služby – osoba za nimi musí dojít, popř. být dopravena
- Terénní služby – poskytují se v přirozeném prostředí osoby

Sociální služby se dále dělí do tří druhů:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

6.1 Sociální poradenství

Základní sociální poradenství je obsaženo ve všech formách sociálních služeb a slouží k předávání informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace.

Nadstavbou je mu **odborné sociální poradenství**, jež je zaměřeno již na určité potřeby specifických cílových skupin. Je poskytováno ve specializovaných poradnách typu poradna pro seniory, poradna pro osoby se zdravotním postižením, apod.

6.2 Služby sociální péče

Osobní asistence – terénní služba, může být poskytována nepřetržitě ve dne i v noci dle potřeb pečované osoby.

Pečovatelská služba – může být terénní nebo ambulantní. Slouží k pokrytí jednotlivých úkonů péče o vlastní osobu nebo o domácnost, které osoba potřebuje.

Tísňová péče – terénní služba, poskytuje nepřetržitou hlasovou a elektronickou komunikaci a v případě potřeby zprostředkuje zásah rychlé lékařské pomoci, popř. hasičů nebo policie.

Průvodcovské a předčitatelské služby – cílem je pomoc osobám se sníženými nebo nedostatečnými schopnostmi orientace, aby mohly svoje záležitosti vykonávat osobně. Služba může být poskytována jako terénní i jako ambulantní.

Podpora samostatného bydlení – slouží k podpoře osob k zachování života ve vlastní domácnosti. Jde o službu terénní.

Odlehčovací služby – jsou poskytovány ve všech třech formách, tedy jako ambulantní, terénní i pobytové. Jejich cílem je hlavně poskytnout pečující osobě prostor pro odpočinek, zajištění vlastního zdraví (hospitalizace, lázeňská péče, apod.). Služba je sjednávána na určitou dobu.

Centra denních služeb – ambulantní služba, je určena pro ty, kdo potřebují zajistit péči a posílit některé své schopnosti a dovednosti.

Denní stacionáře – ambulantní služba, určena osobám, které nejsou zcela soběstačné a potřebují pomoc při denních činnostech. Služba též slouží k posilování jejich kompetencí.

Týdenní stacionáře – poskytují pobyty v pracovních dnech, nejsou k dispozici ve dnech pracovního volna. Náplň podobná denním stacionářům.

Chráněné bydlení – pobytová služba pro osoby se zdravotním postižením nebo chronickým i duševním onemocněním a sníženou soběstačností. Slouží k udržení relativní samostatnosti v přirozeném prostředí domácnosti ať už jednotlivce nebo skupin s potřebnou mírou podpory.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením – pobytová služba zajišťující převážně trvalou péči osobám, jejichž soběstačnost je snížena vlivem zdravotního postižení a potřebují pomoc jiné osoby.

Domovy pro seniory – pobytová služba s komplexní péčí sloužící osobám, které z důvodu vyššího věku, snížené soběstačnosti a nepříznivé sociální situace, nemohou žít ve svém přirozeném prostředí.

Domovy se zvláštním režimem – pobytová služba s komplexní péčí pro osoby, které mají sníženou soběstačnost vlivem chronické duševní nemoci, závislosti na psychoaktivních látkách, nebo pro osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demencí.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – slouží jako přechodná pobytová služba pro pacienty zdravotnických zařízení, kteří nemohou být propuštěni vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, ale nepotřebují již hospitalizaci. Služba se poskytuje do té doby, než je zajištěna jiná forma péče.

6.3 Služby sociální prevence

Telefonická krizová pomoc – práce s uživatelem v krizi, spočívá v telefonických kontaktech osob s pracovníkem v centru telefonické krizové intervence

Tlumočnické služby – ambulantní a terénní služba pro osoby se smyslovým postižením, v jehož důsledku dochází k poruchám v komunikaci.

Krizová pomoc – ambulantní, terénní i přechodně pobytová služba pro osoby ohrožené na zdraví či životě, které v současné době nejsou schopny samostatně svoji situaci řešit

Intervenční centra – služba pomoci osobám ohroženým násilím jiné osoby

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením – cílová skupina a v podstatě i náplň služby je obsažena již v jejím názvu. Služba je terénní nebo ambulantní

Terénní programy – služba určená osobám s rizikovým způsobem života nebo takovým životem ohroženým

Sociální rehabilitace – specifické činnosti, jež mají směřovat uživatele k osamostatnění, soběstačnosti a nezávislosti (Králová, Rážová 2008, s. 60 – 97).

7 Shrnutí

Na závěr teoretické části práce uvádím krátké shrnutí nejdůležitějších bodů. Vzhledem k zaměření práce jsem na začátku vymezila stáří, potřeby seniorů, závislost na péči a způsob jejího posuzování.

Velkou část jsem následně věnovala laické domácí péči jako stěžejnímu tématu práce. Vymezila jsem pojem domácí péče, jak ji vidí různí autoři, a dále se věnovala motivaci a rozhodování o poskytování laické domácí péče a též zátěži pečujících osob. Pro účely této práce byly použity též výsledky výzkumů prováděných s pečujícími osobami, následně s osobami, které ještě nepečují, ani zatím nemají akutní potřebu poskytování péče řešit.

Náročnost péče o seniora byla demonstrována v souvislosti s potřebami a schopnostmi pečované osoby. V práci nebyla opominuta též potřeba pečujících osob starat se o sebe sama.

Na konci pak byly vymezeny možnosti státní sociální podpory, které mohou pečující osoby využívat, a následně též výčet sociálních služeb, jež mohou laickým domácím pečujícím jejich práci usnadnit.

Výzkum proběhl mezi rodinnými příslušníky pacientů léčebny dlouhodobě nemocných, kteří stojí před rozhodnutím, jakým způsobem zajistí péči svému blízkému po propuštění z léčebny. Pro výzkum jsem vybrala skupinu rodinných příslušníků, jejichž blízký je v léčebně hospitalizován 30 dní a více. Výběr jsem zúžila proto, že v této době mohou být rodinní příslušníci již plně informováni o zdravotním i funkčním stavu jejich blízkého i o možné prognóze do budoucna. V této době by již měli reálně uvažovat o tom, jakou

péči svému blízkému budou chtít zajistit po propuštění, tedy po cca třech měsících hospitalizace v léčebně. Vzhledem k tomu, že jsem nerozlišovala náročnost potřebné péče u jednotlivých pacientů, odpovídali někteří respondenti na dotazy částečně hypoteticky. Z jejich odpovědí mohla vzejít informace o tom, co si myslí, že je pro ně zvládnutelné bez ohledu na to, jak náročnou péči bude jejich blízký potřebovat.

Oporou pro výzkum mi bylo tvrzení Pacovského, který vymezil tři podmínky, které musí být splněny, aby vůbec mohla laická domácí péče fungovat. Těmi jsou: rodina chce pečovat, rodina má podmínky pro péči a rodina umí pečovat (kapitola 4.1 Motivace a rozhodování o domácí péči). Podmínku chtít pečovat jsem do výzkumu nezahrnula, a to z důvodu přílišné citlivosti tématu, jež je vhodná spíše pro kvalitativní výzkum.

Pod podmínky pro péči se dle Pacovského teorie dají zařadit podmínky bytové, finanční a časová náročnost laické domácí péče. Bytové podmínky mohou být dány společným či odlišným bydlištěm či nutností stavebních úprav v místě poskytování péče. Finanční podmínky mohou být ovlivněny potřebou pečující osoby odejít ze zaměstnání a tím snížení příjmů, na druhé straně možnostmi státní podpory. Časově náročná péče může připravovat pečující osoby o možnost pečovat o zbytek rodiny, o sebe sama.

Podmínka umět pečovat znamená mít dovednosti a znalosti o poskytování péče, bez toho se nelze obejít.

V dotazníku se odrazily kategorie péče, jež je třeba poskytovat při péči o imobilního člověka podle Jeřábka v kapitole 4.2 Náročnost péče o starého člověka z hlediska intenzity a naléhavosti jeho potřeb. sem patří nepřetržitá přítomnost (upravena v dotazníku na přítomnost 4 – 24 hodin denně), fyzická a psychická náročnost, provádění hygieny, toalety, podávání stravy a tekutin, léků, polohování, přemisťování po bytě. K těmto úkonům jsem přidala z vlastní praxe ještě další zdravotní úkony, asistenci na úradech a doprovody k lékařům. Respondenti se dále vyjadřovali ke službám, které svojí podstatou

slouží k podpoře laické domácí péče a současně k tomu, aby mohl člověk s jejich podporou zůstat co nejdéle ve vlastním prostředí. Výsledky výzkumu budu popisovat níže v praktické části této práce.

II Praktická část

Výzkum byl zaměřen na pohled rodinných příslušníků pacientů léčebny dlouhodobě nemocných na vlastní možnosti a podmínky pro poskytování laické domácí péče v čase, kdy se rozhodují, zda budou poskytovat svému blízkému péči doma, nebo zvolí jinou formu kontinuální péče. Zaměřila jsem se na pohled respondentů na jednotlivá v dotazníku uvedená kritéria spojovaná s laickou domácí péčí.

Popis místa výzkumu

Léčebna dlouhodobě nemocných, ve které probíhal výzkum, je zařízením Pardubického kraje. Určena je pro nemocné všech věkových kategorií, jimž poskytuje nutnou dlouhodobou léčebnou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Kromě toho nabízí pacientům a jejich rodinným příslušníkům, popř. jiným zájemcům několik dalších služeb, jež jsou zde hojně využívány:

- Celkem tři zdravotně sociální pracovnice poskytují základní poradenství pacientům i rodinným příslušníkům, popř. jiným zájemcům o informace. Po přijetí pacienta k hospitalizaci vždy oslovují kontaktní osobu pacienta a vyvolávají jednání o možnostech zajištění budoucí kontinuální péče po ukončení hospitalizace v léčebně. Snaží se rodiny zainteresovat do řešení nepříznivé sociální situace jejich blízkého a přimět je tak k vlastní aktivitě.
- Léčebna nabízí a umožňuje rodinným příslušníkům, kteří se rozhodují pro poskytování péče v domácím prostředí, aby si osobně vyzkoušeli a nacvičili jednotlivé úkony osobní péče přímo na oddělení a pod odborným dohledem odpovědného personálu.

- Léčebna provozuje sociální službu poskytovanou ve zdravotnictví na lůžku následné péče s kapacitou 17 lůžek pro pacienty léčebny k překlenutí doby, než se najde jiné zajištění potřebné péče.
- Projekt Podaná ruka – léčebna nabízí možnost osobní konzultace zdravotní sestry a zdravotně sociální pracovnice přímo v domácnosti, bez nutnosti následné hospitalizace. Pracovníci poskytnou radu ohledně přímé péče, výživy, kompenzačních pomůcek, manipulace s pečovanou osobou, atd., popř. doporučí vhodnou sociální službu či hospitalizaci.

1 Výzkumná otázka

Jaký je pohled rodinných příslušníků na vlastní podmínky a možnosti pro poskytování domácí péče svému blízkému hospitalizovanému v léčebně dlouhodobě nemocných v čase, kdy se rozhodují, zda budou poskytovat péči doma nebo zvolí jiný způsob zajištění kontinuální péče?

Cílem výzkumu bylo analyzovat a vyhodnotit pohled rodinných příslušníků pacientů léčebny dlouhodobě nemocných na vlastní možnosti a podmínky pro poskytování laické domácí péče v čase, kdy se rozhodují, zda budou poskytovat svému blízkému péči doma, nebo zvolí jinou formu kontinuální péče.

K podmínkám spojeným s bydlištěm respondentů ve vztahu k možnostem poskytování domácí péče se vztahuje z dotazníku otázka zaměřená na dostupnost bydliště (otázka č. 1), otázka zaměřená na vybavení bydliště (otázka č. 2). Podmínky finančního zajištění se vztahují otázky zaměřené na potřebu zaměstnání (otázka č. 3), hodnocení státní finanční podpory (otázka č. 4) a hodnocení dlouhodobého ošetrového (otázka č. 5).

K možnostem a schopnostem respondentů pečovat se vztahují otázky zaměřené na hodnocení možnosti naučit se praktické dovednosti (otázka č. 6), dále otázka k využitelnosti sociálních služeb (otázka č. 7) a dále pak jednotlivá kritéria otázky, hodnotící vnímanou míru rizika skutečností spojovaných s domácí péčí (otázka č. 8), a kritéria otázky možnosti zvládnutí jednotlivých úkonů péče (otázka č. 9).

Kritéria otázek č. 8 a č. 9 současně ověřují předchozí otázky.

Otázka č. 10 pak je určena pro shrnutí celkového pohledu respondentů na jejich vlastní podmínky pro poskytování laické domácí péče.

Poslední otázka, otázka č. 11 je čistě identifikační, odpovídá na věkové rozložení respondentů.

1.1. Výběr respondentů

Pro výběr respondentů jsem si vybrala techniku účelového výběru. Výzkum byl proveden v léčebně dlouhodobě nemocných v Pardubickém kraji. Pro výzkum byly vybrány ze spisové dokumentace léčebny dlouhodobě nemocných kontakty na rodinné příslušníky pacientů, kteří zde byli v té době hospitalizováni 30 dnů a déle. K tomuto kritériu výběru jsem přistoupila z toho důvodu, že po měsíci hospitalizace by měli být rodinní příslušníci již plně informováni o zdravotním a funkčním stavu pacienta a možnostech jeho vývoje, současně mají podklady od zdravotně sociálních pracovníků o možnostech zajištění následné péče. Jsou tedy v situaci, kdy by již měli o způsobu zajištění péče po ukončení hospitalizace reálně uvažovat. Průměrná délka hospitalizace v této léčebně dlouhodobě nemocných je cca tři měsíce. Z dokumentace léčebny dlouhodobě nemocných jsem zjistila, že je zde celkem 68 pacientů hospitalizovaných déle než 30 dnů. Z tohoto vzorku jsem ještě vyřadila tři pacienty, kteří neměli uvedenou žádnou kontaktní osobu. Jednalo se o dva pacienty, kteří byli osobou bez příštřeší, se svou rodinou se nestýkali, jeden pacient neměl rodinu vůbec. Pro dotazníkové šetření tedy zůstal vzorek 65 osob. Mezi nimi nebyl žádný pacient, který by neměl v kontaktech rodinného příslušníka. Oslovování tedy byli rodinní příslušníci těchto pacientů.

1.2 Technika sběru dat

Ke sběru dat jsem použila techniku standardizovaného dotazníku. Dle Dismana lze tímto způsobem oslovit široký vzorek respondentů a současně umožnit zachování jejich anonymity (Disman, 1993, s. 141).

Dotazník je anonymní, a je sestaven z jedenácti uzavřených otázek, jež mají předem nastavenou nabídku odpovědí. K několika otázkám byl přiřazen též prostor pro vyjádření respondenta. Identifikační otázka je umístěna na konci

dotazníku. Respondent odpovídá na otázky písemně zaškrtnutím vhodné odpovědi, další vyjádření není striktně vyžadováno. Otázky se vztahují k teoretické části této bakalářské práce.

1.3 Předvýzkum

Z důvodu ověření srozumitelnosti otázek v dotazníku byl proveden předvýzkum. Oslovila jsem celkem pět potenciálních respondentů a osobně s nimi prodiskutovala obsah dotazníku. Vzhledem k tomu, že oslovení potenciální respondenti neshledali v dotazníku nesrozumitelné dotazy, byl dotazník následně použit pro výzkum v původní podobě.

1.4 Sběr dat

Dotazník byl vytištěn v počtu 65 kusů. Celkem 48 dotazníků bylo předáno osobně přímo v léčebně, ostatních 17 kusů bylo po telefonické dohodě rozesláno poštou. Zpět se v požadovaném termínu vrátilo celkem 58 dotazníků. Dále bylo pracováno s plným počtem 58 vyplněných dotazníků. Následná analýza byla provedena zaznamenáváním četností u jednotlivých odpovědí do tabulek. Výsledky byly v procentech vyjádřeny pomocí grafů.

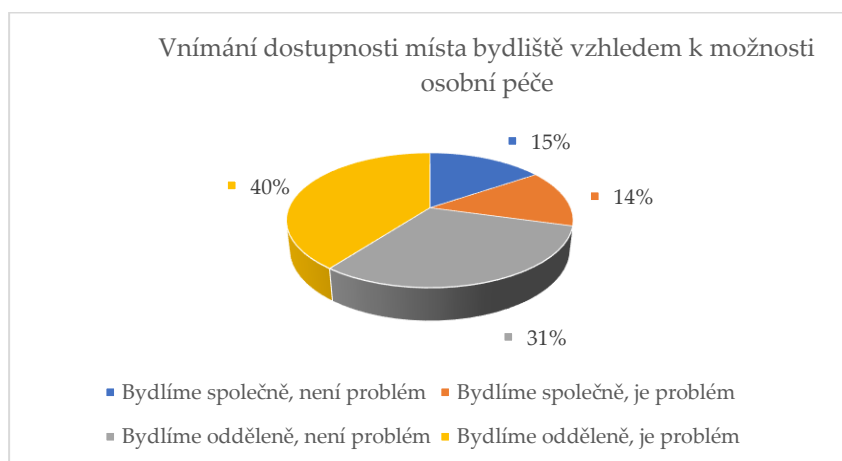
2 Výsledky dotazníkového šetření

Otázka č. 1 zjišťovala vnímání dostupnosti místa bydliště vzhledem k možnosti poskytování domácí péče.

Tabulka č. 1 Vnímání dostupnosti bydliště

Bydlíme společně, není problém	9
Bydlíme společně, je problém	8
Bydlíme odděleně, není problém	18
Bydlíme odděleně, je problém	23
Celkem odpovědí	58

Graf č. 1 Vnímání dostupnosti místa bydliště vzhledem k možnosti osobní péče



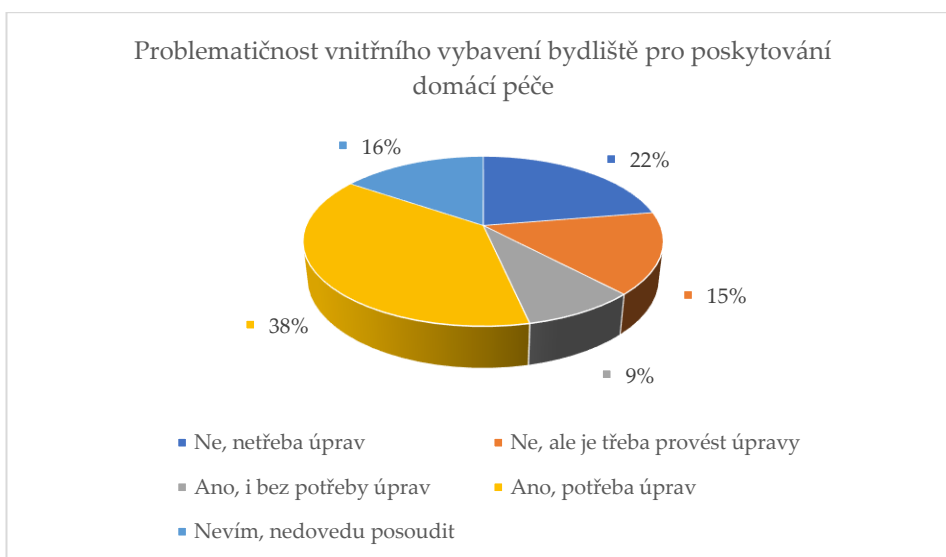
Z dat uvedených v tabulce č. 1 je zřejmé, že nadpoloviční většina respondentů vidí v dostupnosti bydliště problém. Celkem 14% respondentů vnímá problém ve společném bydlení, celých 40% respondentů vnímá jako problém oddělené bydlení. Naproti tomu 15% respondentů nevnímá problém při společném bydlení a 31% nevnímá problém při bydlení odděleném.

Otázka č. 2 zjišťovala, zda vnímají rodinní příslušníci vnitřní vybavení bydliště pro poskytování domácí péče za problematické.

Tabulka č. 2 Vnímání vnitřního vybavení

Ne, netřeba úprav	13
Ne, ale je třeba provést úpravy	9
Ano, i bez potřeby úprav	5
Ano, potřeba úprav	22
Nevím, nedovedu posoudit	9
celkem odpovědí	58

Graf č. 2 Problematicčnost vnitřního vybavení bydliště pro poskytování domácí péče



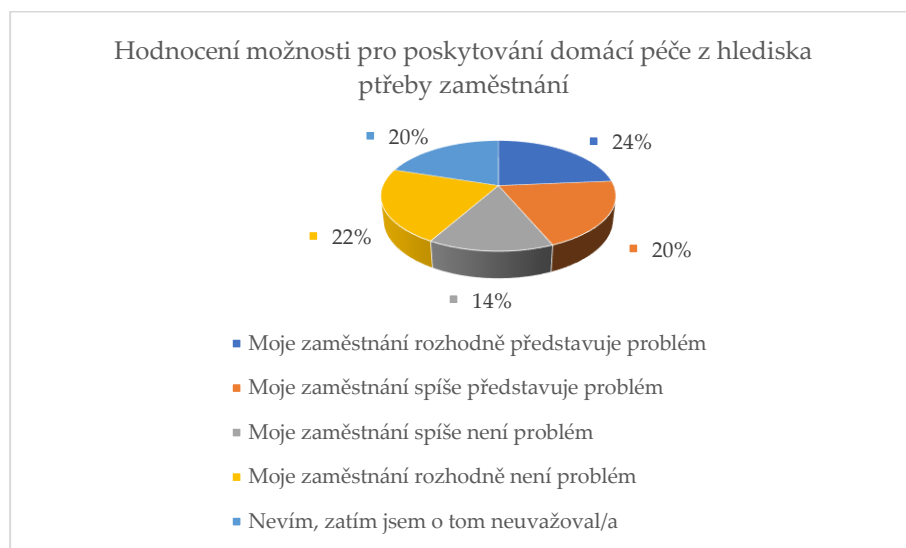
Z odpovědí v tabulce č. 2 vyplývá, že téměř polovina respondentů, celkem 47%, považuje vybavení bydliště vzhledem k poskytování domácí péče za problematické. 22% respondentů odpovědělo, že vybavení bydliště není problematické a současně ani není potřeba žádných úprav pro poskytování péče. 15% respondentů uvedlo, že vybavení problém není, ale budou potřeba úpravy. 9% respondentů uvedlo, že vybavení bydliště je problematické i bez potřeby úprav a celých 38% uvedlo, že je vybavení problematické a bude potřebovat úpravy. 16% respondentů odpovědělo, že to nedovedou posoudit.

Otázka č. 3 zjišťovala, jak respondenti hodnotí své možnosti pro poskytování domácí péče z hlediska potřeby zaměstnání.

Tabulka č. 3 Hodnocení potřeby zaměstnání

Moje zaměstnání rozhodně představuje problém	13
Moje zaměstnání spíše představuje problém	11
Moje zaměstnání spíše není problém	8
Moje zaměstnání rozhodně není problém	12
Nevím, zatím jsem o tom neuvažoval/a	11
Celkem odpovědí	55

Graf č. 3 Hodnocení možnosti pro poskytování domácí péče z hlediska potřeby zaměstnání



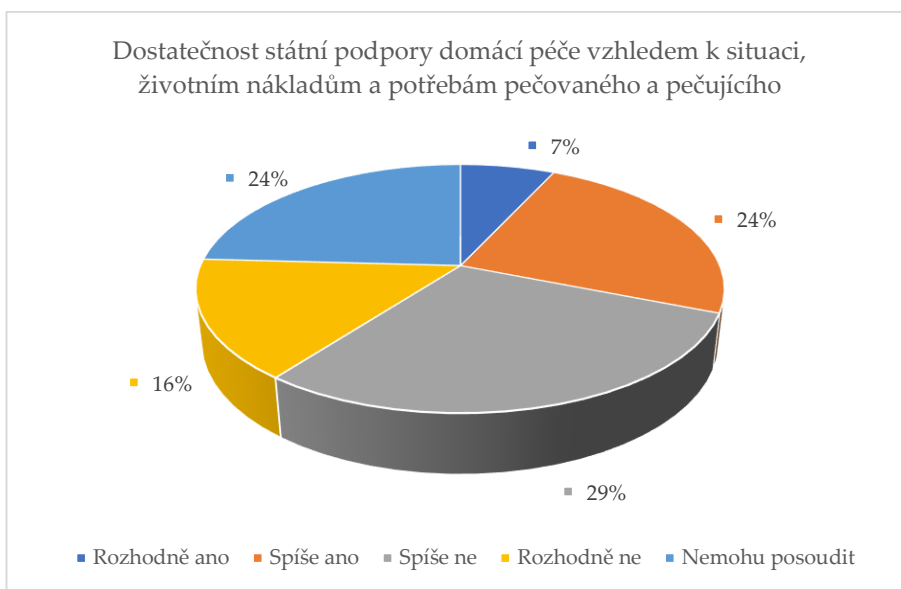
Data v tabulce č. 3 uvádějí, že v hodnocení možností respondentů, kteří na tuto otázku odpověděli, pro poskytování domácí péče převažuje hodnocení, že zaměstnání respondenta je problém. Problémem svoje zaměstnání označilo celkem 44% respondentů, z toho 24% uvedlo, že zaměstnání rozhodně představuje problém a 20% uvedlo, že spíše představuje problém. Celkem 36% respondentů uvedlo, že zaměstnání není problém, z toho 14% uvedlo, že zaměstnání spíše není problém a 22% uvedlo, že rozhodně není problém. 20% respondentů uvedlo, že o tom zatím neuvažovali. Celkem 3 respondenti na tuto otázku neodpověděli, z toho jeden respondent v prostoru pro vyjádření uvedl, že je v důchodu.

Otázka č. 4 zjišťovala, do jaké míry považují respondenti možnosti státní finanční podpory vzhledem ke své situaci, životním nákladům a potřebám sebe a svého blízkého za dostatečné.

Tabulka č. 4 Hodnocení státní podpory

Rozhodně ano	4
Spíše ano	14
Spíše ne	17
Rozhodně ne	9
Nemohu posoudit	14
celkem odpovědí	58

Graf č. 4 Dostatečnost státní podpory domácí péče vzhledem k situaci, životním nákladům a potřebám pečovaného a pečujícího



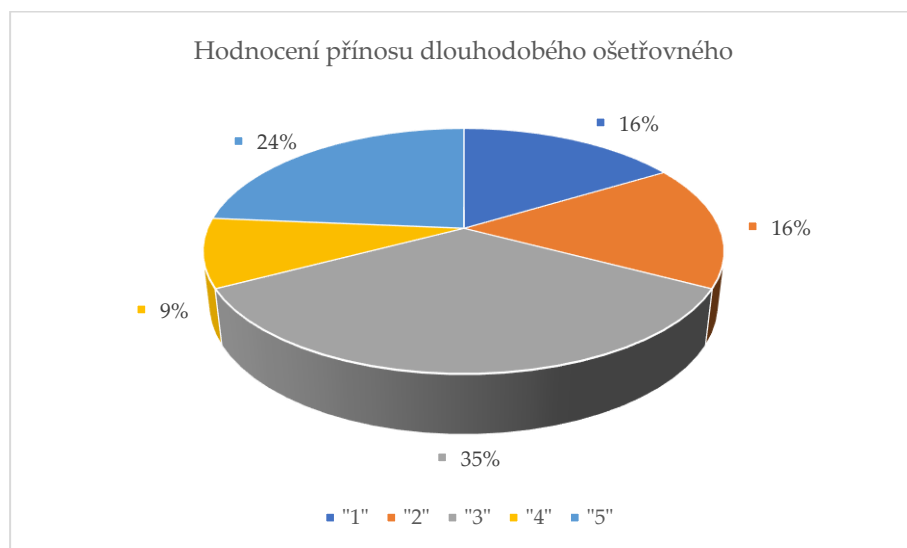
Z odpovědí v tabulce č. 4 vyplývá, že celkem 45% respondentů považuje možnosti státní finanční podpory za nedostatečné, z toho 29% považuje možnosti státní finanční podpory za rozhodně nedostatečné a 16% za spíše nedostatečné. 31% respondentů považuje tyto finanční možnosti za dostatečné, z toho 7% je považuje za rozhodně dostatečné a 24% za spíše dostatečné. 24% respondentů odpovědělo, že nemůže tyto možnosti posoudit. Celkem pět respondentů se v prostoru pro vyjádření zmínilo tom, že příliš dlouho trvá vyřízení dávek.

Otázka č. 5 zjišťovala, jak respondenti hodnotí možnost tzv. dlouhodobého ošetřovného.

Tabulka č. 5 Hodnocení dlouhodobého ošetřovného

1	9
2	9
3	19
4	5
5	13
celkem odpovědí	55

Graf č. 5 Hodnocení přínosu dlouhodobého ošetřovného



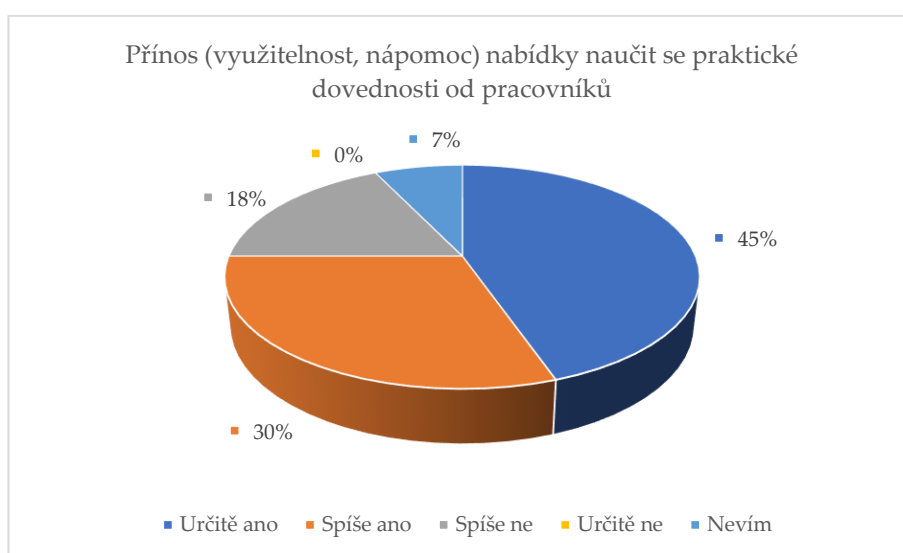
Dle dat uvedených v tabulce č. 5 celkem 16% odpovídajících respondentů hodnotilo přínos dlouhodobého ošetřovného známkou 1, 16% známkou 2. Tyto známky považují za pozitivní hodnocení kritéria. Známkou 4 hodnotilo dlouhodobé ošetřovné 9% respondentů, známkou 5 pak 24% respondentů. Tyto známky považují za negativní hodnocení kritéria. Celkem 35% respondentů hodnotilo dlouhodobé ošetřovné známkou 3, tedy spíše neutrálně. Neutrální hodnocení tohoto kritéria zde převládá nad ostatními hodnoceními. Celkem 3 respondenti na tuto otázku neodpověděli. Celkem tři respondenti se vyjádřili tak, že by jim to neumožnil zaměstnavatel.

Otázka č. 6 zjišťovala, zda respondenti považují za přínosnou nabídku léčebny na možnost naučit se praktickým dovednostem od pracovníků léčebny.

Tabulka č. 6 Naučit se praktické dovednosti

Určitě ano	25
Spíše ano	17
Spíše ne	10
Určitě ne	0
Nevím	4
Celkem odpovědí	56

Graf č. 6 Přínos (využitelnost, nápomoc) nabídky naučit se praktické dovednosti od pracovníků



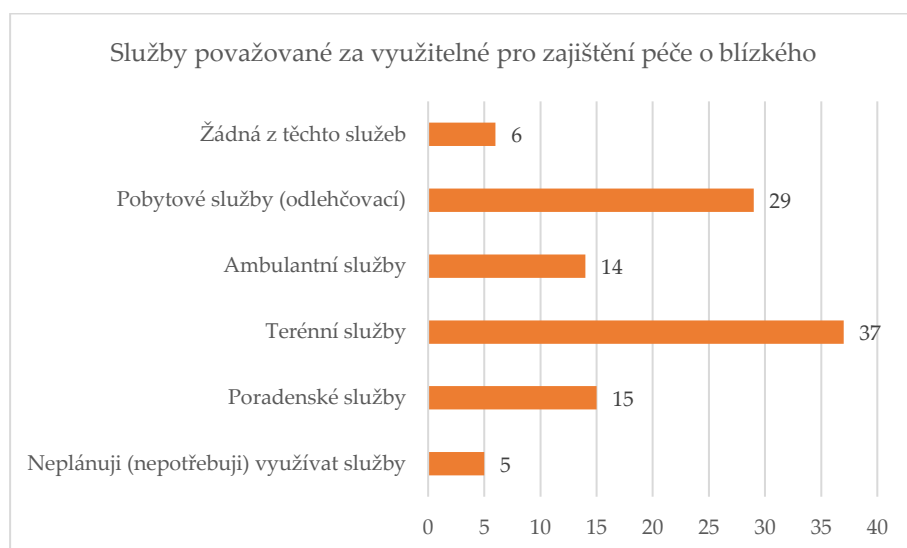
Z výsledků v tabulce č. 6 je zřejmé, že nadpoloviční většina respondentů, 75%, považuje nabídku léčebny na možnost naučit se praktické dovednosti od pracovníků za přínosnou, z toho 45% odpovědělo určitě ano a 30% spíše ano. 18% respondentů odpovědělo spíše ne. Žádný z respondentů neodpověděl určitě ne. 7% respondentů odpovědělo, že neví. Dva respondenti na tuto otázku neodpověděli.

Otázka č. 7 zjišťovala, které služby považují respondenti ve své situaci za využitelné pro zajištění domácí péče.

Tabulka č. 7 Využitelné služby

Neplánuji (nepotřebuji) využívat služby	5	9%
Poradenské služby	15	26%
Terénní služby	37	64%
Ambulantní služby	14	24%
Pobytové služby (odlehčovací)	29	50%
Žádná z těchto služeb	6	10%
Celkem odpovědělo respondentů	58	
Odpověď 2 a více služeb	36	62%
Odpověď 1 služba	9	16%

Graf č. 7 Služby považované za využitelné pro zajištění péče o blízkého



Z dat v tabulce č. 7 vyplývá, že nejvíce, tedy 64% respondentů uvedlo, že pro poskytování domácí péče považuje za využitelné terénní služby typu pečovatelská služba, osobní asistence, domácí zdravotní péče. 50% respondentů považuje za využitelné pobytové odlehčovací služby, 26% poradenské služby, 24% ambulantní služby, pro 10% není využitelná žádná z uvedených služeb a pouhých 9% respondentů neplánuje využívat službu žádnou.

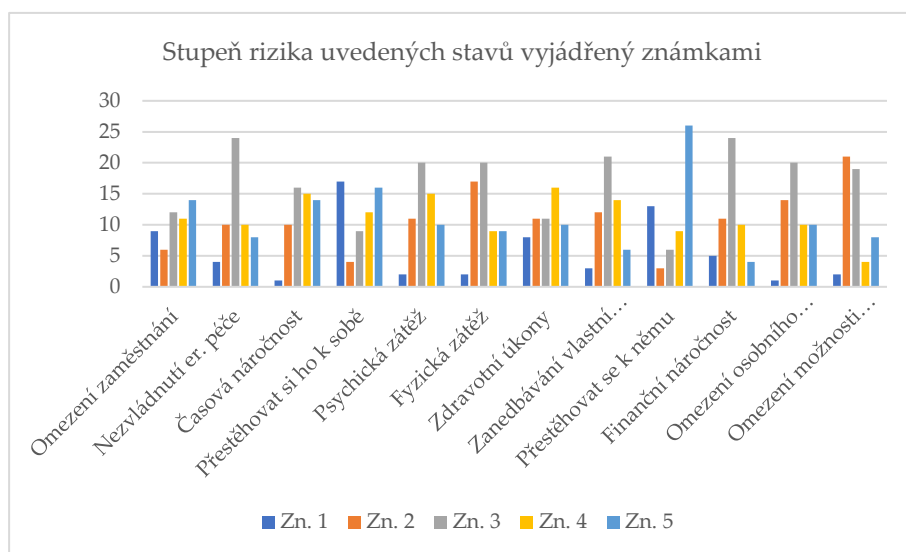
Celkem 62% respondentů považuje pro domácí péči za využitelné dvě a více služeb. Toto zjištění původně nebylo předmětem zkoumání.

Otázka č. 8 zjišťovala, jak závažný problém (riziko) pro respondenty představují uvedené stavy, které mohou souviset s poskytováním domácí péče.

Tabulka č. 8 Stupeň rizika uvedených stavů

	Zn 1	Zn 2	POZ	Zn 3	Zn 4	Zn 5	NEG	Celkem odpovědí
Omezení zaměstnání	9	6	15 29%	12	11	14	25 48%	52
Nezvládnutí erud. péče	4	10	14 25%	24	10	8	18 32%	56
Časová náročnost	1	10	11 20%	16	15	14	29 52%	56
Přestěhovat si ho k sobě	17	4	21 36%	9	12	16	28 48%	58
Psychická zátěž	2	11	13 22%	20	15	10	25 43%	58
Fyzická zátěž	2	17	19 33%	20	9	9	18 32%	57
Zdravotní úkony	8	11	19 34%	11	16	10	26 46%	56
Zanedbáván í vlastní rodiny	3	12	15 27%	21	14	6	20 36%	56
Přestěhovat se k pečované osobě	13	3	16 28%	6	9	26	35 61%	57
Finanční náročnost	5	11	16 30%	24	10	4	14 26%	54
Omezení osobního života	1	14	15 27%	20	10	10	20 36%	55
Omezení možnosti pomáhat	2	21	23 44%	19	4	8	12 22%	54

Graf č. 8 Stupeň rizika uvedených stavů vyjádřený známkami



Tato otázka potvrzuje otázky předchozí a rozvádí je do dalších témat.

Známky 1, 2 považuji za pozitivní hodnocení kritéria, známky 4, 5 považuji za negativní hodnocení kritéria. Známkou 3 považuji spíše za neutrální.

Z výsledků uvedených v tabulce č. 8 vyplývá:

- omezení zaměstnání - 29% pozitivní hodnocení, 48% negativní hodnocení
- nezvládnutí erudované péče – 25% pozitivní hodnocení, 32% negativní hodnocení
- časová náročnost – 20% pozitivní hodnocení, 52% negativní hodnocení
- přestěhovat si ho k sobě – 36% pozitivní hodnocení, 48% negativní hodnocení
- psychická zátěž – 22%, pozitivní hodnocení, 43% negativní hodnocení
- fyzická zátěž – 33% pozitivní hodnocení, 32% negativní hodnocení
- zdravotní úkony – 34% pozitivní hodnocení, 46% negativní hodnocení
- zanedbávání vlastní rodiny – 27% pozitivní hodnocení, 36% negativní hodnocení
- přestěhovat se k pečované osobě – 28% pozitivní hodnocení, 61% negativní hodnocení

- finanční náročnost – 30% pozitivní hodnocení, 26% negativní hodnocení
- omezení osobního života - 27% pozitivní hodnocení, 36% negativní hodnocení
- omezení možnosti pomáhat – 44% pozitivní hodnocení, 22% negativní hodnocení

Výsledky této otázky mohou odpovídat v reálu tomu, co jsou rodinní příslušníci schopni poskytnout a co je již za hranicemi jejich schopností.

Jako nejvíce rizikové (nad 50% odpovědí) byly označovány tyto stavy:

- přestěhovat se k pečované osobě 61% zn. 4, 5, naproti 28% zn. 1,2
- časová náročnost 52% zn. 4, 5 naproti 20% zn. 1, 2.

Za nejméně rizikové (známka 1, 2) byly označeny častěji pouze stavy:

- omezení možnosti pomáhat 44% zn. 1, 2 naproti 22% zn. 4, 5.
- fyzická zátěž 33% zn. 1, 2 naproti 32% se zn. 4, 5
- finanční náročnost 30% zn. 1,2 naproti 26% zn. 4, 5

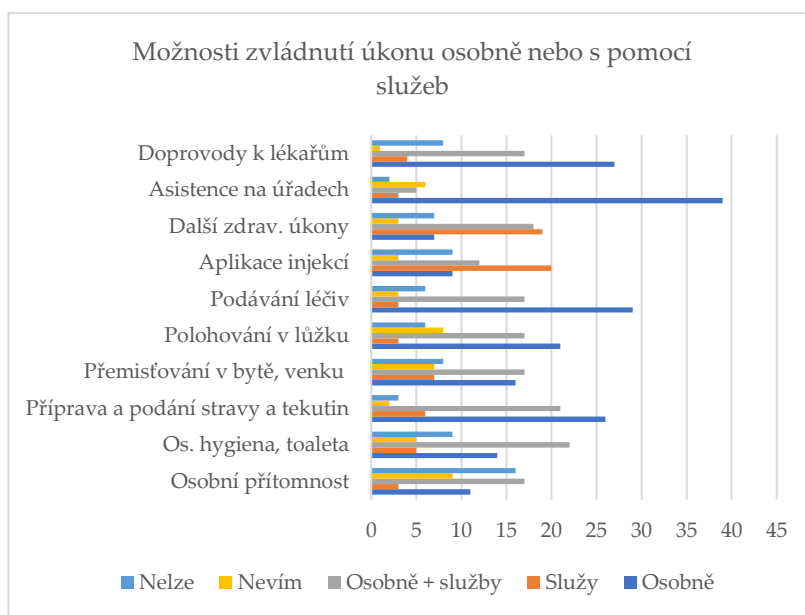
Zde se též vyskytla kritéria, ke kterým se několik respondentů vůbec nevyjádřilo.

Otázka č. 9 zjišťovala, o kterých kritériích si respondenti myslí, že je lze zvládnout osobně nebo s pomocí služeb.

Tabulka č. 9 Zvládnání uvedených kritérií péče

	Osobně	Služby	Osobně + služby	Celk. lze zvlád.	Nevím	Nelze	Celkem odpovědí
Osobní přítomnost 4-24hod/den	11	3	17	33 59%	9	16 29%	56
Hygiena, toaleta	14	5	22	41 75%	5	9 16%	55
Příprava a podání stravy a tekutin	26	6	21	53 91%	2	3 5%	58
Přemisťování v bytě, venku	16	7	17	40 73%	7	8 15%	55
Polohování v lůžku	21	3	17	41 75%	8	6 11%	55
Podávání léčiv	29	3	17	49 84%	3	6 10%	58
Aplikace injekcí, např. inzulin	9	20	12	41 73%	3	9 17%	53
Další zdrav. úkony, převazy	7	19	18	44 81%	3	7 13%	54
Asistence na úřadech	39	3	5	47 85%	6	2 4%	55
Doprovody k lékařům	27	4	17	48 84%	1	8 14%	57

Graf č. 9 Možnosti zvládnutí úkonu osobně nebo s pomocí služeb



Z odpovědí z tabulky č. 9 vyplynulo, že:

- osobní přítomnost 4 – 24 hodin denně - 59% lze zvládnout, 29% nelze zvládnout
- osobní hygiena a toaleta – 75% lze zvládnout, 16% nelze zvládnout
- příprava a podání stravy a tekutin – 91% lze zvládnout, 5% nelze zvládnout
- přemisťování v bytě, venku – 73% lze zvládnout, 15% nelze zvládnout
- polohování v lůžku – 75% lze zvládnout, 11% nelze zvládnout
- podávání léčiv – 84% lze zvládnout, 10% nelze zvládnout
- aplikace injekcí, např. inzulin – 73% lze zvládnout, 17% nelze zvládnout
- další zdravotní úkony, např. převazy – 81% lze zvládnout, 13 % nelze zvládnout
- asistence na úřadech – 85% lze zvládnout, 4% nelze zvládnout
- doprovody k lékařům – 84% lze zvládnout, 14% nelze zvládnout









Z výsledků vyplynulo, že respondenti považují všechny uvedené úkony péče za převážně zvládnutelné osobně, s pomocí služeb nebo formou kombinace obou. Takto odpovídali respondenti v rozmezí 58 – 91%.

Za nejlépe zvládnutelné respondenti označili podávání stravy a tekutin – 91%.

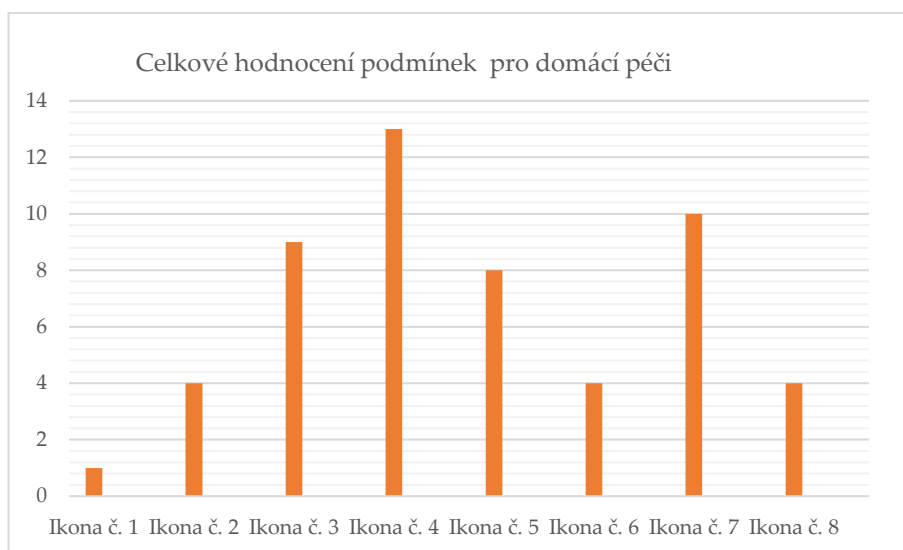
Za nejhůře zvládnutelné kritérium péče byla označena osobní přítomnost v rozmezí 4 – 24 hodin denně u pečované osoby - 29% odpovědí „Nelze“.

Otázka č. 10 zjišťovala, jak celkově respondenti hodnotí své podmínky pro poskytování domácí péče svému blízkému.

Tabulka č. 10 Celkové hodnocení

	Ikona č. 1	1 2%
	Ikona č. 2	4 8%
	Ikona č. 3	9 17%
	Ikona č. 4	13 25%
	Ikona č. 5	8 15%
	Ikona č. 6	4 8%
	Ikona č. 7	10 19%
	Ikona č. 8	4 8%
Celkem odpovědí		53
Pozitivní ikony		14 26%
Neutrální ikona		13 24%
Negativní ikony		26 50%

Graf č. 10 Celkové hodnocení podmínek pro domácí péči



Z odpovědí na otázku č. 10 vyplynulo, že:

- ikonu č. 1 zvolila 2% respondentů
- ikonu č. 2 zvolilo 8% respondentů
- ikonu č. 3 zvolilo 17% respondentů
- ikonu č. 4 zvolilo 25% respondentů
- ikonu č. 5 zvolilo 15% respondentů
- ikonu č. 6 zvolilo 8% respondentů
- ikonu č. 7 zvolilo 19% respondentů
- ikonu č. 8 zvolilo 8% respondentů

Ikony č. 1, 2, 3 považují za pozitivní hodnocení kritéria, ikony č. 5, 6, 7, 8 považují za negativní hodnocení kritéria. Ikonu č. 4 považují za neutrální hodnocení.

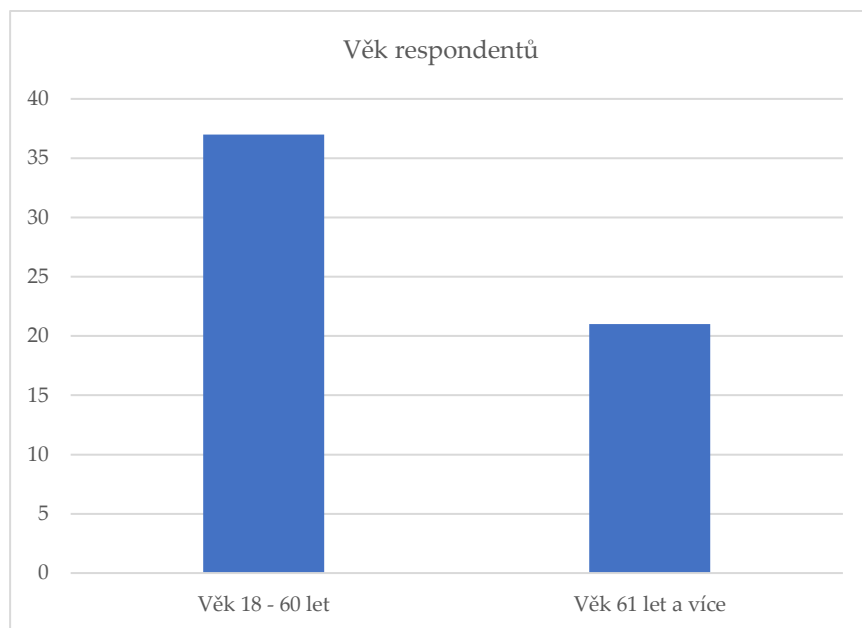
Pouze 26% respondentů hodnotí svoje celkové podmínky pro poskytování domácí péče pozitivně. Celých 50% použilo k hodnocení negativní ikony, 24% respondentů označilo ikonu neutrální. Celkem 5 respondentů na tuto otázku neodpovědělo.

Otázka č. 11 zjišťovala věk respondentů.

Tabulka č. 11 Věk respondentů

Věk 18 - 60 let	37, tj. 64%
Věk 61 let a více	21, tj. 26%
celkem odpovědí	58

Graf č. 11 Věk respondentů



Dotazníkového šetření se zúčastnilo 64% respondentů ve věku 18 – 60 let, 26% respondentů bylo ve věku 61 let a více.

3 Závěr

V této bakalářské práci jsem se věnovala tématu laické domácí péče o geriatrické pacienty z pohledu jejich blízkých osob.

Hlavním cílem výzkumu bylo analyzovat a vyhodnotit pohled rodinných příslušníků pacientů léčebny dlouhodobě nemocných na vlastní možnosti a podmínky pro poskytování laické domácí péče v čase, kdy se rozhodují, zda budou poskytovat svému blízkému péči doma, nebo zvolí jinou formu kontinuální péče.

Tito rodinní příslušníci jsou v situaci, kdy musí přemýšlet a následně též řešit způsob zajištění kontinuální péče o svého blízkého s vědomím toho, že hospitalizace v léčebně v dohledné době skončí.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že zajištění laické domácí péče pacientům propouštěným z léčebny dlouhodobě nemocných je pro rodinné příslušníky problematické. Musí přemýšlet o celé řadě podmínek, které jsou k zajištění péče doma nezbytné, a současně též o vlastních schopnostech a dovednostech.

Co se týče vyhodnocení podmínek pro péči spojených s bydlištěm, analýza dat z dotazníkového šetření ukázala, že nadpoloviční většina respondentů považuje dostupnost bydliště ve vztahu k poskytování laické domácí péče za problematické. Celkem 14% respondentů uvedlo, že i společné bydlení je problematické, současně 40% respondentů odpovědělo, že je problematické bydlení oddělené.

Dále se ukázalo, že též vybavení bydliště vzhledem k poskytování domácí péče je pro téměř polovinu respondentů, celkem 47%, za problematické. Naproti tomu 37% respondentů uvedlo, že vybavení bydliště za problematické nepovažují.

Podmínky spojené s bydlištěm se tedy z výzkumu jeví jako převážně problematické.

Další sledovanou podmínkou byla podmínka finančního zajištění. U kritéria potřeby zaměstnání se ukázalo, že převažuje hodnocení, že zaměstnání respondenta ve vztahu k poskytování domácí péče je problém. Problémem svoje zaměstnání označilo celkem 44% respondentů. Celkem 36% respondentů uvedlo, že zaměstnání není problém, 20% respondentů uvedlo, že o tom zatím neuvažovali.

Souvislost s finančními podmínkami má též otázka na možnosti státní finanční podpory. Celkem 45% respondentů považuje možnosti státní finanční podpory za nedostatečné, 31% respondentů považuje tyto finanční možnosti za dostatečné. 24% respondentů odpovědělo, že nemůže tyto možnosti posoudit. Celkem pěti respondentům vadí dlouhá doba pro vyřizování dávek. Zde mne překvapilo dle mého názoru vcelku vysoké procento respondentů, kteří považují možnosti státní finanční podpory za dostatečné - 31%.

Celkem 32% odpovídajících respondentů hodnotilo přínos dlouhodobého ošetrovného (další finanční kritérium), pozitivně, tedy známkou 1 a 2. Známkou 4 a 5, tedy negativně hodnotilo dlouhodobé ošetrovné 33% respondentů. Celkem 35% respondentů hodnotilo dlouhodobé ošetrovné známkou 3, tedy spíše neutrálně. Neutrální hodnocení tohoto kritéria zde mírně převládá nad ostatními hodnoceními. Mohlo by to svědčit o nedostatku informací k tomuto opatření. Celkem tři respondenti se vyjádřili tak, že by jim to neumožnil zaměstnavatel.

Podmínka finančního zajištění z výzkumu vyšla též jako problematická – současné zaměstnání je problém, státní finanční podpora není dostatečná. Dle mého názoru, pokud by se zkrátila doba posuzování závislosti na péči, příspěvky by byly vypláceny v době, kdy jsou potřeba a ne např. až po roce, často dokonce až po úmrtí pacienta (taková je i moje osobní zkušenost z mého nejbližšího okolí), zcela jistě by bylo více pozitivních odpovědí na tuto otázku. Dlouhodobé ošetrovné nebylo hodnoceno pozitivně, ale rozdíl v hodnocení

byly minimální, poměrně velký počet odpovědí byl neutrální. To přisuzuji na jedné straně tomu, že toto opatření není zatím dostatečně prověřeno praxí, potenciální pečující mu tedy moc nevěří, na straně druhé dlouhodobé ošetrovné řeší situaci pacienta pouze na tři měsíce, nevyřeší tedy budoucnost pacienta. Ani pacientovi v terminálním stadiu nemoci není možno určit, jak dlouhou dobu bude ještě péči potřebovat. V praxi jsem se setkala i s tím, že zaměstnavatel tomu nebyl nakloněn.

V hodnocení možností pro poskytování laické domácí péče se dále promítá i výsledek otázky č. 7., ve které měli respondenti uvést, které služby považují za využitelné při poskytování péče doma. Zde nejvíce, tedy 64% respondentů uvedlo, že pro poskytování domácí péče považuje za využitelné terénní služby typu pečovatelská služba, osobní asistence, domácí zdravotní péče. 50% respondentů považuje za využitelné pobytové odlehčovací služby, pouhých 9% respondentů neplánuje využívat službu žádnou.

Dalším výstupem z této otázky bylo, že celkem 62% respondentů považuje pro domácí péči za využitelné dvě a více služeb. Tyto výsledky mohou hovořit o tom, že rodinní příslušníci mají dobrý přehled o podpůrných službách, současně i o tom, že chtějí služeb využívat co nejvíce a hodně se na jejich pomoc spoléhají.

Následující otázky pak byly zaměřeny nejen na podmínky pro péči, ale též na praktické schopnosti a dovednosti respondentů.

Otázka č. 8 byla zaměřena na to, jakou míru rizika vidí respondenti v uvedených stavech spojovaných s poskytováním laické domácí péče. Za nejrizikovější byly označovány stavy nutnosti přestěhovat se k pečované osobě 61% a časová náročnost 52%. Za nejméně rizikové byly označeny stavy omezení možnosti pomáhat 44%, fyzická zátěž 33% a finanční náročnost 30%. Výstupy této otázky mohou odpovídat v reálu tomu, co jsou rodinní příslušníci schopni poskytnout a co je již za hranicemi jejich možností a schopností. Zde jsem očekávala, že finanční zátěž a fyzická náročnost péče

budou hodnoceny jako více rizikové, než jak vyplynulo z dotazníkového šetření.

Z výsledků otázky č. 9, jež byla zaměřena spíše na praktické úkony spojené s péčí, vyplynulo, že respondenti považují všechny uvedené úkony péče za převážně zvládnutelné osobně, s pomocí služeb nebo formou kombinace obou. Za nejlépe zvládnutelné respondenti označili podávání stravy a tekutin – 91%, za nejhůře zvládnutelné kritérium péče byla označena osobní přítomnost v rozmezí 4 – 24 hodin denně u pečované osoby - 29% odpovědí „Nelze“.

Tomuto výstupu zcela neodpovídá výstup z otázky č. 10, kde respondenti hodnotili celkově svoje podmínky pro poskytování laické domácí péče. Celých 50% respondentů označilo negativní ikonu, pouze 26% označilo ikonu pozitivní. Znamená to, že laická domácí péče je z pohledu respondentů spíše problematická a riziková.

U všech dílčích výsledků, kromě výstupů z otázky č. 9, jsem pozorovala, že převládají odpovědi, kde je vyjádřena problematičnost poskytování laické domácí péče. Může to být ovlivněno i tím, že nadpoloviční počet respondentů (64%) byl v rozmezí 18 – 60 let, tedy ve věku, kdy není jednoduché opustit zaměstnání na dobu, kterou stěží někdo může odhadnout, a plně se věnovat péči o blízkého.

Odpovědí na výzkumnou otázku tedy bude, že pohled rodinných příslušníků pacientů léčebny dlouhodobě nemocných na vlastní podmínky a možnosti pro poskytování laické domácí péče jsou převážně skeptické.

Výzkum, který jsem provedla, se od jiných liší okruhem respondentů, na které se zaměřil. Situace rodinných příslušníků pacientů léčebny dlouhodobě nemocných je odlišná od těch, kteří již pečují.

Vzhledem k tomu, že jsem nerozlišovala náročnost potřebné péče u jednotlivých pacientů, odpovídali někteří respondenti na dotazy částečně hypoteticky. Z jejich odpovědí mohla vzejít informace o tom, co si myslí, že je pro ně zvládnutelné bez ohledu na to, jak náročnou péči bude jejich blízký potřebovat. Dovedu si představit, že vyplnění dotazníku respondentům samotným mohlo napovědět, co všechno může laická domácí péče obnášet, které služby jim mohou být oporou, a tím jim i napomoci v rozhodování se o budoucnosti jejich blízkého.

Předmětem dalšího výzkumu by mohla být motivace k péči doma. Toto téma však považuji za příliš citlivé pro výzkum kvantitativní metodou. Vhodnější by byl kvalitativní výzkum formou hloubkových rozhovorů, kde by respondenti měli dostatek času a prostoru pro vyjádření svých emocí.

Literatura a zdroje

BECK Petr, NIEDERLE Petr, HACAPERKOVÁ Dana, KRÁLOVÁ Jana. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc, 2012.

ISBN 978-80-7263-744-7

ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče*

o seniory. Praha: SLON v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, v.v.i., 2015. ISBN 978-80-7419-182-4

DUDUVÁ, Radka a VOHLÍDALOVÁ Marta, 2018. Muži a ženy pečující o seniory, *Sociologický časopis /Czech Sociological Review* [online]. Praha, 2018.

54(2) [cit. 23.2.2019] Dostupné z: http://sreview.soc.cas.cz/uploads/c932668132ae1826faeec68af4c64d77fcd0b426_18-2-04Dudova17.pdf. ISSN

2336-128X

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.

ISBN 978-80-87109-19-9

HAUKE Marcela. *Když do života vstoupí demence*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3

JANEČKOVÁ, Hana, DRAGOMIRECKÁ, Eva, JIRKOVSKÁ Blanka, 2017.

Výzkumy v oblasti neformální péče o seniory v České republice na počátku

21. století. *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Evropský výzkumný institut sociální práce OU, 17(6) [cit.

23.2.2019]. ISSN 1213-6204

JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: SLON, 2013.

ISBN 978-80-7419-117-6

KOTRUSOVÁ, Miriam, DOBIÁŠOVÁ Karolína, HOŠŤÁLKOVÁ Jitka, 2013.

Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. *Fórum*

sociální politiky [online]. 7(6) [cit. 28.2.2019]. ISSN 1803-7488. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2013-06.pdf

Informační servis pro čtenáře, 2018. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025 *Fórum sociální politiky* [online], 12(24) [cit. 28.2.2019]. ISSN 1803-7488. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/FSP_2018-04.pdf

KRÁLOVÁ Jarmila, RÁŽOVÁ Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči 2008*. Olomouc: ANAG 2008

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3

MATOUŠEK Oldřich, KODYMOVÁ Pavla, KOLÁČKOVÁ Jana (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0

PICHAUD Clément, THAREAUOVÁ Isabelle. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf s. r. o., nakladatelství odborné literatury, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1

TOŠNEROVÁ Tamara. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky: Průvodce pro zdravotníky a profesionální pečovatele*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, I. Interní klinika FNKV Praha 10, Ústav lékařské etiky, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha, 2001. ISBN 80-238-8001-2

TOŠNEROVÁ Tamara. *Příručka pečovatele: Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, I. Interní klinika FNKV Praha 10, Ústav lékařské etiky, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha, 2002. ISBN 80-238-8541-3

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Mezi láskou a povinností*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-570-7.

VENGLÁŘOVÁ Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

VESELÁ Jitka, 2002. *Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům* [online] [cit. 28.2.2019]. Dostupné z:

<http://praha.vupsv.cz/fulltext/detsen.pdf>

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění

Zákon č. 262 Sb., Zákoník práce

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 586/1992 Sb. o daních z příjmů

Seznam tabulek

Tabulka č. 1- Vnímání dostupnosti místa bydliště

Tabulka č. 2 – Problematičnost vnitřního vybavení bydliště

Tabulka č. 3 – Hodnocení potřeby zaměstnání

Tabulka č. 4 – Dostatečnost státní podpory

Tabulka č. 5 – Ohodnocení dlouhodobého ošetřovného

Tabulka č. 6 – Naučit se praktické dovednosti

Tabulka č. 7 – Využitelné služby

Tabulka č. 8 – Stupeň rizika uvedených stavů

Tabulka č. 9 – Zvládnutí uvedených kritérií péče

Tabulka. 10 – Celkové hodnocení

Tabulka č. 11 – Věk respondentů

Tabulka I - Souhrn výsledků tabulek č. 1 – č. 5

Seznam grafů

Graf č. 1- Vnímání dostupnosti místa bydliště vzhledem k možnosti osobní péče

Graf č. 2 – Problematičnost vnitřního vybavení bydliště pro poskytování domácí péče

Graf č. 3 – Hodnocení možnosti pro poskytování domácí péče z hlediska potřeby zaměstnání

Graf č. 4 – Dostatečnost státní podpory domácí péče vzhledem k situaci, životním nákladům a potřebám pečovaného a pečujícího

Graf č. 5 – Ohodnocení přínosu „Dlouhodobého ošetřovného“

Graf č. 6 – Přínos (využitelnost, nápomoc) nabídky naučit se praktické dovednosti od pracovníků

Graf č. 7 – Služby považované za využitelné pro zajištění péče
o blízkého

Graf č. 8 – Stupeň rizika uvedených stavů vyjádřený známkami

Graf č. 9 – Možnosti zvládnutí úkonu osobně nebo s pomocí služeb

Graf č. 10 – Celkové hodnocení podmínek pro domácí péči

Graf č. 11 – Věk respondentů

Graf I Shrnutí výsledků tabulek č. 1 – č. 5

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Dotazník pro rodinné příslušníky pacientů Léčebny
dlouhodobě nemocných

Dotazník pro rodinné příslušníky pacientů Léčebny dlouhodobě nemocných

Dobrý den, jmenuji se Dagmar Kučerová a jsem studentkou oboru Sociální práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ve své bakalářské práci se budu věnovat tématu propouštění staršího pacienta z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví do domácí péče.

Chápu složitost situace celé rodiny, proto bych chtěla zjistit, jak péči doma vidíte Vy z Vaší perspektivy, zda je dle Vašeho názoru péče doma vůbec myslitelná a reálná.

Dotazník je anonymní. Nepodepisujte ho. Odpovídejte, prosím, upřímně a pravdivě. Pokud není uvedeno jinak, označte křížkem pouze jednu odpověď. Na chodbě u automatu na kávu je připravena označená krabice, kam můžete vyplněné dotazníky vkládat. Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Jak vnímáte místo bydliště Vás a Vašeho blízkého z hlediska dostupnosti bydliště vzhledem k možnosti osobní péče? Zde . můžete označit více odpovědí.
 - bydlíme společně, takže to není problém
 - bydlíme společně, přesto je to problém
 - bydlíme odděleně, ale není to problém
 - bydlíme odděleně, je to problém

2. Považujete vnitřní vybavení Vašeho bydliště nebo bydliště Vašeho blízkého za problematické pro poskytování domácí péče?
 - ne, nejsou třeba žádné úpravy
 - ne, ale je třeba provést úpravy
 - ano, přestože nejsou třeba úpravy
 - ano, bude potřeba provést úpravy
 - nevím, nedovedu to posoudit

3. Jak hodnotíte své možnosti pro poskytování domácí péče z hlediska potřeby zaměstnání?
 - moje zaměstnání rozhodně představuje problém pro poskytování domácí péče
 - moje zaměstnání spíše představuje problém pro poskytování domácí péče
 - moje zaměstnání spíše není problémem pro poskytování domácí péče

 - moje zaměstnání rozhodně není problémem pro poskytování domácí péče
 - nevím, zatím jsem o tom neuvažoval/a

4. Považujete možnosti státní finanční podpory domácí péče za dostatečné vzhledem k Vaší situaci, životním nákladům a potřebám Vás a Vašeho blízkého?

rozhodně ano spíše ano spíše ne rozhodně ne nemohu posoudit

Prostor pro Vaše vyjádření:

-
5. Jaký přínos by pro Vás měla novinka loňského roku, dávka nemocenského pojištění, tzv. „Dlouhodobé ošetrovné“ (se souhlasem ošetrované osoby a zaměstnavatele lze na dobu až tří měsíců přerušit pracovní poměr a za částku odpovídající 60% vyměřovacího základu celodenně poskytovat potřebnou ošetrovatelskou péči doma)? Ohodnořte, prosím, známkou na stupnici od 1 do 5, jako ve škole.

1 2 3 4 5

Prostor pro Vaše vyjádření:

.....

6. Léčebna nabízí možnost naučit se praktické dovednosti přímo od pracovníků. Považujete tuto nabídku za přínosnou (využitelnou, nápomocnou) pro poskytování domácí péče svému blízkému?

určitě ano spíše ano spíše ne určitě ne nevím

Prostor pro Vaše vyjádření:

.....

7. Které sociální služby považujete ve Vaší situaci za využitelné pro zajištění péče o Vašeho blízkého? Zde můžete označit více odpovědí.

- neplánuji (nepotřebuji) využívat žádné služby
 poradenské služby
 terénní služby (pečovatelská služba, osobní asistence, domácí zdravotní péče)
 ambulantní služby (denní stacionář)
 pobytové služby (zde pouze odlehčovací služby pro seniory s pobytem mimo domov až na tři měsíce)
 žádnou z těchto služeb

8. Jak závažný problém pro Vás představují níže uvedené stavy, které mohou s poskytnutím DP souviset?

Přiřaďte k variantám známku jako ve škole na stupnici od 1 do 5. Stupeň 1 je bez rizika, stupeň 5 je riziko nejvyšší. Můžete doplnit další varianty stavů.

Omezení možnosti zaměstnání	
Nezvládnutí potřebné erudované péče	

Pokračování na další straně

Časová náročnost poskytované péče	
Potřeba přestěhovat blízkého do svého bydliště	
Nezvládnutí psychické zátěže	
Nezvládnutí fyzické zátěže	
Nezvládnutí zdravotních úkonů (podání léčiv, aplikace inzulínu, převazy ran, apod.)	
Zanedbávání potřeb vlastní rodiny	
Nutnost přestěhovat se v případě poskytování péče v bydlišti pečovaného s nutností po tu dobu se k němu přestěhovat	
Finanční náročnost	
Omezení osobního života	
Omezení možnosti pomáhat s péčí	

9. O kterých kritériích si myslíte, že je možné je z Vaší strany zvládnout nebo zajistit s pomocí terénní služby? Označte u každého kritéria variantu podle vlastní situace.

Zde můžete doplnit další kritéria. Vámi vybrané odpovědi označte **X**

	Osobně	Služby	Osobně + služby	Nevím	Nelze
Osobní přítomnost alespoň jednoho člena rodiny (pečovatele) nepřetržitě 4 - 24 hodin denně u pečované osoby					
Poskytování pomoci při osobní hygieně, toaletě					
Příprava a podávání stravy, tekutin					
Pomoc při přemísťování z místa na místo po bytě, venku					
Polohování v lůžku					
Podávání léčiv					
Aplikace injekcí, např. inzulínu					
Další zdravotní úkony, např. převazy					
Asistence při jednáních na úřadech					
Doprovody k lékařům					

10. Jak celkově hodnotíte své podmínky pro zajištění DP o svého blízkého?
Označte ikonou.



Prostor pro Vaše vyjádření:

.....

.....

11. Ve kterém jste věkovém pásmu? OK

- 18 – 60 let
- 61 let a více

Děkuji Vám za účast v dotazníkovém šetření.