

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Umírání a smrt z pohledu pečujících

Bakalářská práce

Autor:	Marie Klempířová
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
Forma studia:	Kombinovaná
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor:	Marie Klempířová
Studium:	U1768
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce ve veřejné správě
Název bakalářské práce:	Umírání a smrt z pohledu pečujících
Název bakalářské práce AJ:	Dying And Death From the Perspective Of the Carers

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá tématem umírání a smrti z pohledu pečujících. Teoretická část je zaměřena na základní pojmy jako je umírání, smrt. Následně se zabývá možnostmi podpory, kterých se dostává pečujícím ze strany zdravotních a sociálních služeb. Pro výzkumné šetření bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s pečujícími. Cílem bakalářské práce je zjistit informovanost pečujících o možnostech podpory při péči o klienty v terminální fázi onemocnění.

Parkes Colin Murray, Marilyn Relf a Ann Couldrick. Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 180 s. ISBN 978-8087029-23-7.
Truhlářová Zuzana, Levická Jana, Vosečková Alena, Mydlíková Eva. Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatelů. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 121 s. ISBN 978-80-7435-570-7
Ulrichová Monika. Různé tváře smrti - Vybrané kapitoly z thanatologie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009, 142 s. ISBN 978-80-7041-743-0

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.
Datum zadání závěrečné práce:	29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 31.3.2020

.....

Marie Klempířová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za ochotu, odborné vedení mé bakalářské práce, připomínky a cenné rady a hlavně čas, který mi poskytla při konzultacích k mé bakalářské práci.

Dále bych ráda poděkovala mé rodině za podporu, pomoc a pochopení při mém studiu a těm, kteří byli ochotni a přispěli mi svými zkušenostmi a příspěvky do mé praktické části.

Anotace

KLEMPÍŘOVÁ, Marie. *Umírání a smrt z pohledu pečujících*. Hradec Králové: Filozofická fakulta, Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové, 2020, 51 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá tématem umírání a smrti z pohledu pečujících. V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy - umírání, smrt, paliativní péče. Další část je zaměřena na domácí péči, následně se zabývá možnostmi podpory, kterých se dostává pečujícím ze strany zdravotních a sociálních služeb. Teoretická část je zakončena možností finanční podpory, která je rozdělena na finanční podporu zaměřenou na osobu pečovaného a na finanční podporu zaměřenou na osobu pečovatele.

V praktické části je použita kvalitativní výzkumná metoda formou polostrukturovaných rozhovorů s pečujícími. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit informovanost pečujících o možnostech podpory při péči o klienty v terminální fázi.

Klíčová slova: umírání, smrt, paliativní péče

Annotation

KLEMPÍŘOVÁ, Marie. *Dying And Death From the Perspective Of the Carers*. Hradec Králové: Faculty of arts Institute of Social Work. University of Hradec Králové, 2020, 51pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis deals with the topic of dying and death from the carers' perspective. The theoretical part explains the basic concepts of dying, death, palliative care. The next part is focused on home care, subsequently it deals with the possibilities of support that carers receive from health and social services. The theoretical part is concluded with the possibility of financial support which is divided into financial support focused on the person who is being looked after and financial support aimed at the carer.

In the practical part, the qualitative research method is used in the form of semi-structured interviews with carers. The main aim of this thesis is to find out the carers's awareness regarding the possibilities of support during the care after the clients who are in the terminal phase.

Keywords: dying, death, palliative care

Obsah

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Umírání a smrt.....	11
1.1 Pojem umírání.....	11
1.1.1 Tři různá časově odlišná období umírání	11
1.1.2 Fáze umírání dle Elizabet Kübler-Rossově	11
1.2 Paliativní péče.....	14
1.3 Okruhy potřeb těžce nemocného	16
1.3.1 Biologické potřeby	16
1.3.2 Potřeby psychologické.....	17
1.3.3 Sociální potřeby	17
1.3.4 Spirituální (duchovní) potřeby.....	17
1.4 Smrt.....	17
2 Péče o klienty v terminální fázi onemocnění.....	19
2.1 Institucionální péče	19
2.1.1 Hospicová péče.....	19
2.1.2 Formy hospicové péče	19
2.2 Domácí péče – neformální	20
2.2.1 Předpoklady pro péči o nemocného v domácím prostředí	21
2.2.2 Překážky v péči o nemocného v domácím prostředí	21
3 Podpora péče zdravotních a sociálních služeb	23
3.1 Podpora péče zdravotních služeb.....	23
3.2 Podpora péče sociálních služeb	24
3.2.1 Odlehčovací služba.....	24

3.2.2	Stacionáře denní nebo týdenní.....	24
4	Finanční podpora péče	25
4.1	Finanční podpora zaměřená na osobu pečovatele.....	25
4.2	Finanční podpora zaměřená na osobu pečovaného.....	25
4.2.1	Příspěvek na péči	25
1.	Příspěvek na bydlení.....	27
2.	Dávky hmotné nouze	27
3.	Dávky pro osoby se zdravotním postižením.....	28
5	Shrnutí teoretické části	31
	Metodická část	32
6	Výzkumné šetření	32
6.1	Formulace a cíl výzkumných otázek.....	32
6.2	Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek.....	33
6.3	Výzkumná strategie	34
6.4	Etická rizika	34
6.5	Organizace výzkumného šetření.....	35
6.6	Analýza získaných dat	36
6.6.1	DVO1	36
6.6.2	DVO 2	39
6.6.3	DVO 3	42
7	Shrnutí HVO	45
	Závěr	47
	Seznam použitých zdrojů	50
	Seznam tabulek	52
	Seznam příloh.....	53

Příloha I: Informovaný souhlas s rozhovorem pro informanta	53
---	-----------

Úvod

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala z několika důvodů, ale ten největší a hlavní důvod, proč jsem si vybrala toto téma, je má vlastní zkušenost s péčí o rodinného příslušníka v domácím prostředí. Moje mamka se rozhodla pečovat doma o svou maminku (mou babičku), která nikdy za svého života nebyla v nemocnici a toto prostředí ji ke stáří vždy působilo velké trauma. Bohužel ne všichni senioři mají takové rodinné vztahy, nebo štěstí, aby mohli své poslední dny strávit v kruhu rodinném, obklopeni lidmi, kteří jim do poslední chvíle dávají lásku a péči. Právě tato má zkušenost, kdy jsme si jako rodina museli zjišťovat, co tato péče bude obnášet, jestli máme nárok na nějakou zdravotní pomůcku, zda má babička nárok na nějaký příspěvek, mě přiměla napsat na toto téma bakalářskou práci. Toto vše, čím jsme si sami museli projít, mě vedlo k zamyšlení, jak byli informováni ostatní pečující, zda se jim vůbec nějakých informací dostalo. Jelikož žiji na vesnici, svou práci jsem zaměřila na pečující, kteří žijí na vesnicích a starají se doma o pacienty v terminální fázi onemocnění.

Teoretická část vychází z odborné literatury, a to hlavně z publikací od české biologky, filosofky a profesorky lékařské etiky prof. RNDr. PhDr. Heleny Haškovcové, Csc. a z publikací české lékařky, spisovatelky, publicistky a hlavně zakladatelky hospicového hnutí MUDr. Marie Svatošové. Ovšem jako nejvýznamnější publikací, která mou práci výrazně ovlivnila patří bezesporu kniha *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů* od Mgr. Zuzany Truhlářové, Ph.D., prof. PhDr. Jany Levické, Ph.D., doc. MUDr. Aleny Vosečkové, Csc. a doc. PhDr. Evi Mydlíkové, PhD.

Teoretická část byla rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola byla zaměřena na pojmy, jako je umírání, smrt a paliativní péče. Druhá kapitola byla věnována domácí péči, jaké jsou předpoklady a překážky v péči o nemocného v domácím prostředí. Třetí kapitola byla věnována možnostem podpory péče zdravotních a sociálních služeb. Teoretická část byla zakončena čtvrtou kapitolou, která byla věnována státní finanční podpoře.

V praktické části byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaného rozhovoru. Tento rozhovor byl prováděn s rodinnými příslušníky, kteří pečují o seniora v terminální fázi onemocnění v jejich domácím prostředí. Hlavním cílem bylo zjistit, jak byli pečující o klientech v terminální fázi onemocnění informováni o možnostech služeb zdravotních, sociálních a státní finanční podpory, které jsou pro ně a

pečovaného k dispozici? Tato hlavní otázka byla přetransformována do tří dílčích výzkumných otázek.

Teoretická část

Tato kapitola obsahuje vysvětlení pojmu umírání, smrt, paliativní péče.

1 Umírání a smrt

1.1 Pojem umírání

Pokud hovoříme o umírání, jedná se o jednu z konečných fází lidského života, která je u každého jiná, hovoříme o procesu, který může mít různě dlouhý časový interval a také různý průběh, ovšem na konci čeká na každého smrt. Odborníci proces umírání rozdělují na tři různá časově odlišná období – pre finem, in finem a post finem.

1.1.1 Tři různá časově odlišná období umírání

- První období - pre finem – toto období je začátek zjištění, že se jedná o vážnou nemoc, která je neslučitelná se životem, zjištění diagnózy. Pacientovi je v tomto období poskytována kurativní, také paliativní péče, na základě kterých může docházet k zmírnění symptomů. (Vosečková a další, 2015)
- Druhé období – in finem – hovoří se tom, že v tomto období má pacient postupně méně sil jak fyzických, tak psychických. V tomto období se umírající více soustředí na to, co prožívá na sebe sám. Přestává mít zájem o okolní svět, postupně ztrácí zájem o tisk, knihy, přichází nezájem o jakékoli návštěvy. Začíná se obklopovat a chtít u sebe pouze své nejbližší, svou rodinu. (Vosečková a další, 2015)
- Třetí období – post finem – jedná se o období po smrti člověka. Charakterizuje se péčí o mrtvé tělo a veškeré služby, které s tím souvisejí. Zároveň péčí o pozůstalé, aby lépe zvládali své psychické strádání, protože pro samotnou rodinu je toto časově velmi náročné. (Vosečková a další, 2015)

1.1.2 Fáze umírání dle Elizabet Kübler-Rossově

Na základě svých dlouholetých zkušeností popisuje Elizabet Kübler-Rossová, že velmi záleží na postoji lékaře, na tom, jak pacientovi sdělí závažnou diagnózu, zda je pacient ochoten a připraven postavit se tváří v tvář kruté realitě. Toto vše má vliv, jak pacient prožívá jednotlivé emocionální fáze, střídá se zde šok, zloba, smlouvání, smutek a smíření.

- **První stadium – popírání a izolace** – v tomto období většina pacientů reagovala na zprávu o svém zdravotním stavu a o vyřčené diagnóze slovy: „*Ne, to se určitě netýká mě, to není možné.*“ (Kübler-Rossová, 1992, str. 37). Pacienti odmítají přijmout vyřčenou diagnózu a raději přizívají svou naději, že tato diagnóza je špatná, že se vůbec netýká jich, že muselo dojít k omylu. Na základě svého výzkumu popisuje Elizabet Kübler-Rossová, že k odmítání dochází jak u pacientů, které jejich lékař otevřeně informoval již na začátku zjištěné diagnózy, tak u pacientů, kterým jejich diagnóza sdělena nebyla. Popírání probíhá nejen v první fázi nemoci, ale občas také ve fázích pozdějších. Jak popírání reality, tak odmítání je jakýsi obranný mechanismus, který tlumí účinky z nenadálé šokující zprávy. Tento obranný mechanismus umožňuje pacientovi postupně zmobilizovat jiné obranyschopné mechanismy. (Kübler-Rossová, 1992)
- **Druhé stadium – zlost** – Pokud první reakce pacienta byla: „*Ne, to se určitě netýká mě, to není možné,*“ tak další reakce, která přichází, při uvědomění si kruté reality, která nastoupila v plné tíži je: „*Ale ano, jsem to já to nebyl žádný omyl.*“ (Kübler-Rossová, 1992, str. 45) Nyní nastupují pocity vzteku, zlosti, závisti a rozmrzelosti, pacient si uvědomuje, že nedokončí, co započal, věci, které dělal běžně, již dělat nemůže. Bohužel v tomto období je velmi těžké, pro nejbližší rodinu a zdravotnický personál tolerovat stádia zlosti, který si vybíjí na komkoliv, kdo se mu namane. Pacient je rozmrzelý, vše, co se udělá, je špatně, stěžuje si na malé soukromí, poté zas na nezájem. Své příbuzné, kteří přijdou na návštěvu, přijímá neradostně, rozmrzele. Pokud pacienta jeho okolí pochopí, respektuje, věnuje se mu, jeho hlas se pomalu ztiší a zmírní svou zlobu. (Kübler-Rossová, 1992)
- **Třetí stadium – smlouvání** – Po předchozích fázích, kdy si pacient nechtěl připustit, že on je ten, kdo trpí nemocí, přes zlost, která se v něm nahromadila, přichází fáze smlouvání. Jedná se o fázi, kterou častou používají děti, pokud něčeho chtějí dosáhnout. V této fázi pacienti často vnitřně uzavírají dohody například s Bohem, výměnou za své poslední nesplněné přání. (Kübler-Rossová, 1992)
- **Čtvrté stadium – deprese** – V této fázi si pacient uvědomuje a připouští svou nemoc, kterou si doposud nechtěl přiznat. Nemoc se postupně horší a nemocnému postupně ubývají síly, už ji nemůže brát na lehkou váhu. Po odmítání, zlosti

a smlouvání pociťuje obrovskou ztrátu. S touto léčbou je spjatá také finanční stránka, nákladné léčení mnohdy donutilo prodat veškerý majetek, vyčerpat finanční rezervy, či úspory dětí na studia. S dlouhodobou nemocí, častými absencemi v práci nemocný přichází o své pracovní místo i kariéru a společenské postavení. O to horší je, pokud se jedná o matku samoživitelku, která byla jediným zdrojem rodiny a děti nedokáže jinak zabezpečit a k tomu všemu přibývá pocit smutku a viny. Další úkol, který před sebou má nevyhléditelně nemocný, je se postupně vyrovnávat s odchodem z tohoto světa. Jedná se o dva druhy depresí, o depresi reakční a o depresi přípravnou. Tyto deprese popisuje Elizabet Kübler-Rossová jako deprese, které mají odlišné povahy, proto je potřeba k nim také tak přistupovat.

- o **Reakční deprese** – jedná se o takovou depresi, která poukazuje na strach z budoucna, pocit viny, někdy i stud. Je potřeba snažit se zmírnit toto utrpení nalezením jiných předností, někdy stačí spolupráce s rodinou, dohoda o přerozdělení chodu domácnosti, vyřešit, co bude dál, až pacient umře. Tato deprese ve většině případech rychle pomine, jakmile je pacient přesvědčen, že o záležitosti, které ho tížily, je postaráno.
- o **Přípravná deprese** – jedná se především o depresi ze ztrát hrozících a očekávaných. Zatímco v reakční depresi má pacient potřebu o všem hovořit, přípravná deprese je většinou tichá, zde není potřeba slov. V této fázi je daleko důležitější sdílení pacientových pocitů, zde postačí pouhý dotek či pohlazení, nebo pouhá přítomnost beze slov, dát mu tímto na vědomí, že jsme s ním, že v nás má oporu, že není sám. (Kübler-Rossová, 1992)
- **Páté stadium – akceptace** – Jedná se o poslední z pěti fází umírání dle Elizabet Kübler-Rossové. Pokud hovoříme o pacientovi, který si po celou dobu procházel jednotlivými stádii a měl dostatek času si vše srovnat, byla mu poskytnuta pomoc při překonávání jednotlivých stádií, tak v této fázi se v pacientovi již neprobouzí hněv, nebo deprese, již nepociťuje zlost na svůj osud. Toto je způsobeno, že v období, které překonal, měl prostor pro vyjádření svých emocí a tomu, co v té chvíli cítí, jako například závist vůči zdravým lidem, to, že mohou dále žít a neumřou tak jako on (nemocní), nebo brzy. Velký vliv také na to má, že pacient je již dost unavený a velmi

zesláblý a většinu času tráví spánkem. V této fázi spánek nepoužívá jako únik před bolestí či nepohodlím nebo dokonce před realitou, jako tomu bylo například v období deprese. Když pacient dosáhne jakéhosi vnitřního pokoje nebo smíření, dochází k zúžení okruhu jeho zájmů. Vyžaduje samotu, návštěvy přijímá jen na velmi krátkou dobu a zpravidla nemá zájem si povídat, zde začíná převládat neverbální komunikace. Pacient vyžaduje například jen dotek, nebo uchopení ruky a aby s ním blízcí mlčky chvíli pobyli a sdíleli jeho čas. Tento dotek, či uchopení ruky je jak pro pacienta, tak pro návštěvu gesto, které nahradí všechna slova, blízkost rodinného příslušníka je pro pacienta jistotou, že na svou nemoc není sám a je to opět ujištění, že s ním bude až do jeho posledních chvil. Na druhé straně ovšem jsou také pacienti, kteří si svůj stav nechtějí připustit, vzpírají se a neustále věří, že se uzdraví, tito pacienti ovšem potom nemohou dospět do stádia akceptace. Musí nastat den, kdy oni sami uznají, že již více nemohou dál a tím jejich dosavadní boj skončí. Čím zarputileji si trvají na svém, že se vyléčí a uniknou smrti, tím je pro ně obtížnější dosáhnout stádia smíření důstojně a pokojně. Rodina většinou tyto jedince považuje za silné a houževnaté a v tomto jejich boji o jejich život je podporují až do konce, čímž si neuvědomují, že mu tím dávají najevo, že pokud by se smířil s koncem, je pro ně zbabělec, který kapituloval a zradil tím svou rodinu. (Kübler-Rossová, 1992)

Pokud umírá někdo blízký, objevují se v různých podobách dva emoční problémy – strach a zármutek. Strach je považován za normální lidskou reakci na nebezpečí, o zármutku se hovoří jako o přirozené reakci na ztrátu, ať už se jedná o lidi, nebo třeba o naději. Oba tyto emoční problémy, strach a zármutek je potřeba přijmout a pochopit. Pokud nás strach přiměje, aby naše pozornost byla věnována možnému nebezpečí, pomáhá nám tím se na toto nebezpečí připravit. (Parkes a další, 2007)

1.2 Paliativní péče

Pojem paliativní péče pochází z latinského pallium, což v překladu znamená maska, zakrytí pláštěm, nebo také pokrytí. V tomto původu nalézáme pravou podstatu paliativní péče, kdy cílem je skrýt, zamaskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty pacienty, kterým nebylo pomoheno kurativní léčbou. Do paliativní péče patří také zahrnutí i použití patřičných paliativních intervencí, které mohou chorobu ovlivňovat jako například

postupy chirurgické, radioterapeutické, nebo chemoterapeutické. Hlavní cíl všech těchto zákroků je rehabilitovat nemocného a dle možností docílit nejlepší kvality jeho života. (Munzarová, 2005)

Máme několik definic paliativní péče, pokud ovšem spojíme slova paliativní v kombinaci s péčí, znamená, že cílem je nabídnout nemocnému plášť či ochranu v jeho nepříznivé situaci hrozícího vlastního zániku. Dle Světové zdravotnické organizace, je pak *„...paliativní medicína léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“* (Haškovcová, 2007, str.37)

O paliativní péči hovoříme jako o cílevědomé ucelené kvalifikované podpoře lidí se závažným, nebo životu ohrožujícím onemocněním, které je neléčitelné a život zkracující. Péče spočívá v úplnosti podpory v oblasti obtíží tělesných, duševních, sociálních i spirituálních.

- **Tělesné obtíže:** jako například bolest, dušnost, nechutenství, slabost, chronické rány
- **Psychické obtíže:** jsou například úzkostlivé stavy, deprese, osamělost
- **Sociální obtíže:** jedná se o zabezpečení rodiny, vtahy v samotné rodině, příspěvky na péči, ale také například poslední vůle
- **Spirituální obtíže:** život a smysl života, smíření, komunikace s duchovním

Zásadou paliativní medicíny je zmírnit utrpení, uchovat úctu k životu, posílit smysl, naději a být v úzkém kontaktu s nejbližšími, pokud je toto přání umírajícího. Laická veřejnost, ale také odborná, totiž sdílí názor, že umírající, by v jeho posledních chvílích neměl být sám, že je žádoucí ho v jeho posledních chvílích doprovázet a neopustit. Na druhé straně bychom ovšem měli akceptovat přání umírajícího a pokud si v takové intimní chvíli, jako je samotná smrt, přeje nerušené soukromí, tak mu toto jeho přání vyplnit. (Špatenková, 2014)

„Světová zdravotnická organizace podporuje paliativní medicínu a konstatuje, že paliativní péče:

- *podporuje život a považuje umírání za normální proces*
- *ani neurychluje, ani neoddaluje smrt,*
- *poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů,*

- *začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty,*
- *vytváří podpůrný systém, který pomáhá pacientům žít co nejaktivnější život až do smrti,*
- *vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině vyrovnat se s pacientovou nemocí a zármutkem po jeho smrti.” (Haškovcová, 2000, str.35)*

1.3 Okruhy potřeb těžce nemocného

Svatošová uvádí, že do té doby, dokud si to každý sám neprožije, asi jen těžko si uvědomí, co vše nemocný ztrácí. Počínaje postavením, soukromím, prací, životním rytmem, zvyklostmi, volností i třeba pohybem zájmy, koníčky anebo třeba aktivitami Naopak mu přibýly bolesti, slabosti, obavy, nepříjemná vyšetření a možná i mnoho dalšího převážně nepříjemného. Z tohoto důvodu má nemocný právo reagovat na svou situaci agresí, úzkostí, depresemi, zmateností. Okolí, které na tento stav není připraveno, reaguje na jeho projevy negativně, což jeho agresivitu ještě stupňuje, vzniká tím jakýsi bludný kruh, který v dané situaci nikom u neprospívá. Pokud je ovšem jeho okolí dobře připraveno, zvládá danou situaci mnohem lépe, může nemocnému pomoci a v jeho situaci být také podporou. Mezi základní potřeby těžce nemocného přiřazujeme čtyři okruhy potřeb – biologické, psychologické, sociální a spirituální. Z praktického hlediska je toto velmi užitečné, lépe si uvědomíme, co může pro nemocného udělat lékař a co můžeme udělat my, nebo co pro sebe s naší pomocí může udělat pacient sám. On sám si díky tomu může svůj úděl usnadnit, nebo naopak velmi ztížit. Priorita jednotlivých potřeb se v průběhu nemoci může měnit.

1.3.1 Biologické potřeby

Sem spadá vše, co potřebuje nemocné tělo. Potřebuje zajistit příjem potravy, dále příjem tekutin, jelikož pacienti mají velký pocit žízně. Intimní a přirozenou potřebou je také vylučování, při kterém by pacientovi mělo být zabezpečeno pohodlí, čistota a intimní prostředí. Pacienti často velmi špatně snášejí a jsou citliví na svou inkontinenci, pocit nemohoucnosti a své neschopnosti. O biologické potřeby včetně tišení bolesti je často velmi dobře a odborně postaráno v nemocnici, ale tomu také nemusí být vždycky. Příkladem může být nerušený spánek, tyto podmínky může mít pacient daleko lepší doma.

1.3.2 Potřeby psychologické

Sem patří zejména potřeba respektování lidské důstojnosti, a to zcela nezávisle na tělesném stavu pacienta. Každý člověk je jedinečná bytost, která má vlastní a neopakovatelné poslání, jako takového je potřeba ho respektovat a chápat zejména v tomto období, kdy svůj úkol dokončuje. Nemocný má potřebu s okolím komunikovat, zde často zapomínáme, že než slova, za nás hovoří naše mimika, gesta, oblečení, oči a mimoslovní komunikace. I v tomto období je důležité nemocnému nelhat, neříkat nic, co by nešlo vzít zpět, nemocný by k takovému člověku ztratil důvěru, kterou tak nutně potřebuje. Pokud ho takto zklame lékař, je to smutné, ale daleko více ho zasáhne, zklame-li ho například manželka, která mu slibovala lásku, úctu. Dále je potřeba říkat jen tolik a tehdy, kdy to vyžaduje sám pacient.

1.3.3 Sociální potřeby

Jelikož je člověk společenská bytost, potřebuje k životu návštěvy, zejména z řad rodinných příslušníků a přátel, je ovšem zapotřebí respektovat přání nemocného, s kým se chce vídat a koho chce přijímat jako návštěvu. Většinou je nejsilnější pouto s rodinou.

1.3.4 Spirituální (duchovní) potřeby

Donedávna tato potřeba byla tabu. Nemůžeme se proto divit, že mnoho lidí včetně zdravotního personálu si myslí, že se jedná o uspokojování věřících potřeb. Dle Svatošové je to spíše naopak, věřící lidé často vědí, co mají dělat a dovedou se zařídit. Problém nastává u lidí, kteří nyní začínají balancovat nad otázkami o smyslu vlastního života. Potřebuje odpuštění a sám má také potřebu odpouštět. Každý potřebuje vědět, že jeho bytí mělo a má smysl až do poslední chvíle. (Svatošová, 1995)

1.4 Smrt

S životem byla dána do vínku také smrt. Smrt je součástí našeho života a nikdo z nás se jí bohužel nevyhne. Není lidského života bez smrti. Záleží ovšem na každém z nás, jak bude smrt vnímat, jestli o ní bude moci otevřeně hovořit, nebo se jakýmkoliv tématům o smrti bude vyhýbat a dělat, jako že se ho smrt netýká. V dnešní době společnost téma smrt raději vytěšňuje a nehovoří o ní jako o součásti života, jelikož pro společnost smrt znamená ohrožení života. (Minibergrová a další, 2006)

Toto vytěsnění smrti nám umožnilo její přesun z rodin a přirozeného sociálního prostředí do neosobních institucí: nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných, hospiců, domovů pro seniory. Dřívější model umírání v domácím, rodinném prostředí, kde umírajícího doprovázela na jeho poslední cestě celá rodina, byl nahrazen modelem institucionálním, kde o smrt je postaráno profesionálně. Smrt již nevnímáme jako přirozenou a nevyhnutelnou součást života, ale jakýmsi neúspěchem medicíny. (Špatenková, 2014)

Dle Ulrichové jsou různé možnosti, jak se vyrovnat s faktem, že život je zakončen smrtí. Tento konec lidského žití, kterému říkáme smrt, lze mytologizovat představou dalšího života. Jedná se o nejvíce častou a nejstarší formu lidského úsilí, jak se vyrovnat s koncem života. Dalším způsobem, jak můžeme obejít myšlenku na smrt, že vytěsníme, nebo zaženeme nechtěné představy od sebe. Anebo si smrt připustit a pohlédnout ji tak říkajíc z očí do očí a tímto uvědoměním si zařídit zbytek svého života. (Ulrichová, 2009)

Smrt můžeme definovat pouze popisem určitých z vnějšku pozorovatelných projevů. Snaha psychologů, filozofů, sociologů o vymezení smrti v sobě odráží určitý úhel pohledu a názorů na smrt. Z lékařského hlediska byla do poloviny 20. století za smrt považována porucha dvou základních funkcí: zástava srdce a dýchání. S příchodem resuscitace a přístrojů na umělé dýchání se tato definice stala zcela nevyhovující. V současné době se za základní funkci života považují funkce mozkové, smrt je prokázána nevratnou zástavou krevního oběhu a nevratnou ztrátou funkce celého mozku – jedná se o smrt biologickou. Velká pozornost je věnována tzv. psychosociální smrti. Při intenzivním prožívání beznaděje a zoufalství, kdy dochází k psychické rezignaci, se hovoří o psychické smrti. Pokud u člověka dojde k vyvázání z důležitých sociálních vztahů a k izolaci od společnosti, což může nastat také u zcela zdravého jedince, hovoří se o sociální smrti. Společnost nechce o smrti vůbec přemýšlet a bohužel ani o ní otevřeně hovořit. Nekonečně vzdálená je pro člověka samotná myšlenka na svou vlastní smrt. Toto ještě více umocňuje pověra, či mýtus „mluvit o smrti znamená smrt“. V dnešní době člověk o smrti uvažuje tehdy, pokud je sám smrtelně nemocný, nebo mu umírá někdo z jeho blízkých. Dříve byla brána smrt jako přirozená součást života, nyní je brána jako diagnóza, nebo zdravotnický problém. (Vosečková a další, 2015)

2 Péče o klienty v terminální fázi onemocnění

Dnešní doba nám nabízí dva základní modely v péči o nemocné a umírající pacienty, jedná se o model v domácím prostředí, kde většinu péče na sebe přebírá rodina či pečující a o model institucionální, kdy tuto péči na sebe přebírají sociální ústavy, nebo nemocnice.

2.1 Institucionální péče

Angažovanost a zapojení rodin do péče o umírajícího člena rodiny se velmi změnila. V dřívějších dobách bylo zcela běžné, že se v rodině pečovalo o členy, kteří z nějakého důvodu nemohli či ztratili schopnost se sami o sebe postarat. Tak jako bylo běžné, že umírající své poslední dny trávil nejen v domácím prostředí, ale obklopen svými nejbližšími. Během historického vývoje rodiny byla tato její funkce a zodpovědnost o nemocné a umírající postupně přenesena na zdravotnická zařízení. Úkolem institucionální péče by mělo být pomoci a pečovat o nemocné, nebo o lidi se sníženou soběstačností, kteří nemohou z jakéhokoli důvodu již více setrvat ve svém přirozeném domácím prostředí. Na tento úkol se zaměřují pobytové sociální služby, jako například domovy pro seniory, nebo zdravotní služby, kam patří léčebny pro dlouhodobě nemocné, hospice. (Vosečková a další, 2015)

2.1.1 Hospicová péče

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje:

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- *v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,*
- *v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“* (Svatošová, 1995, str.111)

2.1.2 Formy hospicové péče

- **Domácí hospicová péče** (mobilní hospic) – tato péče umožní návrat nemocného do rodiny, kterou pravidelně navštěvuje tým složený z lékaře, sester, sociálního pracovníka, dle potřeb je do týmu zapojen také psycholog, nebo duchovní. Tým úzce spolupracuje s praktickým lékařem. (Sláma, 2004 In Vosečková, 2015)
- **Stacionární hospicová péče (denní pobyty)** – smyslem stacionární péče je oddálení hospitalizace a tím také umožnění nemocnému pobývat v domácím prostředí. Tato

péče bývá omezena a je poskytována na několik hodin, většinou na jeden den. Z důvodu dopravy nemocného do stacionáře je tato forma vhodná pro pacienty z blízkého okolí, nebo v místě. V některých fázích je tento způsob péče nejvhodnější:

- o Diagnostický důvod – pokud pacient trpí bolestmi, které se nepodařilo zvládnout v domácí péči, je potřeba lepší kontroly.
 - o Léčebný důvod – například chemoterapie.
 - o Psychoterapeutický důvod – pokud rodina není schopna otevřeně komunikovat s pacientem, nejsou schopni hovořit o pocitech, které jsou na obou stranách.
 - o Azylový důvod – jedná se o důvod, kdy rodina potřebuje například něco zařídit, ale také si odpočinout. (Kupka, 2011)
- **Lůžková hospicová péče** – pokud z nějakého důvodu nemůže být poskytovaná péče stacionární, je potřeba lůžkové péče. Zde je důraz kladen na kvalitu života a individuální zvyky a přání pacientů. Je zde poskytnuta umírajícímu maximální možná míra fyzického, ale také psychického komfortu a dále režim podobný domácímu. Bohužel se často jedná o mylnou představu, že pacient, který je přijat na hospicové lůžko, tam také zemře, třetina hospitalizovaných se po úpravě léčby a při zlepšení zdravotního stavu vrací do domácí péče. (Marková, 2010)

2.2 Domácí péče – neformální

Domácí péče - tento pojem označuje neformální péči, která je poskytovaná, jak z názvu vyplývá, laickým pečovatelem. Laický pečovatel je ve většině případech člen rodiny, také se může jednat o příbuzného, nebo o někoho z přátel, většinou žijících ve společné domácnosti s osobou, o kterou pečují. Tato osoba na sebe přebírá primární odpovědnost za každodenní péči, poskytuje péči tělesnou, emoční, sociální, ale také duchovní podporu. (Nováková, 2011)

I když je tato forma péče velmi náročná pro osobu nebo rodinu pečovatele, ukazuje se, že se jedná o jeden z nejvhodnějších modelů péče, která může být poskytnuta pečovanému. Jsou zde zahrnuty složky sociální, z části zdravotní, emocionální a pečovatelské péče, které jsou pro pečovaného důležité. Hlavně je tato péče poskytovaná v prostředí, ke kterému má nemocný vztah a umocňuje v něm pocit bezpečí. (Truhlářová a další, 2015)

2.2.1 Předpoklady pro péči o nemocného v domácím prostředí

Dle Novákové, aby se mohl člen rodiny, příbuzný, nebo přítel stát pečovatelem, je potřeba, aby byly splněny určité podmínky:

- Moci pečovat - u pečujícího je potřeba, aby byly splněny fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční podmínky.
- Chtít pečovat - pečovatel musí disponovat dobrou vůlí, snažit se vyhledávat nové možnosti a řešení v dané situaci a hlavní podmínkou je chtít pečovat.
- Umět pečovat - zde je hlavním předpokladem vědět, jak nemocnému pomoci. (Nováková, 2011)

Jakákoliv péče o nemocného člověka s sebou přináší také spoustu změn počínaje vyplněním volného času nemocného, aktivizací přes převzetí jeho úkolů v domácnosti, pomoc s osobní péčí, s dopravou až po celkovou ošetrovatelskou péči. Pečovatel na sebe často přebírá sociální roli, kterou doposud zastával nemocný, o kterého pečuje. (Nováková, 2011)

Poskytovatelé neformální péče jsou velmi často nedocenění. Jejich celodenní péče o nemocného na ně může mít různé důsledky, jako například sociální vyloučení, ztrátu statusu na trhu práce, vztahové problémy v rodině, dále to mohou být ekonomické omezení příjmu, psychologické dopady působení každodenního stresu, pocity bezmoci a beznaděje, mohou prožívat existenční krizi, samotu. Dlouhodobá vysoce intenzivní péče může mít také negativní dopad na psychiku a na fyzické zdraví, zejména pokud se jedná o přenášení, zvedání imobilního pacienta. Bohužel ani návrat do běžného života pro ně není nijak jednoduchý, pokud se jednalo o dlouhodobou péči, většinou tyto lidé přijdou o možnost vrátit se na své původní místo. (Truhlářová a další, 2015)

2.2.2 Překážky v péči o nemocného v domácím prostředí

Mlynářová uvádí, že existují překážky, které neumožňují, nebo brání v péči o nemocné v domácím prostředí:

- Nevyhovující bydlení – většina dnešních rodin žije samostatně, většinou v malých bytech, kde by docházelo ke vzájemné ztrátě soukromí.

- Zaměstnanost střední generace – rodiny jsou závislé na dvou příjmech, při pokrytí domácích výdajů péči o děti si tak nemohou dovolit opustit zaměstnání.
- Povinnost vůči vlastní rodině – v dnešní době, kdy se mateřství neustále odsouvá do pozdějšího věku, většinou nelze skloubit péče o vlastní děti a nemocného.
- Vzdálenost rodin – jednotlivý příbuzní často bydlí ve velké dálce a odpadá tak možnost pomoci o nemocného.
- Únava vyčerpání rodinných příslušníků při péči o nemocného. (Mlynářová, 2011 In Truhlářová, 2015)

Rozhodnutím starat se o nemocného v domácí péči na sebe rodina přebírá nelehký úkol a závazek, proto by měla zvážit řadu otázek. Michalík uvádí tři nejpodstatnější otázky, které by si měla rodina, nebo ten, kdo chce o nemocného pečovat, položit: jaká je očekávaná délka péče, jaká se očekává náročnost péče a za jakých podmínek bude péče poskytována. (Michalík, 2010 In Truhlářová, 2015)

Matoušek uvádí, čím omezenější je aktivita a soběstačnost člověka větší, tím větší pozornost musí být věnována na přípravu rodiny a na její podporu v pečování. Jestliže rodinný příslušník dlouhodobě pečuje o nemocného, bývá ohrožen syndromem vyhoření stejně jako tomu bývá u profesionálních pečovateli. (Matoušek, 2010)

3 Podpora péče zdravotních a sociálních služeb

Mezi poskytovanými službami dominují v péči o seniory především sociální a zdravotní služby, cílem těchto služeb je podpora zdraví, pohoda seniora, prevence nemocí, zajištění základních životních potřeb a celkově podpora seniorů, aby co nejdéle setrvali ve svém domácím prostředí. Při zhoršení zdravotního stavu, nebo soběstačnosti nastupuje pomoc ve formě zdravotních a sociálních služeb. Odpovědnost za dostupnost těchto služeb má stát, organizace a koordinace služeb je zajištěna na místní nebo regionální úrovni. (Jarošová, 2006)

3.1 Podpora péče zdravotních služeb

Do této podpory je potřeba zahrnout také kompenzační pomůcky, které pomáhají ke zlepšení kvality života pečovaného a také velmi usnadní péči o pečované. Kompenzační pomůcky je možné si vypůjčit, získat na základě předpisu od praktického lékaře, u některých pomůcek je potřeba, aby byly předepsány odborným lékařem, například ortopedem, neurologem.

Kompenzační pomůcky dělíme na:

- **Polohovací** (jedná se například o elektrická polohovací lůžka, opěrky zad, podhlavníky, hrazdy a pomůcky pro polohování).
- **Antidekubitní** (jedná se například o různé druhy matrací, různé druhy podložek a podložní kruh).
- **Toaletní** (jedná se například o nástavce na WC, toaletní židli, močovou lahev, podložní mísu).
- **Pro hygienu** (jedná se například o pojízdnou sprchovou židli, nafukovací vanu, madlo na vanu, sedačku do, nebo na vanu, sprchový WC vozík a další).
- **Lokomoční, které usnadňují pohyb** (jedná se například o francouzské hole a berle, chodítko, mechanický vozík, elektrický závěsný pojízdný zvedák).
- **Pro podporu dýchání** (jedná se například o pračku, nebo zvlhčovač vzduchu koncentrátor kyslíku, ultrazvukový koncentrátor).
- **Při inkontinenci** (jedná se například o fixační kalhotky, plenkové kalhotky, podložky absorpční, vložené pleny).

- **Jiné** (odsávačky, lineární dávkovač léků, přípravky k ošetření pokožky). (Umírání, 2020)

3.2 Podpora péče sociálních služeb

Sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a provádějící ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., k zákonu o sociálních službách. Mezi sociální služby, zabývající se a jejichž cíl je podpora pečujících osob, jsou:

3.2.1 Odlehčovací služba

Jedná se o pobytovou, nebo ambulantní službu, která je poskytována osobám se zdravotním postižením, nebo seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. O osoby zdravotním postižením, nebo seniory se primárně stará pečující osoba v jejich domácím prostředí. Cílem odlehčovací služby je pomoci a poskytnout pečovateli čas k odpočinku, nebo čas k řešení svých záležitostí. (Truhlářová a další, 2015)

3.2.2 Stacionáře denní nebo týdenní

V denních stacionářích jsou poskytovány ambulantní služby osobám se zdravotním postižením, nebo osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, nebo věku, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Cílem denního stacionáře je pomoci pečující rodině ve sdílené péči o pečovaného.

V týdenních stacionářích - tato služba je poskytována ve specializovaných zařízeních, je zde nabízena pomoc při zvládnutí běžných úkonů o vlastní osobu, jako například pomoc při osobní hygieně. Dále nabízí vzdělávací a aktivizační činnost, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (Truhlářová a další, 2015)

4 Finanční podpora péče

Poskytování neformální péče má většinou za důsledek přerušení zaměstnání než přechod na částečný úvazek. Tím se zvyšuje riziko chudoby z důvodu nižší mzdy, popřípadě přerušení kariéry, a to většinou u žen. Z tohoto důvodu poskytování neformální rodinné péče má za následek ekonomický dopad pro celou rodinu. Finanční nástroje sociální politiky státu mohou zmíněný dopad zmírnit. Dle zaměření můžeme tuto podporu finanční politiky rozdělit na dva typy, jedná se o finanční nástroje zaměřené na osobu pečovatele a o finanční nástroje zaměřené na osobu pečovaného. (Truhlářová a další, 2015)

4.1 Finanční podpora zaměřená na osobu pečovatele

Důchodové pojištění – Nárok na důchodové pojištění má pečující osoba, která pečuje o osobu, která je pro svůj nepříznivý zdravotní stav závislá na pomoci druhé osoby. Musí se jednat o mladší 10 let závislou na pomoci druhé osoby v I. stupni závislosti a o dobu osobní péče o osobu jakéhokoli věku, která je závislá na pomoci druhé osoby ve II., III. nebo IV. stupni závislosti.

Zdravotní pojištění – Od 1. 1. 2007 za osoby, které pečují, je zdravotní pojištění hrazeno státem, pokud se jedná o osobu závislou na pomoci jiné osoby ve stupni II. – IV. stupni závislosti ve věku do nebo nad 18 let.

Podporu v nezaměstnanosti – jako náhradní doba pro nárok na podporu v nezaměstnanosti je pečujícímu započítávána doba osobní péče o fyzickou osobu, která je závislá na pomoci jiné fyzické osoby ve II. – IV. stupni závislosti.

Pomoc v hmotné nouzi – pokud je pečující osoba příjemcem příspěvku na živobytí a v příslušném tiskopise je uvedena jako osoba pečujícího, nezkoumá se možnost zvýšit si příjem vlastní prací. Osoba pečující se musí starat o osobu ve II. - IV. stupni závislosti. (MPSV, 2020)

4.2 Finanční podpora zaměřená na osobu pečovaného

4.2.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, dále vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení

zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Nárok na příspěvek je určen osobám, starším jednoho roku, které potřebují pomoc jiné osoby z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu při zvládání základních životních potřeb. Jako dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav pro účely tohoto zákona, se rozumí zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb. V zákonu jsou vymezeny čtyři stupně závislosti, do jednotlivých stupňů jsou osoby zařazeny podle počtu potřeb, které není osoba z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu schopna zvládat. Při posuzování stupně závislosti se vychází ze schopnosti zvládat základní životní potřeby v těchto oblastech: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče domácnost (u osob do 18 let se nehodnotí péče o domácnost). (MPSV, 2020)

Stupně závislosti u osob starších 18 let:

- Stupeň I. (lehká závislost) - pokud osoba z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři ze základních životních potřeb.
- Stupeň II. (středně těžká závislost) - pokud osoba z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb.
- Stupeň III. (těžká závislost) - pokud osoba z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb.
- Stupeň IV. (úplná závislost) - pokud osoba z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb.

Od července 2019 výše příspěvku na péči pro osoby **starší 18 let** činí za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- jde-li o stupeň III (těžká závislost)
 - o 8 800 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu,
 - o 12 800 Kč v ostatních případech.
- jde-li o stupeň IV (úplná závislost),

- o 13 200 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48, 49, 50, 51, 52 nebo dětský domov anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu,
- o 19 200 Kč v ostatních případech.

Jedná se o dávku opakovanou nárokovou, která je vyplácena měsíčně.

Při nedostatečném příjmu může mít osoba, která je závislá na péči, nebo pečující osoba také nárok na dávky státní sociální podpory jako je například:

1. Příspěvek na bydlení

Pokud jsou příjmy nedostačující, může osoba závislá na péči požádat také o příspěvek na bydlení. Příspěvek na bydlení upravuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Příspěvek na bydlení je určen k pokrytí nákladů na bydlení rodinám, jednotlivcům s nízkými příjmy. Nárok na tento příspěvek má vlastník zkolaudovaného bytu, nebo nájemce, který je hlášen k trvalému pobytu. Při poskytování příspěvku je rozhodný příjem rodiny a náklady za bydlení za rozhodné období. Na příspěvek vzniká nárok v případech, že jsou splněny tyto dvě podmínky:

- jeho náklady na bydlení přesahují částku součinu rozhodného příjmu v rodině a koeficientu 0,30 a na území hlavního města Prahy koeficientu 0,35,
- součin rozhodného příjmu v rodině a koeficientu 0,30 a na území hlavního města Prahy koeficientu 0,35 není vyšší než částka normativních nákladů na bydlení. (MPSV, 2020)

2. Dávky hmotné nouze

Systém pomoci v hmotné nouzi upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů zákonem č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Jako osobu v hmotné nouzi považujeme osobu, či rodinu, u které jsou nedostačující příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry jsou takové, že neumožňují uspokojení základních potřeb na takové úrovni, které je přijatelné pro společnost. Zároveň tyto příjmy nemůže nijak zvýšit a vyřešit tak vlastním přičiněním svoji nelehkou situaci. Dávky vyplácené v systému jako pomoc v hmotné nouzi jsou příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc. (MPSV, 2020)

3. Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Pro osoby se zdravotním postižením jsou dávky upraveny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytnutí dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

Zákon upravuje příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz pro osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

- **Příspěvek na mobilitu** – dávka je určená pro osobu starší 1 roku, jedná se o opakující se nárokovou dávku, která kompenzuje náklady na zajištění nutné dopravy a je držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP, nebo ZTP/P. Jedná se o částku 550 Kč, která je vyplácena měsíčně.
- **Průkaz osoby se zdravotním postižením** – nárok na tento průkaz má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje schopnost pohyblivosti nebo orientace této osoby, a to včetně osob s poruchou autistického spektra. Vyhláškou č. 388/2011 Sb. je stanoveno, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení schopností pohyblivosti a orientace, dále v zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením jsou upraveny některé nároky držitele průkazu osoby se zdravotním postižením. Jedná se o tyto druhy průkazu:
 - o Průkaz se symbolem „TP“ – vlastní osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, a to včetně osob s poruchou autistického spektra.
 - o Průkaz se symbolem „ZTP“ - vlastní osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, a to včetně osob s poruchou autistického spektra.
 - o Průkaz se symbolem „ZTP/P“ - vlastní osoba se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, a to včetně osob s poruchou autistického spektra.
- **příspěvek na zvláštní pomůcku** – jedná se o vady, které musí být charakteru dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu a zdravotní stav nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku. Nepříznivým stavem se pro tyto účely považuje stav, který

na základě poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok. Nárok na tento příspěvek má osoba, která má:

- o těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, nebo
- o těžké sluchové postižení, anebo
- o těžké zrakové postižení.

Přiznání příspěvku závisí na jednotlivých podmínkách:

- o Osoba je **starší 3 let** (motorové vozidlo, úprava bytu), **15–let** (vodící pes), **1 roku** (všechny ostatní pomůcky).
- o Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsahu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím.
- o Osoba může zvláštní pomůcku využívat.
- o Zvláštní pomůcka nemůže být zdravotnickým prostředkem, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou.
- o Pokud je pomůckou motorové vozidlo, je také podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje.
- o Ve vyhlášce 388/2011Sb. je obsažen seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena. Příspěvek může být poskytnut na pomůcku, která ve vyhlášce není uvedena, a to pouze za podmínek, že ji krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která uvedena ve vyhlášce je.

Výše příspěvku na zvláštní pomůcku:

- o Pomůcka, jejíž cena je do 10 000 Kč – příspěvek je poskytnut osobě, které příjem (příjmy společně posuzovaných osob) je nižší než 8 násobek životního minima. Spoluúčast osoby je 10 % z ceny pomůcky a nejméně 1 000 Kč.
- o Pomůcka, jejíž cena je vyšší než 10 000 Kč – spoluúčast osoby je 10 % z ceny pomůcky, pokud osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti, krajská pobočka ÚP určí míru spoluúčasti nižší, nejméně však 1 000 Kč.

- o Příspěvek na motorové vozidlo – maximální výše na pořízení motorového vozidla činí 200 000 Kč a se zvyšujícím příjmem se snižuje, nejnižší příspěvek pak je 100 000 Kč.
- o Limit – maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku je 350 000 Kč a 400 000 Kč na pořízení plošiny. Celkový součet vyplacených příspěvků za 60 po sobě jdoucích měsíců nesmí přesáhnout částku 800 000 Kč a 850 000 Kč, pokud v této době byl poskytnut příspěvek na schodišťovou plošinu.

Pokud osoba, která žádala o příspěvek na zvláštní pomůcku, nesplnila jednu z podmínek, které jsou dané, je povinna poměrnou část peněz vrátit. (MPSV, 2020)

5 Shrnutí teoretické části

Teoretická část byla rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola byla zaměřena na pojmy jako je umírání, smrt a paliativní péče. Tato kapitola specifikovala jednotlivé pojmy, jako jsou například tři různá časově odlišná období umírání. Dále zde blíže specifikovala jednotlivé fáze umírání tak, jak je na základě svých dlouholetých zkušeností popisuje Elizabet Kübler-Rossová. Co je to paliativní péče, jaký je její cíl? Přes nespočet definic byla pro tuto bakalářskou práci vybrána definice dle Světové zdravotnické organizace, na kterou navázala specifikace potřeb těžce nemocného, kapitolu uzavírá pojem smrt.

Druhá kapitola byla věnována domácí péči, nejprve zde byla okrajově připomenuta možnost péče institucionální. Vzhledem ke zvolenému tématu a hlavnímu cíli, byla větší část věnována domácí péči – neformální. Co je potřeba si uvědomit a jaké podmínky musí splňovat ten, kdo se chce stát pečovatelem. Dále zde bylo poukázáno na překážky, se kterými se potýkají ti, kteří chtějí pečovat o klienty v terminální fázi v domácím prostředí.

Ve třetí kapitole byla představena možnost podpory péče zdravotních a sociálních služeb, byly zde připomenuty pomůcky, na které by se nemělo zapomínat, jelikož značně pomáhají a usnadňují pečujícím v péči o nemocné. Byla zde také zmíněna podpora pečujícím z oblasti sociálních služeb, které jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a provádějí ve vyhlášce 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách.

Teoretická část byla zakončena čtvrtou kapitolou, která byla věnována finanční podpoře. Tato finanční podpora byla rozdělena: na finanční podporu zaměřenou na osobu pečovatele a na finanční podporu zaměřenou na osobu pečovaného. Na základě studia literatury jsem si kladla otázku, jak jsou pečující o klienty v terminální fázi onemocnění informováni o možnostech pomoci v péči o tyto klienty a jak tyto možnosti využívají?

Metodická část

6 Výzkumné šetření

Tato praktická část navazuje na informace obsažené v teoretické části. Pro mou výzkumnou část byl použit kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Navazující kapitola se zabývá formulací a cílem výzkumných otázek, dále upřesňuje výzkumnou strategii, etická rizika a organizaci výzkumného šetření.

6.1 Formulace a cíl výzkumných otázek

Hlavním výzkumným cílem (HVO) mé bakalářské práce bylo zjistit informovanost pečujících o klienty v terminální fázi onemocnění o možnostech služeb zdravotních, sociálních a státní finanční podpory, které jsou pro ně a pečovaného k dispozici. Tato hlavní otázka byla přetransformována do tří dílčích výzkumných otázek (DVO).

Hlavní výzkumná otázka:

Zjistit, jak byli pečující o klienty v terminální fázi onemocnění informováni o možnostech služeb zdravotních, sociálních a státní finanční podpory, které jsou pro ně a pečovaného k dispozici?

DVO 1

Zjistit, co vše znamenalo pro Vaši rodinu rozhodnutí starat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí?

DVO 2

Zjistit, jaké se dostalo pečujícím informovanosti o samotné péči a možnostech pomoci pro klienta v terminální fázi onemocnění?

DVO 3

Zjistit, jaké se dostalo pečujícím informovanosti o možnostech finanční podpory pro pečující a pečované?

6.2 Transformace dílčích výzkumných cílů do tazatelských otázek

Dle Švaříčka a Šed'ové tvoří výzkumné otázky jádro všech výzkumných projektů. Tyto otázky musí najít odpověď na stanovené cíle a výzkumné projekty. Výzkumné otázky mají dvě základní funkce, za prvé pomáhají zaostřit výzkum na výsledky, které jsou v souladu se stanoveným cílem a za druhé ukazují cestu, jak vést výzkum. (Švaříček a další, 2007)

Tabulka č. 1: Transformační tabulka A1 (vlastní zpracování)

Hlavní výzkumná otázka: Zjistit, jak byli pečující o klientech v terminální fázi onemocnění informováni o možnostech služeb zdravotních, sociálních a státní finanční podpory, které jsou pro ně a pečovaného k dispozici.	
Dílčí výzkumné cíle	Sada tazatelských otázek
DVO1: Zjistit, co vše znamenalo pro Vaši rodinu rozhodnutí starat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí?	TO1: Co Vás přimělo starat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí?
	TO2: Litujete, nebo jste někdy litovala svého rozhodnutí a proč?
	TO3: K jakým změnám muselo dojít ve Vaší rodině, aby mohlo docházet k péči v domácím prostředí? (Stavební, rodinná spolupráce).
	TO4: V čem je dle Vašeho názoru rozdíl v péči o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí a v péči institucionální?
DVO2: Zjistit, jaké se dostalo pečujícím informovanosti o samotné péči a možnostech pomoci pro klienta v terminální fázi onemocnění?	TO5: Jak jste obeznámena o možnostech péče o klienty k terminální fázi onemocnění (hygiena, nebo například přenášení). Kde jste informace o péči získala (lékař, internet)?
	TO6: Jaké využíváte zdravotní pomůcky a kde jste se o nich dozvěděla?
	TO7: Víte o možnostech pomoci např. odlehčovacích služeb, pečovatelských služeb, nebo domácí hospicové péče?
	TO8: Využíváte k péči o nemocného jednu ze zmíněných služeb zdravotních, nebo sociálních?
	TO9: Při nynější zpětné rekapitulaci, co by Vám nejvíce pomohlo a co Vám chybělo za informace v péči o nemocného?
DVO3: Zjistit, jaké se dostalo pečujícím informovanosti o možnostech finanční podpory pro pečující a pečované?	TO10: Byla jste informovaná o možnostech státní finanční pomoci pro pečující a pečované osoby?
	TO11: Jak a kde jste tyto informace získala (lékař, internet, poradny, známý)?
	TO12: Čerpáte nějaké finanční pomoci, zdají se Vám výše adekvátní?

6.3 Výzkumná strategie

Z důvodu zaměření mé bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, jejíž výzkum umožňuje provést hlubší analýzu dané problematiky, což se mi pro dané téma jevílo jako nejvhodnější. „Úkolem kvalitativní výzkumu je odhalovat neznámé skutečnosti o sociálních a sociálně psychických jevech.“ (Surynek a další, 2001, str.26) Kvalitativní výzkum se „orientuje na pochopení smyslu jednajících sociálních subjektů.“ (Surynek a další, 2001, str.26) Pro nás jsou důležité informace, na jejichž základě si lze přesně představit složitou podobu sociálních a sociálně psychických jevů. (Surynek a další, 2001) Švaříček a Šed'ová vyvodili definici kvalitativního přístupu, ve které jsou zohledněny všechny důležité rysy. „Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založených na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí realitu.“ (Švaříček a další, 2007, str.17)

Pro tuto práci nebyl zvolen kvantitativní výzkum z důvodu obtížného shromažďování dostatečného množství respondentů a z důvodu citlivého tématu.

Jelikož samotný výzkum je založen na zkušenostech informantů s péčí o klienty v terminální fázi onemocnění, jako techniku výzkumného nástroje jsem zvolila pro tuto bakalářskou práci individuální polostrukturovaný rozhovor. Pro polostrukturovaný rozhovor, nebo také rozhovor pomocí návodu - částečně řízený je charakteristické, že pro dotazovaného je připraven okruh otázek, na které chce tazatel získat odpověď. Pořadí jednotlivých otázek není striktně dáno, proto může tazatel položit doplňující otázku, nebo pokud již na otázku bylo odpovězeno dříve tuto otázku přeskočit. V každém případě je velmi důležité, aby bylo na všechny otázky odpovězeno. (Reichel, 2009)

6.4 Etická rizika

Etických otázek souvisejících s výzkumem je několik a mají ve výzkumu velmi důležitou roli. Základní pravidla a důležité zásady při výzkumu:

- Informovaný souhlas (je potřeba získání poučeného informovaného souhlasu, což znamená, že byl informant informován o průběhu a okolnostech výzkumu a souhlasí s ním).
- Anonymita (je ideální, aby z výkladu získaných dat, nebylo možné zjistit informanta).
- Mlčenlivost výzkumníka (s poznámkami, nebo získanými nahrávkami bude pracovat pouze konkrétní výzkumník).
- Svoboda odmítnutí (je potřeba informovat informanta o možnosti odstoupení či ukončení jeho účasti na výzkumu).

Kromě těchto zásad je důležité se během výzkumu věnovat a zvážit emočního bezpečí, jelikož při kvalitativním výzkumu se často informant vyjadřuje k velmi emočně citlivým záležitostem. (Hendl, 2005)

6.5 Organizace výzkumného šetření

Vzhledem ke stanovenému cíli a zvolené metodě výzkumu jsem si v okolních obcích, odkud pocházím, domluvila schůzky s účastníky výzkumu, kteří pečují o klienty v terminální fázi onemocnění. Pro svůj výzkum jsem oslovila 8 informantů, z toho se mi dva omluvili z důvodu, že je to pro ně ještě velmi čerstvé téma a jeden, že je to pro něj velmi osobní. Tyto rozhovory proběhly v časovém rozmezí od 24. února do 10. března 2020, ve čtyřech případech byly rozhovory uskutečněny v domácím prostředí, pouze v jednom případě jsem byla požádána o neutrální půdu, z tohoto důvodu se rozhovor uskutečnil v místnosti knihovny obce. Jednotlivá setkání trvala v průměru 40 minut, o předpokládané délce rozhovoru jsem účastníky výzkumného šetření vždy informovala, když jsme domlouvali čas našeho setkání. I když se jedná o velmi citlivé a osobní téma jako je péče o klienty v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí, vždy jsem se setkala u informantů s velkou ochotou, vstřícností a otevřeností, díky které jsem měla možnost hlouběji nahlédnout do problémů se kterými se setkávají, nebo setkávali při každodenní péči o svého blízkého.

Výzkumné šetření bylo vždy zahájeno krátkým představením studovaného oboru a mé bakalářské práce a jejich cílů. Následovala prosba, jestli by bylo možné rozhovor nahrávat s ujištěním, že bude záznam vymazán ihned po zpracování, s tímto všechny

informantky souhlasily. Poté jsem informantky ujistila a zdůraznila anonymitu celého výzkumu a sdělila jim, že pokud by jim byla některá otázka nepříjemná, nebo na ni nechtěly odpovědět, aby mě toto v průběhu dotazování kdykoliv řekly. Před dotazováním jsem je požádala o podepsání informovaného souhlasu, který mně všechny podepsaly.

Všechny účastnice výzkumného šetření byly ženy. Z důvodu zachování anonymity neuvádím, odkud pocházejí.

Tabulka č. 2: Základní údaje o účastnících výzkumu (vlastní zpracování)

Informant	Věk pečujícího	Pohlaví	Věk pečovaného	Pohlaví	Vztah pečujícího k pečovanému	Délka péče o klienta
I1	60	Žena	62	Muž	Manžel	2 roky a 2 měsíce
I2	39	Žena	58	Žena	Matka	1 rok a 8 měsíců
I3	62	Žena	67	Muž	Manžel	1 rok a 1 měsíc
I4	43	Žena	89	Žena	Babička	6 měsíců
I5	65	Žena	87	Žena	Matka	1 rok a 9 měsíců

6.6 Analýza získaných dat

Hlavní výzkumná otázka byla dále rozdělena na tři dílčí otázky, těmto jednotlivým otázkám bude v analýze a interpretaci výsledků výzkumu věnována samostatná kapitola.

6.6.1 DVO1

DVO1: Zjistit, co vše znamenalo pro Vaši rodinu rozhodnutí starat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí?

K odpovědi na DVO 1 mi posloužily odpovědi na následující čtyři tazatelské otázky:

- TO1: Co Vás přimělo starat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí?
- TO2: Litujete, nebo jste někdy litovala svého rozhodnutí a proč?

- TO3: K jakým změnám muselo dojít ve Vaší rodině, aby mohlo docházet k péči o nemocného v domácím prostředí? (Stavební, rodinná spolupráce).
- TO4: V čem je dle Vašeho názoru rozdíl v péči o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí a v péči institucionální?

TO1: Co Vás přimělo starat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí?

Důvod, proč se informantky rozhodly postarat o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí, byl jednoznačný, všechny se shodly, že to braly jako přirozenou, či automatickou věc, že nebylo nad čím přemýšlet, jelikož se jednalo o rodinného příslušníka, manžela, maminku, nebo babičku. Myslím, že odpověď na danou otázku nejlépe vystihuje odpověď informantky č. 3: *„Vždyť jsme s manželem prožili tolik šťastných let a teď, když mě nejvíc potřebuje, ho přeci neopustím a nedám ho do nějakého domova, jeho nemoc nás přeci nemůže rozdělit a dokud budu moct, tak se o něj chci starat co nejdéle.“* (I3)

TO2: Litujete, nebo jste někdy litovala svého rozhodnutí a proč?

Také na druhou otázku všechny informantky okamžitě shodně odpověděly, že nikdy nelitovaly svého rozhodnutí. Ovšem na druhou stranu všechny shodně přiznaly, že se nejednalo o lítost, ale pokud se nahromadily problémy a k tomu péče o nemocného v terminální fázi onemocnění, která vyžaduje 24 hodin denně, je to vše nejen fyzicky, ale hlavně psychicky velmi náročné. Informantka č. 2 také uvedla: *„K této psychice ani nepřidává byrokratizace, kterou podstupujete, pokud žádáte například o průkaz TP/ZTP nebo ZTP/P, ale hlavně na pomůcky.“* (I2). Všechny informantky přiznaly, že pokud u nich nastane situace a cítí na sobě psychické vyčerpání, mají velkou oporu ve své rodině, která jim v péči o terminálně nemocného pomáhá a oni tak znovu načerpají síly.

TO3: K jakým změnám muselo dojít ve Vaší rodině, aby mohlo docházet k péči o nemocného v domácím prostředí? (Stavební, rodinná spolupráce).

Na základě odpovědí na třetí otázku, lze usuzovat, že překážek, se kterými se musí pečovatelé během péče o terminálně nemocného pacienta potýkat, je mnoho, nejvíce

limitující pro ně byly stavební problémy. Informantky č. 1 a 3 shodně uvedly, že nejobtížnější je pro ně manipulace v koupelně a na WC, dalším problémem jsou mezidveřní prahy a úzké dveře. Informantky č. 2, 4 a 5 uvedly, že musely vzhledem k zhoršujícímu zdravotnímu stavu pacienta, svépomocně předělat koupelnu a WC. Další problém, který spatřují informantky č. 1, 2 a 4, je v přístupu do domu, kde mají schody. Z důvodu lepší manipulace s pečovanými si tyto schody svépomocně upravily nájezdní rampou. Informantky č. 1, 3 a 5 uvedly, že jim s péčí o terminálně nemocného pomáhají děti. Informantce č. 2 pomáhal s maminkou přítel s tatínkem. Informantka č. 4, která se stará o babičku, žije v rodinném domku s maminkou, která ji při péči pomáhá, dále ji také v nutných případech nebo při koupání vypomáhá sestra, nicméně aby mohla pečovat o babičku, odešla z práce. Všechny se v péči o terminálně nemocného mohou spolehnout na svou nejbližší rodinu.

TO4: V čem je dle Vašeho názoru rozdíl v péči o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí a v péči institucionální?

Na čtvrtou otázku byly názory informantek různé, velmi záleželo na dosavadní zkušenosti s institucionální péčí. Všechny informantky se shodly, že dle jejich názoru je péče o pacienta v terminální fázi v domácím prostředí nenahraditelná, jelikož je pacientovi věnována hlavně individuální péče, blízkost, láskyplnost rodinných příslušníků a pocit bezpečí, dále shodně uváděly, že jsou pečovaní ve větší psychické pohodě. Informantky č. 1 a 4 uvedly, že pokud jejich blízcí byli v institucionální péči, zdravotní stav se pečovanému výrazně zhoršil, vysvětlují si to právě individuální péčí, která jejich blízkým bohužel v takové míře, jakou mají doma, nebyla dána. Informantka č. 1: *„Po návratu z nemocnice se manželův stav velmi zhoršil, což byl také jeden z důvodů, proč jsem se o něj chtěla starat doma. Můj názor je takový, že doma mají pacienti v terminální fázi onemocnění daleko větší komfort, jsou mezi svými, kteří je mají rádi a je jim věnována individuální péče, která je nenahraditelná.“* (I1). Oproti tomu informantka č. 5 uvedla, že pokud šla maminka kvůli své nemoci do nemocnice, vždy se vrátila v podobném zdravotním stavu, proto proti této péči nemůže říct nic špatného. Informantky č. 2 a 3 uvedly, že bohužel nemají porovnání, tak nemůžou srovnávat, nicméně názor informantky č. 2 je: *„Pokud to jde a je to jen trochu možné, by o tyto pacienty mělo být postaráno doma v jejich přirozeném prostředí, aby byli obklopeni svými blízkými a mohli zde uctivě dožít poslední dny svého života. Na druhou*

stranu musím také upřímně přiznat, že jsem chtěla poslední chvíle, které mamka má strávit s ní a být ji nablízku.“ (I2)

Shrnutí DVO1

Zjistit, co vše znamenalo pro Vaši rodinu rozhodnutí starat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí?

Na základě odpovědi informantek se jeví jako největší překážky v péči o terminálně nemocného velká fyzická, ale hlavně psychická zátěž. Další limitace spatřují v nevyhovujících bytových podmínkách, které se projevují hlavně při manipulaci s klienty například v prostorách koupelny a WC. Nicméně musím říct, že i když se každá z pečujících, nebo její rodina, potýkala s překážkami, které se vynořovaly někdy postupně, ani na minutu to nezpochybnilo rozhodnutí, které učinily starat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí. Všechny informantky se shodly, že to braly jako přirozenou a automatickou věc, že vlastně nebylo nad čím přemýšlet, jelikož se jednalo o rodinného příslušníka, manžela, maminku, nebo babičku. Všechny se také shodly, že pokud to bude jen trochu možné a v jejich silách, rády by se o nemocného staraly v domácím prostředí co nejdéle, aby jim tak pomohly ulehčit jejich poslední dny. Jsou přesvědčeny, že lásku a individuální péči, které se pečovanému dostává v domácím prostředí, nemůže nahradit žádná institucionální péče.

6.6.2 DVO 2

DVO2: Zjistit, jaké se dostalo pečujícím informovanosti o samotné péči a možnostech pomoci pro klienta v terminální fázi onemocnění?

K odpovědi na DVO 2 mi posloužilo pět odpovědí na tazatelské otázky:

- TO5: Jak jste obeznámena o možnostech péče o klienty k terminální fázi onemocnění (hygiena, nebo například přenášení). Kde jste informace o péči získala (lékař, internet)?
- TO6: Jaké využíváte zdravotní pomůcky a kde jste se o nich dozvěděl/la?
- TO7: Víte o možnostech pomoci, např. odlehčovacích služeb, pečovatelských služeb, nebo domácí hospicové péče?

- TO8: Využíváte k péči o nemocného jednu ze zmíněných služeb zdravotních, nebo sociálních?
- TO9: Při nynější zpětné rekapitulaci, co by Vám nejvíce pomohlo a co Vám chybělo za informace v péči o nemocného?

TO5: Jak jste obeznámena o možnostech péče o klienty k terminální fázi onemocnění (hygiena, nebo například přenášení)? Kde jste informace o péči získala (lékař, internet)?

Při páté otázce, jak jsou pečující obeznámeni o možnostech péče o klienty v terminální fázi onemocnění, jako je například hygiena, manipulace, popřípadě jiné úkony, které by mohly pečujícím usnadnit péči, mi informantky č. 1 a 3 shodně odpověděly, že tyto informace získaly od sestry z Domácího hospice Duha, o.p.s. Také informantky č. 2, 4 a 5 uvedly, že informace o péči jim poskytla sestra z domácí péče, která k nim jezdila. Informantka č. 5 uvedla, že odborné rady se jí také dostalo na Klinice onkologie a radioterapie ve Fakultní nemocnici Hradec Králové od sester. Všechny shodně také uvedly, že se jim rady dostalo vždy s ochotou.

TO6: Jaké využíváte zdravotní pomůcky a kde jste se o nich dozvěděla?

Na otázku, jaké využívají pečující zdravotní pomůcky a jak se o nich dozvěděly, mi opět shodně informantky č. 1 a 3 uvedly, že pomůcky měly vypůjčené od Domácího hospice Duha, o.p.s., jednalo se o postel a u informantky č. 1 ještě o vozík a gramofon. Informantka č. 2 uvedla, že ke své péči používala elektrickou postel a gramofon, dokud se ještě maminka pohybovala. Informace o těchto pomůckách získala od svého známého, který se také staral o svého tatínka. Informantka č. 4 používala k péči o babičku elektrickou postel a nástavec na WC, dále zakoupili speciální matraci na proleženiny, kterou si hradili sami. Veškeré informace o kompenzačních pomůckách jim poskytlo Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s. Informantka č. 5 uvedla, že k péči využívala pouze elektrickou postel a nástavec na WC, informace získala od sousedky, která se starala také o maminku.

TO7: Víte o možnostech pomoci např. odlehčovacích služeb, pečovatelských služeb, nebo domácí hospicové péče?

Na sedmou otázku, jestli jsou obeznámeny o možnostech pomoci, např. odlehčovacích služeb, pečovatelských služeb, nebo domácí hospicové péče, všechny informantky shodně odpověděly, že vědí o domácí péči a také o Domácím hospici Duha, o.p.s., dále že jsou informovány o možnostech pomoci odlehčovacích služeb. Nejvíce informací měla informantka č. 4, která je získala v Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s., více informované byly také informantky č. 1 a 3, které využívaly služeb Domácím hospici Duha, o.p.s., oproti tomu informantka č. 5 uvedla, že o odlehčovací službě neví.

TO8: Využíváte k péči o nemocného jednu ze zmíněných služeb zdravotních, nebo sociálních?

Z odpovědí na otázku, jestli pečující využívají zdravotní, nebo sociální služby, odpověděly informantky č. 2, 4 a 5, že využívají služeb Domácí péče a informantky č. 1 a 3 využívají služeb Domácího hospice Duha, o.p.s. Dále také shodně uvedly, že o jiných možnostech pomoci, jako jsou například odlehčovací služby, jsou informovány, ale nevyužily jich. Informantka č. 4 uvedla, že jak o sociálních, tak zdravotních službách byla informována v Centru pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s., kde jí také poradili ohledně kompenzačních pomůcek a finanční pomoci. Z odpovědí dále vyplynulo, že při řešení nějakého problému se informantky prvotně spoléhají na svou rodinu a poté by oslovily například odlehčovací službu.

TO9: Při nynější zpětné rekapitulaci, co by Vám nejvíce pomohlo a co Vám chybělo, za informace v péči o nemocného?

Při nynější zpětné rekapitulaci, co pečujícím nejvíce pomohlo a co jim chybělo za informace v péči o nemocného, se všechny informantky shodly, že jsou velmi vděčné za informace, které jim byly podány o možnostech péče (hygiena, manipulace) o terminálně nemocného a že jim tyto informace přišly dostatečné.

Shrnutí DVO2

Zjistit, jaké se dostalo pečujícím informovanosti o samotné péči a možnostech pomoci pro klienta v terminální fázi onemocnění?

Z informací, které vyplynuly z odpovědí vyplývá, že pečující byly jak o samotné péči, tak o možnosti zdravotních pomůcek dostatečně informovány. Tyto informace získaly buď od sester z Domácí péče, nebo z Domácího hospice Duha o.p.s., informací o péči se pečujícím také ve dvou případech dostalo od sester z nemocnice. O možnosti zapůjčení kompenzačních pomůcek poskytlo informantce č. 4 Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s. a informantka č. 2 byla informována od známých. Sociálních služeb využila informantka č. 4, které jí poskytlo Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s. Informantkám č. 1 a 3 byla poskytnuta zdravotní služba, ale zároveň služba sociální v podobě poradenství, které jim poskytl Domácí hospic Duha, o.p.s. Informantky č. 2 a 4 využily zdravotních služeb v podobě Domácí péče a nemocnice. Všechny informantky se shodly, že se prvotně spoléhají na svou rodinu a až potom by oslovily zdravotní či sociální služby.

6.6.3 DVO 3

DVO3: Zjistit, jaké se dostalo pečujícím informovanosti o možnostech finanční podpory pro pečující a pečované?

- TO10: Byla jste informovaná o možnostech státní finanční pomoci pro pečující a pečované osoby?
- TO11: Jak a kde jste tyto informace získala (lékař, internet, poradny, známý)?
- TO12: Čerpáte nějaké finanční pomoci, zdají se Vám výše adekvátní?

TO10: Byla jste informovaná o možnostech státní finanční pomoci pro pečující a pečované osoby?

Všechny informantky shodně uvedly, že o možnostech státní finanční pomoci pro pečující a pečované osoby byly informovány.

TO11: Jak a kde jste tyto informace získala (lékař, internet, poradny, známý)?

Na otázku, jestli byly pečovatelky informovány o možnostech státní finanční podpory, informantky č. 1 a 3, které využívaly služeb Domácího hospice Duha o.p.s., shodně uvedly, že také o finančních možnostech je informovala sociální pracovnice z téže organizace. Informantka č. 2 uvedla: *„O možnosti příspěvku na péči mě prvotně informoval praktický lékař, maminka dostala stupeň 1, nicméně, když se mamince její zdravotní stav po chemoterapiích zhoršil, tak mě informaci o tom, že bychom si měli zažádat o navýšení příspěvku informoval známý, který se také staral o tatínka, známý mě také informoval o průkazce pro osoby se zdravotním postižením a o příspěvku na mobilitu.“* (I2) Informantka č. 4 opět shodně řekla, že veškeré informace jí poskytlo Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s. Informantka č. 5 informace získala od sociální pracovnice v nemocnici a praktického lékaře.

TO12: Čerpáte nějaké finanční pomoci, zdají se Vám výše adekvátní?

Všechny informantky shodně uvedly, že čerpají příspěvek na péči a všechny kromě informantky č. 4, že k tomu čerpají také příspěvek na mobilitu. Když jsem položila otázku, jestli se jim zdají výše příspěvku adekvátní, všechny informantky kromě informantky č. 5, uvedly, že jim příspěvek připadá neadekvátní. Informantka č. 2: *„Uvítala bych větší podporu finančního zajištění, jelikož je péče o nemocného v terminální fázi opravdu velmi nákladná, dále se mi nelíbí byrokratizace, kterou podstupujete, pokud žádáte například o průkaz ZTP, ale také zdravotnických pomůcek. Rozhodně by mělo být pojišťovnami propláceno více zdravotnického materiálu.“* (I2) Informantka č. 4: *„Abych se mohla o babičku starat, musela jsem dát v práci výpověď, sice mi na úřadu práce díky péči o babičku uznali vyšší dávku podpory, než kterou bych dostala (jelikož byla výpověď podána dohodou), ale i tak částka nedosahovala mzdy, kterou jsem dostávala. Své výpovědi nelituji, ani jsem nikdy nelitovala, ale myslím si, že by v těchto případech měli být pečující nějak finančně kompenzováni.“* (I4)

Shrnutí DVO3

Zjistit, jaké se dostalo pečujícím informovanosti o možnostech finanční podpory pro pečující a pečované?

Ze zjištěných informací vyplývá, že všechny informantky, kromě jedné, byly o možnostech finanční pomoci informovány. Informací se jim dostalo buď od Domácího hospice Duha, o.p.s., nebo je poskytlo Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s., dále informace byly poskytnuty od sociální pracovnice ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, pouze jedna informantka obdržela informace od praktického lékaře, ovšem tyto informace hodnotí jako nedostačující, více informací jí poskytl její známý. Ze zjištěných informací vyplynulo, že čerpají příspěvek na péči, dále všechny informantky, kromě informantky č. 4, čerpají příspěvek na mobilitu. Všechny shodně uvedly, kromě informantky č. 5, že se jim výše příspěvku zdá nedostačující. Informantka č. 2 uvedla, že by uvítala větší finanční zajištění, více zdravotnického materiálu propláceného zdravotní pojišťovnou. Podobný názor měla také informantka č. 4, uvedla, že nikdy nebude litovat péče, kterou věnovala babičce a je ráda, že jí v jejích posledních chvílích pomohla, nicméně by měla být pro tyto pečující také nějaká kompenzace, jelikož opouštějí práci, do které se většinou již nevrátí.

7 Shrnutí HVO

Zjistit, jak byli pečující o klientech v terminální fázi onemocnění informováni o možnostech služeb zdravotních, sociálních a státní finanční podpory, které jsou pro ně a pečovaného k dispozici.

Ze zjištěných informací můžeme odvodit, že péče o klienty v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí je velmi náročná. Od pečujících vyžaduje obrovské odhodlání nejen velkou fyzickou, ale hlavně psychickou vytrvalost, a to celých 24 hodin. U všech dotazovaných byla znát velká oddanost, láska a schopnost postarat se o klienta v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí, aby mu tím ulehčili jeho poslední chvíle života. Největší přínos v domácí péči pečující spatřují v individuální péči, lásce, psychické pohodě a faktu, že své poslední chvíle mohou klienti v terminální fázi onemocnění strávit v jim známém domácím prostředí obklopeni svými nejbližšími.

Z rozhovorů vyplynulo, že v rozhodování, zda se starat o klienty v terminálním stádiu onemocnění v domácím prostředí hraje velký vliv láska a oddanost, kterou pečující ke svému nejbližšímu chovají. Jako limitující v péči vidí pečující bytové podmínky, zejména podmínky prostorové v koupelnách, nebo na WC, které jim stěžují manipulaci s pečovaným. V této náročné péči se nejvíce obracejí na pomoc u svých blízkých, pak teprve využívají zdravotních nebo sociálních zařízení. Sociálních služeb využila informantka č. 4, které jí poskytlo Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s. Informantkám č. 1 a 3 byla poskytnuta zdravotní služba, ale zároveň služba sociální v podobě poradenství, které jim poskytl Domácí hospic Duha, o.p.s. Informantky č. 2 a 4 využily zdravotních služeb v podobě Domácí péče.

Limitace spatřují pečující v možnosti skloubit svůj pracovní život s péčí o klienta v terminální fázi onemocnění. Jsou nuceny opustit své dosavadní zaměstnání, jelikož je péče časově velmi náročná, proto by uvítaly větší podporu pro dlouhodobou péči pro pečující ze strany státu. Na druhou stranu oceňují nynější možnost pečujících využít tzv. dlouhodobé ošetrovné. Dalším přínosem by pro klienty v terminální fázi bylo více hrazeného zdravotního materiálu, které je hrazené zdravotními pojišťovnami, aby bylo zajištěno důstojné dožití těchto klientů.

Informovanost na vesnicích ohledně služeb zdravotních a sociálních na základě těchto zjištění považují za dostačující. Velké chvály ohledně informovanosti sociální služeb

se mi dostalo od pečujících, kterým poskytlo své služby Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s. a také Domácí hospic Duha o.p.s., který pečujícím poskytl spolu s Domácí péčí informace ohledně samotné péče o klienty v terminální fázi onemocnění. Informace ohledně zdravotních pomůcek získali pečující také od sousedek, nebo svých známých, kteří měli sami zkušenost s péčí.

Informovanost na vesnicích na základě mých zjištění je dostačující, nicméně bych očekávala větší informovanost ze strany lékařů, je smutné, že při péči, jako je péče o pacienta v terminální fázi onemocnění, se setkáme s tím, že pečující získala informace od sousedky, nebo od svých známých, nebo někoho, kdo s touto péčí měl, nebo má zkušenosti. Jsem si vědoma, že se v současné době spousta informací dá nalézt na internetu, ale nemůžeme po pečujících požadovat, aby si informace sami vyhledávali.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak byli pečující o klienty v terminální fázi onemocnění informováni o možnostech služeb zdravotních, sociálních a státní finanční podpory, které jsou pro ně a pečovaného k dispozici.

Teoretická část byla rozdělena do čtyř základních kapitol. První kapitola se zabývala uvedením do daného tématu, byly zde vysvětleny základní pojmy jako umírání, smrt, nebo například specifikace jednotlivých fází umírání. Druhá kapitola byla zaměřena na domácí péči – neformální, bylo zde poukázáno na překážky, které neumožňují starat se o nemocného v domácím prostředí. Třetí kapitola byla zaměřena na možnosti podpory péče zdravotních a sociálních služeb, které velmi napomáhají pečujícím v péči o nemocného. Čtvrtá kapitola byla zaměřena na možnosti státní finanční podpory, která byla dále rozdělena na podporu zaměřenou na osobu pečovaného a na osobu pečovatele. Teoretická část tvořila nezbytný základ pro vytvoření otázek, které souvisely s cílem práce a hlavní výzkumnou otázkou.

V praktické části byla hlavní výzkumná otázka přetransformována do tří dílčích výzkumných otázek, které vyplynuly z předešlé teoretické části. Z důvodu zaměření bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, jelikož samotný výzkum je založen na zkušenostech informantů, kteří žijí na vesnicích a pečují o klienty v terminální fázi onemocnění. Jako techniku výzkumného nástroje byl zvolen individuální polostrukturovaný rozhovor. Pomocí těchto rozhovorů byly získány informace potřebné k výzkumnému cíli.

Výzkumným šetřením jsem došla k závěru, že i přes limity, se kterými se některé domácnosti potýkají v péči o klienty v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí, které jsou jak stavební, tak obrovská fyzická, ale hlavně psychická zátěž, hraje velkou roli v rozhodování o domácí péči oddanost a láska k blízkému člověku. Dalším ovlivňujícím faktorem ve všech případech sehrála rodina. Vztahy v rodině jsou pro domácí péči o klienty v terminální fázi onemocnění zásadní, pokud by se jednalo o nefungující rodinu, pak by rodina domácí péči nebyla schopna zvládnout a poskytnout tak pacientovi klidné dožití. Domácí péče vyžaduje soudružnost rodiny a mezigenerační solidaritu.

Tato práce měla poukázat na informovanost pečujících o klienty v terminální fázi onemocnění o možnostech služeb zdravotních sociálních a státní finanční podpory. Během výzkumu bylo zjištěno, že informovanost pečujících na vesnicích v oblasti péče o klienty

v terminální fázi onemocnění v možnosti služeb zdravotních, sociálních a státní finanční podpory je hodnocena pečujícími za velmi vysokou, nebo dostačující. Svou velkou zásluhu na tomto hodnocení mají Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje, o.p.s. a Domácí hospic Duha o.p.s., kteří pečujícím poskytovaly potřebné informace v možnosti služeb sociálních a zdravotních, ale také o možnostech státní finanční podpory. Pečující byli velmi spokojeni s ošetrovatelskou péčí a radami, které jim poskytly zdravotní sestry z Domácí péče a sestry z Kliniky onkologie a radioterapie Fakultní nemocnice Hradec Králové. Kladně hodnotili lidský přístup a ochotu, s jakou k pacientům sestry při každé návštěvě přistupovaly. Informace pečující získávali také od sousedek, nebo od známých, kteří měli sami zkušenost s péčí.

Dle mého názoru domácí péči o klienty v terminální fázi onemocnění nemůžou nahradit žádné instituce a přáním každého z nás je poslední chvíle svého života strávit doma obklopen svými nejbližšími a ve svém prostředí. Proto je potřeba vyzdvihnout neocenitelný přínos a nenahraditelnost péče v domácím prostředí a podat pečujícím co nejvíce informací a vytvořit jim tak podmínky k tomu, aby došlo k rozšíření této péče. Klíčové v tomto úkolu považuji propojení zdravotních a sociálních služeb, jelikož jako první se o zhoršujícím zdravotním stavu dozvědí lékaři, kteří by měli poskytnout pečujícím alespoň základní informace a kontakty na organizace poskytující poradenství. I když se v současné době sousta informací dá nalézt na internetu, musíme si uvědomit, že je stále spousta lidí v důchodovém věku, kteří žijí na vesnicích, pečují o pacienta v terminální fázi onemocnění a internet neumí používat, ale hlavně je péče o tyto pacienty natolik náročná, že při chodu domácnosti nemají čas informace hledat a měly by jim být informace poskytnuty, alespoň v takové míře, aby věděli, na koho se mohou obrátit.

I když se jednalo o velmi citlivé téma, které pro mě občas nebylo lehkým úkolem, jsem velmi ráda, že jsem si toto téma zvolila. Práce je určena pro všechny, kteří se zajímají o danou problematiku. Jsem velmi ráda, že informovanost sami pečující hodnotí za velmi vysokou, nebo dostačující, nicméně si nemyslím, že by bylo správné zásadní informace, které pečujícím pomohou v péči o klienta v terminální fázi onemocnění, získávat od sousedů, nebo známých. Musíme si uvědomit, že informovanost je jeden z klíčových faktorů, která ovlivňuje rozhodování, jestli se rodina bude starat o své nejbližší v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí. Dle mého názoru, pokud by pečující měli veškeré informace o možnostech podpory zdravotní, sociální, ale také o možnostech podpory

finanční, že by jim toto značně ulehčilo jak v rozhodování, ale hlavně v poskytované péči, které se dostává klientům v terminální fázi onemocnění v domácím prostředí.

Seznam použitých zdrojů

a) Tištěné

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie - Nauka o umírání - Druhé, přepracované vydání.* Praha : Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie - Nauka o umírání a smrti.* Praha : Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace.* Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory.* Ostrava : Repronis Ostrava, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Osmrti a umírání.* Turnov : Vydavatelství Arica, 1992. ISBN 80-900134-6-5.

KÜBLER-ROSSOVÁ, Elizabet. *O smrti a umírání.* 1992. str. 37.

KUPKA, Martin. *Psychologické aspekty paliativní péče.* Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2931-1.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči.* Praha : Grada Publishing,a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK Oldřich, KODYMOVÁ Pavla, KOLÁČKOVÁ Jana. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-767-818-0.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory.* Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-436-4.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1025-0.

NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví II.* Praha : Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-531-2.

PARKES, Colin Murray, RELF, Marilyn a COULDRICK, Ann. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé.* Brno : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-8087029-23-7.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Havlíčkův Brod : Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

SURYNEK, Alois, KOMÁRKOVÁ, Růžena a KAŠPAROVÁ, Eva. *Základy sociologického výzkumu.* Praha : Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet.* Praha : Ecce Homo, 1995.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *O posledních věcech člověka - vybrané kapitoly z thanatologie.* Praha : Galém, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.

ŠVARÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

TRUHLÁŘOVÁ Zuzana, LEVICKÁ Jana, VOSEČKOVÁ Alena, MYDLÍKOVÁ Eva. *Mezi láskou povinností - očima ošetrovatelů.* Hradec Králové : Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-570-7.

ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti - vybrané kapitoly z thanatologie.* Hradec Králové : Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0.

b) Elektronické

MPSV. In: mpsv.cz [online]. [cit. 2020-01-30]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/>.

Umírání. In: umirani.cz. [Online]. [cit. 2020-01-19].

Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/poskytovatele-sluzeb-a-pomucky>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Transformační tabulka A1 (vlastní zpracování)

Tabulka č. 2: Základní údaje o účastnících výzkumu (vlastní zpracování)

Seznam příloh

Příloha I: Informovaný souhlas s rozhovorem pro informanta

Příloha I: Informovaný souhlas s rozhovorem pro informanta

Informovaný souhlas s rozhovorem

Studentka III. ročníku Univerzity Hradec Králové, Filozofické fakulty, Ústavu sociální práce Marie Klempířová, Vás požádala o rozhovor s cílem získání informace pro svou bakalářskou práci.

Účast na tomto výzkumu, resp. rozhovoru je dobrovolná. Tento rozhovor, bych ráda nahrála na diktafon, kde bude záznam vymazán ihned po zpracování. Jelikož se jedná o velmi citlivé otázky kladu velký důraz na Vaše bezpečí, a to především na:

- **zachování anonymity** (z interpretace získaných dat není možné odvodit daného informanta)
- **mlčenlivost výzkumnice** (s těmito nahrávkami a poznámkami bude pracovat pouze výzkumnice – Marie Klempířová)
- **možnost autorizace textu** (možnost přečíst si práci a vyjádřit se k ní)
- **možnost odstoupení od rozhovoru** (v průběhu rozhovoru je možné kdykoliv odstoupit, nebo případně neodpovídat na otázku).

Velmi Vám tímto děkuji za váš čas a věnování pozornosti informacím výše. Souhlas s Vaší účastí ve výzkumu – s rozhovorem, prosím potvrďte vaším podpisem níže.

V případě jakýchkoli nejasností mě neváhejte kontaktovat na telefonu 604 545 514.

.....

Podpis dotazovaného

V Dohalicích

dne: