

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

## Diplomová práce

2009

Bc. Lucie Hacklová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

# **Využití psychosociálních služeb na hemodialyzačních střediscích**

Diplomová práce

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2009

Autor: Bc. Lucie Hacklová

Vedoucí práce: MUDr. Jan Hána

### **Využití psychosociálních služeb na hemodialyzačních střediscích**

Chronické onemocnění ledvin je postupná progrese od stavu zdraví do stavu nemoci, vyúsťující v trvalé selhání vylučovacích, regulačních a hormonálních (metabolických) funkcí ledvin. Při ledvinném selhání dochází k vodní a elektrolytové nerovnováze, retenci katabolitů, metabolické acidóze a chybějí látky produkované v ledvinách. Vzniká komplexní metabolická porucha, jejímž klinickým korelátem je uremický syndrom.

Konzervativní léčba spočívá v úpravě či příznivém ovlivňování metabolických odchylek cestou dietní a medikamentózní. Pokud však nestačí konzervativní léčba je nutné přistoupit k některé z očišťovacích metod krve – hemodialýza, peritoneální dialýza. Na tyto metody pak navazuje transplantace ledviny.

Dialyzovaní lidé vedou abnormální život, protože jeden jejich životně důležitý orgán nefunguje a je nahrazen přístrojem. Pacienti jsou vystaveni mnohým stresům a zákazům – musí dodržovat dietu s restrikcí tekutin, pravidelně užívat léky, jsou vlivem dialyzačních dní časově limitováni, často mají změněný vzhled, sexuální dysfunkci, vysokou nemocnost aj. Velkou nadějí je pro nemocné úspěšná transplantace, ale i ta má své medicínské kontraindikace, a tak se netýká všech dialyzovaných. Proto nemůže být překvapením velký výskyt deprese i sebevražd mezi pacienty. Z těchto důvodů je potřebné zaměřit se mimo zdravotní péče i na psychologickou péči a sociální rehabilitaci.

Výsledky dotazníkového šetření však nepotvrdily výskyt psychologických potíží mezi klienty dialyzačních středisek. Potvrdilo se, že klienti středisek nemají zájem využívat psychosociální služby, což byla hypotéza č. 3. Dále se ukázalo, že klienti se neorientují v sociálních službách a sociálních dávkách. Tím se potvrdila hypotéza č. 2 - Klienti středisek neznají psychosociální služby. Hypotéza číslo 1: Psychosociální pracovníci nejsou využíváni hemodialyzačními středisky – se také potvrdila. V týmech středisek úplně chybí psycholog a sociální pracovník je pouze na jednom středisku.

## **The usage of psychosocial services in hemodialysis centres**

Chronic disorder of kidneys is a gradual progression from the state of health to the state of a disease, resulting in permanent failure of excretory, regulatory, and hormonal (metabolic) functions of kidneys. During a kidney failure water and electrolyte imbalance, retention of catabolites, and metabolic acidosis occur; there is a shortage of substances produced in kidneys. A complex metabolic disorder occurs, whose clinic correlate is a uremic syndrome.

Conservative treatment consists in adjusting or positively influencing of metabolic deviations through a diet and medication. However, if the conservative treatment is insufficient, it is necessary to proceed to some of the blood purifying methods – hemodialysis, peritoneal dialysis. These methods are then followed by kidney transplant.

Dialysed people have an abnormal life, as a vitally important organ of theirs does not work and is replaced by an apparatus. Patients are faced with many stresses and bans – they have to be on a diet with liquid restrictions, they have to take remedies regularly, due to dialysis days they are time limited, their appearance is often changed, they suffer from sexual dysfunction, their sickness rate is high, etc. A successful transplant is a great white hope for the patients, but it also has its medical contraindications, therefore it does not concern all the dialysed patients. Thus a big occurrence of depressions and suicides among patients cannot be a surprise. Besides medical care it is then necessary to focus on psychological care and social recovery.

However, the results of a questionnaire research did not prove the occurrence of psychological problems among the clients of dialysis centres. It proved true that the clients of centres are not interested in using psychosocial services, which was the third hypothesis. Further it came out that the clients are not well informed about social services and social benefits. Thus the second hypothesis was confirmed – The clients of centres do not know psychosocial services. The first hypothesis – Psychosocial workers are not used by hemodialysis centres – was also confirmed. The teams of the centres miss a psychologist absolutely and only one centre has a social worker.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Využití psychosociální pracovníků na hemodialyzačních střediscích vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 11. 5. 2009

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce MUDr. Janu Hánovi za odborné vedení a pomoc při řešení problémů.

## Obsah:

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....                                | 8  |
| 1. Současný stav.....                    | 9  |
| 1.1. Ledviny.....                        | 9  |
| 1.1.1. Selhání ledvin.....               | 10 |
| 1.1.2. Léčba selhání ledvin.....         | 11 |
| 1.2. Očist'ovací metody krve.....        | 12 |
| 1.2.1. Hemodialýza.....                  | 12 |
| 1.2.1.1. Cévní přístupy.....             | 13 |
| 1.2.1.2. Dietní opatření.....            | 13 |
| 1.2.2. Peritoneální dialýza.....         | 15 |
| 1.2.3. Transplantace ledviny.....        | 16 |
| 1.3. Psychosociální problematika.....    | 17 |
| 1.3.1. Chronicky nemocní.....            | 17 |
| 1.3.2. Dialyzovaní pacienti.....         | 21 |
| 1.4. Psychosociální práce.....           | 23 |
| 1.4.1. Psychologie.....                  | 23 |
| 1.4.2. Sociální práce.....               | 25 |
| 1.4.3. Sociální služby.....              | 27 |
| 1.4.3.1. Zařízení sociálních služeb..... | 28 |
| 1.4.3.2. Sociální poradenství.....       | 28 |
| 1.4.3.3. Osobní asistence.....           | 29 |
| 1.4.3.4. Pečovatel'ská služba.....       | 29 |
| 1.4.3.5. Sociálně zdravotní služby.....  | 29 |
| 1.4.3.6. Odlehčovací služby.....         | 30 |
| 1.4.3.7. Centra denních služeb.....      | 30 |
| 1.4.3.8. Domovy pro seniory.....         | 31 |
| 1.4.3.9. Azylové domy.....               | 31 |
| 1.4.4. Sociální zabezpečení – dávky..... | 31 |

|  |    |
|--|----|
| 2. Cíl práce.....                                      | 34 |
| 2.1. Hypotézy.....                                     | 34 |
| 3. Metodika.....                                       | 35 |
| 4. Výsledky.....                                       | 36 |
| 4.1. Sociální služby.....                              | 36 |
| 4.1.1. Sociální služby ve Strakonících.....            | 36 |
| 4.1.2. Sociální služby v Písku.....                    | 38 |
| 4.1.3. Sociální služby v Českých Budějovicích.....     | 40 |
| 4.2. Výsledky dotazníkového šetření.....               | 50 |
| 4.2.1. Výsledky dotazníkového šetření u klientů.....   | 50 |
| 4.2.2. Výsledky dotazníkového šetření u středisek..... | 71 |
| 5. Diskuse.....  | 74 |
| 6. Závěr.....  | 78 |
| 7. Seznam použitých zdrojů.....                        | 81 |
| 8. Klíčová slova.....                                  | 88 |
| 9. Přílohy.....  | 89 |



## Úvod

Na celém světě žije velice mnoho lidí s chronickým ledvinným selháním, kteří vděčí za své životy dialyzační léčbě. Těchto lidí stále přibývá. Ledviny jsou našťástí orgán, jehož funkci je možno nahradit. Tato náhrada představuje nejen vlastní proceduru očišťování krve, ale i složitou péči o pacienta s mnoha možnými dalšími komplikacemi a problémy.

Podíváme-li se do historie kdy v 60. letech byl za úspěch považován fakt, že pacient nezemřel, je jasné, že díky vědě se lékařská péče stále zlepšuje. Následující vývoj technických i medicínských poznatků byl obrovský. A dnes lidé s chronickým selháním ledvin, ať již díky dialyzační terapii či transplantaci, žijí ještě mnoho let. Díky tomu je cíl celkového pohledu léčby posunut mnohem dál: poskytnout léčbu všem, kteří ji potřebují a zajistit nejen pouhé přežívání, ale i co nejvyšší kvalitu dalšího života.

Abychom byli schopni zajistit takou péči, je nutné zařadit do týmu i specialisty z jiných oborů. Měl by tam být psycholog, sociální pracovník, popřípadě dietní poradce apod. Dle mých dosavadních zkušeností ale vím, že tito pracovníci v týmech stále chybí a multidisciplinární propojení mimo lékařské obory stále pokulhává. Jak tedy střediska zajišťují kvalitní péči o pacienty po všech stránkách? Nebo ji pacienti nepotřebují? Mají pacienti všechny potřebné informace týkající se např. sociálních dávek či služeb nebo si je umí všichni najít? To jsou otázky, které mě vedly k zamyšlení a pokusím se na ně odpovědět.

K lepšímu pochopení této problematiky se na úvod práce zabývám přiblížením onemocnění – chronické selhání ledvin a možnostmi léčby. Poté již následuje psychosociální problematika.

## 1. Současný stav

### 1.1. Ledviny

Ledviny jsou uloženy v oblasti bederní krajiny a je to párový orgán. Od břišní dutiny jsou odděleny pobřišnicí. Mají tvar připomínající fazoli, jsou pružné a mají tuhou konzistenci, jejich povrch je u dospělého člověka hladký. (54)

Ledvina je tvořena systémem tubulů a glomerulů. Glomerulus spolu s tubulem tvoří tzv. nefron. Nefron je základní anatomickou a funkční jednotkou ledviny. Glomerulus je tvořen klubíčkem kapilár, které vzniká rozpadem přírodní tepénky. Toto klubíčko je vloženo do pohárkovitého útvaru, který se nazývá Bowmanovo pouzdro.(54)

Funkce glomerulu a Bowmanova váčku připomíná filtr, kterým projde voda a látky mající menší molekulovou hmotnost. Stěna kapilár a váčku nepropouští buňky (např. červené krvinky) a nefiltrují se zde prakticky žádné plazmatické bílkoviny. (14, 18)

Hlavní funkce ledviny jsou tyto:

- ❖ Vylučovat z organismu látky, které jsou produktem metabolismu zvláště dusíkatých látek, a tím zajistit homeostázu (rovnováhu) vnitřního prostředí.
- ❖ Udržovat stálý objem a složení extracelulární (mimobuněčné) tekutiny z hlediska jejího elektrolytového složení, osmotické koncentrace a acidobazické rovnováhy.
- ❖ Vylučovat cizorodé látky, které pronikly do organismu a narušují normální složení vnitřního prostředí. Do této skupiny látek patří i četné léky.
- ❖ Funkce metabolicko-endokrinní.
- ❖ V ledvinách jsou dále tvořeny látky, které přímo nebo nepřímo ovlivňují oběhové ústrojí. (54, 18)

### ***1.1.1. Selhání ledvin (renální selhání)***

Chronické onemocnění ledvin je postupná progresse od stavu zdraví do stavu nemoci, vyúsťující v trvalé selhání vylučovacích, regulačních a hormonálních (metabolických) funkcí ledvin. Chronické onemocnění ledvin může postupovat pomalu po dobu mnoha měsíců nebo let, čímž dochází k postupné ztrátě nefronů. Funkce ledvin může být stabilní po delší časová období a lze ji zvládnout pomocí tradičních léčebných postupů. Chronické onemocnění ledvin bývá často asymptomatické a není diagnostikováno až do doby, kdy se projeví nedostatečnost ledvin a v krvi se zadržují uremické toxiny. Poškození ledvin způsobené chronickým onemocněním je nevratné, a pokud není pacient zejména v časných stádiích vhodně léčen, může být již nemožné zpomalit či zastavit postup do pozdějších fází selhání ledvin, kdy již pacient potřebuje pro udržení života některý z typů léčby náhrady funkce ledvin. (29)

Akutní selhání ledvin je náhlý, často reverzibilní pokles exkrece-metabolické funkce ledvin, který je ve své těžší formě spojen s výrazným poklesem diurézy – tvorby moči za 24 hodin (oligoanurie). (54, 18)

Uremie znamená soubor klinických příznaků, jimiž se projevuje pokročilé selhání ledvin. Jsou to především příznaky z poruchy centrálního nervového systému (nezájem o okolí, spavost, izolované záškuby, poruchy vědomí, nakonec kóma), dále příznaky gastrointestinální (nechutenství, nauzea, zvracení, průjmy), příznaky, které souvisejí s dýchacím ústrojím (Kussmaulovo dýchání, dušnost), kůže bývá slámově nažloutlá, objevují se hematomy, a známky poruch elektrolytového a vodního hospodářství. Součástí uremického syndromu je také perikarditida (zánětlivé onemocnění osrdečníku), anémie a kostní změny. (43,18)

Za fyziologických okolností plní ledviny tři hlavní funkce: vylučují katabolity, regulují vodní, elektrolytovou a acidobazickou rovnováhu a tvoří některé látky. Při ledvinném selhání dochází k vodní a elektrolytové nerovnováze, retenci katabolitů, metabolické acidóze a chybějí látky produkované v ledvinách. Jsou narušeny i metabolické regulace. Vzniká komplexní metabolická porucha, jejímž klinickým korelátem je uremický syndrom. (50)

### ***1.1.2. Léčba selhání ledvin***

Konzervativním léčením rozumíme postupy spočívající v úpravě či příznivém ovlivňování metabolických odchylek při chronickém selhání ledvin cestou dietní a medikamentózní. Než se nemocní dostanou do pokročilého stadia renálního selhání, je třeba rozhodnout o možnosti zařazení do dialyzačně - transplantačního programu. (49)

Hlavní zásady konzervativní terapie:

- ❖ Úprava příjmu bílkovin a energie
- ❖ Úprava příjmu tekutin a natria
- ❖ Úprava příjmu kalia
- ❖ Úprava acidobazické rovnováhy
- ❖ Úprava poruchy kalciofosfátového metabolismu – může vést až k vážným projevům renální osteopatie. Zvýšenou hladinu fosfátů se snažíme ovlivnit snížením jeho příjmu v dietě.
- ❖ Úprava krevního obrazu - anémie patří v chronické renální insuficienci ke stálému nálezů a většina nemocných se na ni dobře adaptuje.
- ❖ Léčba arteriální hypertenze - adekvátní léčení arteriální hypertenze u nemocných v CHRI je velmi důležitou součástí konzervativního léčení. Řada klinických i experimentálních studií přesvědčivě prokázala, že hypertenze urychluje zánik reziuduálních nefronů a progresi CHRI. (54, 18)

Pokud dojde k selhání ledvin náhle, lze v některých případech obnovit průtok krve a s tím i do jisté míry obnovit funkci. Pokud je omezování průtoku krve postupné, tkáň ledvin je postupně nahrazována jizevnatou tkání, ledviny se zmenšují a naděje na obnovení funkce je mizivá. V tom případě se musí funkce nahradit, což je v zásadě možné třemi způsoby: hemodialýzou, peritoneální dialýzou a transplantací ledviny. (53, 18)

## ***1.2. Očišťovací metody krve***

### ***1.2.1. Hemodialýza***

Hemodialýza je nejužívanější očišťovací metoda krve. Tak zvaná umělá ledvina dnes skýtá možnost udržovací léčby, se kterou může nemocný žít řadu let. Neumožňuje obnovu funkce přirozených ledvin, tu řeší pouze transplantace. (28)

Dialýza je fyzikální jev, který spočívá v oddělování látek z roztoků o různé molekulové hmotnosti pomocí semipermeabilní membrány dvěma transportními mechanismy: difúzí a filtrací (konvekcí). (27)

Difúze je jev, při kterém probíhá transport látky z prostředí o vyšší koncentraci do prostředí s nižší koncentrací. Difúze přes polopropustnou membránu se nazývá dialýza. (50) Odděluje-li taková membrána krev od jiného roztoku, hovoříme o hemodialýze.

Konvekce znamená přestup látek rozpuštěných v roztoku přes membránu filtrací. Semipermeabilní membránou prochází nejen rozpouštědlo, ale i látky v něm rozpuštěné. (27)

Principem hemodialýzy je očišťování krve od katabolitů a odstraňování přebytku vody z organismu. To vše probíhá mimo tělní oběh pacienta v dialyzátoru, který má uvnitř membránu v podobě kapilár nebo plátků. Kapilárami nebo mezi jednotlivými plátky protéká krev a z druhé strany membrány protiproudě dialyzační roztok. V důsledku rozdílných koncentrací látky v krvi a roztoku dochází k výměně látek podle tzv. koncentračního spádu (difúze).

Účinnost hemodialýzy závisí na:

- a) Ploše a vlastnostech membrány
- b) Průtoku krve
- c) Průtoku dialyzačního roztoku
- d) Velikosti molekul látek (odstraňování látek běžnou membránou klesá se stoupající velikostí molekul)
- e) Době dialyzačního sezení

Hemofiltrace je metoda založená na odstraňování katabolitů na podkladě filtrace. Do hemofiltru, který musí mít membránu s vysokou propustností, přitéká jenom krev, a tak zde nedochází k žádné difúzi, ale jenom k filtraci. Objem odstraněné tekutiny, které je několik desítek litrů, musí být zpětně hrazen speciálním sterilním roztokem. Výhodou je odstraňování látek o vyšší molekulové hmotnosti a lepší tolerance u oběhově méně stabilních pacientů. Nevýhodou je finanční náročnost a vyšší ztráta živin, proto je tato metoda používána jen u nízkého procenta pacientů. Kombinace obou fyzikálních principů (difúze a filtrace) krve je podkladem metody zvané hemodiafiltrace. (30, 18)

### ***1.2.1.1. Cévní přístupy***

Pro hemodialýzu je nezbytný kvalitní cévní přístup, který zajistí dostatečný průtok krve dialyzátorem a bude snadno přístupný. Rozeznáváme cévní přístupy dočasné – k omezenému počtu výkonů, a trvalé pro pacienty v hemodialyzačním programu, kdy je cévní přístup používán pravidelně 2 – 3 týdně. (27)

Takový cévní přístup se nazývá arteriovenózní fistule, která je vytvořena malým, zpravidla ambulantně provedeným operačním zákrokem na vhodném místě na nedominantní horní končetině, a to buď v oblasti předloktí nebo lokte.

Dočasný cévní přístup volíme v tom případě, kdy se musí s dialýzou začít ihned tj. u nemocných s náhlým selháním ledvin či u intoxikovaných. Protože tedy není čas na vytvoření arteriovenózní spojky, musí lékař pacientovi zavést dialyzační katétr do některé z velkých žil na krku nebo v tříse. (30)

### ***1.2.1.2. Dietní opatření***

Dieta by měla splňovat dva hlavní požadavky:

- Zajistit dostatek energie a látek potřebných pro organismus – bílkoviny, vápník, železo, vitamíny, atd.

- Omezit některé látky, které při hromadění v organismu působí škodlivě (P, K, voda)

*Bílkoviny = proteiny.* Jestliže chybí v potravě některé aminokyseliny, nemůže organismus tvořit některé důležité bílkoviny. Doporučený příjem bílkovin záleží na četnosti dialýz: při HD 1x týdně asi 0,8 g na kg a den, při HD 2x týdně asi 1,0 g na kg a den, při HD 3x týdně asi 1,2 g na kg a den. Někteří nemocní musí při výběru potravin bohatých na bílkoviny přihlídnout k množství fosforu v nich obsažených. Vhodné jsou např. tyto potraviny: vaječný bílek, olomoucké tvarůžky, králíčí a jehněčí maso, kuře, bezvaječné těstoviny.

*Cukry = sacharidy.* Příjem je nutno regulovat dle tělesné váhy a přihlížet k onemocnění (cukrovka), preferovat cukry s pomalým vstřebáváním – škroby, pektiny, celulóza.

*Fosfor = P.* Při porušené funkci ledvin dochází k zadržování nadbytečného množství fosforu v organismu, které neodstraní ani dialýza. Vysoká hladina fosforu nejen poškozuje kosti, ale složitými mechanismy může poškozovat i cévy a srdce. Proto je velice důležité omezit v dietě potraviny s vysokým obsahem fosforu. Povolená denní dávka je 1 000 mg fosforu.

*Draslík = kalium K.* Draslík je prvek, který je nezbytný pro správnou činnost srdce. Nalézá se zejména v rostlinných produktech. Je rychle a účinně odstraňován dialýzou, ale v období mezi dialýzami je nutno jeho příjem omezovat.

*Železo = Fe.* Je nutné pro tvorbu červených krvinek – doplňuje se dle laboratorních výsledků.

*Vitamíny.* Vitamíny A a E se nesmí podávat jako doplněk u dialyzovaných pacientů v tabletách. Vitamín C: denní dávka vitamínu C by neměla překročit 50 mg/den. (44)

*Sůl = NaCl.* Množství soli, které přijímáme v potravě, těsně souvisí s pocitem žízně. Čím více soli, tím větší žízeň. Je tedy dobře naučit se solit málo (15)

*Tekutiny.* Vzhledem k poruše funkce ledvin musí pacienti kontrolovat denní příjem tekutin. Ledviny nejsou schopny odfiltrovat nadbytečné množství tekutiny a při nadměrném příjmu dochází k zadržování tekutiny v organismu, což se může projevat zvýšením krevního tlaku, otoky, dušností. Při převodnění je nadbytečně zatěžována srdeční činnost. Příjem tekutin se doporučuje omezit tak, aby přírůstek mezi jednotlivými dialýzami nebyl větší než 2,5 kg. Doporučený denní příjem tekutin vypočítáme podle množství moče za 24 hodin + 500 ml. Do přijatého množství tekutin se musí započítat jak tekutina volná – nápoje, tak tekutina skrytá – polévky, omáčky, šťávy z ovoce a zeleniny. (44)

### ***1.2.2. Peritoneální dialýza***

Princip peritoneální dialýzy je založen na vlastnostech výstelky břišní dutiny, pobřišnice (latinsky peritoneum). Pobřišnice může fungovat jako polopropustná membrána, čehož využívá peritoneální dialýza k odstraňování katabolitů z organismu. Technické provedení peritoneální dialýzy je jednoduché: do břišní dutiny se napustí roztok (přes katétr, který je pevně fixovaný ve stěně břišní) o daném složení, v břišní dutině se určitou dobu ponechá (tzv. doba prodlevy) a poté se vypustí. Během prodlevy přecházejí látky podle koncentračního či tlakového spádu z krve (prostřednictvím sítě kapilár na pobřišnici) do intraperitoneálně napuštěného roztoku. Krev se tak „očistí“ od zadržených zplodin metabolismu. Současně je možný i přestup látek z roztoku do krve, je-li koncentrační spád opačný. (51, 18)

#### Základní metody peritoneální dialýzy

- ❖ Kontinuální ambulantní peritoneální dialýza (CAPD)
- ❖ Automatizovaná peritoneální dialýza (APD) - k provádění této techniky je potřebný přístroj (cycler). (30, 18)



### *1.2.3. Transplantace ledviny*

Ledvinu je možno získat od žijícího příbuzného dárce ( jedna dobře funkční ledvina plně dostačuje k nekomplikovanému životu) nebo od nežijícího dárce (v tomto případě se jedná o člověka, jehož mozek je po těžkém úraze či krvácení nezvratně mrtev). Pokud pacientův zdravotní stav umožňuje transplantaci, je zařazen do takzvané čekací listiny (waiting list). Před zařazením do čekací listiny (či příbuzenskou transplantací) je třeba provést sérii vyšetření, které určí, zda pacient může transplantaci bez nadměrného rizika absolvovat (vyšší věk u pacienta v celkově dobrém stavu není na překážku). Jedná se o vyšetření především k posouzení stavu kardiovaskulárního aparátu a vyloučení skryté infekce či tumoru. Vlastní transplantace je náročností pro pacienta a rizikem srovnatelná se středně závažnou břišní operací např. vynětím žlučníku. Po transplantaci je zahájena léčba vedoucí ke snížení imunitní odpovědi organismu, tak aby se zabránilo odloučení transplantované ledviny. To s sebou nese zvýšení rizika infekcí a částečně i některých tumorů. U dobře vyšetřeného příjemce však přínosy převažují jednoznačně nad riziky a dlouhodobé výsledky jsou lepší ve srovnání s ostatními metodami. Nezanedbatelnou výhodou je též možnost přerušit dialyzační léčení a navrátit se k běžnému životnímu režimu pouze s občasnými kontrolami v ambulanci. (20)

Pacient s transplantovanou ledvinou může žít plnohodnotný život, musí však být na sebe opatrný a vyvarovat se nadměrným zátěžím. Pravidelné podrobné kontroly zdravotního stavu v transplantačním centru jsou nejen nezbytné pro ochranu funkce štěpu, ale i pro prevenci a včasnou diagnózu a léčbu komplikací. (22)

V současné době je přežívání transplantované ledviny z žijících dárců v prvním roce po transplantaci až 98 %, u kadaverózních dárců je to 95 %. Při transplantaci ze žijícího dárce je průměrně ledvina funkční 20 let, při transplantaci z kadaverózního dárce 8 – 12 let. Transplantace poskytuje mezi metodami náhrady funkce ledvin nejvyšší kvalitu života. Je snahou, aby byla dosažitelná pro všechny, kteří ji potřebují. (21)

### ***1.3. Psychosociální problematika***

#### ***1.3.1. Chronicky nemocní***

Hovoříme-li o nemocných lidech, máme často na mysli lidi akutně nemocné. Jejich nemoc se objeví náhle, rychle vrcholí, její příznaky vedou člověka k lékaři, ten nemoc diagnostikuje a zahájí léčbu. U chronických onemocnění je tomu jinak. Chronická nemoc se přibližuje pomalu – plíživě. Často si daný člověk ani neuvědomí, že je nemocen a pak k onemocnění zaujímá falešný postoj. Dívá se na ně jako na onemocnění akutní – jako na něco, co v poměrně krátké době zřejmě odezní a bude zase dobře. Neuvědomuje si, že s touto nemocí nejen bude žít dlouho, ale s velkou pravděpodobností až do smrti.

Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí ten, kdo je touto nemocí postižen vyrovnávat. Obecně je možné říci, že ho chronická nemoc dostává do stresu, který musí zvládat. U chronicky nemocných lidí byly pozorovány určité odchylky chování od chování jinak zdravých lidí. Odchylky se týkaly jak jejich vnitřního prožívání tak jejich sociálního života – jejich vztahu a jednání s druhými lidmi. (25)

Je třeba si také uvědomit, co všechno nemocný člověk ztrácí. Může to být jméno, postavení, životní jistota, soukromí, stud, životní rytmus, práce, stravovací zvyklosti, volnost pohybu, možnost aktivity atd. K tomu všemu naopak přibyla bolest, slabost, obavy, nepříjemná vyšetření a možná nepříjemní spolupacienti a mnoho dalšího. Proto má nemocný právo reagovat na novou situaci i agresí, úzkostí, depresí, zmateností, poruchami chování apod. Nepřipravené okolí obvykle reaguje na takové projevy negativně; to jeho agresivitu dále stupňuje, vzniká bludný kruh a nikomu to neprospívá. Zato dobře připravené okolí zvládne vzniklou situaci mnohem lépe a může být nemocnému obrovskou oporou a pomocí. (52)

Jak již bylo řečeno pacienti s diagnózou chronické nemoci mívají více dlouhodobých a intenzivních bolestí – i když je to nemusí bolet bez přestání. Často mají pohybové potíže – nejen při chůzi, ale i při jiných pohybech. Mnohdy mají zažívací potíže, problémy s vyměšováním, těžkosti s dýcháním atp. Neméně pestrá je paleta

psychických těžkostí. Jedná se v první řadě o kognitivní problémy a negativní emocionální zážitky. Kognitivní (myšlenkové) problémy se týkají faktu chronické nemoci. Pacient na ni myslí často. Myslet na ni doslova „musí“. V jeho mysli se toto téma objevuje zcela samovolně. Pacient je pak uvádí do souvislosti jak s momentálním stavem (např. se změnami, které u něho nastávají v důsledku dané chronické nemoci), tak s další vlastní perspektivou (např. se změnami, se kterými musí v dalším životě počítat). Má-li více chronických onemocnění, problémy se nesečítají, ale spíše násobí.

Největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Jeho identita (představa toho „kdo jsem já“) je chronickým onemocněním postižena nejvíce. Byl někým, nežli došlo k onemocnění. Nyní je též někým, ale někým jiným. Toto odcizování se nejen druhým lidem, ale i sama sobě může dojít tak daleko, že se chronicky nemocný pacient přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Ztrácí nejen pocit schopnosti něco řešit (kompetence), ale dokonce i osobní úcty a ceny. Odborně se tento stav charakterizuje jako non-person – nebytí osobností. Tato změna je pociťována pacientem jako mimořádně těžká. Často vede pacienty k revizi a přehodnocení mnohého. O tomto psychickém procesu se hovoří jako o strategickém přebudovávání vlastní identity. (25)

I když jsou reakce jednotlivých lidí na těžké životní situace různé a závisí na spoustě vnějších okolností, na dosavadních zkušenostech a osobnosti jednotlivce, určité zákonitosti zde jsou. Je proto užitečné se s nimi seznámit. Velice přehledně je jako „fáze“ na základě svých mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a umírajícími popsala dr. Elizabeth Kübler-Rossová.

| <b>FÁZE</b>             | <b>PROJEVY</b>   | <b>CO S TÍM</b>                 |
|-------------------------|--|---------------------------------|
| NEGACE<br>Šok, popírání | "Ne, já ne, pro mne to neplatí. To není možné." "To je určitě omyl."<br>"Zaměnili výsledky." | Navázat kontakt, získat důvěru. |

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| AGRESE<br>Hněv, vzpoura  | "Proč zrovna já?"<br>"Čí je to vina?"<br>"Vždyť mi nic nebylo." Zlost na zdravotníky, zlost na zdravé lidi. Vyčítá nespravedlnost apod. | Dovolit odreagování, nepohoršovat se.   |
| SMLOUVÁNÍ<br>Vyjednávání | Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoliv. Činí velké sliby.  | Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.  |
| DEPRESE<br>Smutek        | Smutek z utrpené ztráty. Smutek z hrozící ztráty. Strach z účtování. Strach o zajištění rodiny.   | Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny apod.)                     |
| SMÍŘENÍ<br>Souhlas       | Vyrovnání, pokora, skončil boj, je čas loučení.<br>"Dokonáno jest."<br>"Do Tvých rukou..."  | Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor - rodina možná potřebuje pomoc víc než pacient! |

Zdroj: 52

Člověk, u něhož se objeví chronické onemocnění, nezůstává sociálně izolován. Musí se dost často stýkat s různými představiteli zdravotnického systému, žije v manželství a rodině, má styky se spolupracovníky v zaměstnání i s dalšími lidmi v době volna. Ukazuje se, že všechny tyto sociální vazby jsou chronickou nemocí víceméně ovlivněny.

#### *Vztah k lékaři*

Pro akutně nemocného je lékař autoritou a plně mu důvěřuje. Vidí v něm někoho, kdo nestudoval nadarmo, kdo nasbíral v životní praxi bohaté zkušenosti, a je pro něho „někdo“. Ve styku s lékařem je akutně nemocný pacient optimista. U chronicky nemocného pacienta je tomu jinak. Podvědomě očekává rychlé uzdravení.

Když se jeho očekávání neplní, je zklamán a ztrácí k lékaři důvěru. Začne si klást otázky, které problematizují představy o kompetenci (odborné znalosti) lékaře. Takovéto problematizující otázky si klade i nad režimem, který mu lékař předepisuje. Odtud pramení řada neshod ve vztahu mezi lékařem a chronicky nemocným pacientem. Zde se setkáváme s příčinami nedodržování lékařem předepsaných léčebných postupů – např. pravidelného brání léků. Zde jsou i některé z nejdůležitějších příčin odklonu pacienta od ošetřujícího lékaře včetně obracení se k „léčitelům“ a různým paramedicínským praktikám. Jiným příkladem nedorozumění mezi lékařem a pacientem může být příliš úzké zaměření lékaře jen na pacientovu nemoc. Pacient se může v důsledku nemoci dostávat do emocionálně těžkých stavů – např. obav, strachů, zlosti atp. Ošetřující lékař může pak být agresivitou pacienta zaskočen či zraněn.

#### *Vliv chronického onemocnění pacienta na jeho rodinu*

Dochází ke změnám rolí – nejen pacientovi role, ale i partnerovy či partnerčiny role. Role obvykle vykrystalizují před nemocí do určitého vztahu – například jednoho dominantního a druhého spíše submisivního člena manželské dvojice. Došlo-li k chronickému onemocnění např. dominantního člena této dvojice, musela dosud submisivní manželka převzít dominantní roli.

#### *Děti*

Onemocní-li jeden z rodičů, trpí tím rodičovská disciplína. Děti se cítí jakoby „viny“ tím, co se stalo někomu z rodičů, a upadají do depresí a sebeobviňování. V případě, že jeden z rodičů je chronicky nemocný a nemoc se zhoršuje, děti často vyjadřují obavy, že obdobnou nemocí onemocní i druhý rodič. Tak si kladou otázku, co bude potom s nimi.

Rodiny, ve kterých někdo onemocní se mění. Zvyšuje se míra celkové únavy všech členů rodiny a zvyšují se pocity depresí. Negativní pocity a zlost jsou často potlačovány, což jen situaci zhoršuje. (25)

### *1.3.2. Dialyzovaní pacienti*

Průběh dialyzačních terapií se prakticky neustále opakuje. Po příchodu na středisko je pacient zvážen a uveden na dialyzační sál. Po usazení do dialyzačního křesla či uložení na lůžko, zdravotní sestra zkontroluje krevní tlak a ve spolupráci s lékařem i zdravotní stav pacienta. Po přípravě dialyzačního přístroje provede specializovaná zdravotní sestra zavedení dialyzačních jehel do fistule a napojí tak cévní systém nemocného na mimotělní oběh krve dialyzačního přístroje. Během léčby přístroj automaticky zaznamenává a kontroluje průběh terapie a sestra pacientovi kontroluje krevní tlak dle ordinace lékaře. Během této doby může nemocný spát, sledovat televizi nebo si číst, pokud možno však nepohybuje s končetinou, na které je fistule se zavedenými dialyzačními jehlami. Po uplynutí času potřebného k dostatečnému očištění krve vrátí sestra pacientovi zbylou krev z mimotělního oběhu do fistule a odpojí mimotělní oběh od dialyzačních jehel. Po vytažení jehel si pacient sám či s pomocí sestry drží na místě vpichu tampón a vyčkává, než dojde k zástavě krvácení. Aby se zabránilo vstupu infekce do oblasti vpichu, překrývá se tato oblast sterilním krytím, které si pacient může cca po 2 hodinách odstranit. Při odchodu z dialyzačního sálu je pacient znovu zvážen. Standartní dialyzační rozpis je 4 až 5 hodin dialýzy 3x týdně. Vyjíměčně u pacientů s velmi dobrou zbytkovou funkcí vlastních ledvin lze přechodně v počátku léčení umožnit dialýzu 2x týdně. Je však nutno měsíčně měřit očišťovací schopnost vlastních ledvin sběrem moči a při poklesu neprodleně zahájit dialýzu 3x týdně.

Dialyzovaní pacienti tedy vedou vysoce abnormální život, protože jeden jejich vitálně důležitý orgán ztratil funkci a je nahrazen přístrojem. Kvalita života je ve srovnání s běžnou populací nižší. Pacienti jsou vystaveni četným stresům a zákazům – musí dodržovat dietu s restrikcí tekutin, pravidelně užívat léky, jsou vlivem dialyzačních dní časově limitováni, často mají změněný vzhled, sexuální dysfunkci, vysokou nemocnost aj. Všichni dříve či později vědí, že bez dialýzy by nemohli žít, ale jak dlouho „prodloužení“ potrvá, neumí nikdo předpovědět – měsíce, roky? Velkou nadějí je pro nemocné úspěšná transplantace, ale i ta má své medicínské kontraindikace,

a tak se netýká všech dialyzovaných. Proto nemůže překvapit velký výskyt deprese mezi pacienty (6,5-40%), a i sebevražd, které jsou i 10-25krát častější než v normální populaci (někdy nerozpoznané – vždyť stačí „sníst jen velké množství ovoce“ anebo „se do sytosti napít“). (27)

O depresi se říká, že je nejčastější komplikací chronického onemocnění. A ne-li deprese sama, pak deprese doprovázená úzkostí. Proč k těmto projevům u dialyzovaných pacientů a v menší míře i pacientů po transplantaci dochází? Mnohé deprese lze chápat jako odpověď na nějakou ztrátu. A dialyzovaní i transplantovaní pacienti se musejí vyrovnávat s celou řadou ztrát. Ztráta práce, která nepředstavuje jen způsob získávání peněz, ztráty v oblasti sexuálního života, v předpokládané délce života, apod. (9)

Selhání ledvin nedopadá jen na samotné pacienty, ale má devastující vliv i na životy jejich nejbližších. Mnoho příbuzných pacientů s onemocněním ledvin mluví o zvýšené zodpovědnosti, kterou cítí za své blízké. Udržení jejich dobrého zdravotního stavu se pro ně stává prioritou. Věnují větší pozornost společným rodinným jídlům, kontrolují, zda si pacient vzal předepsané léky. Mají starost, když si pacient začne na něco stěžovat. Často přebírají rodinné úkoly, které měl dříve na starost pacient, aby mu odlehčili. Cítí se pak vystaveni trvalému tlaku. To roztáčí spirálu, kdy si partner pacienta připadá unavený a vyčerpaný. Aby to překonal zvyšuje svůj pečovatelský přístup k nemocnému partnerovi, snaží se mu ještě více pomáhat apod. To vede k většímu vyčerpání a následně se dostaví příznaky „vyhoření“ a jejich vzájemný vztah může zkolabovat. (9)

Z těchto důvodů je potřebné zaměřit se mimo zdravotní péče i na psychologickou péči a sociální rehabilitaci. Psychologická rehabilitace usiluje např. o zvládnutí krize spojené se změnou zdravotního stavu, o změnu v sebehodnocení a životní orientaci nemocného. Cílem sociální rehabilitace je existenční, resp. materiální zabezpečení a legislativní ochrana jednotlivce, jeho začlenění do společnosti, zajištění sociálních služeb, úpravy místních podmínek, apod. (32)

## ***1.4. Psychosociální práce***

### ***1.4.1. Psychologie***

Klinická psychologie se zabývá duševním životem, se zvláštním důrazem na pomoc člověku – diagnostiku, terapii a prevenci duševních chorob a poruch včetně poruch chování, vztahy lékaře k pacientovi a pacienta k lékaři i postojem pacienta k nemoci. (17)

Podstatným znakem klinické psychologie je, že pracuje s jedinci jako individuálními případy, jako s klienty (osoby mající problémy, např. v manželském soužití, adaptační a jiné osobnostní potíže) a jako s pacienty (osoby trpící psychickou poruchou). Za praktické úkoly klinických psychologů lze pak pokládat psychodiagnostiku a s ní spojenou psychoterapii, ale také poradenskou službu a s ní spojené vedení klienta psychologickými prostředky, jakož i prevenci a činnost výzkumnou. (39)

Tento praktický obor psychologie hledá odpovědi např. na tyto otázky: Jaké chování je pouze mírně neobvyklé a jaké zcela zřejmě maladaptivní a abnormální? Jaké faktory přispívají k extrémním psychickým poruchám, při nichž lidé ztrácejí kontakt s realitou a nejsou schopni rozumně uvažovat? Proč se člověk někdy projevuje tak, že to sám považuje za nevhodné, nebo dokonce nenormální a rád by tyto projevy zbrzdil, ale nedaří se mu to? apod.

Z klinické psychologie se vyvinula psychologie zdraví. Ta se pokouší ovlivnit normy a postoje, které regulují zdravý životní styl. Zabývá se také vlivem stresu (nadměrné tělesné či duševní zátěže) na zdraví, vzájemnými vztahy mezi lékařem a pacientem, problematikou bolesti, psychickými důsledky nevléčitelných onemocnění. (47) Dále se zabývá rolí psychických faktorů při udržování dobrého zdravotního stavu, prevencí nemocí, zvládnutím negativních zdravotních stavů, poskytováním psychologické pomoci pacientům v průběhu uzdravování a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi. (57) Je také označována jako lékařská psychologie.



Lékařská psychologie je aplikovaným psychologickým oborem majícím interdisciplinární charakter. Představuje aplikaci psychologických poznatků ve zdravotnictví – lékařem (na rozdíl od klinické psychologie, která je v kompetenci psychologa). Je to obor zabývající se především psychickými aspekty vztahu a interakce lékaře, pacienta, jakož i vazbou na relevantní jedince či skupiny z pacientova sociálního prostředí (příbuzní, přátelé apod.) na vědomé, ale též nereflektované úrovni. Praktické úlohy oboru si lze přiblížit i větou: „Není v silách lékaře zvládnout každou situaci dokonale medicínsky, ale vždy by ji měl zvládnout psychologicky.“ V dnešní medicíně došlo k velkému pokroku projevujícím se technizací všech oborů, specializací a snaze po dostupnosti zdravotní péče pro všechny potřebné. Následkem toho dochází k dehumanizaci medicíny, čili je opomíjena lidská subjektivita a bytostné určení člověka, tedy to, díky čemu – pokud je zachován život – si zachovává lidskou identitu. Úkolem lékařské psychologie je působit proti dehumanizaci a chránit tím nejen nemocného, ale ve svém důsledku i lékaře. Jinými slovy, péči o nemocného navracíme lidskou dimenzi a pěstujeme ji. (56)

Psychosomatická jednota, vzájemné determinace vnitřních chorob psychologickými faktory a naopak, vliv nemoci na psychiku člověka jsou zřejmé při mnohých onemocněních v interní medicíně. Obecně vznikají problémy s chronicky nemocnými, kteří nemají sebedůvěru, chybí jim pocit, že jsou užiteční a tím i klesá jejich motivace k léčbě. Těmto nemocným také chybí tendence k aktivní spolupráci. Lze říci, že dlouhodobá konzervativní léčba vyžaduje trpělivost ze strany pacienta, ale i lékaře. Pacientům je nutné dodávat ztracenou sebedůvěru, učít je žít s chorobou, připravovat je na změněné životní podmínky, diskutovat s nimi o možnostech léčby a správnou komunikací posilovat jejich důvěru v účinnost léčby.

Psychologický přístup v péči o pacienta s interním onemocněním:

- poznání premorbidní osobnosti člověka
- komplexní posouzení zdravotního stavu s ohledem na psychiku nemocného
- trpělivé vysvětlení úkonů spojených s diagnosticko-terapeutickým procesem
- včasné poučení o možnostech a variantách léčby
- vytvoření pozitivního vztahu mezi zdravotníky a pacientem

- poskytnutí dostatku informací o průběhu léčby
- umožnění pravidelného kontaktu rodinných příslušníků a blízkých osob s nemocným a respektování soukromí
- snížení pocitu strachu a úzkosti
- aplikace psychoterapie v problémových situacích
- vhodná motivace nemocného k aktivní účasti na léčbě
- vhodná komunikace mezi nemocným a zdravotnickým personálem. (57)

#### ***1.4.2. Sociální práce***

Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života. (33)

Cíle sociální práce

Praktické cíle sociální práce jsou podle Americké asociace sociálních pracovníků následující:

1. Podpořit schopnost klienta řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se.
2. Zprostředkovat klientovi kontakt s agenturami, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti.
3. Napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně (profesionální sociální pracovník může mít roli poskytovatele, organizátora služeb, supervizora, konzultanta a také roli obhájce klientových zájmů).
4. Rozvíjet a zlepšovat sociální politiku. (31)

## Úrovně sociální práce

Běžně se v sociální práci rozlišují činnosti na mikroúrovni, střední úrovni a makroúrovni. Mikroúrovni se přitom myslí případová práce, střední úrovni práce s rodinami a malými skupinami, makroúroveň znamená práce s velkými skupinami, s organizacemi, komunitami a působení na sféru veřejného mínění i politiky.

*Případová práce, resp. vedení případu* – úkolem je zabývat se komplikovanými problémy klienta v celé jejich šíři. Řeší potřebu odpovídajícího příjmu, dostupného bydlení, zajišťuje dostupnou zdravotní péči, rekvalifikaci nebo pomáhá vyhledat zaměstnání a získat sociální podporu, protože systémy služeb jsou často nekoordinované a nepoučený klient se v nich sám sotva může orientovat. Ať jde o bezdomovce, nebo o seniora, o přistěhovalce, nebo o člověka se smyslovou vadou, průvodcem a pomocníkem mu může být případový sociální pracovník, který řídí sociální intervenci – nikoli klienta. Důležité je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, komunitě, společnosti, kultuře a znalost těch sociálně-zdravotnických služeb, které nabízejí možnost zbavit se nedůstojných životních podmínek. Základní činností při práci s případem je poradenství.

*Skupinová sociální práce* – činnost sociálního pracovníka, který pomáhá sociálnímu fungování různých skupin ve smyslu rozvoje vzájemných pozitivních sociálních vztahů mezi jejich členy, aby se každý jedinec jako člen skupiny vyvíjel v souladu s cíli, které si skupina klade. Skupiny fungují pod vedením sociálního pracovníka, ať už je tento pracovník v roli facilitátora, terapeuta, konzultanta, nebo je zdrojem skupinové aktivity.

*Práce s rodinou* – může mít podobu úžeji zaměřených aktivit organizovaných pro jednu rodinu nebo skupinu rodin (např. poradenství), jindy se jedná o rodinnou terapii, jejíž cíle jsou obecnější: zlepšit fungování rodiny, vyjasnit rodinnou komunikaci, vymezit role členů rodiny, vytyčit hranice odpovědnosti mezi jednotlivci a také mezi podsystémy rodiny. (31)

*Sociální pracovník pracuje:*

- s klienty, s jejich rodinami, příp. za svůj případ považuje celou rodinu;
- s přirozenými skupinami, např. s partami mládeže na městském sídlišti;

- s uměle vytvořenými skupinami, jakými jsou např. školní třídy nebo skupiny lidí trávící život v ústavu sociální péče či ve vězení;
- s organizacemi, buď řídí činnost agentur poskytujících sociální služby, nebo vstupuje jako expert do organizací a pomáhá v nich řešit problémy, které je kompetentní řešit, např. formou supervize;
- s místními komunitami, tj. s lidmi žijícími v jednom místě;
- jako expert i při přípravě některých zákonů a vyhlášek, v jiných případech se jako oponent k takovým návrhům vyjadřuje. (31)

### ***1.4.3. Sociální služby***

Sociální služby zahrnují

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Cílem služeb bývá mimo jiné

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. (37)

#### ***1.4.3.1. Zařízení sociálních služeb***

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče, intervenční centra, zařízení následné péče.

#### ***1.4.3.2. Sociální poradenství***

Sociální poradenství zahrnuje

- a) základní sociální poradenství,
- b) odborné sociální poradenství.

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb.

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální

práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.

Služba obsahuje tyto základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

#### ***1.4.3.3. Osobní asistence***

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba obsahuje zejména tyto základní činnosti: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

#### ***1.4.3.4. Pečovatelská služba***

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba se poskytuje za úplatu. Služba obsahuje tyto základní činnosti: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

#### ***1.4.3.5. Sociálně zdravotní služby***

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale

současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění. (37)

#### ***1.4.3.6. Odlehčovací služby***

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje osoba blízká v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

#### ***1.4.3.7. Centra denních služeb***

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob, které mají tyto schopnosti snižené z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

#### **1.4.3.8. Domovy pro seniory**

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. (37)

#### **1.4.3.9. Azylové domy**

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při prosazování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Služba se poskytuje za úplatu.

#### **1.4.4. Sociální zabezpečení - dávky**

Spektrum klientů dialyzačních středisek je velmi široké (lidi bez přístřeší, pracující lidé, invalidní důchodci, děti a mladí či nemohoucí senioři apod.). Proto i spektrum dávek, o které klienti mohou žádat, je velké. Je to např.: invalidní důchod – plný či částečný, sociální příplatek, příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na zakoupení motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P), příspěvek na péči.

Některé právní předpisy dle kterých se řídí sociální zabezpečení:

*Zákon o životním a existenčním minimu (č. 110/2006 Sb.)* - Tento zákon stanoví životní minimum jako minimální hranici peněžních příjmů fyzických osob k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb, a existenční minimum jako



minimální hranici příjmů osob, která se považuje za nezbytnou k zajištění výživy a ostatních základních osobních potřeb na úrovni umožňující přežití. Tento zákon dále upravuje způsob posouzení, zda příjmy osob dosahují částek životního minima nebo existenčního minima. (62)

*Zákon o pomoci v hmotné nouzi (č. 111/2006 Sb.)* - Vymezuje sedm situací spojených s nedostatečným zabezpečením základní obživy, bydlení a mimořádnými událostmi. Napomáhá řešení některých nárazových životních situací. Stanovuje, že každá osoba má nárok na poskytnutí základních informací, které vedou nejenom k řešení její současné situace, ale i k předcházení vzniku hmotné nouze. Nedílnou součástí pomoci v hmotné nouzi je sociální práce s klienty. (37)

*Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.)* - Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních. (60)

*Zákon o státní sociální podpoře (č. 117/1995 Sb.)* - Pojem státní sociální podpory označuje dávky, poskytované osobám (rodinným příslušníkům) ve společensky uznaných sociálních situacích, kdy stát skrze jejich vyplácení z části přebírá spoluzodpovědnost za vzniklou sociální situaci. V rámci systému státní sociální podpory je poskytován: přídavek na dítě, rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, porodné, pohřebné, dávky pěstounské péče. (61)

*Zákon o organizaci a provádění sociálního zabezpečení (č. 582/1991 Sb.)* - Tento zákon upravuje organizační uspořádání sociálního zabezpečení, působnost České správy sociálního zabezpečení, okresních správ sociálního zabezpečení a orgánů státní správy v sociálním zabezpečení a k výběru příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, úkoly

občanů a zaměstnavatelů při provádění sociálního zabezpečení a řízení ve věcech důchodového pojištění a důchodového zabezpečení, včetně řízení ve věcech pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, státní sociální podpory, pomoci v hmotné nouzi a sociální péče. Sociální zabezpečení podle tohoto zákona zahrnuje

- nemocenské pojištění zaměstnanců a osob postavených jim v tomto pojištění na roveň, nemocenské pojištění osob samostatně výdělečně činných,
- důchodové pojištění. (58)

*Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (č. 182/1991 Sb.), kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení. (55)*

## **2. Cíl práce**

Cílem práce je zjistit, jsou-li na hemodialyzačních střediscích využíváni psychosociální pracovníci, zda klienti těchto středisek znají psychosociální služby a mají-li zájem o jejich využívání. Cílem práce je i průzkum nabídky těchto služeb, jejich dostupnost a možnosti využití.

### ***2.1. Hypotézy***

Hypotézy pro tuto práci jsem stanovila takto:

Hypotéza číslo 1: Psychosociální pracovníci nejsou využíváni hemodialyzačními středisky.

Hypotéza číslo 2: Klienti středisek neznají psychosociální služby a sociální dávky.

Hypotéza číslo 3: Klienti středisek nemají zájem využívat psychosociální služby.

### 3. Metodika

Pro potřeby výzkumu byl použit kvantitativní výzkum – metoda analýzy dokumentů (technika obsahové analýzy a sekundární analýza dat) a metoda dotazování (technika dotazník). Pro výběr respondentů byl použit náhodný stratifikovaný výběr, což znamená, jak říká Disman, že je populace rozdělena do homogenních skupin vzhledem k nějakému jasně danému kritériu a jedinci z těchto skupin jsou do vzorku vybíráni náhodně. Pro tento výzkum byla kritériem pro výběr respondentů účast v dialyzačním procesu – tj. pacienti a vedoucí pracovník (staniční či vrchní sestra, vedoucí lékař/ka či primář/ka) dialyzačních středisek.

Byly použity dva vlastní dotazníky.

Jeden dotazník (viz. příloha č. 1) byl určen klientům středisek. Byli dotazováni, mimo základních údajů, na psychický stav a na orientaci v sociálních službách a dávkách. Tato část výzkumu byla provedena u klientů třech hemodialyzačních středisek - ve Strakonících, Písku a Českých Budějovicích. Bylo rozdáno 130 dotazníků, 54 se jich vrátilo což je 41,5% návratnost.

Druhý dotazník (viz. příloha č. 2) byl určen přímo dialyzačním střediskům. Zde byla zjišťována spolupráce středisek s klinickým psychologem a sociálním pracovníkem. Odpovědělo 20 středisek ze 70 to znamená 27% návratnost.

Další část výzkumu byla věnována průzkumu nabídky psychosociálních služeb a jejich dostupnosti. Vycházela jsem především z internetových zdrojů.

Vzhledem k návratnosti, je v diplomové práci výzkum nereprezentativní a data nejsou statisticky hodnotitelná. Proto jsou výsledky vzhledem k tématu zpracovány prostou četností – statistické hodnocení by zde příliš nepřineslo.

## 4. Výsledky

### 4.1. Sociální služby

#### 4.1.1. Sociální služby ve Strakonících

*Pečovatelská služba Strakonice, Rybniční 1283, <http://www.muss.strakonice.eu/>*

Poskytuje a zajišťuje terénní služby sociální péče osobám, které žijí v rámci území města Strakonice a přilehlých obcích, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci tak, aby mohly zůstat součástí přirozeného místního společenství i přes sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Za tímto účelem je služba poskytována v domácnostech těchto osob včetně domácností v domech s pečovatelskou službou. Dále zajišťuje dovoz stravy potřebným osobám. Služby se poskytují na základě žádosti klienta a posouzení zdravotního stavu ošetřujícím lékařem. Podle individuálních přání a potřeb klienta je určen čas a způsob provádění služby.

V klubech pro seniory - v Ellerově ul. 160 ve Strakonících a v objektu Domu s pečovatelskou službou, Rybniční 1283 - poskytuje sociálně aktivizační služby ambulantní formou pro seniory a osobám se zdravotním postižením ohrožených sociálním vyloučením.

*Domov pro seniory, Lidická 189, Strakonice, Domov pro seniory, Rybniční 1282, Strakonice, <http://www.muss.strakonice.eu/>*

Poskytování pobytových služeb sociální péče v domovech pro seniory osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby při většině životních úkonů a tuto pomoc nelze zajistit za pomoci rodiny ani terénními sociálními službami. Pro osoby starší 50 let, které mají přiznán starobní nebo invalidní důchod a jejich zdravotní stav nevyžaduje léčení a obdobné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení s potřebou pomoci z

jiných vážných důvodů, např. sociálně osamělé a nacházející se v sociální krizové situaci a jsou způsobilé soužití s ostatními uživateli domova pro seniory.

Základní činnosti poskytovaných služeb :

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy včetně stanovené diety
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- sociální poradenství
- sociálně terapeutické činnosti
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

*Azylový dům, Budovatelská 613, <http://www.muss.strakonice.eu/>*

Azylový dům je zařízením s účelovým zaměřením v rámci sociální prevence k poskytování sociálních služeb osamělým matkám a otcům s dětmi, osamělým ženám a mužům, kteří se ocitli v mimořádně krizové situaci bez přístřeší a v nouzi okamžité přechodné ubytování, výchovnou a poradenskou péči, pomoc při obstarání zaměstnání, ubytování a umístování dětí do předškolních a školních zařízení. Cílem těchto služeb je pomoci klientům, aby byli následně schopni řešit své problémy samostatně a jejich závislost se minimalizovala.

*Oblastní charita Strakonice, <http://www.charita-sousedovice.unas.cz/>*

Oblastní charita Strakonice má několik středisek. Vedení charity sídlí v Domě klidného stáří v Sousedovicích (domov pro seniory s nepřetržitou péčí), kde je též realizován projekt POHODA - denní gerontologický stacionář.

Osobní asistence (terénní služba) má kontaktní místo ve Strakonících v ulici Heydukova 349 ve Strakonících. Zde sídlí také: vedení sídla pečovatelské služby, poradna sociálně právní, poradna pro lidi v nouzi, poradna pro seniory a půjčovna kompenzačních pomůcek. Další střediska pečovatelské služby jsou ve Volyni pro oblast Volyňsko a Česticko v domě s pečovatelskou službou - ulice Vimperská 595, v Oseku pro oblast Osecko-Radomyšlsko v domě s pečovatelskou službou - Osek 109, v Blatné pro oblast Blatensko - Tyršova 436.

Oblastní charita Strakonice je součástí České katolické charity. Podle stanov má jako předmět činnosti službu milosrdné lásky církve lidem v tísní, bez ohledu na jejich rasu, národnost, náboženství nebo státní a politickou příslušnost, a poskytování sociálních a zdravotních služeb, charitativní a humanitární pomoci.

#### **4.1.2. Sociální služby v Písku**

*Pečovatelská služba a jesle města Písku*, <http://www.pspisek.cz/index.php>

Vznikla pro poskytování pečovatelských služeb pro staré a těžce zdravotně postižené občany na území města Písku a části města Hradiště, Smrkovice, Semice, Nový Dvůr, Dobešice, Purkratice. Od 1.7.2005, kdy byla do organizace včleněna organizační složka města Městské jesle nese název Pečovatelská služba a jesle města Písku.

*Občanské sdružení MESADA*, Nábřeží 1. máje 2259

Zajišťují tyto služby:

- sociální rehabilitaci s prvky podporovaného zaměstnávání,
- osobní asistenci,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- pracovní rehabilitaci,
- poradenskou činnost.

*Prácheňské sanatorium, o.p.s., 17. listopadu 2444, Písek-Budějovické Předměstí*

Pro lidi s alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Nabízí komplexní ošetrovatelskou péči včetně ubytování a stravování, s moderními terapeutickými postupy. Spolu s tím nabízí poradenství v sociální i zdravotní oblasti po tu dobu, co je nemocný v domácí péči.

*Fokus – Písek, Kollárova 485 , 39701 Písek - Budějovické předměstí,*

<http://www.fokus-pisek.cz/>

Služby poskytují lidem s duševním onemocněním a rodinným příslušníkům. Nabízí sociální rehabilitaci ambulantní i terénní formou (poradenství, doprovod, aktivizační, vzdělávací a socioterapeutické činnosti). Služba je poskytována bezplatně a její užívání je dobrovolné.

*Domov pro seniory SVĚTLO Drhovle, Drhovle 44, <http://www.dps-svetlo.cz/>*

Pro osoby s chronickým onemocněním či jiným zdravotním postižením starší 55 let a seniory, kteří potřebují k zajištění svých potřeb pomoc jiné fyzické osoby a tuto pomoc nemohou získat ve svém domácím prostředí.

**Cíle služeb:** hlavním cílem veškerých aktivit je spokojenost uživatelů služby, rozvoj a udržení soběstačnosti uživatelů po co nejdelší dobu, podpora seniorů v tom, aby mohli žít běžným způsobem života, poskytovat službu, která pružně reaguje na aktuální potřeby uživatelů, vytvořit bezpečné důstojné, respektující a partnerské místo pro život uživatelů služeb v domově, udržet a uchovávat kontakty uživatelů služeb s jejich rodinou, přáteli a společnostmi, rozvoj dovedností, zájmů a zálib uživatelů služeb, účast uživatelů služeb na dění v obci, kde nyní žijí.

**Organizace poskytuje:** ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu s rodinou, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, zdravotní péči dle § 36 zákona č. 108/2006.



*Diakonie ČCE - středisko BLANKA v Písku*, Jiráskovo náměstí. 2443, Písek,  
<http://www.diakoniepisek.cz/hlavni-strana>

Domov pro seniory - „DOMOVINKA“ - Domov je určen seniorům starším 60 let, kteří mají sníženou schopnost sebeobsluhy a jejichž stav vyžaduje pravidelnou nebo občasnou pomoc jiné osoby, kterou nemohou zajistit jinak. Upřednostňováni jsou zájemci z města Písku, následně z obcí jeho územní působnosti. Nabízí celoroční pobytové, stravovací, ošetrovatelské, pečovatelské a další potřebné služby. S každým uživatelem plánují služby individuálně, zajišťují denní aktivizační programy k udržení motorických a psychických schopností, posílení soběstačnosti, výlety do okolí, atd.

Terénní pečovatelská služba – pro seniory nebo zdravotně postižené dospělé osoby starší 50 let na území Písku (mezi ulicemi Kollárova a řekou Otavou včetně přilehlého bytového domu pro seniory) jejichž stav vyžaduje pravidelnou nebo občasnou pomoc a podporu druhé osoby.

Terénní zdravotnická služba – registrované zdravotní sestry poskytují zdravotnické výkony uživatelům v domácím prostředí na podkladě potvrzeného poukazu jejich ošetřujícího lékaře.

Poradenství – je poskytováno pro pečující rodiny, rodiny umírajících resp. v terminálním stadiu, blízké osob s Alzheimerovou chorobou a jinými těžkými demencemi, pro osoby, které potřebují ortopedické a rehabilitační pomůcky, pro ty, kteří nevědí, kam umístit svého seniora.

#### **4.1.3. Sociální služby v Českých Budějovicích (34)**

##### *Domovy pro seniory*

Posláním domovů pro seniory, je zajistit kvalitní pobytové sociální služby s celodenním stravováním a 24 hodinovou péčí osobám, které z důvodu věku či zdravotního stavu

nemohou již pobývat ve svém domácím prostředí. Hlavní činností je poskytování pobytových služeb sociální péče podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

- Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, p.o.

Kontaktní adresa: U Hvízdala 6/1327, 370 11 České Budějovice

<http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/>

- Domov pro seniory MÁJ České Budějovice, p.o.

Kontaktní adresa: Větrná 13, 370 11 České Budějovice, <http://www.ddmajcb.cz/>

Zde je i denní a týdenní stacionář Domovinka.

- Centrum sociálních služeb Staroměstská, p.o. (domov pro seniory)

Kontaktní adresa: Staroměstská 27, 370 04 České Budějovice

Hlavní činnost: domov pro seniory, odlehčovací služby, pečovatelská služba pro obyvatele Domu s pečovatelskou službou Nerudova, tísňová péče, poskytování obědů důchodcům z řad obyvatel města České Budějovice, poskytování rehabilitace pro obyvatele domova pro seniory a obyvatelům Domu s pečovatelskou službou.

#### *Domy s pečovatelskou službou (DPS)*

- DPS Tylova 11, Č. Budějovice

Zařízení se nachází na břehu řeky Malše. V okolí jsou možné velice příjemné procházky přírodou. V objektu je i klub důchodců, určený pro setkávání seniorů, společenské a kulturní aktivity.

- DPS Plzeňská 42, Č. Budějovice

Je situovaný v klidném prostředí, před zařízením je pěkný udržovaný park. V objektu se nachází klub důchodců.

- DPS Dlouhá 20, Č. Budějovice

V objektu se nachází klub důchodců.

- DPS Experiment, Lidická 5 a 7, Č. Budějovice

Objekt se nalézá ve středu města, nedaleko Krajského úřadu České Budějovice. Seniori mají možnost využívat v objektu klub důchodců.

- DPS Nerudova 2a, České Budějovice

Jedná se o objekt postavený v novém architektonickém stylu. Senioři zde mají k dispozici (kromě běžných služeb) i možnost využívání klubu důchodců. Obědy a pečovatelskou službu zajišťuje Centrum sociálních služeb Staroměstská, které s DPS Nerudova sousedí. Oba objekty jsou propojeny spojovací chodbou.

#### *Neziskové organizace*

- Agentura sester domácí péče IVAS

Matice školské 17, 370 01 České Budějovice, <http://www.ivas.cz/>

Je to nestátní zdravotnické zařízení se sídlem v Českých Budějovicích. Poskytují ošetrovatelskou a rehabilitační péči pacientům v teple jejich domova.

Jaké služby IVAS poskytuje?

Veškerá základní ošetrovatelská péče: kontrola zdravotního stavu - měření krevního tlaku, cukru apod., podávání injekčních a neinjekčních léků (inzulin, na bolest, ředění krve, apod.), ošetrování kožních defektů (bércové vředy, dekubity, pooperační rány) prevence proleženin, péče o hydrataci, sledování příjmu a výdeje tekutin, infuzní léčba (léčba bolesti, zajištění hydratace), aktivace nemocného po stránce fyzické i psychické, odběry krve a ostatního biologického materiálu (odpadá přeprava pacienta do laboratoře), ošetrovatelská rehabilitace (aktivace nemocného), péče o permanentní katétry, cévkování, stomie, aplikace klysmu.

Odborná rehabilitační péče, půjčování kompenzačních pomůcek.

Poradenská činnost.

- Arcus - Život České Budějovice

Budivojova 14, 370 04 České Budějovice

Činnost:

- usiluje svépomocnou a vzájemnou pomocí svých členů o zlepšení resocializace, rehabilitace a zvyšování fyzické i duševní kondice pacientů, kteří prodělali onkologickou léčbu nebo se právě léčí

- získává, zpracovává a rozšiřuje informace s onkologickou tematikou

- zajišťuje rekondiční pobyty pacientů ve vhodných zařízeních
- usiluje o zlepšování soběstačnosti a zvyšování sebedůvěry
- poskytuje informace o prevenci, výživě a zdravém způsobu života
- snahou sdružení je naučit pacienty s onkologickou nemocí žít, bojovat o život a pomáhat si navzájem

- Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje

Staroměstská 2608, 370 04 České Budějovice, <http://www.nrzp.cz/>

Činnost:

- Poskytuje celou škálu služeb občanům se zdravotním postižením při začleňování do života společnosti a při řešení osobních problémů vyplývajících ze zdravotního postižení. Tyto služby jsou určeny pro celou populaci bez ohledu na věk, rozsah a druh zdravotního postižení a bez ohledu na to, zda klient je či není členem nějakého občanského sdružení.
- Cílem je dostupnost a kvalita poskytovaných služeb sociální intervence v oblastech základního, odborného a skupinového sociálního poradenství, pomoc občanům při zajišťování základních životních potřeb, socioterapeutické služby, terénní sociální práce, poskytování všeobecných informací.

Poskytované služby:

- základní sociálně právní poradenství
- poradenství právní i psychologické
- informování o rehabilitačních pomůckách (pořízení, používání, servis...)
- distribuce tiskovin pro zdravotně postižené
- prodej drobných kompenzačních pomůcek
- prodej baterií do sluchadel
- výdej slevenek na kulturní a sportovní akce
- půjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
- doporučování zvýhodněných telefonních stanic a jejich přednostní zřízení
- informování o dalších neziskových organizacích a iniciativách zabývajících se ZP občany

- informování o bezbariérových stavbách i o zpřístupňování budov a objektů veřejného a kulturního charakteru
- osobní asistence pro tělesně postižené občany města Českých Budějovic
- řada těchto činností je prováděna v součinnosti s externími odborníky

- Česká maltézká pomoc

Čechova 52, 370 01 České Budějovice, <http://cmpcb.cz/>

Česká maltézká pomoc České Budějovice se řídí ideami a cíli Suverénního řádu maltézkých rytířů ve smyslu „Obsequium pauperum“ – služby a pomoci nemocným, postiženým uprchlíkům a všem lidem v nouzi a „Tuitio fidei“ – to znamená hájení víry každého člověka. Předmětem činnosti společnosti je poskytování charitativní pomoci v oblasti zdravotnické, záchranné, sociální a humanitární zejména však v oblasti péče o děti s postižením, jejich přepravy do škol a zdravotnických zařízení, mimoškolních aktivit a první pomoci. Společnost je dále činná ve spolupráci s odbornými institucemi jak zahraničními, tak domácími. Účastní se mezinárodní akce „Svatý Lukáš“, zahrnující mimo jiné dodávání léků, zdravotnického a jiného materiálu potřebným.

Psychosociální pomoc – „Adopce seniorů“

Psychosociální pomoc je relativně krátký projekt, ale se slibnou budoucností. Jedná se o pomoc lidem starým, osamělým, nemocným, upoutaným na lůžko, žijících v Domovech pro seniory či doma. Probíhá formou společných přátelských setkávání se s našimi dobrovolníky - povídání si, doprovázení při procházkách, či jiných činnostech vyplňující volný čas. Na tomto projektu se podílejí převážně dobrovolníci.

- Český červený kříž

Husova 20, 370 23 České Budějovice, <http://www.cckcb.cz/>

Činnost:

- Domácí ošetrovatelská péče a pečovatelská služba ALICE Českého červeného kříže
- ALICE nabízí pomoc všem, kteří ji v nemoci nebo ve stáří potřebují i těm, kteří se chtějí o své blízké starat, ale není v jejich silách to plně zvládnout. Naše komplexní domácí ošetrovatelská a pečovatelská služba umožní svým klientům léčení či doléčení

doma v prostředí, které znají a mají rádi a v němž se jejich tělesný i duševní stav prokazatelně rychleji zlepšuje. Principy práce lze shrnout do hesel: dostupnost, profesionalita, spolehlivost, přizpůsobivost, zachování lidské důstojnosti.

Zdravotní sestry a pečovatelky poskytují péči v bytě klienta a to vždy na doporučení a se souhlasem praktického lékaře a v souladu s předem uzavřenou smlouvou. Poskytované služby jsou většinou hrazeny zdravotními pojišťovnami, v případě potřeby jsou po dohodě poskytovány také služby nadstandardní za úhradu. Agentura Alice dále zajišťuje NON STOP rozvoz obědů osamělým, špatně pohyblivým občanům a zapůjčuje invalidní vozíky i další rehabilitační pomůcky.

- Ošacovací středisko, kde je na základě potvrzení soc. referátů ÚM či OÚ o sociální potřebnosti sezónně (jaro, léto, podzim, zima) kompletně ošaceno každý rok kolem tisíce občanů

- Help Trans dispečink Mládeže ČCK, znamenající pomoc v pohybu. Na telefonu 387 318 520 mohou vozíčkáři i další osamělí těžce mobilní občané žádat o pomoc – zejména osobní asistenci, nákupy, vyřizování na úřadech apod.

- Diecézní charita

Kanovnická 16, 370 01 České Budějovice, <http://www.charitacb.cz/>

Dům sv. Františka – dům chráněného bydlení pro seniory, poskytuje pobytové sociální služby osobám, které mají trvalý pobyt na území České republiky po dobu delší než 3 měsíce a pobírají starobní nebo invalidní důchod. Jedná se o občany, kteří mají sníženou soběstačnost a jejich zdravotní stav jim nedovoluje být nadále ve vlastním sociálním prostředí z důvodu nezajištění pravidelné pomoci jiné fyzické osoby, neboť nemají nikoho ve svém blízkém okolí, kdo by jim pomáhal vzniklou nepříznivou situaci řešit. Služba je poskytována celoročně v oblasti bydlení, stravování a zajišťování nezbytných služeb – úklid, praní prádla a přípravy stravy. Dále je činnost zaměřena na poskytování podpory zdravotní péče, ergoterapii, v kulturních a volnočasových aktivitách.

Další důležitou částí je dobrovolnické centrum, které uskutečňuje různé programy.

- Městská charita

B. Němcové 53, 370 01 České Budějovice, <http://www.mchcb.org/>

Komplexní domácí péče (KDP), Resslerova 27, 370 04 České Budějovice

Pod Komplexní domácí péčí spadají následující služby:

Charitní ošetrovatelská služba (CHOS) provádí odbornou zdravotní ošetrovatelskou péči v přirozeném domácím prostředí klienta. Tuto péči poskytují zdravotní sestry na základě doporučení ošetrojících lékařů až do konce života klienta. CHOS poskytuje rovněž domácí hospicovou péči, ošetrovatelskou péči u dětí a pacientů, dorozumívajících se znakovou řečí.

Charitní pečovatelská služba (CHPS) je určena lidem, kteří mají sníženou schopnost péče o vlastní osobu a domácnost. Pečuje o tělesně i mentálně postižené a akutně i chronicky nemocné. Snaží se vyplnit jejich biopsychosociální (i duchovní) potřeby a zajistit jim tak odpovídající kvalitu života v domácím prostředí a zachovat jejich životní styl.

Osobní asistence (OA) je terénní služba, poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Službu poskytujeme v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Sociální poradenství poskytujeme všem uživatelům služeb KDP. Sociální pracovnice KDP např. zprostředkovává doplňující či návazné sociální služby, pomáhá při vyřizování osobních záležitostí a v komunikaci s úřady. Spolupracuje také s rodinnými příslušníky a blízkými osobami uživatelů.

Uživatelé služeb KDP si mohou zapůjčit vybrané kompenzační pomůcky.

- Jihočeská sociální pomoc

Klavíkova 7, 370 04 České Budějovice

Cílem společnosti „Jihočeská sociální pomoc“ je sdružování občanů ochotných pomoci svou dobročinností v duchu solidarity a společenské pomoci bez rozdílu politické, rasové a náboženské příslušnosti. Poskytuje sociální pomoc rodinám nebo jednotlivcům,

kteří nemají prostředky a potřebnou sílu k zajištění životních potřeb nebo jsou v nouzi. Pomoc je poskytována zvláště v případech, kdy působnost státních orgánů, veřejná dobročinnost, respektive jiné formy sociální pomoci organizované a zabezpečované státem mají omezený vliv.

Jedná se zejména o pomoc:

- nezaměstnaným a těžce zaměstnatelným - organizací veřejně prospěšných prací
- seniorům – levnými službami, obědy pro pečovatelskou službu
- mladým – absolventskými praxemi

- Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Ústav sociální práce

Česká 20, České Budějovice

Dobrovolnický program v nemocnici - Činnost: nábor, výběr a výcvik dobrovolníků včetně supervize, cílem je přispět ke zlepšení psychosociálních podmínek pacientů na lůžkových odděleních Nemocnice České Budějovice, a.s.

Univerzitní centrum pro seniory PATUP - Činnost: poradenská činnost, help - linka ohledně demencí, osobní konzultace, svépomocná skupina pro pečovatele, kurzy trénování paměti, pečovatelská služba, přednášková činnost

Canisterapie - Činnost: metoda psychosociální podpory zdravích lidí, využívání příznivého působení psa na zdraví člověka, celoroční canisterapeutické programy ve školských zařízeních a zařízeních sociální péče, pořádání letních integračních canisterapeutických táborů pro děti s různým typem postižení

- Jihočeští senioři

Pekárenská 29, 370 04 České Budějovice

Cílem je vytváření podmínek pro soužití a vzájemnou spolupráci starších lidí a udržování jejich kondice a spokojenosti.

- kulturní a společenské akce
- zdravotnické přednášky
- setkávání se seniory z Rakouska a Německa



- SPCCH - ZO diabetiků

Matice školské 17 (PK Jih), 370 01 České Budějovice

Základní organizace diabetiků je občanské sdružení s plnou právní subjektivitou na základě dobrovolného členství zdravotně postižených občanů trpící dlouhodobě civilizační nemocí Diabetes.

Je specifickou organizací a součástí Svazu postižených civilizačními chorobami ČR se sídlem v Praze. Ve své činnosti se řídí stanovami a usneseními volených orgánů svazu.

Hlavním posláním ZO – DIA je napomáhat svým členům ke zlepšení a stabilizaci jejich zdravotního stavu s využitím edukačně rehabilitačních aktivit za účelem:

- získávání praktických poznatků a návodů jak upravit svůj životní styl včetně racionálního stravování
- jak využívat rekondičního cvičení a dalších pohybových aktivit k postupnému napravení zdravotních nedostatků.

Ve spolupráci s OV SPCCH organizuje a umožňuje

- rekondiční cvičení, pěší turistické pochody, plavání
- rekondiční pobyty v příjemném a zdravém prostředí přírody pod vedením odborných pracovníků
- zdravotně motivační besedy s lékařem k životosprávě a pravidlech tělesné a mentální hygieny apod.
- 3 x ročně pro členy ZO bezplatné měření glykémie, TK a cholesterolu
- podávání dalších informací o edukačně rehabilitačních aktivitách
- organizování schůzovní činnosti výboru ZO, projednávání a realizování usnesení vyšších orgánů SPCCH do konkrétních úkolů.

Veškeré informace pro členy ZO a veřejnost podává pí. Pavla Beránková v kanceláři SPCCH každé úterý od 9.00 hod – 11.00 hod

- přijímá přihlášky nových členů, nahlášení změn – osobních údajů pro registraci
- informuje o rekondičních pobytech, možnosti účasti na plavání, účasti na zájezdech, turistických vycházkách apod.
- informuje o dalších aktivitách ZO-DIA

- Svaz diabetiků ČR

Nová 26, 370 01 České Budějovice

Činnost:

- podporovat diabetiky při realizaci zdravotní, sociální a humanitární pomoci
- pomáhat a usilovat o účinnou rehabilitaci diabetiků
- snaha o jejich plné začlenění do společenského života a sociální integraci
- působit k získání, propagaci, šíření a uplatňování vědeckých poznatků z oboru diabetologie
- pomáhat při vytváření přátelských mezilidských styků a vztahů mezi jednotlivými diabetiky, jejich rodinnými příslušníky a ostatními občany a tím přispívat ke zlepšení kvality života svých členů.

V rámci preventivní péče pořádá:

- edukačně – rehabilitační pobyty
- 2 x ročně zdravotně výchovné akce a edukačně motivační program, rehabilitační cvičení, rehabilitační plavání, zdravotně turistické zájezdy, konzultační služby a měření glykémie, prodejní výstavu k seznámení široké veřejnosti s nabídkou a novinkami v oblasti dia výrobků a aplikační techniky

- Svaz důchodců ČR

Lidická 7, 370 01 České Budějovice

Svaz se zasazuje o to, aby životní úroveň důchodců byla v odpovídající relaci s životní úrovní širokých vrstev obyvatel republiky, dále přispívá ke zlepšování sociální a zdravotní péče o důchodce, k zajišťování charitativní péče a zabezpečování dalších potřebných služeb. Podílí se na rozšiřování aktivit společenského, kulturního a tělovýchovného vyžití důchodců. Vyjadřuje svá stanoviska a připomínky při tvorbě právních předpisů, které se dotýkají práv a povinností důchodců a budou mít vliv na jejich život.

- Velkému zájmu z programu organizace se těší pravidelné týdenní rehabilitační vycházky s cílem poznávat historii, kulturu i přírodu se zvláštním zřetelem na zvyšování tělesné kondice a zdraví starších občanů.
- Kromě těchto služeb je zde poskytováno všestranné poradenství, zejména z oblasti sociálně zdravotní.
- Speciální cvičení pro ženy.
- Trénování paměti, poznávací a kulturní zájezdy, hudební terapie, přednášky a besedy.

#### **4.2. Výsledky dotazníkového šetření**

##### **4.2.1. Výsledky dotazníkového šetření u klientů**

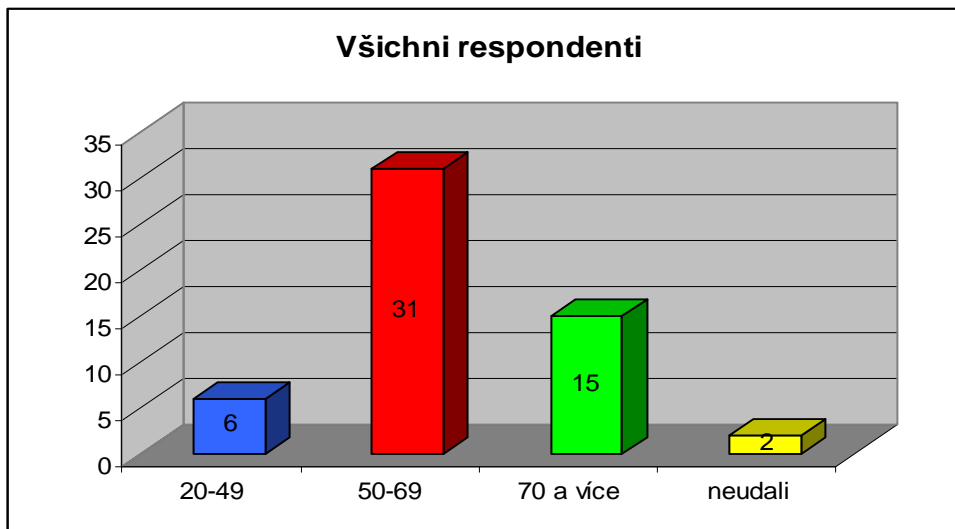
Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 54 osob. Z tohoto celkového počtu vrácených dotazníků bylo 17 žen a 37 mužů. Všichni respondenti byli zařazeni do dialyzačního programu a to různě dlouho (od několik měsíců po dlouhé roky).

**Tabulka č. 1: Počet respondentů**

|                       |    |        |
|-----------------------|----|--------|
| celkový počet klientů | 54 |        |
| ženy                  | 17 | 31,50% |
| muži                  | 37 | 68,50% |

*Zdroj: Vlastní výzkum*

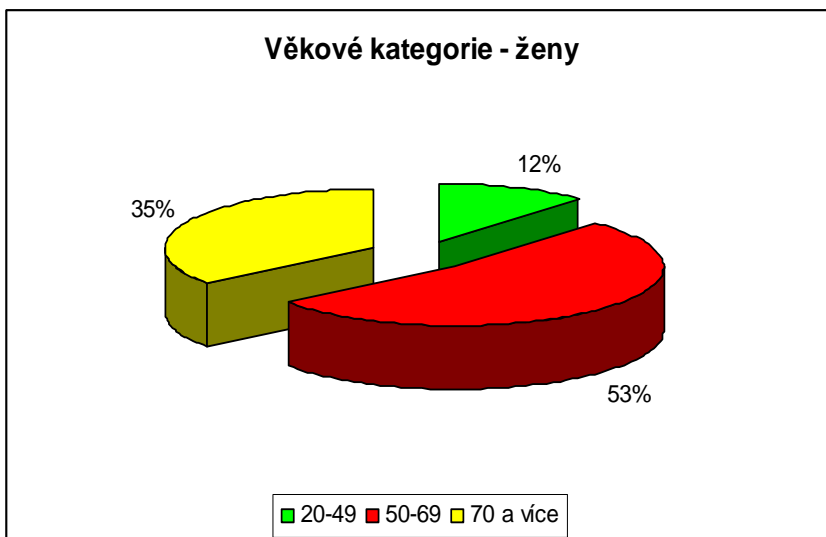
**Graf č. 1: Věkové kategorie respondentů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 2: 11,1% respondentů patří do věkové kategorie 20 – 49 let. 57,4% respondentů patří do věkové kategorie 50 – 69 let. 27,8% respondentů patří do věkové kategorie 70 a více let a 3,7% respondentů na otázku neodpovědělo.

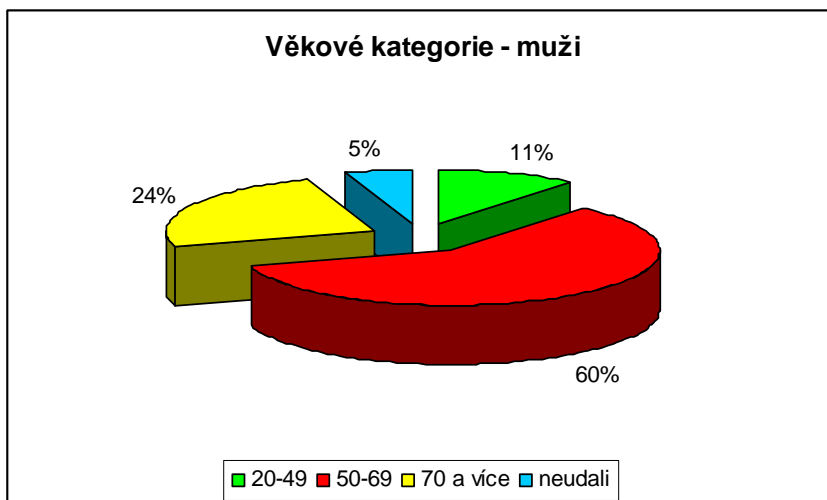
**Graf č. 1.1: Věkové kategorie žen**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

U žen byly hodnoty u věkových kategorií následující: 2 ženy patří do skupiny 20 – 49 let, 9 žen patří do skupiny 50 – 69 let a 6 žen do skupiny 70 a více let.

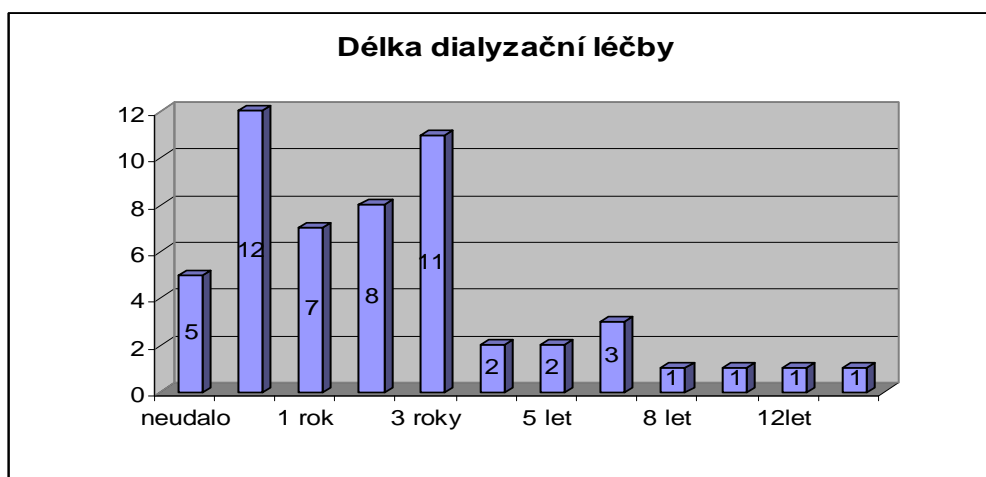
**Graf č. 1.2: Věkové kategorie mužů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Mezi muži byli 4 respondenti patřící do věkové kategorie 20 – 49 let, 22 respondentů patřící do skupiny 50 – 69 let, 9 respondentů patřící do skupiny 70 a více let a 2 respondenti na otázku neodpověděli.

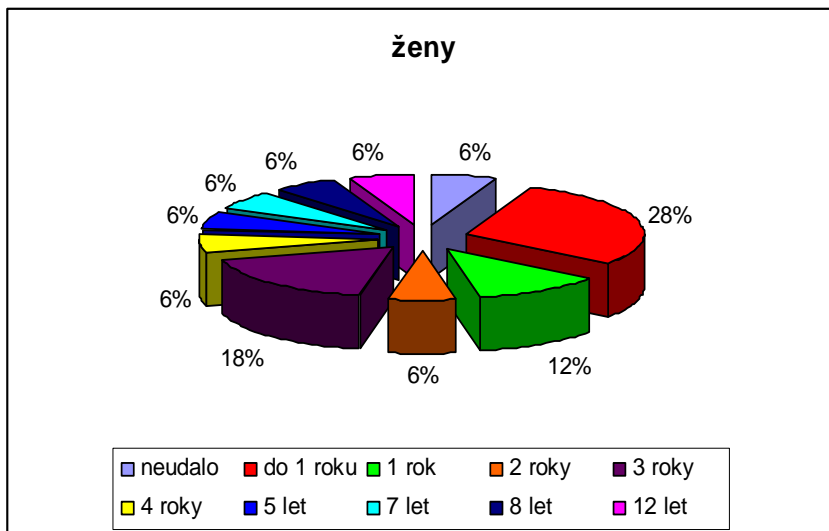
**Graf č. 2: Délka dialyzační léčby**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 3 zněla: Kolik let jste zařazený/á do dialyzačního programu? 5 klientů neodpovědělo (9,3%), 12 klientů udalo necelý rok (22,2%), 7 klientů rok (12,9%), 8 klientů 2 roky (14,7%), 11 klientů 3 roky (20,4%), 2 klienti 4 roky (3,7%), 2 klienti 5 let (3,7%), 3 klienti 7 let (5,5%) a vždy 1 klient udal 8, 11, 12 a 14 let (4 x 1,9%).

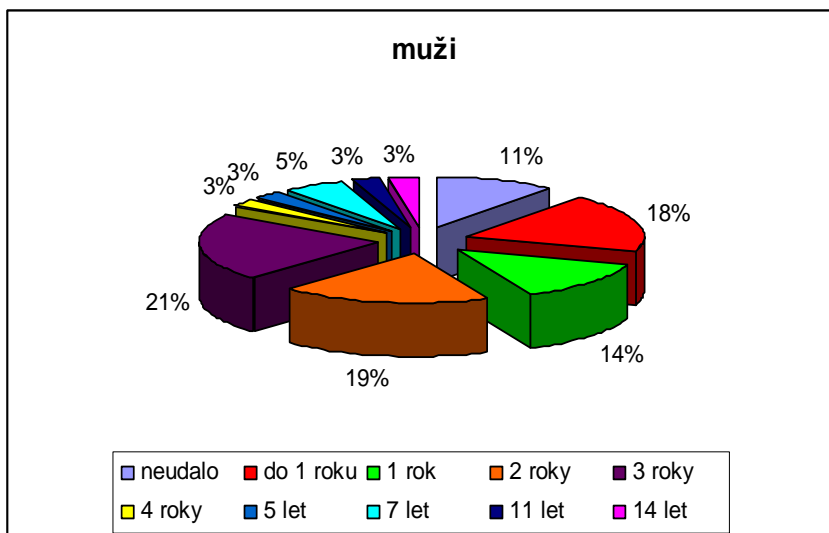
**Graf č. 2.1: Délka dialyzační léčby u žen**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Ženy jednou délku své léčby neudali, 5 udalo do jednoho roku, 2 udaly jeden rok, 1 udala dva roky, 3 udaly tři roky a ostatní délky léčby udala vždy jedna žena.

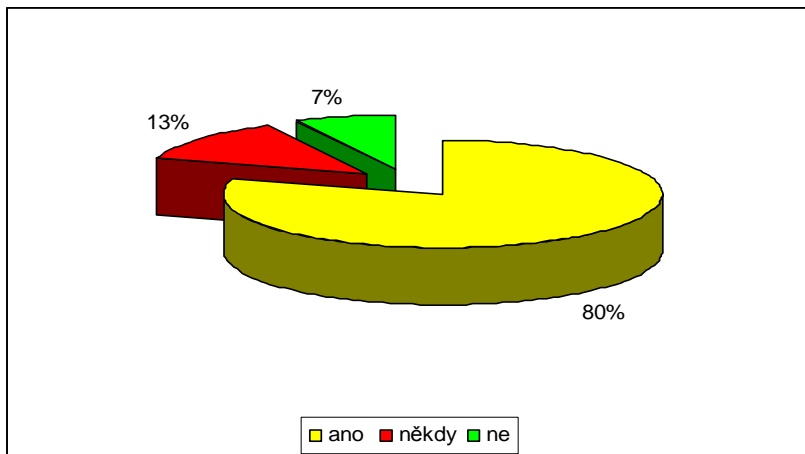
**Graf č. 2.2: Délka dialyzační léčby u mužů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Čtyři muži svou délku léčby neudali, 7 mužů se léčí necelý rok, 5 udalo jeden rok, 7 udalo dva roky, 8 udalo tři roky, 1 udal čtyři roky, 1 pět let, 2 udali sedm let, 1 jedenáct let a 1 udal čtrnáct let.

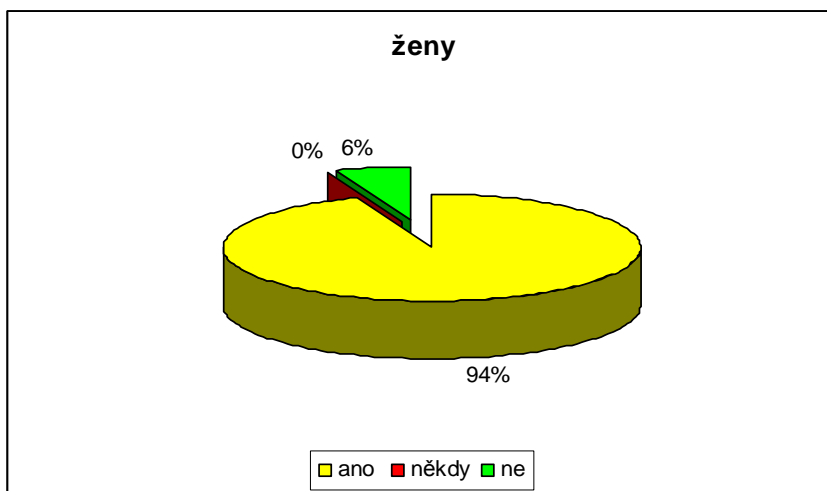
**Graf č. 3: Možnost mluvit s jinou osobou**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 4 zněla: Máte s kým mluvit o svých radostech, pocitech, trápeních ...? 43 respondentů uvedlo, že má s kým mluvit, 7 respondentů má s kým promluvit jen někdy a 4 respondenti nemají s kým mluvit.

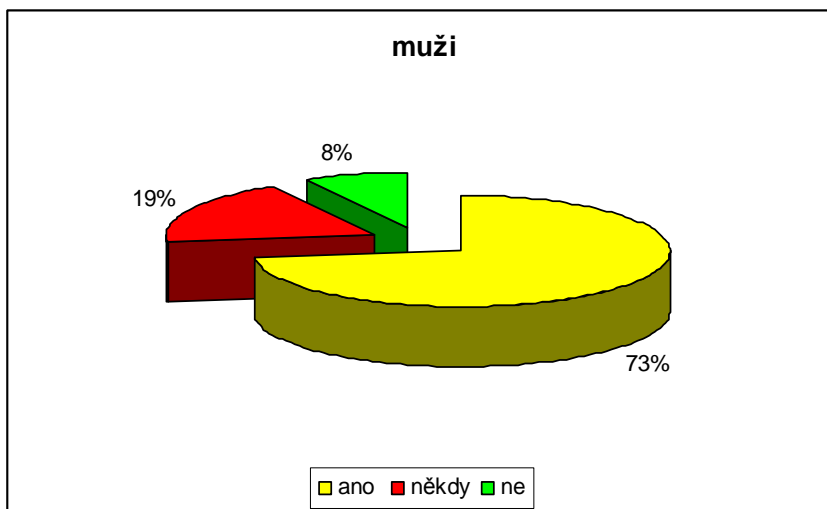
**Graf č. 3.1: Možnost mluvit s jinou osobou u žen**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

16 žen má s kým mluvit a 1 žena nemá s kým mluvit o svých pocitech, trápeních....

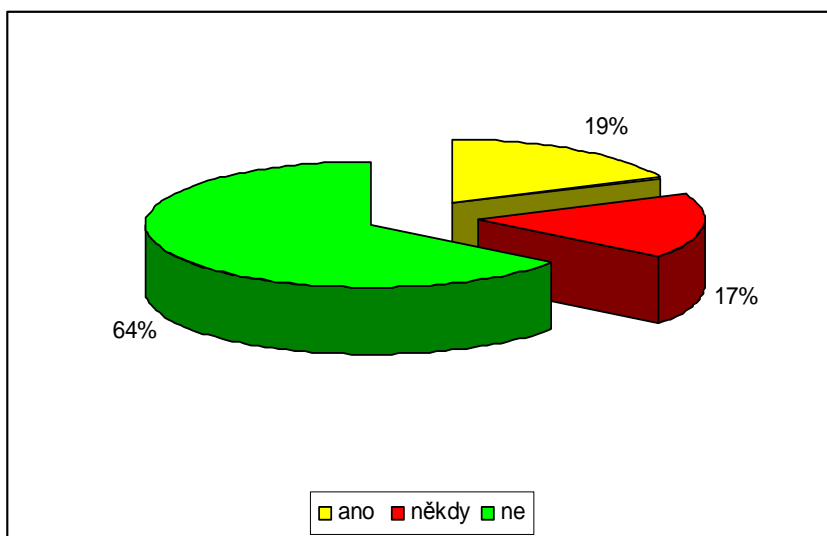
**Graf č. 3.2: Možnost mluvit s jinou osobou u mužů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

27 mužů má s kým mluvit, 7 mužů má s kým mluvit jen někdy a 3 muži nemají s kým mluvit.

**Graf č. 4: Pocit samoty**

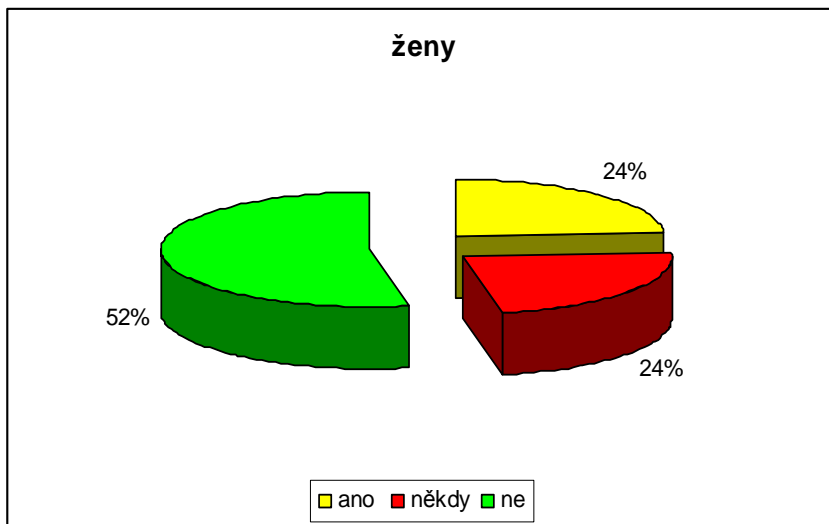


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 5 zněla: Zažil/a jste v průběhu dialyzační léčby situaci kdy jste cítil/a samotu? 10 respondentů samotu cítilo, 9 respondentů ji cítí někdy a 35 respondentů samotu necítí.



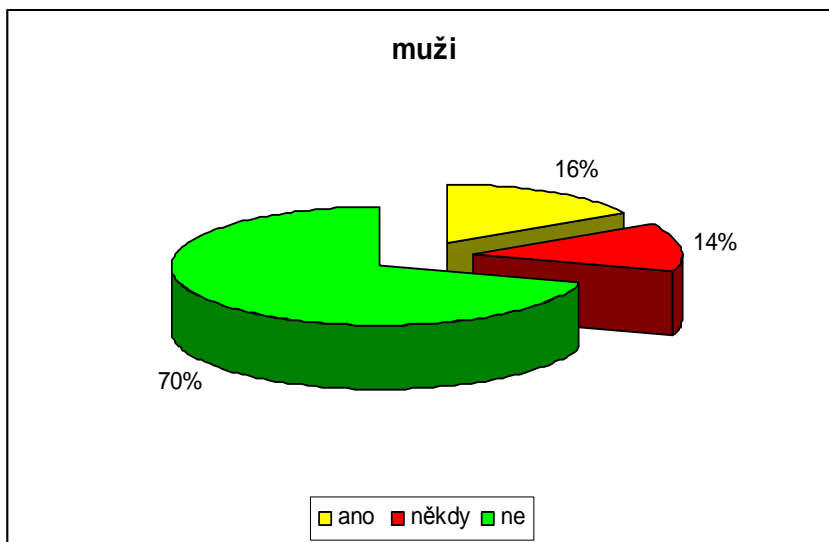
**Graf č. 4.1: Pocit samoty u žen**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

4 ženy samotu cítí, 4 ji cítí jen někdy a 9 žen samotu necítí.

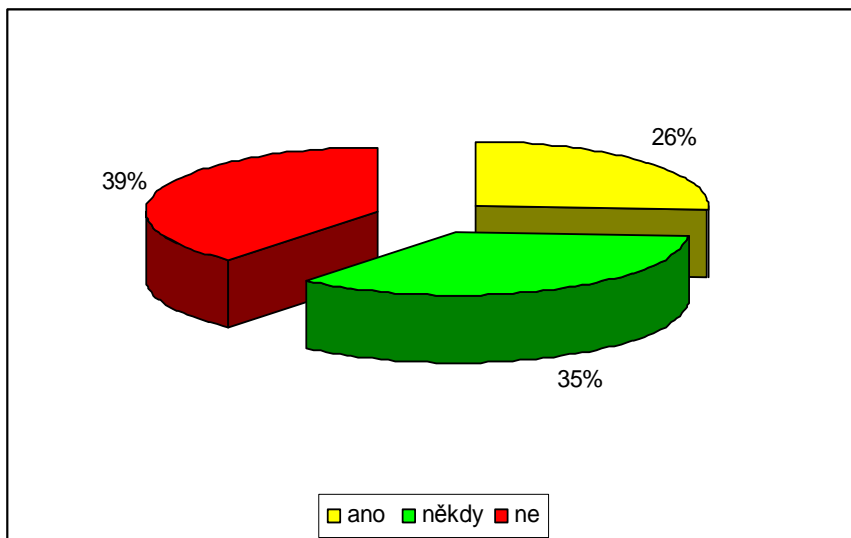
**Graf č. 4.2: Pocit samoty u mužů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

6 mužů samotu cítí, 5 mužů ji cítí někdy a 26 mužů samotu necítí.

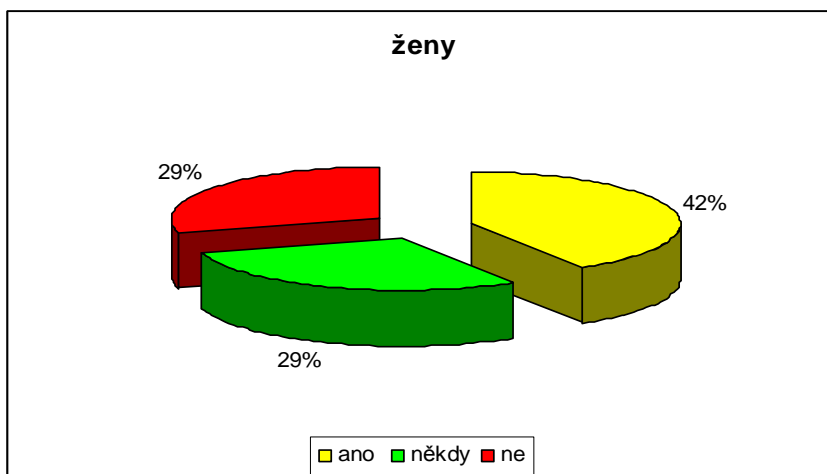
**Graf č. 5: Nespavost**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 6 zněla: Trpíte v souvislosti s dialyzační léčbou nespavostí? 14 klientů odpovědělo, že ano. Jako příčinu uváděli věk, málo pohybu, změnu v životním stylu, strach ze ztráty soběstačnosti, samotu, psychologické potíže, celkový neklid, únavu a svědění těla. 19 klientů odpovědělo, že někdy trpí nespavostí a 21 klientů nespavostí netrpí.

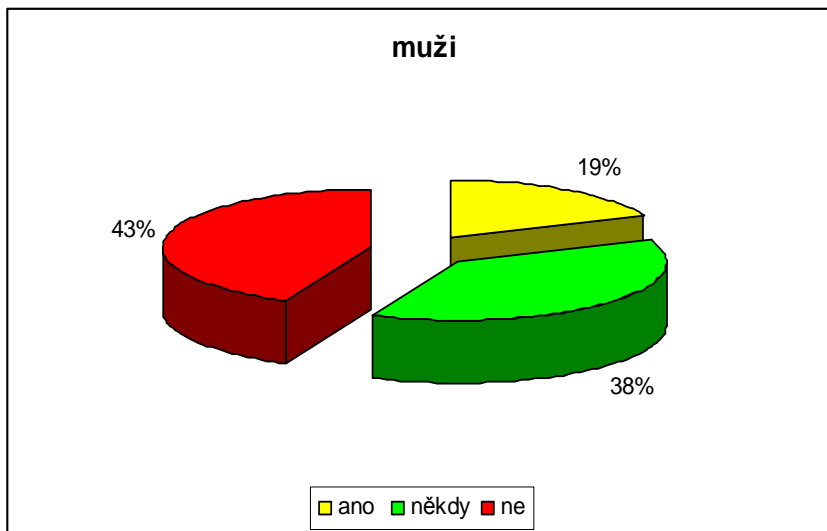
**Graf č. 5.1: Nespavost u žen**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

7 žen trpí nespavostí, 5 žen jí trpí někdy a 5 žen nespavostí netrpí.

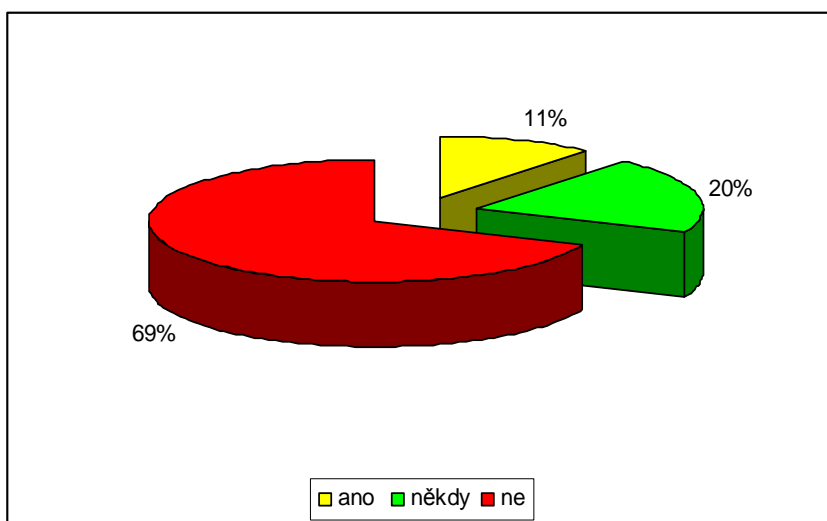
**Graf č. 5.2: Nespavost u mužů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

16 mužů netrpí nespavostí, 14 mužů někdy ano a 7 mužů nespavostí trpí.

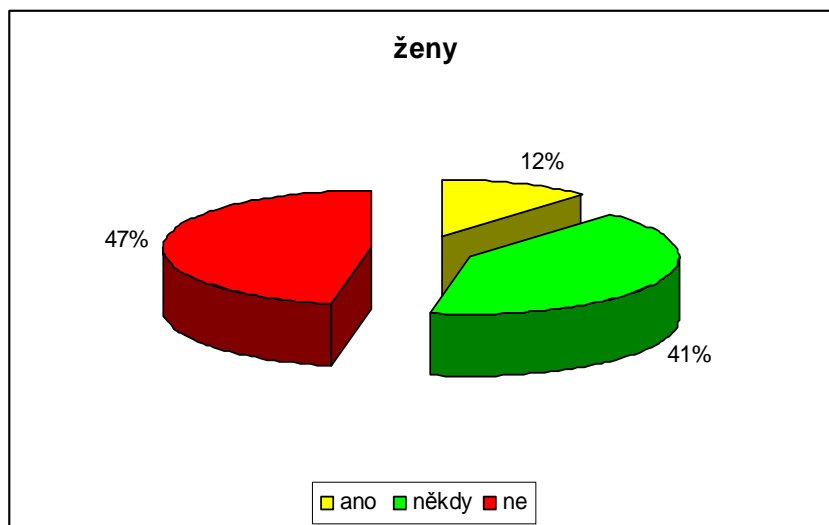
**Graf č. 6: Pocit úzkosti**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 7 zněla: Míváte po zařazení do dialyzačního programu stavy kdy cítíte úzkost? 6 klientů středisek odpovědělo že ano, 11 klientů odpovědělo, že někdy mívají pocit úzkosti a 37 klientů tímto pocitem netrpí.

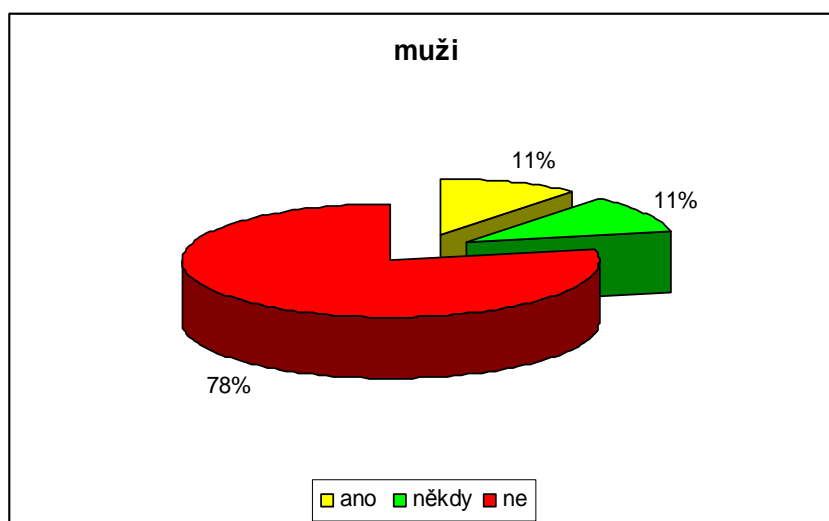
**Graf č. 6.1: Pocit úzkosti u žen**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

2 ženy úzkostí trpí, 7 žen jen někdy a 8 žen úzkostí netrpí.

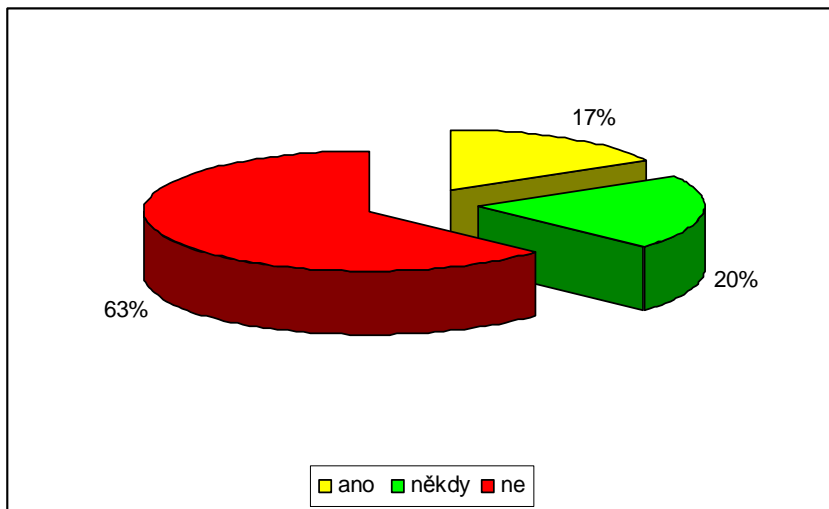
**Graf č. 6.2: Pocit úzkosti u mužů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Většina mužů (29) pocitem úzkosti netrpí, 4 muži někdy ano a 4 muži tímto pocitem trpí.

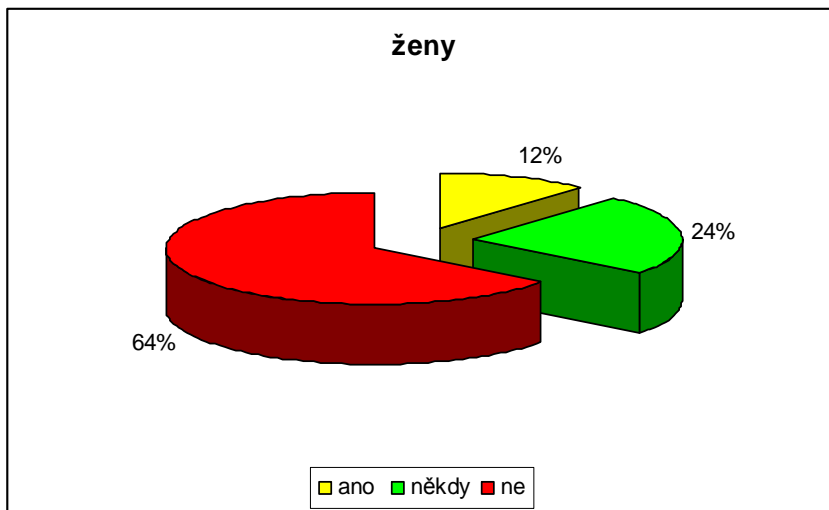
**Graf č. 7: Potřeba pomoci při problémech**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 8 zněla: Máte problémy, se kterými by jste potřeboval/a (uvítal/a) pomoc? 34 klientů takové problémy nemá, 11 někdy ano a 9 klientů by pomoc uvítalo.

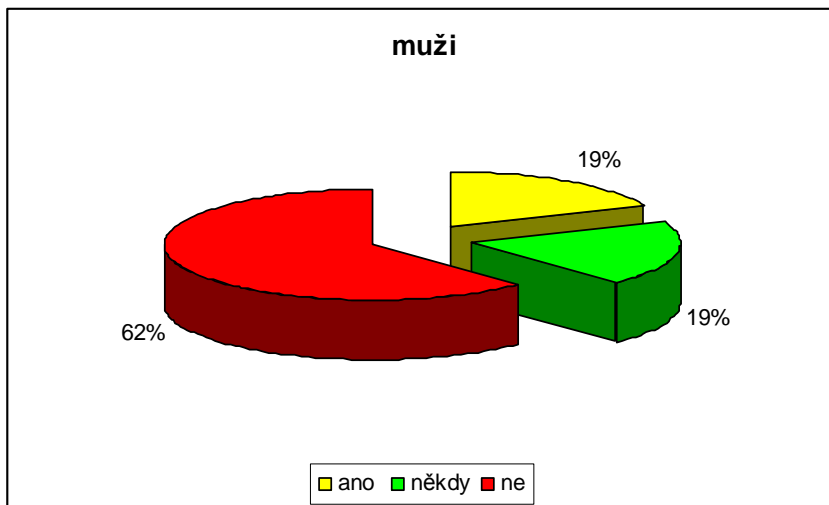
**Graf č. 7.1: Potřeba pomoci při problémech u žen**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

2 ženy by pomoc uvítali, 4 někdy ano a 11 žen pomoc nepotřebuje.

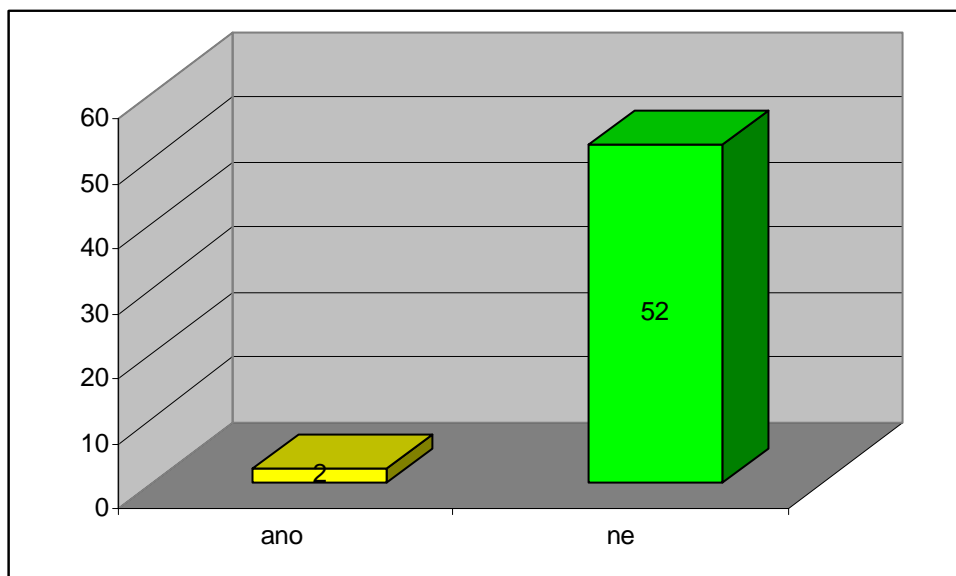
**Graf č. 7.2: Potřeba pomoci při problémech u mužů**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

7 mužů má problémy, se kterými by potřebovali pomoc. 7 mužů má někdy takovéto problémy a 23 mužů problémy nemá.

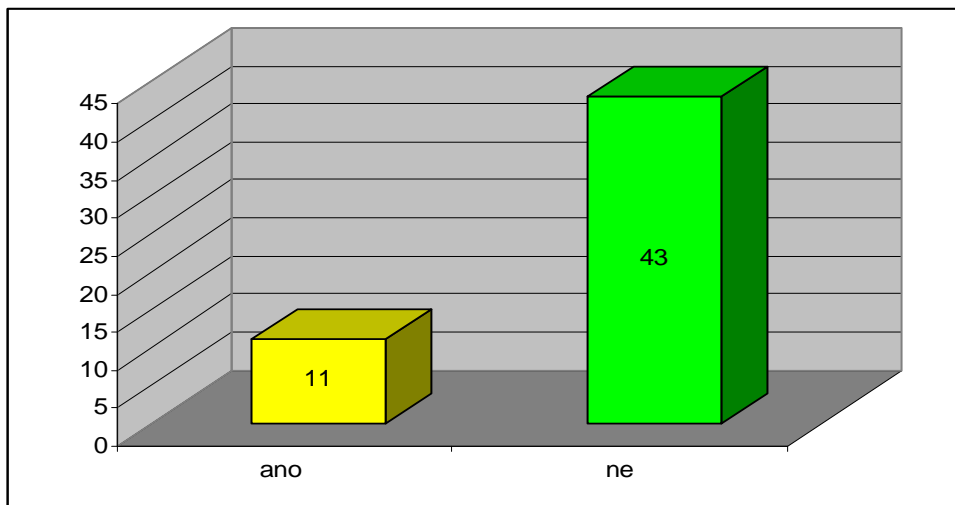
**Graf č. 8: Využití služeb psychologického pracovníka**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 9 zněla: Využíváte služeb psychologického pracovníka? 96,3% respondentů služeb psychologického pracovníka nevyužívá a 3,7% respondentů využívá.

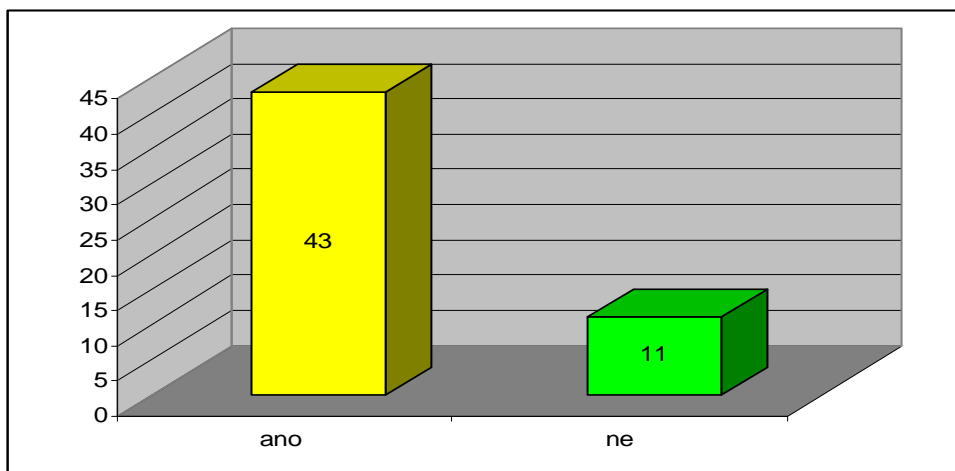
**Graf č. 9: Chtějí klienti využívat služeb psychologického pracovníka**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 10 zněla: Chtěl/a by jste využívat služeb psychologického pracovníka? 79,6% respondentů nechce využívat služeb psychologického pracovníka a 20,4% by naopak jeho služeb využít chtělo.

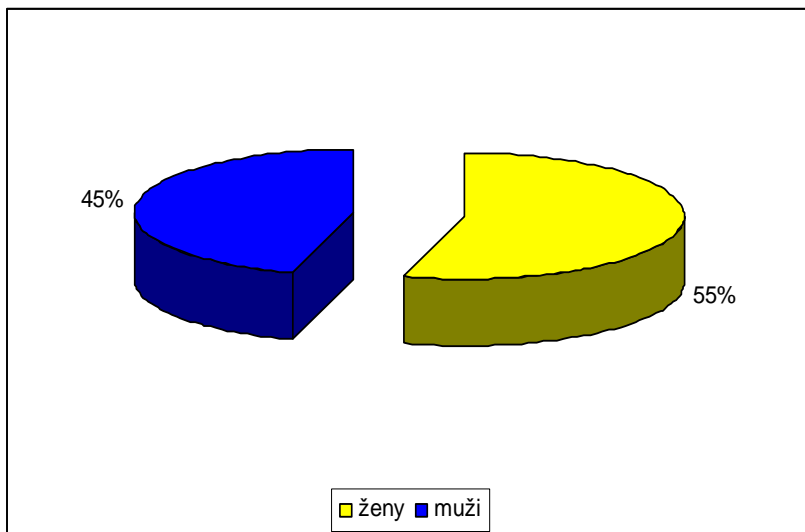
**Graf č. 10: Komunikace s úřady**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 11 zněla: Zvládáte komunikaci s úřady a podobnými institucemi? 79,6% respondentů to zvládá a 20,4% respondentů to nezvládá.

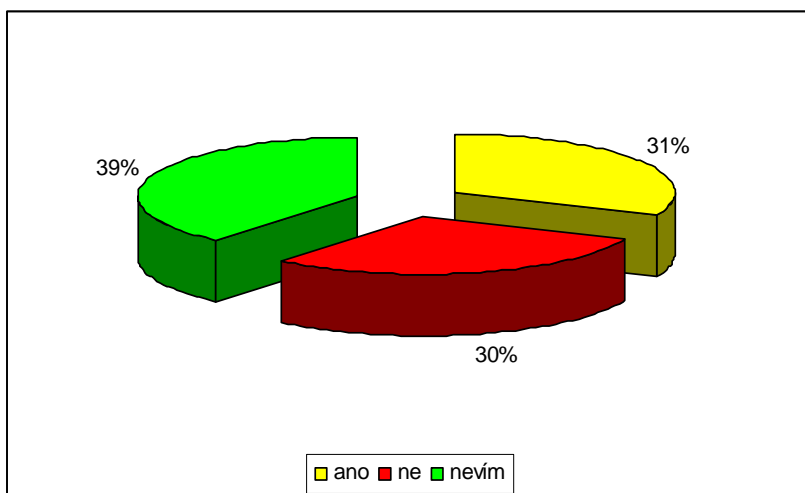
**Graf č. 10.1: Ženy a muži nezvládající komunikaci s úřady**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Z 11 respondentů, kteří nezvládají komunikaci s úřady a podobnými institucemi je 6 žen a 5 mužů.

**Graf č. 11: Využití všech sociálních dávek, na které mají klienti nárok**

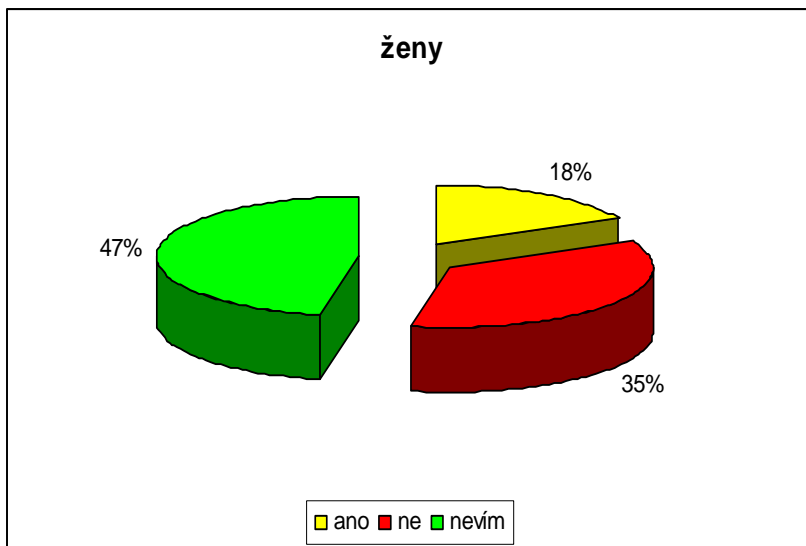


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 12 zněla: Myslíte si, že využíváte všech sociálních dávek (výhod), na které máte nárok? 17 respondentů si myslí, že využívá všech dávek, 16 respondentů nevyužívá všech dávek a 21 respondentů neví zda využívá všechny dávky.



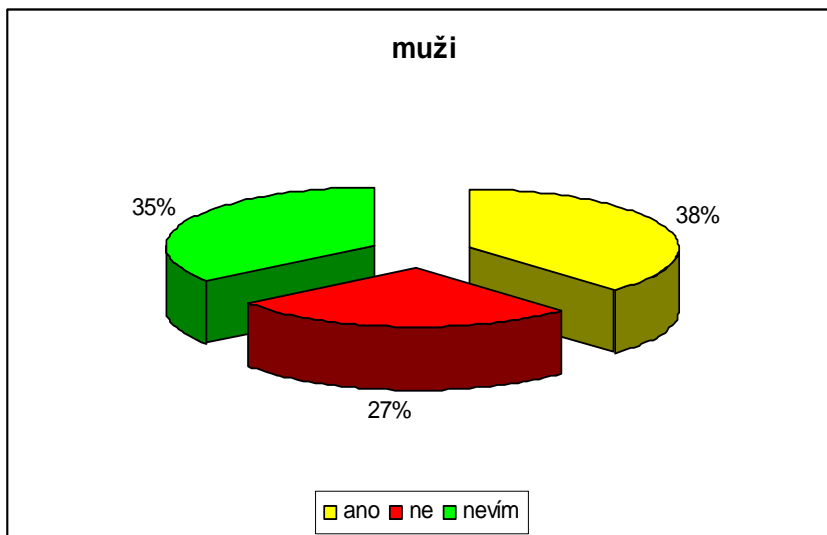
**Graf č. 11.1: Využití všech sociálních dávek, na které mají klienti nárok – ženy**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

3 ženy si myslí, že využívají všechny dávky, 6 žen si myslí, že nevyužívají všech dávek a 8 žen neví zda využívá všech dávek.

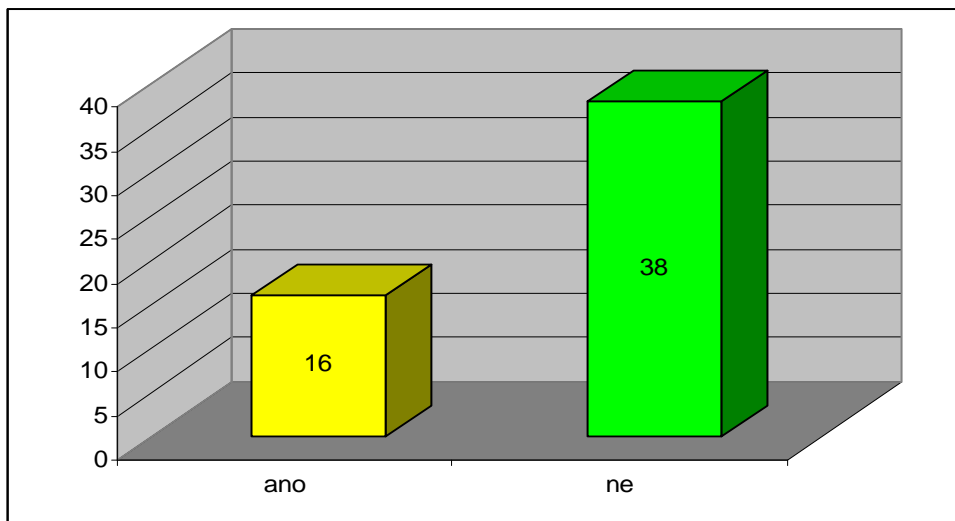
**Graf č. 11.2: Využití všech sociálních dávek, na které mají klienti nárok – muži**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

14 mužů si myslí, že využívá všech dávek, 10 mužů si myslí, že nevyužívá všech dávek a 13 mužů neví zda využívají všech dávek.

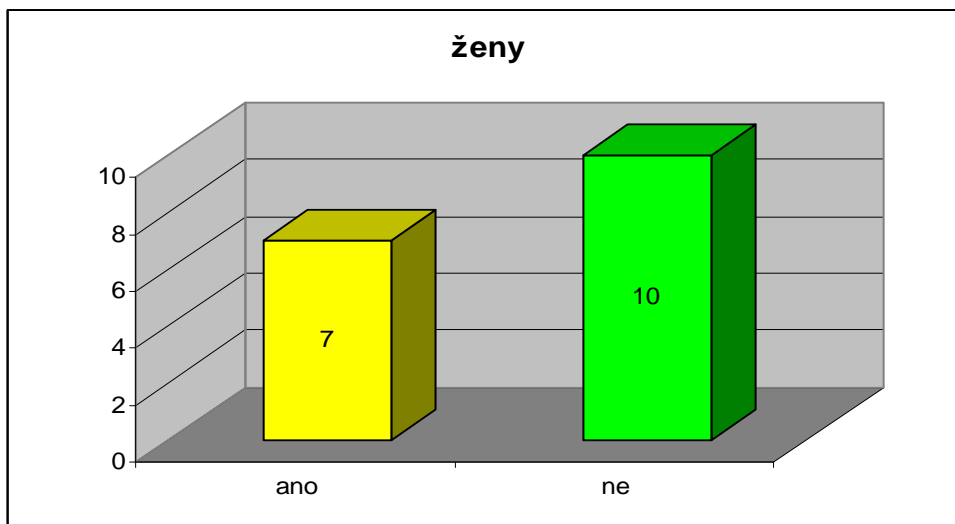
**Graf č. 12: Orientace v sociálních dávkách**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 13 zněla: Orientujete se v sociálních dávkách? 70,4% respondentů se neorientuje v sociálních dávkách a 29,6% respondentů se orientuje v sociálních dávkách.

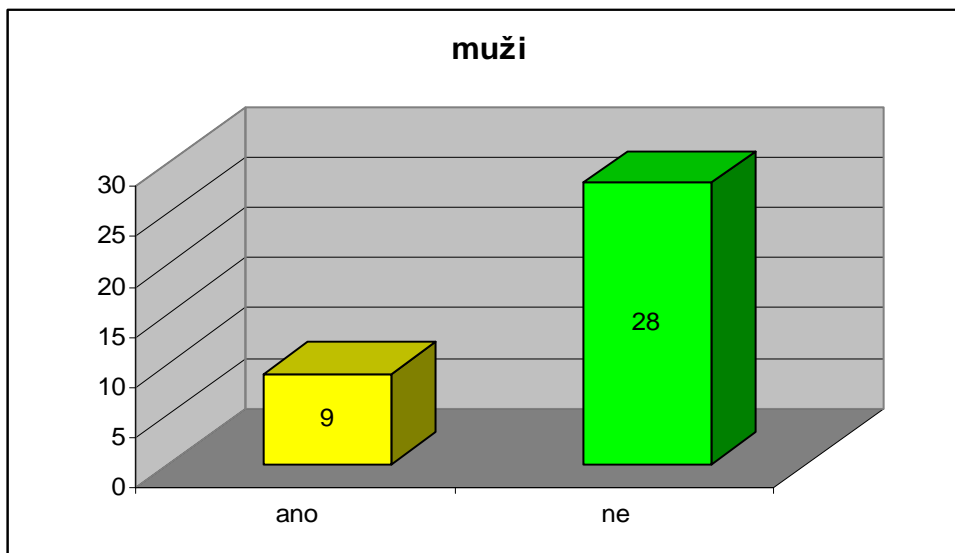
**Graf č. 12.1: Orientace v sociálních dávkách – ženy**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

59% žen se neorientuje v sociálních dávkách a 41% žen se orientuje v sociálních dávkách.

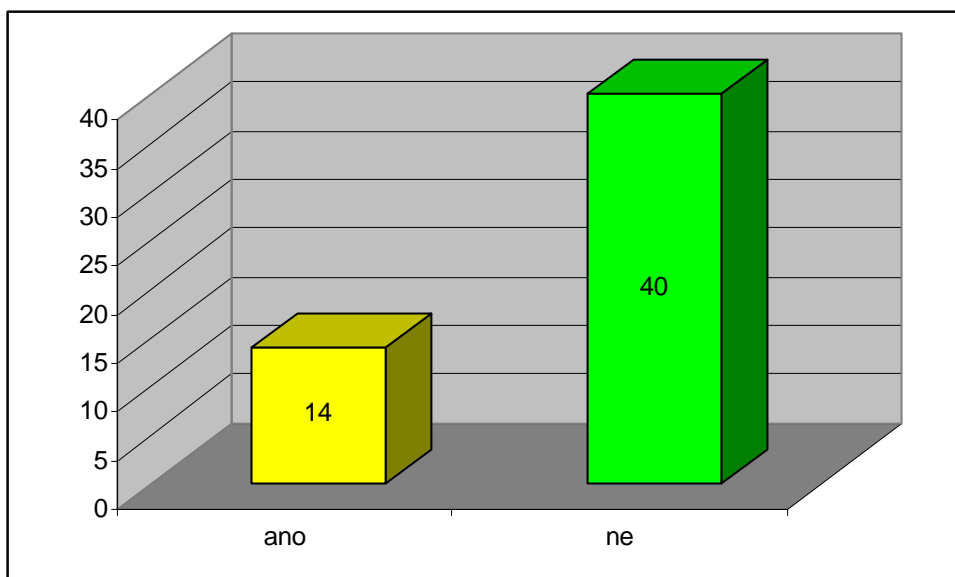
**Graf č. 12.2: Orientace v sociálních dávkách – muži**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

75,7% mužů se neorientuje v sociálních dávkách a 24,3% mužů se orientuje v sociálních dávkách.

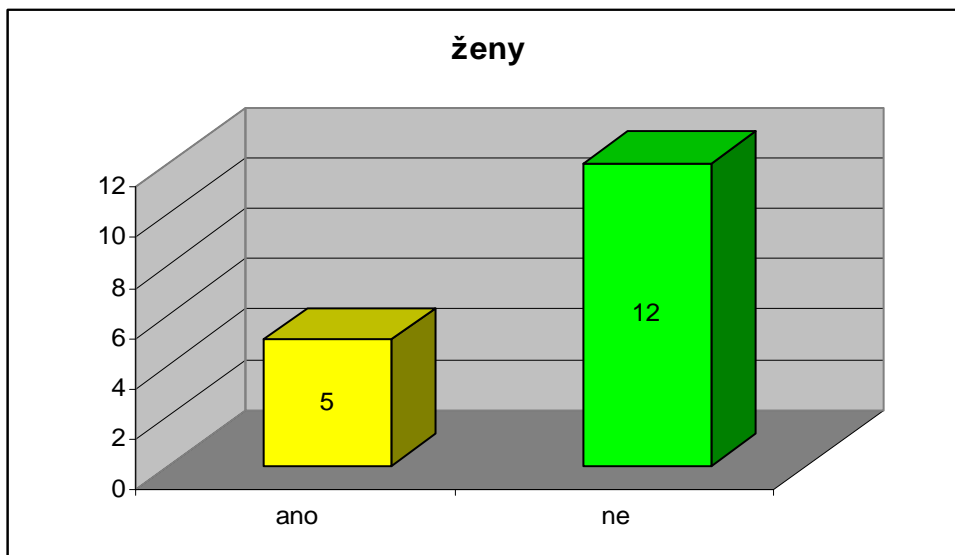
**Graf č. 13: Orientace v sociálních službách**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 14 zněla: Orientujete se v sociálních službách? 26% respondentů se orientuje v sociálních službách a 74% respondentů se neorientuje v sociálních službách.

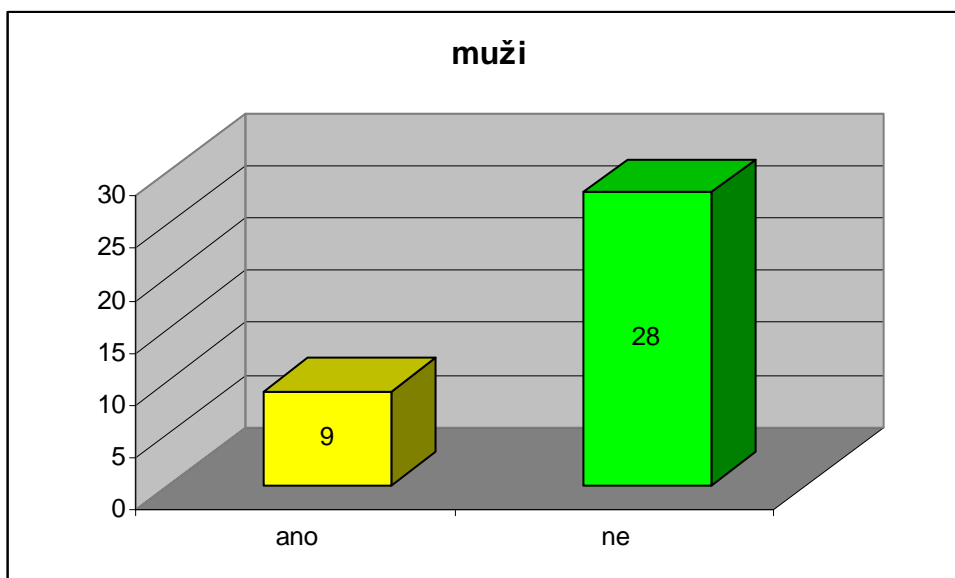
**Graf č. 13.1: Orientace v sociálních službách – ženy**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

29,4% žen se orientuje v sociálních službách a 70,6% žen se neorientuje v sociálních službách.

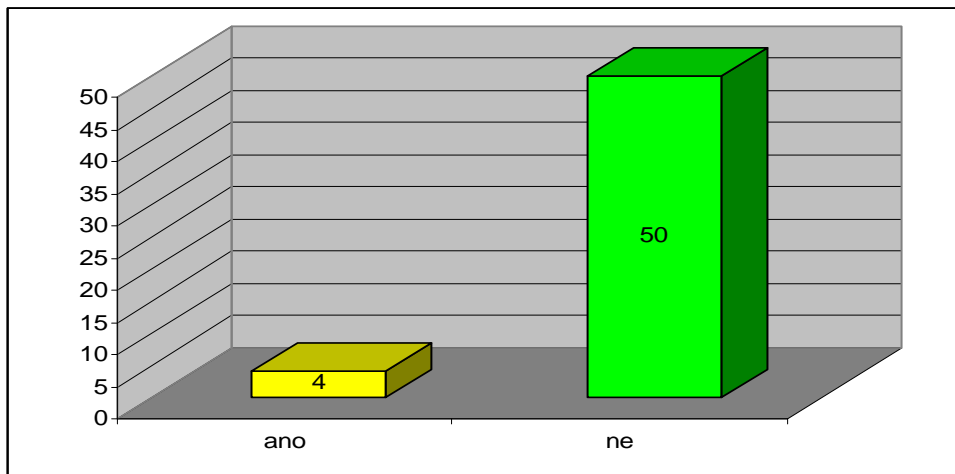
**Graf č. 13.2: Orientace v sociálních službách – muži**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

24,3% mužů se orientuje v sociálních službách a 75,7% mužů se neorientuje v sociálních službách.

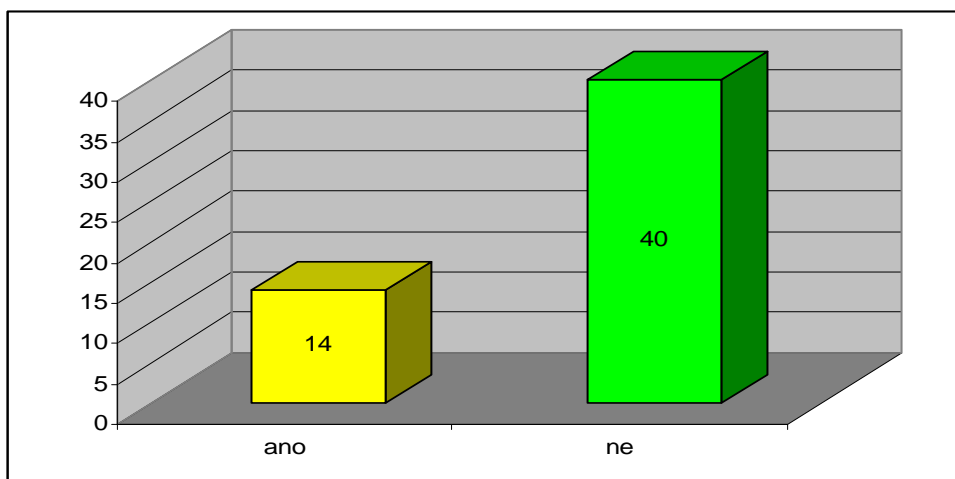
**Graf č. 14: Využití služeb sociálního pracovníka**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 15 zněla: Využíváte služeb sociálního pracovníka? 7,4% respondentů využívá služeb sociálního pracovníka a 92,6% respondentů nevyužívá služeb sociálního pracovníka.

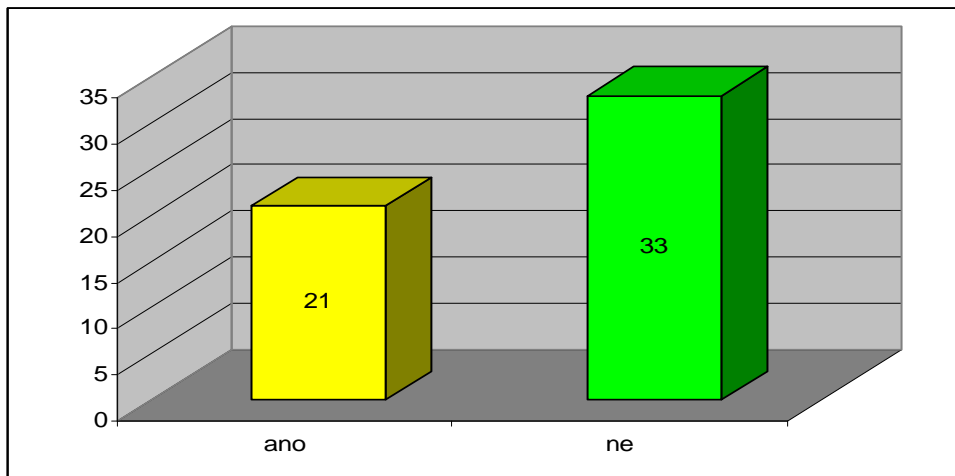
**Graf č. 15: Chtějí klienti využívat služeb sociálního pracovníka**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 16 zněla: Chtěl/a by jste využívat služeb sociálního pracovníka? 25,9% respondentů by chtělo využívat sociálního pracovníka a 74,1% respondentů by nechtělo využívat služeb sociálního pracovníka.

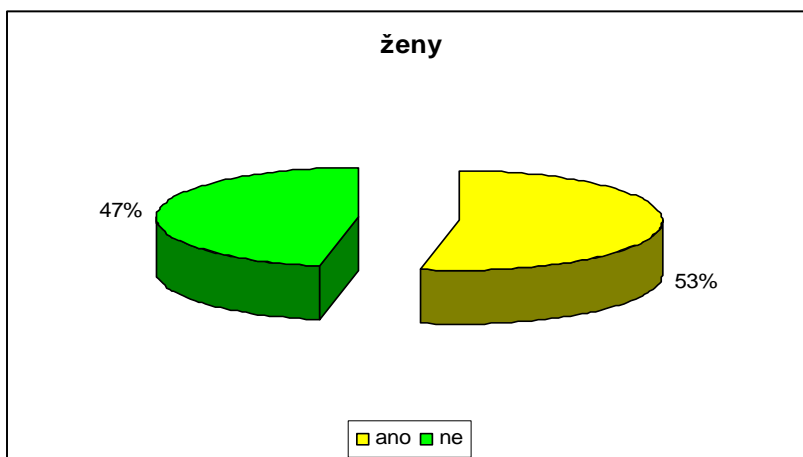
**Graf č. 16: Psychosociální pracovník v týmu hemodialyzačního střediska**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 17 zněla: Uvítal/a by jste psychosociální pracovníky přímo v týmu hemodialyzačního střediska? 38,9% respondentů by takové pracovníky v týmu uvítalo a 61,1% respondentů nechce, aby tito pracovníci byli v týmu hemodialyzačního střediska.

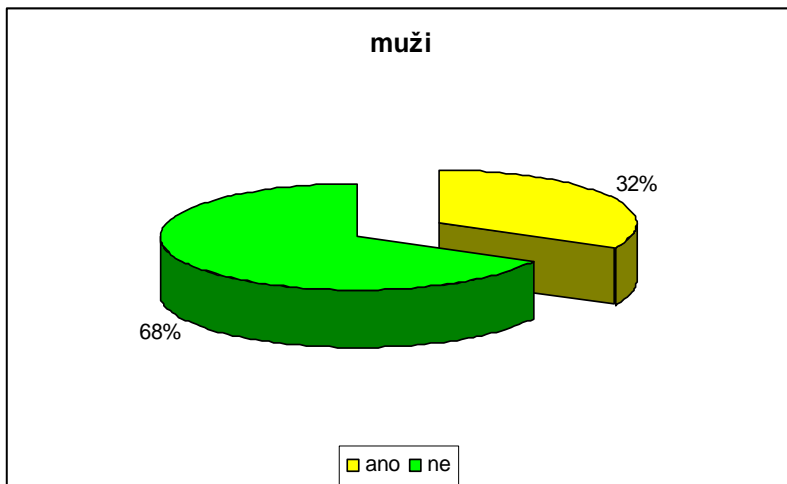
**Graf č. 16.1: Psychosociální pracovník v týmu hemodialyzačního střediska - ženy**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

9 žen by chtělo psychosociální pracovníky v týmu hemodialyzačního střediska a 8 žen ne.

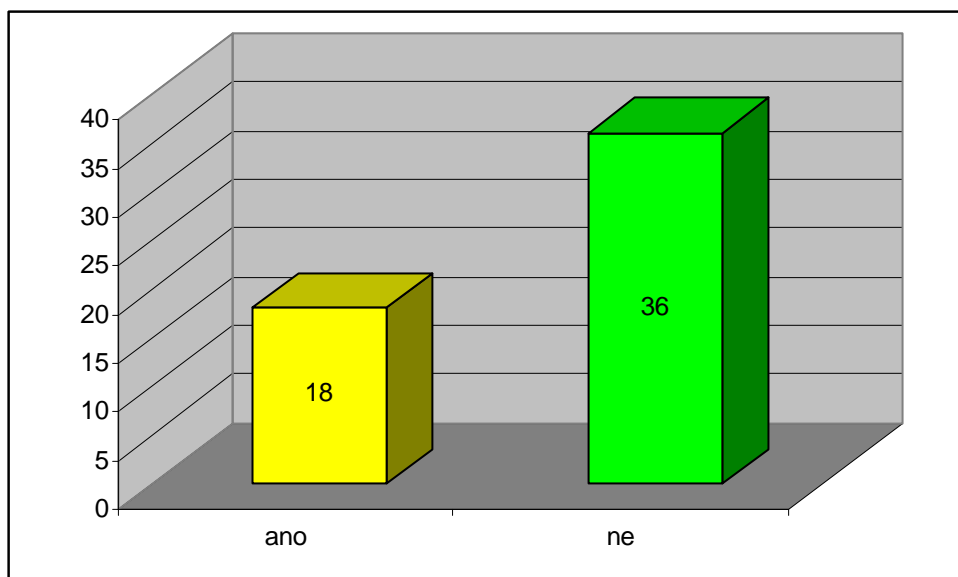
**Graf č. 16.2: Psychosociální pracovník v týmu hemodialyzačního střediska – muži**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

12 mužů chce psychosociální pracovníky v týmu hemodialyzačního střediska a 25 mužů ne.

**Graf č. 17: Možnost pomoci těchto pracovníků**



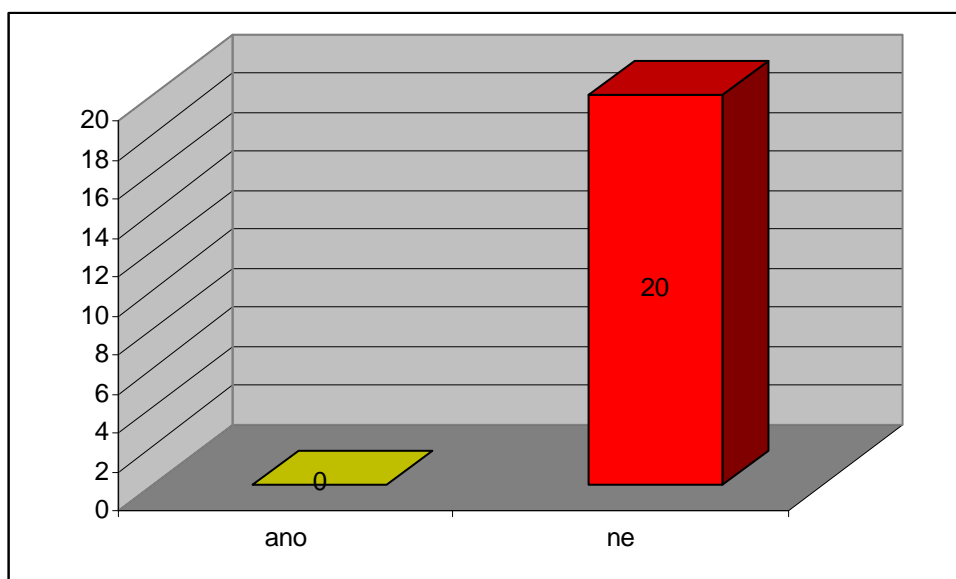
*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 18 zněla: Myslíte si, že by Vám mohli tito pracovníci v něčem pomoci? 33,3% respondentů si myslí že ano a 66,7% respondentů si myslí že ne.

Věci, ve kterých si respondenti myslí, že by jim mohli psychosociální pracovníci pomoci: poradit, zorientovat se v sociálních službách, s komunikací s úřady, zlepšit psychiku, se zvládáním pohemodialyzačního stavu, individuální přístup k jednotlivým pacientům a pomoc s jejich problémy.

#### 4.2.2. Výsledky dotazníkového šetření u středisek

**Graf č. 18: Klinický psycholog v týmu**

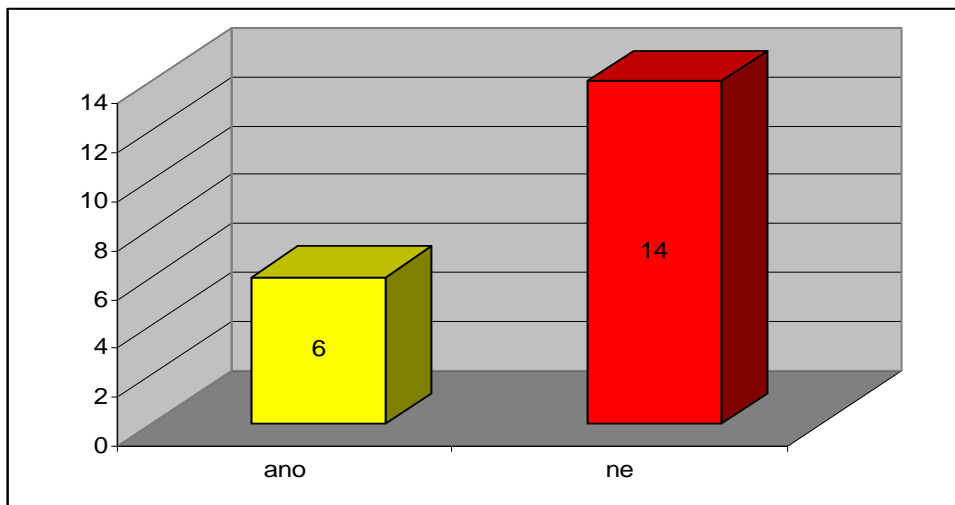


*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 1 zněla: Je u vás v týmu klinický psycholog? Všechny střediska odpověděla, že ne.



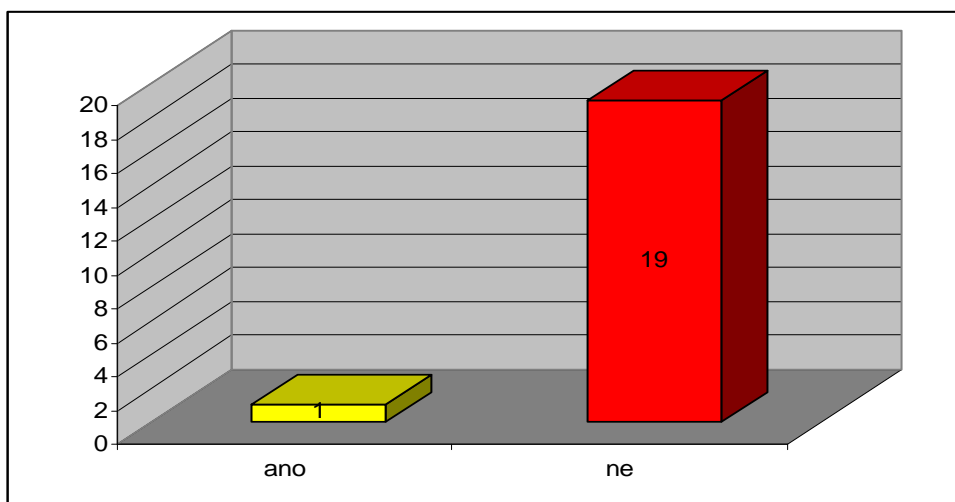
**Graf č. 19: Spolupráce s externím klinickým psychologem**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 2 zněla: Spolupracujete s externím klinickým psychologem? 30% středisek odpovědělo ano a 70% středisek odpovědělo ne.

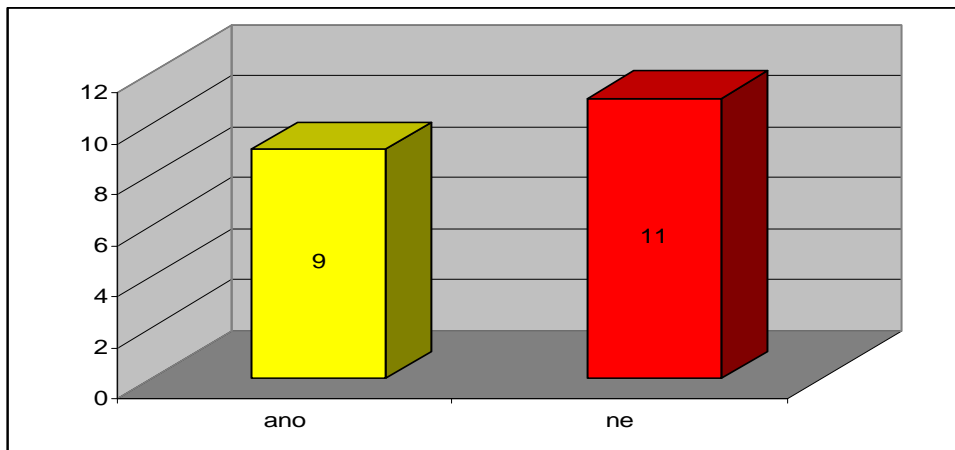
**Graf č. 20: Sociální pracovník v týmu**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 3 zněla: Je u vás v týmu sociální pracovník? Pouze jedno středisko (5%) odpovědělo ano, ostatní střediska (95%) odpovědělo ne.

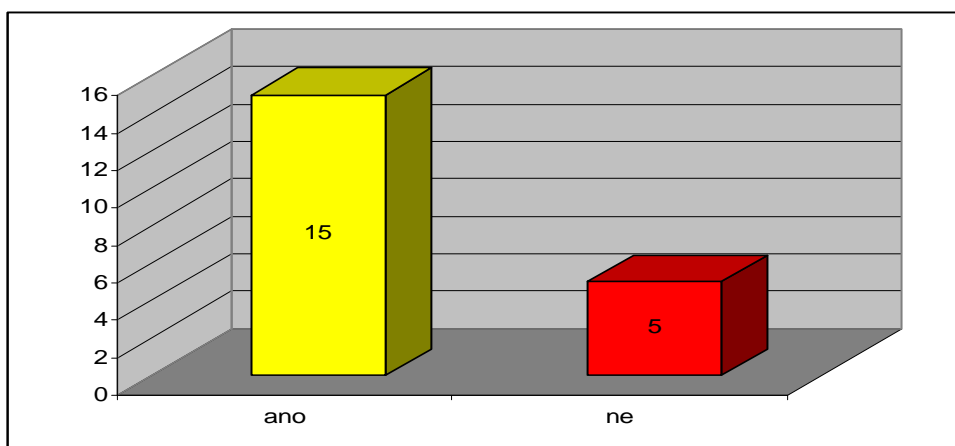
**Graf č. 21: Spolupráce s externím sociálním pracovníkem**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 4 zněla: Spolupracujete s externím sociálním pracovníkem? 45% středisek spolupracuje s externím sociálním pracovníkem a 55% středisek s ním nespolupracuje.

**Graf č. 22: Zájem o spolupráci s psychology a sociálními pracovníky**



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Otázka č. 5 zněla: Měli by jste zájem o spolupráci s těmito pracovníky? 75% středisek by mělo zájem o spolupráci a 25% středisek zájem nemá.

## 5. Diskuse

Z celkového počtu 54 klientů hemodialyzačních středisek, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, je většina ve věku 50 – 69 let (57,4%). Druhá početná skupina klientů je ve věku 70 a více let (27,8%). Z toho usuzuji, že největší počet klientů docházejících na hemodialyzační střediska, se nachází právě v životní fázi starší dospělosti a stáří. V obou těchto věkových skupinách dochází v životě člověka k mnohým zásadním změnám. Dosud se člověk staral o rodinu, chodil do zaměstnání a případně měl různé koníčky. Většinou převládá právě starost o rodinu a úsilí o seberealizaci (využití svých schopností, tvůrčí aktivita).

První rizikovou fází je období odchodu dospělého dítěte z domova, což označujeme jako syndrom prázdného hnízda. Objevují se pocity prázdnoty, částečné ztráty smyslu života apod. Mohou se také projevit nějaké partnerské problémy. Další riziko představuje tzv. krize středního věku. Člověk se ohlíží zpět a hodnotí svůj dosavadní život, připouští si, že konec života není již tak v nedohlednu (přibývá nemocí, přichází zprávy o úmrtí známých apod.). Tato krize někdy splývá s problematickým obdobím klimakteria, které u žen nastupuje kolem 45 roku a u mužů asi o pět let později. Klimakterium je provázeno hormonálními změnami a prvními citelnějšími ohlasy blížícího se stáří. Právě hormonální změny mají za následek nadměrnou dráždivost, neklid, výkyvy nálad a citovou zranitelnost. Člověk ve starší dospělosti by měl vyzařovat vyrovnanost, zralost a mít schopnost těžit ze svých zkušeností. Značná část lidí tohoto věku rezignuje na rozšíření si vzdělání, kvalifikace nebo na získání nových zálib, zůstane jakoby na místě. Přitom je známo, že smysluplná činnost, aktivita a zájem jsou nejlepší prevencí proti předčasnému duševnímu zestárnutí.

Průběh stáří závisí zejména na zdravotním stavu a sociálních okolnostech (tyto faktory jsou výsledkem dosavadního způsobu života a působení vrozených dispozic). Většina lidí kolem 60 let odchází do důchodu a s touto skutečností je spojen komplex neužitečnosti a snížení sebehodnocení. Člověk se musí adaptovat na jiný denní režim, hledat pro sebe nové uplatnění a naučit se využívat volný čas, kterého má nyní více. Období stáří významně ovlivňuje míra společenské izolovanosti člověka - tedy zda má

partnera, přátele a neignorující děti a vnoučata. Důležitá je také existence nějakých zájmů, soběstačnost a schopnost aktivního přístupu k životu. Pasivní a nečinný člověk se cítí opuštěný, svoji pozornost obrací k vlastní osobě a soustředí se tak převážně na své problémy. Skončí-li někdo bilancování svého života s pocitem marnosti nebo nenaplnění, bude se s konečností své existence smiřovat hůře než člověk spokojený.

Jistě uznáte, že smířit se s takovými změnami je velmi obtížné i pro zdravého člověka. Co se tedy stane, když se k tomu všemu přidá ještě nevléčitelná nemoc? Nemoc, která nad člověkem stále drží hrozbu smrti? Nemoc, u které je jedinou nadějí na kvalitnější život úspěšná transplantace, na níž bohužel mnozí ani nedosáhnou? Podívejme se na své vlastní reakce při malém zdravotním problému, kterým je třeba nachlazení. I při takovém lehkém onemocnění začneme přemýšlet, zda se nejedná přece jen o něco vážnějšího, například zápal plic nebo u kuřáka o rakovinu plic. Můžeme dokonce začít přemýšlet nad dopady takového onemocnění na svojí práci a sociální stav. Není tedy divu, že se u lidí s nevléčitelným onemocněním ledvin objevují reakce jako je šok z toho, co se stalo, a z důsledků, které s sebou situace nese. Dále popírání skutečnosti, deprese, různé krizové stavy (např. problémy s napichováním, špatné snášení dialýzy, fakt, že jejich život závisí na stroji), které mohou vyústit až ve fobii, hněv, úzkost, ztrátu pozitivního sebehodnocení (např. vyjádření typu „patřím do šrotu, jsem všem na obtíž, nepatřím mezi normální lidi, jsem stvůra, bylo by jim beze mě lépe“), aj. (9)

Výsledky dotazníkového šetření však tyto potíže nepotvrzují. Celých 69% respondentů uvedlo, že necítí úzkost. Avšak daleko častěji trpí úzkostí ženy - 12% žen úzkostí trpí stále a 41% žen jí někdy trpí. Oproti tomu muži v 78% úzkostí nikdy netrpí. Pocit osamělosti vychází podobně – 64% respondentů uvedlo, že tento pocit nemají. Opět ženy se cítí osamělejší než muži – 48% žen a 30% mužů cítí stále nebo někdy samotu (viz graf č. 4 – 6.2). Již výše jsem zmínila, že mezi reakce na diagnózu selhání ledvin a zařazení do dialyzačního programu patří i popírání skutečnosti. Je toto snad důvod, proč výsledky dotazníkového šetření nepotvrdily psychické potíže klientů? Odpověď na tuto otázku by bylo třeba hledat např. v jiném, mnohem podrobnějším šetření zaměřeném přímo na tuto problematiku. Ráda bych se ještě vrátila k pocitu

osamělosti. Myslím, že ženy jsou osamělejší než muži i z toho důvodu, že mnohem častěji přijdou o svého životního partnera. Již z mnoha studií je dokázáno, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. Rodina (děti a vnoučata) bohužel nedokáže plně nahradit ztraceného životního partnera a pak se právě dostaví pocit samoty.

Nabízí se tedy otázka, zda klienti využívají služeb psychologa a nebo je popírájí skutečnosti tak silné, že si své problémy „necháávají pro sebe“. Dle dotazníkového šetření celých 96,3% klientů služeb nevyužívá a 79,6% klientů ani nechce využívat psychologa (viz. graf č. 8, 9). Opravdu jsou klienti tak odolní nebo se jen bojí přiznat slabost a nechat si pomoci? Možná, že klientům stačí pohovořit si o svých starostech, smutku a radosti s někým blízkým. Celých 80% klientů uvedlo, že ve svém okolí mají právě takovou osobu, která se stává jejich „vrbou“ (viz. graf č.3).

Dostávám se k hypotéze číslo 3, kterou jsem stanovila takto: Klienti středisek nemají zájem využívat psychosociální služby. Část této hypotézy jsem vlastně potvrdila již výše. Druhou část nám potvrdí či vyvrátí otázka, zda klienti využívají služeb sociálního pracovníka. 92,6% klientů nevyužívá služeb sociálního pracovníka a 74,1% klientů ani nechce využívat jeho služeb (viz. graf č.14, 15). 79,6% klientů zároveň uvádí, že zvládá komunikaci s úřady a podobnými institucemi. V tomto případě opravdu pomoc sociálního pracovníka nepotřebují. Musím tedy konstatovat, že **hypotéza č. 3 se potvrdila**.

Ale jak je to se složitým systémem sociálních dávek a služeb? Orientují se klienti v tomto systému a využívají všechny dávky či výhody, na které mají nárok? Odpověď je vcelku jednoduchá. Z dotazníkového šetření se ukázalo, že 70,4% klientů se neorientuje v sociálních dávkách a 74% klientů se neorientuje v sociálních službách (viz. graf č.12 – 13.2). Navíc 39% klientů neví zda využívají všechny sociální dávky či výhody, na které mají nárok a 30% klientů se domnívá, že tyto dávky (výhody) prostě nevyužívá (viz. graf č.11 – 11.2). Tím **se potvrdila i hypotéza číslo 2**, kterou jsem stanovila takto: Klienti středisek neznají psychosociální služby a sociální dávky. Opravdu tedy klienti služby sociálního pracovníka nepotřebují? Já se domnívám, že by jim mohl být v mnohých věcech nápomocen. Ale nikoho nemůžeme nutit, aby takovéto služby využíval.

Výsledky druhého dotazníkového šetření, které bylo určeno dialyzačním střediskům, značně zkomplikovala neochota středisek odpovídat. Ze 70 středisek jich odpovědělo pouze 20 což znamená 27% návratnost. Z tohoto důvodu mohou být výsledky zkreslené. Nicméně z výsledků, které jsem získala se **hypotéza číslo 1: Psychosociální pracovníci nejsou využíváni hemodialyzačními středisky – potvrdila.** V týmech dialyzačních středisek, které se zúčastnili dotazníkového šetření, zcela chybí klinický psycholog a sociální pracovník je pouze na jednom středisku. Pouze 30% středisek spolupracuje s externím klinickým psychologem a 45% středisek spolupracuje s externím sociálním pracovníkem. Avšak 75% středisek by mělo zájem o spolupráci s těmito pracovníky.

## 6. Závěr

Pacienta s diagnózou selhání ledvin či již dialyzovaného pacienta je nutno vnímat jako celek a ne jen jednu jeho část. Často se stává, že má pacient velice kvalitní zdravotní péči, ale zapomíná se na jeho psychiku a sociální oblast. Přitom psychický stav pacienta má velkou důležitost, protože na něm může záviset ochota pacienta spolupracovat a jeho motivace k léčbě což může přímo ovlivňovat délku přežívání.

Péče o psychiku nemocných a vlastně i o jejich sociální oblast potřebuje především čas. Je nutné mít dostatek prostoru na rozhovor, na seznámení s potřebami nemocného i jeho rodiny, na poskytnutí rad srozumitelným způsobem apod. Z vlastní zkušenosti (pracuji již několik let na dialyzačním středisku) vím, že právě takový prostor zdravotnickému personálu, ať se jedná o lékaře či zdravotní sestru, chybí. Tito pracovníci mají dostatek práce se zajištěním kvalitní zdravotní péče, že jim málokdy zbude chvílka, aby si s klienty mohli podrobněji popovídat. Tyto případné rozhovory probíhají v průběhu dialyzační terapie tedy za účasti ostatních klientů střediska, protože není možné terapii přerušit a odpojit klienta od přístroje. Zcela tedy chybí tolik potřebné soukromí. Po ukončení dialyzační terapie klient odchází domů a kdyby si chtěl s někým popovídat v soukromí, bohužel nikoho nenajde, protože zdravotnický personál se musí již věnovat dalším klientům přicházejícím na svojí terapii. A tento koloběh se stále opakuje.

Dalším problémem je, že se zdravotnický personál, i při největší vůli, nemůže dostatečně kvalitně orientovat v sociálních službách a sociálních dávkách. Je to způsobeno tím, že se dále proškolují a zdokonalují ve věcech týkajících se právě jejich práce, což je – poskytovat kvalitní zdravotní péči. Nezbývá a není moc prostoru a možností zvýšit si vědomosti týkající se psychiky a sociální oblasti klientů. Zkrátka nejsou to psychosociální pracovníci. Mohou tedy klientům jen poradit, kam se obrátit o radu, ale zbytek je již na klientovi samotném.

Jelikož klienti dochází pravidelně na dialyzační středisko po dlouhou dobu stává se (a není to výjimkou), že se s pracovníky střediska lépe poznají a více jim

začnou důvěřovat. Proto si myslím, že i když dostanou radu kam se obrátit, stejně to neudělají. Což ostatně ukázalo i provedené dotazníkové šetření.

Další důležitou stránkou, kterou si mnozí neuvědomují, je úzká provázanost psychosociální oblasti s nemocí a dialyzační léčbou. Zamysleme se nad otázkou jak může někdo porozumět člověku s ledvinným selháním či člověku, který pravidelně dochází na dialyzační terapii, aniž by věděl, jaké to má pro nemocného důsledky? Je to specifická oblast, o které se psychosociální pracovníci neučí. Seznámí je jak pracovat s umírajícími, se seniory či se zdravotně znevýhodněnými klienty. Ale můžeme dialyzované pacienty zařadit do těchto skupin? Já se domnívám, že nikoli. Samozřejmě, že z každé z vyjmenovaných skupin se pro práci s lidmi s ledvinným selháním (či již dialyzovanými) něco „hodí“. Zároveň mají tito lidé i svá velká specifika, o kterých je nutné vědět. Proto si stále více myslím, že by psychosociální pracovníci měli být přítomni přímo na dialyzačním středisku a více se seznámit s problematikou ledvinového selhání a dialyzační terapií.

Tato problematika obecně je u nás stále ještě podceňovaná. Stále přetrvává mýtus, že jít k psychologovi je něco ponižujícího. Přitom právě tato služba může pacientům pomoci zvládat stres a obavy z následujících událostí, deprese, strach, úzkost, pocit méněcennosti. Stejnou podporu potřebuje i rodina nemocného, která se potýká se strachem o nemocného, s novými rolemi v rodině, s pocitem vyloučení z „nového světa“ nemocného, atd. Tento svět znamená jiný způsob života – většinou je to odchod ze zaměstnání, zhoršení finanční situace, změna celého časového rozvrhu, hodně času stráveného na dialyzačním středisku, změna osobnosti nemocného, uzavřenost nemocného, aj. Toto vše samozřejmě zasahuje i do sociální oblasti. Vyznat se v sociálních dávkách je mnohdy nadlidský úkol. A pokud člověk nepátrá po sociálních službách, tak neví jaké má možnosti pomoci. Často nemocného ani nenapadne, že by nějakou sociální službu mohl využívat a tudíž ani nevyhledá sociálního pracovníka.

Nemocný se tak více či méně ocitá sám se svou nemocí a uzavírá se do sebe. Tím trpí nejenom jeho osobnost, ale i jeho blízcí, kteří by mu rádi pomohli, ale nevědí jak. Přitom řešení je často tak jednoduché – vyhledat pomoc kvalifikovaného



pracovníka. A právě přítomnost těchto pracovníků na středisku by značně situaci ulehčila.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. *Agentura sester domácí péče IVAS* [online]. [cit. 2009-04-20] Dostupné z: [http://www.ivas.cz/cz/doc\\_1.aspx](http://www.ivas.cz/cz/doc_1.aspx).
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11. 11. 2004. 21 s.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.0. Poslední aktualizace 11. 11. 2004. 16 s.
4. *Centrum pro zdravotně postižené Jihočeského kraje* [online]. 2007 [cit. 2009-04-20] Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/>.
5. *Český červený kříž* [online]. [cit. 2009-04-20] Dostupné z: <http://www.cckcb.cz/>.
6. *Česká maltézska pomoc* [online]. [cit. 2009-04-20] Dostupné z: <http://cmpcb.cz/>.
7. *Diakonie českobratrské církve evangelické Písek-středisko Blanka* [online]. 2008 [cit. 2009-04-10] Dostupné z: <http://www.diakoniepisek.cz/hlavni-strana>.
8. *Diecézní charita České Budějovice* [online]. [cit. 2009-04-20] Dostupné z: <http://www.charitacb.cz/>.
9. DINGWALL, R. R. et al. *Pro lepší porozumění*. Přel. F. Lopot. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 96 s. ISBN 80-7013-406-2

10. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Dotisk 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 375 s. ISBN 80-246-0139-7
11. *Domov pro seniory Hvízdal České Budějovice, p.o.* [online]. [cit. 2009-04-20] Dostupné z: <http://www.domovproseniory-hvizdal.cz/>.
12. *Domov pro seniory Máj České Budějovice, p.o.* [online]. [cit. 2009-04-20] Dostupné z: <http://www.ddmajcb.cz/>.
13. *Domov pro seniory Světlo* [online]. [cit. 2009-04-06] Dostupné z: <http://www.dps-svetlo.cz/>.
14. DYLEVSKÝ, I., TROJAN, S. *Somatologie (2)*. 2. vyd. Praha : Avicenum, 1990. 312 s. ISBN 80-201-0063-6
15. EXNER, P. *Selhání ledvin a jeho léčba. Stěžejň* [online]. 1998, no. 1 [cit. 2009-04-14] Dostupné z: [http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1998/03/1998\\_3\\_09.html](http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1998/03/1998_3_09.html). ISSN: 1210-0153
16. *Fokus Písek-Občanské sdružení pro péči o duševně nemocné* [online]. [cit. 2009-04-06] Dostupné z: <http://www.fokus-pisek.cz/>.
17. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 312 s. ISBN 80-7178-803-1
18. HROCHOVÁ, L. *Bio psycho sociální problematika dialyzovaných osob*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, Bakalářská práce, 2006. 61 s.

19. *Integrovaný portál MPSV* [online]. [cit. 2009-04-12] Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane>.
20. KNETL, P. *Transplantace ledvin* [online]. 26.1.2007 [cit. 2009-04-15]. Dostupné z: <http://www.dialyza.info/pacienti.php?clanek=transplantace>.
21. *Koordináční středisko transplantací (Perspektivy)* [online]. [cit. 2009-04-15] Dostupné z: [http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2510](http://www.kst.cz/web/?page_id=2510).
22. *Koordináční středisko transplantací (Posttransplantační komplikace)* [online]. [cit. 2009-04-15] Dostupné z: [http://www.kst.cz/web/?page\\_id=2508](http://www.kst.cz/web/?page_id=2508).
23. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000, 147 s. ISBN 80-7178-429-X
24. *Kidney patient guide* [online]. [cit. 2009-04-25] Dostupné z: <http://www.kidneypatientguide.org.uk/>.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0
26. LACHMANOVÁ, J. *Hemodialýza pro sestry*. Vydala Ing. Knapová, AAR v zastoupení fy. Althin Int., 1997. 68 s.
27. LACHMANOVÁ, J. *Vše o hemodialýze pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 130 s. ISBN 978-80-7262-552-9
28. LOPOT, F. *Základy techniky hemodialýzy*. 2. vyd. Praha, 1990. 106s.

29. MAHON, A., JENKINS, K. *Chronické onemocnění ledvin (CKD) Úvod do klinické praxe*. 1. vyd. Praha: RRD a.s., 2007. 185 s. ISBN 978-84-611-8259-6
30. MAJOR, M., SVOBODA, L. *Náhrada funkce ledvin – hemodialýza, peritoneální dialýza, transplantace*. 1. vyd. Praha : Triton, 2000. 40 s. ISBN 80-7254-127-7
31. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 384 s. ISBN 80-7178-548-2
32. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
33. MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 314 s. ISBN 978-80-7367-331-4
34. *Město České Budějovice* [online].[cit. 2009-04-14] Dostupné z: <http://www.c-budejovice.cz/cz/stranky/uvod.aspx>.
35. *Městská charita České Budějovice* [online].[cit. 2009-04-20] Dostupné z: <http://www.mchcb.org/>.
36. *Městský ústav sociálních služeb* [online].[cit. 2009-04-10] Dostupné z: <http://www.muss.strakonice.eu/>.
37. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online].[cit. 2009-04-16] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>.
38. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd. Praha: Academika, 2004, 318 s. ISBN 80-200-1198-6

39. NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2002, 590 s. ISBN 80-200-0689-3
40. *National Kidney Federation* [online].[cit. 2009-04-25] Dostupné z: <http://www.kidney.org.uk/>.
41. *Občanské sdružení Mesada* [online].[cit. 2009-04-20] Dostupné z: <http://www.mesada.eu/>.
42. *Oblastní charita Strakonice* [online].[cit. 2009-03-26] Dostupné z: <http://www.charita-sousedovice.unas.cz/>.
43. PACOVSKÝ, V., STAŇKOVÁ, M. *Vnitřní lékařství pro 3. ročník středních zdravotnických škol 2 díl*. 1. vyd. Praha : Scientia medica, 1996. 56 s. ISBN 80-85526-56-5
44. PÁNKOVÁ, S. *Hlavní zásady životosprávy pro dialyzované pacienty. Stěžejň* [online]. 1997, no. 1 [cit. 2009-04-14] Dostupné z: [http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1997/01/1997\\_1\\_14.html](http://www.stezen.cz/html/stezen/casopis/1997/01/1997_1_14.html).  
ISSN: 1210-0153
45. *Pečovatelská služba a jesle města Písku* [online].[cit. 2009-04-10] Dostupné z: <http://www.pspisek.cz/index.php>.
46. *Renal patient information* [online].[cit. 2009-04-25] Dostupné z: <http://www.renalpatient.org/>.
47. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004, 471 s. ISBN 80-200-1086-6

48. *Pro život s ledvinami i bez nich* [online]. [cit. 2009-05-06] Dostupné z: <http://www.nefrologie.eu/cgi-bin/main/read.cgi?page=hemodialyza>.
49. SCHÜCK, O. et al. *Nefrologie pro sestry*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1994. 213 s. ISBN 80-7013-165-9
50. SULKOVÁ, S. et al. *Hemodialýza*. 1. vyd. Praha : Maxdorf, 2000. 696 s. ISBN 80-85912-22-8
51. SULKOVÁ, S. NERMUTOVÁ, L., *Peritoneální dialýza pro sestry*. 1. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 131 s. ISBN 80-7013-261-2
52. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vyd. Praha: Ecce homo, 2003, 150 s. ISBN 80-902049-4-5
53. SVOBODA, L. *Ischemická choroba ledvin*. 1. vyd. Praha : Triton, 2000. 24 s. ISBN 80-7254-125-0
54. TEPLAN, V. *Praktická nefrologie*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1998. 274 s. ISBN 80-7169-474-6
55. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (č. 182/1991 Sb.). *Portál veřejné správy České republiky* [online].[cit. 2009-04-16] Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=182%2F1991&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=182%2F1991&number2=&name=&text=).
56. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003, 400 s. ISBN 80-7178-740-X

57. ZACHOVÁ, E. et al. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5
58. Zákon o organizaci a provádění sociálního zabezpečení (č.582/1991 Sb.). *Portál veřejné správy České republiky* [online]. [cit. 2009-04-16] Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=582%2F1991&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=582%2F1991&number2=&name=&text=).
59. Zákon o pomoci v hmotné nouzi (č. 111/2006 Sb.). *Portál veřejné správy České republiky* [online]. [cit. 2009-04-16] Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=111%2F2006&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=111%2F2006&number2=&name=&text=).
60. Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.). *Portál veřejné správy České republiky* [online]. [cit. 2009-04-16] Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=108%2F2006&number2=&name=&text=).
61. Zákon o státní sociální podpoře (č. 117/1995 Sb). *Portál veřejné správy České republiky* [online]. [cit. 2009-04-16] Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=117%2F1995&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=117%2F1995&number2=&name=&text=).
62. Zákon o životním a existenčním minimu (č. 110/2006 Sb.). *Portál veřejné správy České republiky* [online]. [cit. 2009-04-16] Dostupné z: [http://portal.gov.cz/wps/portal/\\_s.155/701?number1=110%2F2006&number2=&name=&text=](http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=110%2F2006&number2=&name=&text=).



## **8. Klíčová slova**

Selhání ledvin (renal failure)

Dialýza (dialysis)

Sociální služby (social services)

Sociální dávky (social benefits)

## **9. Přílohy**

Příloha č. 1: Dotazník k diplomové práci 1

Příloha č. 2: Dotazník k diplomové práci 2

Příloha č. 3: Hemodialyzační přístroj

Příloha č. 4: Časopis Stěžeň

## Příloha č. 1: Dotazník k diplomové práci 1

### Dotazník k diplomové práci

Dobrý den, jmenuji se Lucie Hacklová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je důležitý pro mou diplomovou práci. Úkolem této práce je zjistit, zda by měli být v týmu pracovníků hemodialyzačního střediska psychosociální pracovníci. Vaše odpovědi mohou pomoci personálu střediska, aby lépe porozuměl Vaší osobní situaci a mohl Vám tak poskytnout kvalitnější péči. Vámi poskytnuté informace jsou anonymní a nebudou použity k jiným účelům.

**1. Pohlaví:**

- muž
- žena

**2. Do jaké věkové kategorie patříte:**

- 20-49 let
- 50-69 let
- 70 a více

**3. Kolik let jste zařazený/á do dialyzačního programu (do 1 roku, 2 roky...): \_\_\_\_\_**

**4. Máte s kým mluvit o svých radostech, pocitech, trápeních ...?**

- ano
- někdy
- ne

**5. Zažil/a jste v průběhu dialyzační léčby situaci kdy jste cítil/a samotu?**

- ano
- někdy
- ne

**6. Trpíte v souvislosti s dialyzační léčbou nespavostí?**

- ano
- někdy
- ne

Pokud ano, v čem vidíte příčinu: \_\_\_\_\_

**7.** Míváte po zařazení do dialyzačního programu stavy kdy cítíte úzkost?

- ano
- někdy
- ne

**8.** Máte problémy, se kterými by jste potřeboval/a (uvítal/a) pomoc?

- ano
- někdy
- ne

**9.** Využíváte služeb psychologického pracovníka?

- ano
- ne

**10.** Chtěl/a by jste využívat služeb psychologického pracovníka?

- ano
- ne

**11.** Zvládáte komunikaci s úřady a podobnými institucemi?

- ano
- ne

**12.** Myslíte si, že využíváte všech sociálních dávek (výhod), na které máte nárok?

- ano
- ne
- nevím

**13.** Orientujete se v sociálních dávkách?

- ano
- ne

**14.** Orientujete se v sociálních službách?

- ano
- ne

**15.** Využíváte služeb sociálního pracovníka?

- ano
- ne

**16.** Chtěl/a by jste využívat služeb sociálního pracovníka?

- ano
- ne

**17.** Uvítal/a by jste psychosociální pracovníky přímo v týmu hemodialyzačního střediska?

- ano
- ne

**18.** Myslíte si, že by Vám mohli tito pracovníci v něčem pomoci?

- ano
- ne

Pokud ano

v čem: \_\_\_\_\_

Na závěr bych Vám ráda poděkovala za Vaši ochotu a upřímnost při vyplňování otázek.

*Zdroj: Vlastní výzkum*

## **Dotazník k diplomové práci**

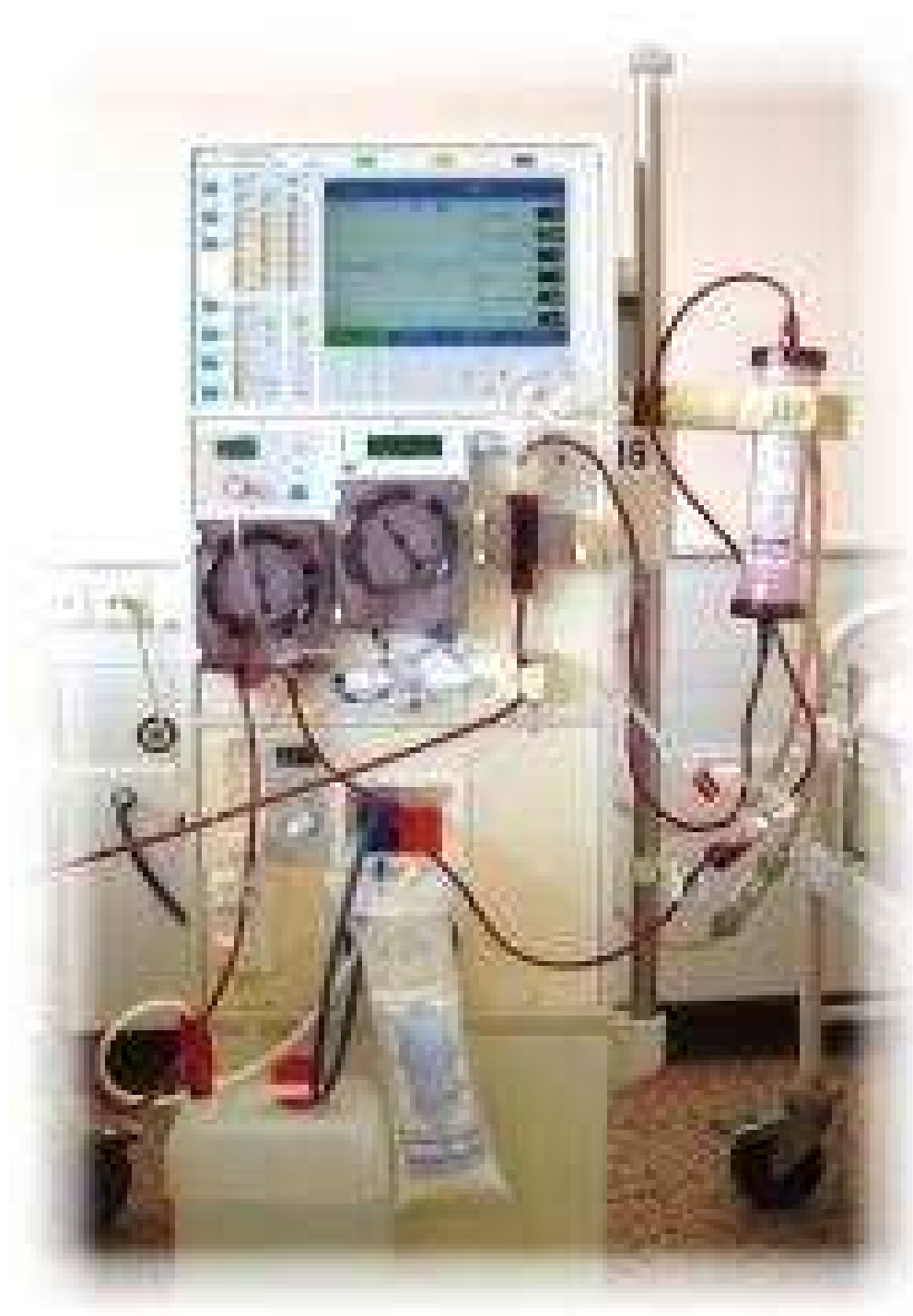
Dobrý den, jmenuji se Lucie Hacklová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je důležitý pro mou diplomovou práci. Úkolem této práce je zjistit, zda by měli být v týmu pracovníků hemodialyzačního střediska psychosociální pracovníci. Vámi poskytnuté informace jsou anonymní a nebudou použity k jiným účelům.

1. Je u vás v týmu klinický psycholog?
  - ano
  - ne
  
2. Spolupracujete s externím klinickým psychologem?
  - ano
  - ne
  
3. Je u vás v týmu sociální pracovník?
  - ano
  - ne
  
4. Spolupracujete s externím sociálním pracovníkem?
  - ano
  - ne
  
5. Měli by jste zájem o spolupráci s těmito pracovníky?
  - ano
  - ne

Na závěr bych Vám chtěla poděkovat za ochotu a upřímnost při vyplňování otázek.

*Zdroj: Vlastní výzkum*

**Příloha č. 3: Hemodialyzační přístroj**



*Zdroj: Internetový odkaz (16)*

**Příloha č. 4: Časopis Stěžeň**



*Zdroj: Internetový odkaz*