

Determinanty sociální péče u dlouhodobě nemocných pacientů

Bc. Yveta Šarapatková

Diplomová práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Yveta ŠARAPATKOVÁ**
Osobní číslo: **H128233**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Determinanty sociální péče u dlouhodobě nemocných pacientů**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na zpracování teoretických východisek pro praktickou část diplomové práce;
- na provedení smíšeného výzkumu formou dotazníkového šetření a rozhovoru;
- na zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu;
- na přijetí odpovídajících závěrů

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CICHÁ, M. GOLDMANN, R. KUTNOHORSKÁ, J. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2011. ISBN978-80-247-3843-7

GLADKIJ, I. STRNAD, I. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. Olomouc:Univerzita Palackého, 2002. ISBN 8024405008

MICHALÍK, J. Poradenství pro uživatele sociálních služeb. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2007. ISBN 80-903640-9-8

VESELÁ, J. Sociální rehabilitace a sociální integrace jedinců se zdravotním znevýhodněním. In Akční pole sociální práce II. Vyd. 2008. Olomouc: PdF UP, 2008. ISBN 978-80-244-1913-8

WILKINSON, R. MARMONT, M. Sociální determinanty zdraví. Fakta a souvislosti. Přel. Kučera, Z. Kostelec nad Černými lesy : IZPE, 2003. ISBN 80-86625-46-X

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce: **prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.**
Katedra sociální pedagogiky

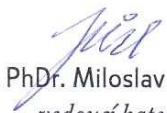
Datum zadání diplomové práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2014**

V Brně dne 30. listopadu 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry


PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

V Brně

14.12.12


.....
Jméno, příjmení studenta
.....
Podpis

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

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

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

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

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

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

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Ve své diplomové práci se zabývám sociální péčí poskytovanou dlouhodobě nemocným pacientům a činností zdravotně sociálních pracovníků, kteří řeší jejich sociální problémy v součinnosti s celým týmem dalších odborníků.

V praktické části se snažím poukázat na postoje dlouhodobě nemocných k sociální péči. V neposlední řadě chci poukázat na aspekty, které ovlivňují rozhodování o formě sociální péče a po analýze výsledků najít taková opatření, která by vedla k lepší kvalitě života dlouhodobě nemocných.

Klíčová slova:

Dlouhodobě nemocný, senior, zdravotně sociální práce, sociální péče, sociální služby, kvalita života.

ABSTRACT

This diploma thesis deals with welfare care given to long-term sick patients and activities of welfare officers who solve their social problems in cooperation with the whole team of other specialists.

The practical part refers to attitudes of long-term sick patients to welfare care. I would also like to point out the aspects which influence decisions on form of welfare care and to find such measures based on analysis of the results that would lead to better life quality of long-term sick patients.

Keywords:

Long-term sick, the elderly, health and welfare work, welfare, welfare services, quality of life

Děkuji vedoucímu diplomové práce prof. PhDr. Pavlovi Mühlpachrovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, laskavý a inspirativní přístup.

Také děkuji své rodině za morální podporu při mém studiu, které si nesmírně vážím.

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

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	11
1.1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	11
1.2 ETIKA A LEGISLATIVA V SOCIÁLNÍ PRÁCI VE ZDRAVOTNICTVÍ	13
1.3 ČINNOST ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	14
1.4 ÚSKALÍ V PRÁCI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ	15
1.5 POSTAVENÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE SPOLEČNOSTI	17
2 SOCIÁLNÍ PÉČE	18
2.1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ PÉČE	18
2.2 OBJASNĚNÍ POJMŮ VZTAHUJÍCÍCH SE K SOCIÁLNÍ PÉČI	21
2.3 SPEKTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ PACIENTY	22
3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY DLOUHODOBÉ NEMOCI	25
3.1 DLOUHODOBÁ NEMOC A JEJÍ CHARAKTERISTIKA	25
3.2 DLOUHODOBĚ NEMOCNÝ PACIENT A JEHO POSTAVENÍ VE SPOLEČNOSTI	26
3.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÝMI LIDMI	27
3.4 VIZE NÁSLEDNÉ PÉČE O ZDRAVOTNĚ ZNEVÝHODNĚNÉ PACIENTY	28
4 SPECIFIKA SENIORŮ VE VZTAHU K NEMOCI	31
4.1 ZMĚNY SOUVISEJÍCÍ SE STÁŘÍM	31
4.2 NEJČASTĚJŠÍ OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY, NEMOCI A PORUCHY VE STÁŘÍ	34
4.3 MOŽNOSTI A ZPŮSOBY PÉČE O SENIORY	36
5 KVALITA ŽIVOTA	39
5.1 DEFINICE POJMU	39
5.2 ZÁKLADNÍ ČINITELÉ OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA	40
5.3 KVALITA ŽIVOTA CHRONICKY NEMOCNÝCH PACIENTŮ	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
6 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ	45
6.1 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI	45
6.2 CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY	45
6.3 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU, PŘEDVÝZKUM	46
6.4 INTERPRETACE A METODA SBĚRU DAT	46
6.5 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	46
6.6 ANALÝZA A PREZENTACE VÝSLEDKŮ JEDNOTLIVÝCH OKRUHŮ	48
6.7 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	61
6.8 SOUHRN, NÁVRHY A OPATŘENÍ	64
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	74
SEZNAM GRAFŮ	75
SEZNAM TABULEK	76
SEZNAM DIAGRAMŮ	77
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Následkem chronického onemocnění se mnoho jedinců dostává do zatěžujících sociálních situací. Je pro ně těžké vyrovnat se s onemocněním jako takovým, se snížením či ztrátou soběstačnosti. S vědomím těchto aspektů a s psychosociální oporou je třeba citlivě přistupovat k nemocnému i jeho rodině. Rozplétat „klubko problémů“, abychom se co nejvíce přiblížili představě postiženého člověka o jeho kvalitě života a společně bylo nalezeno odpovídající řešení nastalé tíživé životní situace.

Pracuji ve Fakultní nemocnici u svaté Anny v Brně na pozici vrchní sestry zdravotně sociálního oddělení a domácí péče. Ve zdravotnictví působím již téměř 33 let. Za tuto dobu jsem se stala svědkem mnoha životních příběhů, které vyvolávají můj zájem o chápání jedinečnosti lidského života v souvislosti s nemocí. Stále to podněcuje moji snahu všemožně pomoci těm, kteří potřebují podat pomocnou ruku ve chvíli, která v nich vyvolává nejistotu a strach z budoucnosti.

Pro svoji diplomovou práci jsem si zvolila téma „Determinanty sociální péče u dlouhodobě nemocných pacientů“, kde je cílem na základě zjištěných poznatků určit a popsat efektivní postupy zdravotně sociální péče pro zachování kvality života u dlouhodobě nemocných pacientů, získat poznatky o možnostech sociální péče, vyzkoumat aspekty, které ovlivňují rozhodování o formě sociální péče u dlouhodobě nemocných jedinců a v neposlední řadě objasnit jejich základní pojetí kvality života.

Diplomová práce je rozdělena do dvou sekvencí, na část teoretickou a praktickou. První kapitola teoretické části pojednává o roli, postavení a činnosti zdravotně sociálního pracovníka. Druhá kapitola je věnována charakteristice sociální péče, možnostem jejího rozsahu i jejím úskalím. Ve třetí kapitole nahlížím na sociální aspekty dlouhodobé nemoci. Čtvrtá kapitola je zaměřena na specifika seniorů ve vztahu k nemoci a pátá kapitola uzavírá teoretickou část pohledem na kvalitu života. V praktické části použiji kvantitativní metodu výzkumu pomocí nestandardizovaných dotazníků. Pomocí otevřených a uzavřených otázek budu zjišťovat postoje respondentů k možnostem následné sociální péče, jež by byla nejvhodnější pro zachování kvality jejich života. K validitě dat použiji předvýzkum pomocí obsahové analýzy dokumentů. Prioritou při volbě respondentů bude životní situace odpovídající oblasti výzkumu a souhlas s aktivní účastí na výzkumném šetření. Základní soubor mého výzkumného vzorku budou tvořit pacienti, jejichž onemocnění bude mít charakter dlouhodobosti. Předpokládám, že to budou převážně senioři v postproduktivním

věku. Předvýzkumem je třeba identifikovat takový soubor respondentů, kteří do doby vyplnění dotazníku využívali některou ze sociálních služeb, jelikož cílovou skupinou jsou dlouhodobě nemocní pacienti, kteří budou jako jejich přímí uživatelé i do budoucna udávat směr těchto služeb a hodnotit jejich kvalitu, dostatečný rozsah a efektivitu. Sběr dat proběhne na různých klinických pracovištích FN u svaté Anny v Brně a v Doléčovacím a rehabilitačním oddělení FN u svaté Anny v Brně v Novém Lískovci, které jsou státní organizací spadající pod Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dotazníky budou rozdány formou osobní distribuce do vlastních rukou. Budu eventuelně napomáhat s jejich vyplněním vzhledem k široké škále postižení dotčených respondentů. Obecným cílem mé práce je odpovědět na výzkumnou otázku „Jaké jsou nejefektivnější a nejvhodnější postupy zdravotně sociální práce u dlouhodobě nemocných pacientů pro zachování kvality jejich života?“

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Zdravotně sociální pracovník je nápomocen ve spolupráci s celým týmem dalších odborníků již za hospitalizace pacienta řešit sociální problémy, které nastaly následkem změny jeho zdravotního stavu. Je v roli profesionála, který s trpělivostí pomáhá jednotlivcům i rodinám oživit pocit naděje, optimismu a snaží se svou prací zmírnit či odstranit stres a nejistotu z budoucího života s eventuálním postižením. Vždy si musí uvědomovat, že pracuje s člověkem, který je jedinečný, velmi křehký a zranitelný ve své nemoci.

1.1 Vymezení pojmu zdravotně sociální pracovník

Dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna pracuje zdravotně sociální pracovník nejenom v oblasti preventivní, diagnostické a rehabilitační, ale také v oblasti zdravotně sociální a specifické ošetrovatelské péče, kde jsou uspokojovány pacienti sociální potřeby.¹ Podle Janečkové je sociální pracovník ve zdravotnictví lékaři vnímán jako znalec sociální problematiky. Umí se orientovat v následné, dlouhodobé, ústavní, akutní či terénní návazné péči, orientuje se v úředních záležitostech a umí vyhodnotit funkční a zdravotní stav nemocného ve vztahu k jeho přirozenému prostředí.² Kuzníková uvádí, že zdravotně sociální pracovník poskytuje pacientům, případně i jejich blízkým komplexní pomoc v obtížných situacích způsobených nemocí. Zdravotně sociální pracovník využívá k lepší adaptaci na nemoc a překonání obtíží i vlivu psychosociální sféry, motivuje nemocného ke spolupráci a léčbě.³ Práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví podle Matouška spočívá v komplexním přístupu, v jeho koordinované činnosti s dostatečnými znalostmi o pacientově zázemí a jeho vlastním sociálním prostředím. Jen tak efektivně naplánuje propuštění pacienta, kdy je především respektováno jeho přání nebo přání jeho rodiny.⁴ Výše uvedená stanoviska potvrzují, že zdravotně sociální pracovník je především člověk, který s holistickým přístupem pomáhá klientům a v neposlední řadě i jejich příbuzným ke kvalitativně lepšímu životu. Sociální pracovník ve zdravotnictví musí být vybaven dobrými komunikačními a organizačními schopnostmi a sociální percepcí. Jak uvádí

¹ KUTNOHORSKÁ, J.- CICHÁ, M.- GOLDMANN, R. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 69

² JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O.- KOLÁČKOVÁ, J.- KODYMOVÁ, P. (eds.) Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005, s. 165

³ KUZNÍKOVÁ, I. et al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 18,27

⁴ MATOUŠEK, O.- KOLÁČKOVÁ, J.- KODYMOVÁ, P. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005, s. 165

Pelikánová, mezi zdravotníkem, pacientem a jeho rodinou musí vzniknout zvláštní vazba, která se v průběhu léčby vyvíjí, čímž se vytváří spolupráce v důsledku aktivního empatického naslouchání, podpory a sdílení. Vždy musí být respektována pacientova lidská práva a důstojnost. Musí být jednáno s úctou, bez ohledu na věk, pohlaví, vyznání či barvu pleti.⁵ Sociální pracovník ve zdravotnictví je součástí pracovního týmu, kdy každý z členů uplatňuje svoje znalosti i dovednosti se specifickým způsobem vidění světa a myšlením. Jelikož je na danou situaci pohlíženo každým členem týmu individuálně, vzniká i širší náhled na možnost řešení.⁶ Severová rozděluje spolupráci ve zdravotnických zařízeních na vnitřní a vnější tým, přičemž do vnitřního týmu řadí pracovníky, kteří se přímo podílí a spolupracují na řešení jeho nepříznivé sociální situace. Jsou zde zařazeni lékaři, psychologové, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, terapeuti, psychiatři, sociální pracovníci a jiní. Tito usilují o co nejlepší zdravotní stav pacienta a mnohdy lékaři pomáhají zdravotně sociálním pracovníkům tím, že nechají pacienta na nemocničním lůžku do vyřešení jeho sociální situace. Zdravotně sociální pracovník působí jako koordinátor, celý tým propojuje, přičemž k dobré spolupráci je třeba dodržování vymezených kompetencí tak, aby je členové týmu vzájemně nepřekračovali. Do vnějšího týmu Severová zařazuje pracovníky institucí mimo nemocnici, kteří se podílí na vyřešení pacientovy sociální situace. Zde se jedná např. o praktické lékaře, azylové domy, soudy, pečovatelské služby a v neposlední řadě i lékaře a sociální pracovníky jiných následných zařízení.⁷ Podle Kuzníkové je zřejmá potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnictví v každé vyspělé společnosti. Zdravotně sociální pracovník se neobejde bez pocitu sounáležitosti s ostatními odborníky, se kterými spolupracuje. Tady záleží především na jeho schopnostech a osobnosti, aby získal pevnou pozici v pracovním týmu. Vše se odvíjí od náplně a struktury práce. Sociální pracovník ve zdravotnictví se musí účastnit vizit, kde je jeho práce propojena se složkou medicínskou a ošetrovatelským procesem. Zahraniční poznatky ukazují, že blízkost sociálního pracovníka u pacientů a ostatních členů týmu je jeden z nejdůležitějších faktorů úzké spolupráce.⁸

⁵ PELIKÁNOVÁ, M. Sestra jako sociální odborník. Sestra 11/2010, Praha: Mladá fronta, a.s., s. 6

⁶ KOLAJOVÁ, L. Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006, s. 16

⁷ SEVEROVÁ, J. Sociální práce ve zdravotnictví. Sestra 9/2005, Praha: Mladá fronta, a.s., s. 27

⁸ KUZNÍKOVÁ, I. et al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 23 a 25

1.2 Etika a legislativa v sociální práci ve zdravotnictví

Aby byla poskytnuta účinná pomoc pacientovi s ohledem na jeho osobní situaci, musíme ho hlouběji poznat, což vyplývá z příslušných směrnic i zvolených metod sociální práce. Mít schopnost pacientovi porozumět předpokládá etický citlivý přístup sociálního pracovníka, který se umí nestranně podívat na problém z dlouhodobého hlediska včetně materiální, hodnotové a duchovní dimenze s respektováním zákonů, výchozích principů, kodexů a specifických zásad sociální práce.⁹ V profesi zdravotně sociálního pracovníka jsou provázány etika zdravotní péče a sociální péče, které vycházejí z obecných zásad etiky pomáhajících profesí. Etika zdravotní péče je více propracovaná. Téma etiky sociální práce je méně zpracované pro její různorodost a obšírnost a také proto, že je sociální práce mladším oborem. Vždy však vychází z prvotního předpokladu morálních vlastností pracovníka s respektováním mravních norem a utváření mravního vědomí, na což má vliv hlavně společenské prostředí. Pravidla, požadavky a předpisy jsou zpracovány v etických kodexech, které mají všechny profese, zdravotnického a sociálního pracovníka nevyjímaje, jak jsem již uvedla výše.¹⁰

Činnost zdravotně sociálního pracovníka ovlivňuje znalost legislativy. Znalost právních norem je nutná, jelikož je jeho práce složena z různých problémů rozmanitých klientů ve zdravotnickém zařízení.

Legislativa z oblasti zdravotnictví

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR.
- Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích ve znění pozdějších předpisů.

Související legislativa s prací sociálního pracovníka ve zdravotnictví

- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, sdělením č. 209/1992 Sb.

⁹ FISCHER, O.- MILFAIT, R. a kol. Etika pro sociální práci. Praha: Jabok, 2010, s. 14-19

¹⁰ VURM, V. et al. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton, 2007, s. 104

- Listina základních práv a svobod č. 2/1993 Sb.
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů.
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

V každém zdravotnickém zařízení platí ještě vnitřní pravidla, která se týkají nakládání s osobními údaji nemocných, za což nese sociální pracovník ve zdravotnictví občanskoprávní, trestněprávní, pracovněprávní a disciplinární odpovědnost.¹¹

1.3 Činnost zdravotně sociálního pracovníka

Aby mohl sociální pracovník vykonávat práci ve zdravotnictví, musí splňovat odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004, § 10, a mít platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru zdravotně sociální pracovník, které vydává Ministerstvo zdravotnictví ČR. Činnosti zdravotně sociálního pracovníka jsou vymezeny vyhláškou č. 55/2011 Sb.

Sociální práce ve zdravotnictví je definována profesní organizací České asociace sester jako oblast, která je významnou součástí komplexního léčebně ošetrovatelského procesu a propojuje se zde péče sociální s péčí zdravotní.¹² Bártlová ve své publikaci uvádí, že již V. Hendersonová, která v polovině minulého století významně ovlivnila ošetrovatelství, viděla pomoc člověku i v činnostech, které se týkaly jeho ochrany tehdy, kdy nemá tento člověk sílu, znalosti, vůli nebo toho není sám jakkoli schopen.¹³ Práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví podle Matouška spočívá v komplexním přístupu, v jeho koordinované činnosti s dostatečnými znalostmi o pacientově zázemí a jeho vlastním sociálním prostředí. Jen tak efektivně naplňuje propuštění pacienta, kdy je především respektováno jeho přání nebo přání jeho rodiny.¹⁴ Podle Vurma tam, kde je poskytována péče zdravotní, je nutno zajistit i péči sociální. Význam této péče trvale vzrůstá vzhledem k praktickému zabezpečování služeb u potřebných osob.¹⁵ Kutnohorská, Cichá a Goldmann vidí zdravotně sociální péči jako odbornou disciplínu, která se zaměřuje na

¹¹ KUZNÍKOVÁ, I. et al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 53

¹² Česká asociace sester. Sociální práce ve zdravotnictví. http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf, cit. 25.7.2013

¹³ BARTLOVÁ, S. Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. Brno: IDV PZ, 1999, s. 93

¹⁴ MATOUŠEK, O.- KOLÁČKOVÁ, J.- KODYMOVÁ, P. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005, s. 165

¹⁵ VURM, V. et al. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton, 2007, s. 30

sociální práci s lidmi, kteří se dostali do svízelné životní situace následkem svého zdravotního stavu či věku.¹⁶

Z výše uvedených zdrojů je patrné, že ve zdravotnickém zařízení má zdravotně sociální pracovník nezastupitelnou úlohu. Jeho úkolem je zmírnit či odstranit negativní důsledky, které hospitalizace, nemoc nebo úmrtí způsobily. Získává potřebné informace, jak základní, tak specifické z hlediska charakteristiky daného problému, a to od pacienta, od rodiny, ze zdravotnické dokumentace a od ostatních členů multidisciplinárního týmu. Sleduje motorické projevy pacienta, způsob komunikace, emocionalitu a chování a zpracovává sociální anamnézu, na jejímž základě identifikuje sociální problém, který definuje. Vytváří plán sociální terapie, kdy dle závažnosti a komplikovanosti problematiky společně s pacientem stanovuje priority, postupy a cíle pro řešení jeho problému, přičemž respektuje rozhodnutí nemocného. Řeší problémy u akutně hospitalizovaných pacientů, chronicky nemocných a provádí i sociální prevenci, kdy aktuálně vyhledává u pacientů případné sociální potřeby a obtíže. Je nemocnému psychosociální oporou, provádí edukaci, poradenství. Veškeré činnosti je potřeba na závěr vyhodnotit, aby byla patrná zpětná vazba a mohlo dojít i k případné sebereflexi.¹⁷

1.4 Úskalí v práci sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Dle Jarošové se zdravotně sociální péče nachází v průniku dvou resortů – Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Zde může jít o péči zdravotní s převládajícími aspekty péče sociální, může se jednat o péči sociální s výraznými aspekty péče zdravotní, nebo integrovanou péči, kde jednotlivé aspekty můžeme jen těžko rozlišit. Do systému komplexní zdravotně sociální péče je zařazena nejenom akutní a následná péče, ale i dlouhodobá péče. Vzhledem k odděleným resortům však toto pojetí komplexní péče neexistuje v uspokojivé podobě a je třeba, aby byl tento systém přizpůsoben potřebám každého pacienta.¹⁸ Nelze upřít, že dlouhou dobu přetrvává snaha o rozdělení problematiky resortů zdravotní a sociální oblasti s absencí nutné provázanosti. To jistě pramení z ekonomického přístupu a nepochopení oblasti dění v životě občana. Komise obou zainteresovaných stran musí najít svými pozitivními přístupy mezirezortní opatření, které povede k platné definici zdraví: „*schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní*

¹⁶ KUTNOHORSKÁ, J.- CICHÁ, M.- GOLDMANN, R. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 28

¹⁷ KUZNÍKOVÁ, I. et al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 47-52

¹⁸ JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, s. 74

život“.¹⁹ Dlouhý v článku pod názvem *Byrokracie* je toho názoru, že zdravotní a sociální péči pokrývá velmi rozvinutý sociální systém od narození po smrt občana ČR. Bohužel však udržuje již existující stav, čímž tlumí rozvoj pokrokovějších přístupů a iniciativ. Sporná situace člověka, která se nachází mezi zdravotní a sociální péčí, mnohdy znemožňuje zajištění návaznosti péče a ztrácí se tak i celostní pohled na osobnost člověka samotného. Je zde třeba vzájemné spolupráce se zaměřením na skupiny ohrožených občanů.²⁰ Mezi tyto bych nesporně zařadila i devětapadesátiletého pacienta, který byl akutně přijat do zdravotnického zařízení pro selhání ledvin. Při tvorbě sociální anamnézy bylo zjištěno, že nemocný se před dvanácti lety rozvedl a zanedlouho odcestoval do Rakouska za prací. Tam znovu uzavřel manželství, které trvalo jen tři roky a bylo též ukončeno rozvodem. Jelikož mu končilo pracovní povolení a měl větší objem finančních prostředků, odjel zpět do ČR. Z úspor žil po dobu pěti let v autě na zahradě u známé. Při přijetí do nemocnice měl u sebe platný pas ČR, cca 20 Kč a rakouský řidičský průkaz. Dle jeho sdělení to byl včetně auta veškerý majetek, který měl. Jelikož nevlastnil občanský průkaz, byla požádána policie o nahlédnutí do registru občanů ČR, kde bylo zjištěno, že dotyčný byl vyřazen z evidence obyvatel ČR. Pacient uvedl, že má dceru, která ovšem žije trvale v Německu a neviděl ji 10 let. Řešení tohoto případu bylo pro zdravotně sociální pracovníky velmi náročné, protože zde nebyla možná spolupráce s rodinou, kterou si nepřál nemocný kontaktovat. Ze situace vyplynula potřeba vyřadit žádost o trvalý pobyt a občanský průkaz. Bylo jisté, že nemocnému se bude muset z důvodu imobility a závislosti na hemodialýze vyřizovat následná sociální péče, s čímž souhlasil. Jelikož na zhotovení fotografií a úřední ověření podpisu potřeboval hotovost, byl kontaktován úřad městské části o pomoc v postupu, přiznání hmotné nouze, ev. jednorázové sociální pomoci s vyčerpávajícím výčtem pravdivých skutečností. Tato žádost byla zamítnuta z důvodu vyloučení z okruhu oprávněných osob pro neexistenci trvalého pobytu na území ČR podle zákona 111/2006 Sb., § 5. Následovalo zdlouhavé odvolávání a až za 2 měsíce přebíral pacient částku 1000 Kč jednorázové sociální pomoci. Po vyřízení občanského průkazu i přihlášení k pobytu byly podány žádosti do pěti léčeben dlouhodobě nemocných a všechny byly zamítnuty z důvodů kapacitních nebo z důvodu pacientovy potřeby hemodialýzy, kdy měl být převážen do zdravotnického zařízení 3x týdně na dobu cca čtyř hodin dle předem stanoveného programu, s tím, že na to nejsou zařízení. Byly zaslány další

¹⁹ VURM, V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 13

²⁰ DLOUHÝ, M. Špatná reforma může zabít i dobré myšlenky. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/18429>, cit. 16.7.2013

žádosti do léčen dlouhodobě nemocných na území celé ČR a hospitalizace se tak prodloužila o několik měsíců.

K lepší provázanosti a zefektivnění by měla vést nová koncepce rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb, která je připravována v rámci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Ta je zaměřena na péči dlouhodobou, péči o seniory a zdravotně postižené v jejich přirozeném prostředí.²¹

1.5 Postavení zdravotně sociálního pracovníka ve společnosti

Sociální práce je především práce s člověkem, proto se stává součástí každé profese. Nezastupitelná je zde spojitost se speciální i sociální pedagogikou, kdy je postižený klient na péči odborníka odkázán. Lidé stále častěji v současné postmoderní společnosti vyhledávají odborníky, kteří jsou profesionálně připraveni jim pomoci vyrovnat se s mnoha individuálními, mikrosociálními i makrosociálními problémy, které nedokážou sami řešit. Sociální práce se stále vyvíjí společně s ostatními humanitními vědami, proto má ve společenském systému svoje nezastupitelné místo.²² České zdravotnictví prochází transformací, a v této souvislosti se profesní role, prestiž a kooperační vztahy, které vyplývají z integrace zdravotníků a nemocných, výrazně modifikují.²³ Sociálního pracovníka vystihuje zejména společenský úkol. Neprávem se jeho práce zaměňuje za administrativního pracovníka. Pro svoji dobře vykonanou práci musí nemocného pochopit a mít značné dovednosti. Změny, které jsou vyvolány společenským vývojem a způsobují nové sociální problémy, se musí co nejdříve řešit, což klade velké nároky nejenom na profesní přípravu sociálních pracovníků, ale nová problematika také vyžaduje stále nové dovednosti a znalosti.²⁴ Zdravotně sociální pracovník může najít uplatnění v nestátních i státních zařízeních, a to jak v péči akutní, tak v péči dlouhodobé. Dále v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, psychiatrických léčebnách, v zařízeních hospicového typu, v agenturách domácí péče, ve státní správě, v neziskových organizacích, občanských sdruženích a nadacích, ve vzdělávacích i charitativních organizacích i v denních stacionářích.²⁵

²¹ KUZNÍKOVÁ, I. et al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 87

²² MÜHLPACHR, P. (ed.) Sociální práce jako životní pomoc. Brno: MSD, spol. s. r. o., 2006, s. 5

²³ BARTLOVÁ, Š. Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny. Brno: IDV PZ, 1999, s. 112

²⁴ CHUDÝ, Š. - NEUMEISTER, P. - JŮVOVÁ, A. Vybrané diskurzy teorie a praxe ve vzdělání a uplatnění sociálních pedagogů v kontextu pomáhajících profesí. Brno: Paido, 2010, s. 69

²⁵ <http://www.utb.cz/fhs/chci-studovat/studijni-program-zdravotne-socialni-pece-studijni-obor?highlightWords=zdravotnC4%9B+soci%C3%A1ln%C3%AD+pracovn%C3%ADk>, cit. 30.7.2013

2 SOCIÁLNÍ PÉČE

Mnoho dlouhodobě nemocných využívá sociální péči, ať již ve formě dávek sociální pomoci nebo v podobě sociálních služeb. Sociální politika České republiky určuje, jaká bude sociální ochrana občanů, kteří jsou znevýhodněni nemocí, stářím nebo invaliditou. Vždyť každý z těchto občanů si nepřeje nic jiného, než se plnohodnotně zařadit do běžného života, jaký vedli dříve, a neocitnout se na prahu sociálního vyloučení.

2.1 Charakteristika sociální péče

Haškovcová definuje sociální péči jako organizovanou pomoc osobám ve složité životní situaci, kterou tito lidé nezvládnou vyřešit vlastními silami.²⁶ Matoušek uvádí, že sociální péče vyplývá ze solidarity společnosti a spočívá v přerozdělení prostředků a služeb, kdy je jejím cílem všestranný rozvoj jedince. Uskutečňuje se prostřednictvím sociálního a zdravotního pojištění, státními podporami, sociálními službami a sociální pomocí. Co se týče názvosloví, má stejný význam i termín sociální pomoc.²⁷ I Vurm ve své publikaci poznamenává, že výraz sociální péče je v poslední době nahrazován slovním obratem - sociální podpora a pomoc, aby bylo patrné, že společnost pouze pomáhá a podporuje.²⁸ Stejně tak Levická vysvětluje, že pojem sociální péče je zastaralejší než pojem sociální pomoc. Dle této autorky oba pojmy charakterizují komplexní činnosti, které jsou aktivně směřovány k pomoci jednotlivcům nebo skupinám pro zabezpečení jejich životních potřeb.²⁹ Dle Hrozenské se sociální péče, která je zajištěna státem, transformovala od roku 1989 v rozsáhlé spektrum nabídky sociálních služeb. Jejich cílem je hlavně kvalita poskytování, zavádění jejich pravidel s důrazem na přístup k uživatelům a odbornost pracovníků, provádějících tyto služby. Nezpochybnitelný je zde i vliv Evropské unie, kde součástí její politiky je sociální začleňování a boj proti chudobě.³⁰ I v Bílé knize v sociálních službách jsou vymezeny vůdčí principy, tvořící podstatu všech sociálních služeb:

- nezávislost a autonomie;
- začlenění a integrace;

²⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi. Praha: Galén, 2012, s. 153

²⁷ MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, s.r.o., 2003, s. 210

²⁸ VURM, V. et al. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton, 2007, str. 30

²⁹ LEVICKÁ, J. Teoretické aspekty sociální práce. Trnava, FZ a SP TU, 2002, s. 35

³⁰ HROZENSKÁ, M.- DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s.

- respektování potřeb;
- partnerství;
- záruka kvality;
- rovnost bez diskriminace;
- národní standardy.

Sociální služby by měly všechny principy obsahovat a tak se zařadit mezi ty nejlepší.³¹

Legislativa v sociálních službách

Dne 1.1.2007 nabyt účinnosti dlouho očekávaný zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, a vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, kde je nově koncipováno vzdělávání pracovníků v sociálních službách, práce sociálních pracovníků, podmínky poskytování sociálních služeb a je zcela nově stanoven příspěvek na péči, který nahradil ve vyšších částkách příspěvek na bezmocnost. Příspěvek na péči je pravidelná, opakující se dávka, jež se stala novým nástrojem financování sociálních služeb, který má významně přispívat k potřebným změnám v sociální oblasti.³² Tento příspěvek nárokuje osoba, která se neobejde bez pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Stupeň závislosti se hodnotí podle zvládnutí základních životních potřeb, jako je mobilita, komunikace, orientace, oblékání, obouvání, stravování, tělesná hygiena, výkony fyziologických potřeb, osobní aktivity, péče o zdraví a péče o domácnost.³³ Příspěvek na péči náleží osobám s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nebo osobám s předpokladem trvání nemoci, které jsou závislé na pomoci druhé fyzické osoby, pro zabezpečení péče o vlastní osobu včetně zajištění soběstačnosti. Žádost o příspěvek na péči se podává písemně, dle trvalého bydliště žadatele, příslušnému Úřadu práce, jehož sociální pracovníci následovně provádějí sociální šetření ve vlastním sociálním prostředí žadatele o příspěvek. Po prozkoumání zvládnutí základních životních potřeb sociálním pracovníkem posoudí lékařská posudková služba zdravotní stav žadatele. Zdravotní posudek o stupni závislosti (viz tabulka č.1) vypracovává a vyhodnocuje lékař posudkové služby na základě nálezů praktického lékaře i odborných lékařů a výsledků sociálního šetření.³⁴

³¹ http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf, s. 9-14, cit. 20.9.2013

³² MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby. Praha: Portál, 2007, s. 72

³³ HROZENSKÁ, M.- DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s.76

³⁴ <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>, cit. 20.9.2013

Výše příspěvku pro osoby do 18ti let věku/kalendářní měsíc		Výše příspěvku pro osoby Nad 18 let věku/kalendářní měsíc	
3 000 Kč ->	I. stupeň – lehká závislost	800 Kč ->	I. stupeň – lehká závislost
6 000 Kč ->	II. stupeň – středně těžká závislost	4 000Kč ->	II. stupeň – středně těžká závislost
9 000 Kč ->	III. stupeň – těžká závislost	8 000 Kč ->	III. stupeň – těžká závislost
12 000 Kč ->	IV. stupeň – úplná závislost	12 000 Kč ->	IV. stupeň – úplná závislost

Tabulka č. 1 Stupně závislosti.

Zdroj: HROZENSKÁ, M. - DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 76

Zákon charakterizuje sociální služby jako činnost nebo soubor činností, pomocí kterých se v nepříznivé sociální situaci zajišťuje pomoc osobám, přičemž rozsah i forma této pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost a vycházet z individuálních potřeb osob. Na tyto musí působit aktivně a musí je též motivovat k činnostem, které nezhorší či neprodlouží jejich nepříznivou situaci, a zároveň musí přispívat k jejich sociálnímu začleňování.³⁵ Matoušek uvádí, že zákon o sociálních službách kategorizuje sociální služby.

- Sociální poradenství základní, které v nepříznivé sociální situaci poskytuje informace, vedoucí k jejímu řešení. Dále odborné, které je zaměřeno na potřeby sociálních skupin ve specializovaných poradnách.
- Služba sociální péče, která pomáhá zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost osobám a tím jim umožňuje se v nejvyšší míře zařadit do běžného života. Zajišťuje důstojné zacházení i prostředí u osob, u nichž zdravotní stav vylučuje návrat do běžného života.
- Služby sociální prevence, jejichž cílem je pomáhat osobám překonat nepříznivou sociální situaci a společnost chránit před nežádoucími společenskými jevy.

Dle formy, jakou je sociální služba poskytována se dělí.

- Služby pobytové, které jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

³⁵ <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>, cit. 20.9.2013

- Služby ambulantní, za kterými osoba dochází, nebo je dopravována do zařízení sociálních služeb a není zde ubytována.
- Služby terénní, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí potřebné osoby.

Z tohoto výčtu je patrná široká škála služeb, které musí být smluvně ujednány mezi příjemcem a poskytovatelem.³⁶

2.2 Objasnění pojmů vztahujících se k sociální péči

Pro lepší orientaci uvádím vybrané pojmy, které jsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 3.

Sociální služba je soubor činností nebo činnost, která zajišťuje podporu a pomoc osobám. Cílem této služby je sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Nepříznivá sociální situace je stav krizové sociální situace, způsobu života nebo životních návyků, které vedou ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo jiné závažné důvody u osob se ztrátou schopností, či oslabení z důvodu věku. Je nutné výše uvedené situace řešit tak, aby výsledek podporoval sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je zdravotním stavem, který dle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, ovlivňuje péči o vlastní osobu a její soběstačnost omezením duševních, smyslových nebo fyzických schopností.

Přirozené sociální prostředí je domácnost osoby, kde existují sociální vazby k osobám blízkým. (Osobu blízkou definuje občanský zákoník v § 116)

Sociální začleňování je proces dosažení příležitostí a možností, které napomáhají plnému zapojení do ekonomického, sociálního a kulturního života společnosti osobám ohroženým sociálním vyloučením nebo již sociálně vyloučeným, a je jim umožněn život ve společnosti, který je považován za běžný.

Sociální vyloučení je situace, kdy se nemůže vyčleněná osoba zapojit do běžného života společnosti v důsledku nepříznivé sociální situace.

³⁶ MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby. Praha: Portál, 2007, s. 43-45

2.3 Spektrum sociálních služeb pro dlouhodobě nemocné pacienty

Sociální služby je třeba modifikovat podle potřeb občanů. Tyto potřeby je třeba správně a individuálně vyhodnotit společně se zapojením rodiny občana, kdy je nutné přihlídnout i k faktorům, které jedinci mohou znemožnit vést aktivní život v jeho vlastním sociálním prostředí.³⁷ Klíčovou roli zde zaujímá sociální pracovník, který získává informace o potřebách a sociálním prostředí klienta. S pomocí klienta i jeho rodiny sestavuje balíček potřebných služeb a společně rozhodují o pomoci sociální, poloinstitucionální, zda hrozí klientovi osamělost, strádání, nezabezpečení a nízká kvalita života a zda je třeba vybrat dlouhodobou institucionální péči.³⁸ Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách popisuje soubor služeb, ze kterých vybírám nejdůležitější pro účel méj diplomové práce.

Osobní asistence je terénní službou, která je poskytována ve vlastním sociálním prostředí klienta při potřebných činnostech a je bez časového omezení. (§ 39)

Pečovatelská služba, která může být terénní nebo ambulantní. Je poskytována klientům v domácnostech nebo v zařízeních sociálních služeb ve vymezeném čase a úkony musejí být jasně definovány. (§ 40)

Tísňová péče je terénní službou, která zajišťuje nepřetržitou distanční a elektronickou komunikaci s klienty, kteří jsou vystaveni v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. (§ 41)

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní. Jsou určeny pro klienty se sníženou schopností orientace nebo komunikace a napomáhají při osobním vyřizování vlastních záležitostí. (§42)

Podpora samostatného bydlení je terénní službou i pro klienty s duševním onemocněním, pomáhá s chodem domácnosti, aktivizačními, výchovnými a vzdělávacími činnostmi apod. (§ 43)

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové. Jsou poskytovány klientům, o které je jinak pečováno v jejich vlastním sociálním prostředí. Cílem těchto služeb je umožnit pečujícím osobám odpočinek. Jsou nazývány též respitní péčí. (§ 44)

Denní stacionáře jsou ambulantními službami v denních stacionářích. Zde je poskytována pomoc v základních činnostech včetně podávání stravy. (§ 46)

³⁷ http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf, s. 29, cit. 21.9.2013

³⁸ MATOUŠEK, O.- KOLÁČKOVÁ, J.- KODYMOVÁ, P. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005, s. 173

Týdenní stacionáře, kde je poskytována stejná pomoc, jako v denních stacionářích s tím rozdílem, že jsou službami pobytovými. (§ 47)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou pro osoby se zdravotním postižením. (§ 48)

Domovy pro seniory jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností především z důvodu věku. (§49)

Domovy se zvláštním režimem jsou službou pobytovou pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, Alzheimerovy choroby i ostatními druhů demencí. Režim v těchto domovech je přizpůsoben specifickým potřebám ubytovaných osob. (§ 50)

Chráněné bydlení je pobytovou službou i pro osoby duševně nemocné a má formu skupinového, nebo individuálního bydlení. (§ 51)

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje péči zdravotní, ale nejsou schopni se obejít bez cizí pomoci, a proto nemohou být ze zdravotnického zařízení propuštěni do doby, než je další sociální péče zajištěna. (§ 52)

Všechny výše uvedené služby jsou určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.³⁹

Provázanost sociální a zdravotní péče

K sociální péči neodmyslitelně patří i péče zdravotní. Primární péči o dlouhodobě nemocné, kteří jsou ve svém přirozeném prostředí, poskytuje **praktický lékař**, který má uplatňovat i prevenci. Měl by spolupracovat jak s rodinou nemocného, tak i se složkami primární péče, do kterých se řadí i **domácí ošetrovatelská péče**. Tato je zajištěna státními, městskými, soukromými a charitativními agenturami. Pokud je zdravotní stav nemocného stabilizovaný a umožňuje to domácí prostředí, sestry domácí péče mohou dle indikace lékaře provádět specializované ošetrovatelské úkony. Do těchto jsou zařazeny např. ošetřování chronických ran, aplikace léčiv, proplachy drénů apod. U nesoběstačného

³⁹ <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>, cit. 23.9.2013

pacienta je předpokladem zapojení rodiny nebo jiného laického pečovatele, který poskytuje péči během dne a v noci. Významnou pomocí pro rodiny jsou i půjčovny rehabilitačních, kompenzačních a ošetrovatelských pomůcek včetně polohovacích lůžek, které jsou převážně soustředěny u agentur domácích ošetrovatelských péčí.⁴⁰ Důležité je též zmínit zařízení následné péče. Sem jsou zařazeny **léčebny pro dlouhodobě nemocné**, které poskytují specializovanou ústavní péči osobám s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a je třeba zvláštní odborné péče s rehabilitačním nebo ošetrovatelským zaměřením. Péče v LDN je limitována na dobu tří měsíců, je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a plynule navazuje na hospitalizaci v nemocnicích.⁴¹ Po stabilizaci zdravotního stavu se pacient může vrátit do svého přirozeného prostředí s eventuelní oporou sociálních služeb. Další důležitou součástí léčebného procesu jsou **doléčovací a rehabilitační ústavy**, kam jsou z nemocnic překládáni pacienti, kteří jsou schopni aktivní rehabilitace. Ta je nezbytnou složkou zdravotní péče. Matoušek definuje rehabilitaci jako: „*komplexní postupy odstraňující nebo zmírňující následky postižení. Cílem rehabilitace je dosáhnout stavu, kdy postižený člověk může plně rozvíjet své schopnosti a přiměřeně se společensky uplatnit.*“ V širším pojetí lze tento význam chápat tak, že zahrnuje všechny druhy pomáhajících postupů a součástí je i poskytování sociálních služeb.⁴² Na všech výše zmíněných odborných pracovištích je poskytována i obecná paliativní péče, jejíž rozvoj může mít pozitivní vliv nejenom na bolest a spirituální i duševní oblast nemocného, ale může též zmírňovat následky způsobené léčbou u pacientů v poslední fázi života. Specializovaná paliativní péče je poskytována v **hospicích**, které jsou samostatným zdravotnickým zařízením a na **odděleních paliativní péče**, která jsou součástí zdravotnických zařízení různého typu.⁴³

Pro dodržení dikce zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění je nutno důsledně rozlišovat služby zdravotní a služby sociální.

⁴⁰ HROZENSKÁ, M.- DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 60-61

⁴¹ HAŠKOVCOVÁ, H. Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi. Praha: Galén, 2012, s. 111

⁴² MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, s.r.o., 2003, s. 181

⁴³ LACA, S. Sociální práce v paliativnej a hospicovej starostlivosti. Bratislava, 2012, s. 119-120

3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY DLOUHODOBÉ NEMOCI

Důsledkem dlouhodobé nemoci se může snižovat soběstačnost člověka, který proto vyžaduje dlouhodobou péči. Tuto péči mohou potřebovat lidé v každém období života, výrazně však potřeba kvalitní sociální a zdravotní péče narůstá v seniorském věku. Nemoci dlouhodobého charakteru vyžadují změny životního stylu nemocného, potřebu sociální opory od svých blízkých a informovanost od odborných profesionálů.

3.1 Dlouhodobá nemoc a její charakteristika

Dojde-li k poruše rovnováhy vnitřního a vnějšího prostředí organismu nebo k poruše součástí jeho celistvosti, vzniká stav, který je označován jako nemoc. Pokud má tato nemoc vleklý průběh, který dlouhodobě ovlivňuje tělesnou, psychickou, sociální i duchovní stránku, můžeme hovořit o tzv. chronické (dlouhodobé) nemoci.⁴⁴ Světová zdravotnická organizace (WHO) popisuje chronickou nemoc jako: „zdravotní problémy, jež vyžadují trvalou léčbu po celé roky nebo desetiletí“.⁴⁵ V § 3 zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách je pro účely tohoto zákona definován dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav jako: „nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost“.⁴⁶ Jesenský uvádí, že dlouhodobě trvale nemocný je člověk, jehož onemocnění nelze vyléčit nebo má vleklý průběh, který trvá několik let. Zde je typické střídání období, v nichž je dlouhodobě trvale nemocný pacient v akutním, život ohrožujícím stavu nebo ve stavu relativního zklidnění, tzv. remisi. Tento život Jesenský vnímá jako život s omezenou kvalitou života, plný nejistot, který je vymežovaný doporučeními a zákazy v oblasti životních postojů, životosprávy a chování.⁴⁷ Všeobecným pojmenováním chronických zdravotních obtíží se rozumí:

- nepřenosné choroby, např. ischemická choroba srdeční, hypertenze, cévní mozková příhoda, diabetes mellitus;
- infekční choroby, např. HIV/AIDS, TBC;
- duševní poruchy, např. deprese, psychózy, schizofrenie;
- tělesné/ strukturální postižení, např. slepota, hluchota, genetické poruchy.

⁴⁴ KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, R. a kol. Pečovatelsví II. Praha: Triton, 2011, s. 69

⁴⁵ KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, R. a kol. Pečovatelsví II. Praha: Triton, 2011, s. 69

⁴⁶ http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf, cit. 12.10.2013

⁴⁷ JESENSKÝ, J.- JANIŠ, K. Malý slovník pomáhajících profesí. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004, s. 54

Osoba s chronickým onemocněním má zpravidla určitá omezení a na jejich základě musí přijmout změny ve svém životě. Jde o doporučení, např. pravidelné užívání léčiv, pravidelné lékařské prohlídky, správné dodržování dietních opatření, ale i zákazy, např. zákaz řízení motorových vozidel, vyloučení určitých potravin ze svého jídelníčku, kdy tato omezení způsobují zásahy i do rodinného života. Nejpodstatnější je však chronické funkční zdravotní poškození (disabilita), kdy je nemocný omezen v aktivitách, společenské účasti a v soběstačnosti a sebeobsluze. Osoby s omezením soběstačnosti především v základních sebeobslužných aktivitách tedy potřebují služby dlouhodobé péče, protože jejich stav je stavem trvalým.⁴⁸

3.2 Dlouhodobě nemocný pacient a jeho postavení ve společnosti

Pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, stupně závislosti a poskytování zvláštních pomůcek se rozšířila kompetence lékařské posudkové služby, kde se vyhodnocuje schopnost zvládnání deseti věcně souvisejících oblastí každodenního života, tzv. základních životních potřeb. Tímto systémem se má zachovávat ucelený pohled na takové běžné životní aktivity jedinců, které jsou nutné pro sociální začlenění a hodnocení funkčních aktivit, schopností a participací dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Tyto rozhodné skutečnosti vymezují a vytváří podmínky pro uznávání stupně závislosti vazbou na základní životní potřeby a počty jejich neovládání.⁴⁹

Existencí zdravotního znevýhodnění a jeho důsledky jsou ovlivněny lidé se zdravotním znevýhodněním a jejich rodiny. K velkým změnám v osobních aktivitách a plnohodnotné účasti na veřejném životě dochází zejména u těžších forem zdravotního znevýhodnění, které se tak stává nejtěžší životní zkouškou v životě. Odráží se v sociální situaci tzv. sociální události, která je ve většině případů nezávislá na vůli postiženého jedince, který hledá řešení v oblasti osobní, společenské i ekonomické.⁵⁰ Charakter, příčina a nároky na řešení zdravotního znevýhodnění je jednoznačně mezirezortní záležitostí, která nespadá jen do oblasti sociálních věcí a zdravotnictví, ale z důvodu ochrany práv zdravotně znevýhodněných, zajišťování jejich potřeb a rozvoje jejich životních podmínek je žádoucí koordinace mezioborových opatření v rámci rozvoje České republiky.⁵¹ Jelikož současný

⁴⁸ KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, R. a kol. Pečovatelsví II. Praha: Triton, 2011, s. 69-70

⁴⁹ http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf, cit. 15.10.2013

⁵⁰ KRHUTOVÁ, L. Občané se zdravotním postižením a veřejná správa. Olomouc, 2005, s. 23

⁵¹ KRHUTOVÁ, L. Občané se zdravotním postižením a veřejná správa. Olomouc, 2005, s. 34

demografický vývoj je charakteristický změnami, které vedou ke stárnutí populace, úměrně stoupá potřeba zajištění péče o zvyšující se počet seniorů a od zdravotnických a sociálních pracovníků se očekává včasné rozpoznání problémů a nabídnutí pomoci. Jednou z cest ke zkvalitnění péče o nemocné osoby a seniory je prohloubení spolupráce rodiny a služeb poskytovaných společnostmi. Nedostatek lůžek pro chronickou péči a počet seniorů, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby tak zvyšuje počet rodin, které se o svého nemocného starají.⁵²

3.3 Zdravotně sociální práce se zdravotně znevýhodněnými lidmi

Do spektra práce zdravotně sociálního pracovníka patří i pomoc osobám se zdravotním handicapem, který po úrazu nebo nemoci změnil zásadně jejich život. Nemocní se se svými rodinami dostávají do situace, kdy potřebují radu i pomoc, eventuálně společnými silami se zdravotně sociálním pracovníkem nacházejí vhodné zařízení následné a v mnoha případech i dlouhodobé péče. Cílem sociální práce je odstraňovat příčiny i důsledky zdravotního znevýhodnění, se zaměřením na společenské bariéry, jelikož právě tyto vedou k omezování zdravotně znevýhodněných, ať již s tělesným, smyslovým, duševním nebo kombinovaným postižením. Vždy je nutné vycházet ze závažnosti poškození, z určení, zda je poškození vrozené nebo získané a nemocný je již na svůj handicap a životní situaci adaptovaný. Je nutné profesionálně komunikovat s pacientem, přistupovat k němu individuálně, s úctou a respektem k jeho postižení.⁵³ Na základě důkladného posouzení zdravotního stavu, postižení a z toho vyplývajících potřeb pro začlenění do společnosti je nutné pacienta i jeho rodinu dostatečně informovat o sociálních službách, příspěvku na péči, jeho použití, pravidlech vyplácení příspěvku a v indikovaných případech i možnosti dalších dávek sociální péče, které jsou určeny zdravotně postiženým občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí. Jedná se o jednorázové příspěvky na pořízení zdravotních pomůcek, které nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou nebo jsou hrazeny jen částečně, o příspěvku na úpravu bytu nebo příspěvku na zakoupení či celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvku na provoz motorového vozidla, příspěvku na individuální dopravu, příspěvku na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže, příspěvku úplně nebo prakticky nevidomým občanům. Dle druhu a stupně postižení

⁵² <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2006/370-postaveni-laickych-pecovatelu-v-peci-o-seniory-a-nemocne>, cit. 5.11.2013

⁵³ KUTNOHORSKÁ, J.- CICHÁ, M.- GOLDMANN, R. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 120-121

informovat o mimořádných výhodách a kompenzačních pomůckách, zdravotně sociální pracovník musí umět erudovaně poradit či předat písemně zpracovaný seznam příslušný institucí, kde poradí s úzce specifikovanými otázkami a podpůrnými aktivitami dle charakteru zdravotního znevýhodnění. Pokud má nemocný stanovenou diagnózu i léčbu, jeho zdravotní stav je stabilizovaný, ale neumožňuje propuštění do domácí péče, je nejčastěji hospitalizován v nemocnicích následné péče či léčebnách pro dlouhodobě nemocné, které by měly být v režimu:

- léčebném – pokud převažují diagnostické výkony, je upravována terapie u nemocných s opakovanými dekompenzacemi zdravotního stavu;
- rehabilitačním – kdy převažuje rehabilitace u pacientů po cévní mozkové příhodě, ortopedických či chirurgických operacích, kdy je nutno reedukovat chůzi, nácvik soběstačnosti či užívání kompenzačních pomůcek;
- ošetrovatelském – kdy jde o ošetřování imobilních pacientů, pomoc v sebeobsluze či ošetřování chronických ran;
- paliativním – kde je poskytován hospicově sociální „nadstandard“ péče, jsou zde neomezeny návštěvy rodinných příslušníků a důsledně jsou sledovány a léčeny obtíže a bolesti v terminální fázi života;
- sociálním – kam můžeme zařadit tzv. sociální hospitalizace;
- speciálním – kdy jde o bezpečnost a důstojnou náplň času u pacientů s pokročilou demencí.⁵⁴

3.4 Vize následné péče o zdravotně znevýhodněné pacienty

V léčebnách dlouhodobě nemocných probíhají pravidelné lékařské vizity, ošetrovatelská a rehabilitační péče je však rozhodující pro kvalitu péče.⁵⁵

Nejsou tady však rovné podmínky pro klienty. Pacient může být hospitalizován v léčebně dlouhodobě nemocných, které je zdravotnickým zařízením a má vše, co potřebuje za regulační poplatek 100 korun denně. (Poznámka autora DP – od roku 2014 se již poplatek za hospitalizaci nehradí.) Sice nepobírá v této době příspěvek na péči, ale má vše v době hospitalizace téměř zadarmo. Oproti tomu jiná osoba, pobývajíc v domově pro seniory,

⁵⁴ DUŠKOVÁ, K. HASALÍKOVÁ, M. Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou. Praha: Pfizer, 2010, s. 9-14

⁵⁵ KALVACH, Z. a kol. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 220-222

dostává totéž a odevzdá téměř celý důchod. Tyto nerovnosti by měl vyřešit zákon o dlouhodobé péči, ale až v roce 2011 začalo ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí vypracovávat jeho věcný návrh, již po několikáté byl návrh normy legislativní radou vlády vrácen k dopracování gestorovi MPSV.⁵⁶ Dalším úskalím některých regionů České republiky je nedostatek volných míst v domovech pro seniory. Ač si senioři podávají několik žádostí, místo mnohdy neseženou i několik let. Přitom kdyby měli dosažitelné ambulantní a terénní sociální služby někteří ze seniorů, kteří již v domově pro seniory žijí, mohli by žít doma se svými pečujícími blízkými. Velký nedostatek míst je též v domovech se zvláštním režimem, které se specializují na seniory s psychickými poruchami, léčenými alkoholiky a seniory s poruchami kognitivních funkcí. V běžných domovech pro seniory pracuje z důvodu trvalého podfinancování méně personálu, a proto zde není možnost se o tyto osoby postarat.⁵⁷

Na základě demografické předpovědi očekávají služby sociální péče notný nárůst potřeb osob v seniorském věku. Základním nástrojem finančního zabezpečení těchto osob je příspěvek na péči, který činí nadpoloviční většinu nákladů systému sociálních služeb. Zavedením příspěvku na péči jeho příjemci upřednostňují zajištění pomoci neformálními pečujícími oproti původnímu očekávání masivního a rychlého rozvoje ambulantních a terénních služeb sociální péče. Z důvodu udržitelnosti sítě sociálních služeb je důležité posilovat systém sdílené péče. Ta by měla mezi neformálně pečujícími a profesionálními poskytovateli přinést zkvalitnění a zefektivnění způsobu řešení potřeb osob, umožnění neformálně pečujícím se aktivně zapojit na trh práce a v sociálních službách tak vytvořit podmínky pro růst zaměstnanosti. Dotace na služby sociální péče by měly zachovávat rovný přístup k poskytovatelům, měly by zohledňovat specifické situace poskytování různých druhů služeb s ohledem na územní a cílové skupiny. Do budoucna je třeba provést důslednou komplexní analýzu systému sociálních služeb (faktická potřebnost sociálních služeb, poptávka, kapacita sociálních služeb, charakter a objem zdrojů pro uspokojení potřeb obyvatel, nákladovost, efektivita a hospodárnost poskytování sociálních služeb), ze které vzejdou další informace, které se stanou podkladem pro systém financování v jednotlivých krajích. Pro rozvoj sociálních služeb na období 2009 – 2013 si MPSV určilo sedm priorit.

⁵⁶ POLÁK, F. Dlouhodobá péče bude asi řešena novelizací existujících zákonů. Zdravotnické noviny č. 41/2012, s. 1

⁵⁷ HAMPLOVÁ, L. Hledám domov pro seniory. Zn. Kvalitní. Lidové noviny č. 69/2013, s. 17-19

1. Podporovat rozvoj služeb sociální prevence, jehož cílem je snížit riziko sociálního vyloučení nebo omezovat jeho dopady.
2. Transformovat služby sociální péče a tím zlepšit kvalitu života občanům, využívajících sociální služby v zařízeních i mimo ně správným nastavením sítě služeb, které budou svoji pomoc přizpůsobovat individuálním potřebám klientů.
3. Podporovat vzdělávání a rozvoj profesionálních pracovníků v sociálních službách, ale i pečovatelům z řad příslušníků rodin.
4. Podporovat plánování sociálních služeb hlavně v jednotlivých regionech pro zlepšení jejich dostupnosti.
5. Řešit vztahy mezi postavením sociálních služeb v České republice a na úrovni Evropské unie.
6. Důsledněji se zabývat problémy, které si vyžadují multidisciplinární přístup i s partnery mimo resort MPSV.
7. Postupně stabilizovat systém sociálních služeb a zvýšit podíl oblastních veřejných rozpočtů za účelem financování sociálních služeb.

Spolupráce všech zúčastněných stran by měla vést k rozvoji sociálních služeb, aby občané, kteří ji využívají nebo budou využívat, pocítili tu správnou podporu a pomoc v jejich nepříznivé situaci.⁵⁸

⁵⁸ MPSV. Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009-2012. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf, cit. 29.9.2013

4 SPECIFIKA SENIORŮ VE VZTAHU K NEMOCI

Aktivní život seniorů ovlivňuje především jejich zdravotní stav. Lidé mají své vrozené dispozice. Žijí v určitých životních podmínkách vlastním způsobem života. Mají své choroby a úrazy, které společně s dalšími vlivy vytvářejí určitý potenciál zdraví, který v seniorském věku individuálně, různou rychlostí, klesá. Senioři se stávají zranitelnějšími. Somatická, psychická, sociální a spirituální zátěž způsobuje dekompenzaci jejich stavu s vážnějšími důsledky a zdlouhavé zotavování.⁵⁹ Pro lepší orientační odhad potřeb a rizik osob určitého věku uvádím členění dle Mühlpachra.

- Věk 65 – 74 let - mladí senioři, u kterých převládá problematika adaptace na penzionování, problematika volného času, aktivit, seberealizace.
- Věk 75 – 84 let – staří senioři, kdy dochází ke změně funkční zdatnosti, ke specifickým zdravotním problémům s atypickým průběhem chorob.
- Věk 85 a více let – velmi staří senioři, kdy v této etapě života nabývá na významu sledování soběstačnosti a zabezpečení.⁶⁰

Podle Webera stárnutí znamená fyziologický děj, který je neodvratný a stává se cestou do stáří, jež je posledním ontogenetickým obdobím lidského života.⁶¹

4.1 Změny související se stářím

Ve stáří dochází v lidském organismu k velkému množství morfologických i funkčních změn, jež se navzájem mohou ovlivňovat, což způsobuje odlišný a atypický průběh nemocí. Změny ve stáří můžeme rozdělit na:

- tělesné,
- psychické,
- sociální.⁶²

Tělesné změny se dějí v orgánových systémech a jejich orgánech, přičemž jsou nejvíce patrné na pohybovém systému nebo na kůži, což je viditelné. Tyto změny však probíhají i v systému kardiovaskulárním, respiračním, trávicím, pohlavním, vylučovacím, nervovém

⁵⁹ ČEVELA, R. - KALVACH, Z. - ČELEDOVÁ, L. Sociální gerontologie. Praha, Grada Publishing, a.s., 2012, s. 116

⁶⁰ MÜHLPACHR, P. Senioři z pohledu sociální pedagogiky. IMS Brno, 2011, s. 15

⁶¹ WEBER, P. a kol. Minimum z klinické gerontologie. Brno, IDV PZ, 2000, s. 15

⁶² HROZENSKÁ, M. - DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 31

i ve smyslovém vnímání a spánku.⁶³ Stárnutí cév se projevuje tvorbou otoků na dolních končetinách, hypertenzí neboli zvýšeným krevním tlakem, tvorbou křečových žil a hemoroidů, nedokrvováním končetin, což zapříčiňuje chladné ruce a nohy. Může vznikat srdeční arytmie, jelikož srdeční chlopně ztrácí pružnost, pracovní kapacita srdce klesá, nastupuje rychlejší únava a dušnost. Snižuje se výkonnost plic, a to v 70 letech na polovinu výkonu ve 20 letech. Vzduch se nedostatečně distribuuje, tím jsou nedostatečně ventilována dolní pole plicní a imobilní člověk je více ohrožen zánětem plic. Dochází ke změnám imunitní reakce vlastního těla, což může zapříčinit autoimunitní choroby, jelikož právě imunitní systém ochraňuje člověka před negativním působením bakterií, virů nebo jiných choroboplodných zárodků. Virová onemocnění se vyskytují ve stáří častěji a tělo se déle regeneruje. Mohou vznikat alergie a případné rány se déle hojí.⁶⁴

Ve změnách endokrinního systému je zaznamenáváno snížení libida až jeho úplnému vymizení. Také chronická únava, někteří starší lidé mohou trpět poruchami spánku, opakovanými depresivními náladami, nezvládnutím stresových situací a nechutí k jakékoliv činnosti. U žen dochází ke klimakteriu. S vyšším věkem přichází i ke změnám v trávicím systému i poruchám metabolismu, což se projevuje nechutí k jídlu, snížením tolerance k některým druhům jídla, častějšími průjmy nebo naopak zácpy, což má za následek chronickou únavu. Mnohdy může být příčinou chybějící chrup. Oslabují se smyslové orgány. Zhoršuje se akomodační schopnost očí, slábne zrak, dochází k zužování zorného pole a obtížnější adaptaci na tmou. Je slabší sluchové vnímání a vznikají komunikační problémy. Změny jsou zaznamenávány i na pohybovém aparátu, jelikož je narušen kostní metabolismus a ubývá kostní hmota. Snižuje se výška postavy. Ubývá i svalová hmota, což způsobuje menší sílu k fyzickým výkonům. Vody je v těle méně, narůstá tuková hmota a její rozložení po těle se mění. Omezená pohyblivost může vést k omezování sociálních kontaktů, omezení soběstačnosti i omezení hygieny. V kožním aparátu jsou změny více viditelné, kůže se stává ochablou, tvoří se vrásky, ztrácí pružnost a přizpůsobivost, ve vyšším věku může být pergamenová, zažloutlá se stařeckými skvrnami a bradavicemi. Vytvářejí se místně suché šupiny. Staršímu člověku mohou šedivět vlasy, které pomaleji rostou a mnohdy řidnou. I ve vylučovacím systému dochází ke změnám. Ochabuje pánevní dno, což má za následek močovou inkontinenci. U mužů je zaznamenáno zbytnění prostaty

⁶³ MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, s. 21

⁶⁴http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Projevy_st%C3%A1%C5%99%C3%AD_3.pdf, cit. 11.11.2013

a následkem je časté močení, ovšem neúplné a moč může odkapávat. Tyto změny způsobují časté močení v noci.⁶⁵

Psychické změny můžeme sledovat u některých lidí vlivem přirozených změn v organismu, jako je stárnutí. I když jsou velké individuální rozdíly mezi projevy ve stáří a psychickými změnami, lze konstatovat, že dochází ke zhoršování vnímání, paměti, myšlení a představ, tedy kognitivních funkcí. Z psychických pochodů se však zlepšuje trpělivost, vytrvalost, rozvaha a schopnost úsudku. Slovní zásoba, způsob vyjadřování myšlenek a jazykové dovednosti zůstávají nezměněny.⁶⁶ Nejsou neobvyklé ani špičkové výkony jedinců ve vyšším věku, jako byl například Masaryk, Goethe, Picasso a mnoho dalších. Zde se ukazuje, že spojitost života a díla je výrazem silné a integrované osobnosti, která si dovede udržet vynikající schopnosti až do stáří, kde funkční úroveň osobnosti může převyšovat úroveň biologické struktury.⁶⁷ Stárnutím se mohou měnit jednotlivé vlastnosti a osobnostní rysy člověka, přičemž osobnost zůstává zachována. Některé vlastnosti nebo rysy se mohou zvyrazňovat, což můžeme pozorovat ve formě podezíravosti u paranoidních osobností, jiné mohou na své intenzitě ztrácet, například ve smyslu pro pořádek. Na starého člověka mají velký vliv životní události, jejichž vlivem dochází ke změnám v hierarchii potřeb. Prioritní se stává potřeba jistoty a bezpečí, touha po uplatnění a zájem o vlastní zdravotní stav. U některých starých lidí se může projevit emoční labilita, která se projevuje větší plačtivostí, úzkostí, pocitu strachu, což může způsobit u seniora depresivní naladění.⁶⁸

Sociální změny nastávají v životě seniorů odchodem ze zaměstnání do starobního důchodu, což je může ovlivnit pozitivně i negativně. V této souvislosti dochází ke změně sociálních rolí, což může senior chápat jako ztrátu svého postavení a životní náplně. Dochází k nemalé změně ve finanční oblasti a jsou omezeny i sociální kontakty.⁶⁹ Každý člověk vnímá odlišně svůj život a sním spojené stárnutí. Někteří senioři vyplňují čas

⁶⁵http://www.szymb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Projevy_st%C3%A1%C5%99%C3%AD_3.pdf, cit. 11.11.2013

⁶⁶ MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s.24

⁶⁷ ŠVANCARA, J. in KALVACH Z. a kol. Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Praha: Karolinum, 1997, s. 59

⁶⁸ MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s.24-25

⁶⁹ JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 31

studiem, jiní hledají uplatnění na trhu práce, ale ubýváním tělesných a duševních sil musí slevovat a zjednodušit se i jejich záliby. Denní činnosti zabírají stále více času a přibývá pasivního odpočinku. V soužití s partnerem se projevuje prohlubující se vzájemná závislost, ale může dojít i k upadání komunikace pro zhoršující se sluch i paměť. Přesto tady existuje strach ze samoty nebo ovdovění.⁷⁰ Změna bydliště je další změnou, která může nastat z důvodu neschopnosti udržovat domácnost, snížené hybnosti, psychických problémů, vysoké ceny bytu nebo řešení bytové otázky mladší generace. Tato změna je pro seniora velkým stresem.⁷¹

4.2 Nejčastější ošetrovatelské problémy, nemoci a poruchy ve stáří

I když stáří není nutno nevyhnutelně spojovat s nemocí, je prokázáno, že senioři jsou nemocí postiženi více než ostatní skupiny lidí, a proto je jim potřeba věnovat větší pozornost.⁷² Výčet změn v organismu, který je spojen s procesem stárnutí, může s sebou přinášet nižší schopnost orientace v životních problémech, snížené sebeovládání, ztrátu smyslu života, což mnohdy vede i k rezignaci na dodržování společenských, kulturních a hygienických pravidel. Uvědomování si vlastního handicapu může vést k popudlivosti i citovému vydírání zvláště vůči rodinným příslušníkům. Mnohdy obtížně komunikují se starými lidmi i členové zdravotnického týmu, jelikož senior v nich evokuje podvědomý strach i úzkost z vlastního stáří a smrti. Někteří jedinci z řad ošetrujícího personálu nemají dořešeny neshody s vlastními rodiči nebo je trápí podvědomé obavy z reakcí pacienta i jeho rodiny a nezanedbatelný je i pocit bezmoci a nemožnosti řešit chronické poruchy ve stáří. Pro ošetrující personál je důležité si tyto zábrany a strachy plně uvědomit, aby byly ovládnuty a starému člověku byl poskytnutý dostatek péče i pozornosti, bez příkazů, bez upozorňování na jeho handicap, s pomalým, srozumitelným a klidným přístupem k jeho osobě.⁷³ Dalším problémem, který se vyskytuje u seniorů, je omezený pohyb, kdy je již pomalá a nejistá chůze a je nutné, aby ošetrovatelský personál předvídal riziko pádů a zaměřil se na jejich prevenci. Včasně zhodnocení potřeby kompenzačních pomůcek může zabránit pádům, které v mnoha případech vedou k imobilitě starého člověka, který je následně ohrožen i dekubity, které se déle a hůře hojí. K izolaci a omezování sociálních kontaktů může seniora vést inkontinence, což způsobuje i snížené sebevědomí, stud

⁷⁰ ŘÍČAN, P. Cesta životem. Praha: Pyramida, 1990, s. 386-389

⁷¹ POLEDNÍKOVÁ, L. et al. Geriatrické a gerontologické ošetrovatelství. Martin: Osveta, 2006, s. 15

⁷² HAŠKOVCOVÁ, H. Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi. Praha: Galén, 2012, s. 29

⁷³ BLÁHA, K. - STAŇKOVÁ, M. a kol. České ošetrovatelství. Brno, 2004, s. 33-34

a mrzuté až depresivní nálady. Neopomenutelným častým jevem u starších jedinců bývá i porucha výživy. Pro snížení trávicích enzymů klesá i funkční schopnost trávicího traktu a je třeba dbát na vyvážené, energeticky hodnotné a dobře stravitelné množství jídla. Starší lidé též ztrácejí pocit žízně nebo ze strachu z častého močení omezují příjem tekutin, což může též způsobit unavenost, mrzutost a únavu. Dalšími problémy mohou být bolesti, psychické problémy, depresivní stavy, které ve vyšším věku nejsou výjimkou.⁷⁴ Říčan uvádí, že po sedmdesátém roce má pravděpodobně každý třetí senior psychické potíže, které vyžadují odbornou pozornost, ale obecně lze říci, že se stárnutím zhoršuje paměť, postřeh, odolnost proti stresu a omezují se též některé složky inteligence. Mohou se vyskytnout neurózy, jejichž příčinou je větší duševní citlivost, zranitelnost, eventuelní závislost a bezbrannost, včetně vážných stresů i ztrát. Nepřispívá ani samota a nepřítel blízkých. Ve stáří se mohou objevit i psychosomatické poruchy, ale po odstranění příčin, které je způsobují má pacient velkou naději na úplné uzdravení. Psychiatři vidí u starých lidí velkou hrozbu v podezíravosti, která může vyústit v paranoiu, kdy se nemocný domnívá, že je objektem stálé pozornosti. Tuto domněnku mnohdy umocňuje případná hluchota či nedoslýchavost.⁷⁵

Kalvach⁷⁶ ve své publikaci uvádí sedm nejdůležitějších okruhů onemocnění u seniorů.

1. Ateroskleróza (kornatění tepen), jejímiž orgánovými projevy jsou:

- ischemická choroba srdeční, která způsobuje akutní infarkt myokardu a těžké chronické poruchy srdečního rytmu spojené s nevykonností srdce a závažnou dušností;
- postižení mozkových tepen, které způsobuje cévní mozkové příhody a různým ochrnutím končetin, kdy může dojít k hemiparéze, hemiplegii, ale také k parkinsonovskému syndromu nebo multiinfarktové demenci;
- postižení tepen dolních končetin, které může způsobit invalidizující bolesti, ale může vést i k amputaci.

2. Obstrukční bronchopulmonální choroba, která způsobuje dušnost s otoky dolních končetin, kdy je příčinou chronický zánět průdušek, jako důsledek kouření nebo ekologicky významné exhalace.

⁷⁴ JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006, s. 81-87

⁷⁵ ŘÍČAN, P. Cesta životem. Praha:Pyramida, 1990, s. 378

⁷⁶ KALVACH Z. a kol. Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Praha: Karolinum, 1997, s. 53-55

3. **Osteoartróza**, která je degenerativním postižením kloubní chrupavky s přilehlou kostí.
4. **Osteoporóza**, jež je vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti a u této nemoci je zvýšené riziko zlomenin.
5. **Alzheimerova nemoc**, která je nejčastějším typem demence, u níž dochází k úbytku psychických a intelektových schopností.⁷⁷ Tato demence představuje cca 50-60% všech demencí, které jsou neméně významné pro vnímání rizik v seniorském věku. Má plíživý začátek, kdy se mohou objevit poruchy paměti, poruchy soudnosti, poruchy prostorové orientace, vymizení prostorové představivosti a emoční oploštění, což velmi výrazně snižuje kvalitu života postižených touto chorobou.⁷⁸
6. **Poruchy zraku**, jež mohou vést ke slepotě. Nejvíce pacienty ohrožuje zelený zákal a degenerativní postižení žluté skvrny, což je místo nejostřejšího vidění.
7. **Poruchy sluchu**, které mohou způsobit již výše zmíněné problémy. Existuje obava, že u budoucích seniorů v důsledku nadměrné expozice zvuku bude postižení přibývat.⁷⁹

Od zdravotního stavu, tělesného a duševního postižení starších jedinců se odvíjí řešení následné péče a určité intervence sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Velkou roli zde sehrává sociální a rodinné zázemí nemocného.⁸⁰

4.3 Možnosti a způsoby péče o seniory

Domácí prostředí, rodina a každodenní styk seniora s ní má nezastupitelnou úlohu v podpoře, zvláště v období slábnoucího zdraví, menších sociálních kontaktů a vzrůstající závislosti na pomoci druhých. Pokud rodina odmítá nebo nemá možnost se o seniora postarat, musí se najít vhodné využití sociální sítě, která je určena starým lidem pro důstojné prožití stáří v relativním komfortu.⁸¹ Možnosti péče o seniory lze rozčlenit do tří forem.

⁷⁷ KALVACH Z. a kol. Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Praha: Karolinum, 1997, s. 54

⁷⁸ JIRÁK, R.- OBENBERGER, J.- PREISS, M. Alzheimerova choroba. Praha: Maxdorf, s.r.o., 1998, s. 16

⁷⁹ KALVACH Z. a kol. Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Praha: Karolinum, 1997, s. 55

⁸⁰ KUZNÍKOVÁ, I. et al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 68

⁸¹ HROZENSKÁ, M.- DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 46-50

Péče seniora v rodině, která se upřednostňuje z důvodu pocitu jistoty a bezpečí pro seniora. V současné době však nukleární rodiny žijí samostatně v jiných obydlích než jejich rodiče. Některé rodiny považují za samozřejmost, že se budou starat o své rodiče, a seniora si přestěhují k sobě, aby nebyl sám. Senior se však může cítit jako host nebo na obtíž, proto je nutné předem zvážit nejlepší individuální řešení. Jsou třeba brát v úvahu i vyskytující se překážky, jako je nevyhovující bydlení, zaměstnanost střední generace, povinnosti vůči vlastní rodině, vzdálenost rodin nebo vyčerpanost a únavu příslušníků rodiny při péči o seniora.⁸² Pokud rodinný příslušník přijme roli laického pečovatele, přijímá zároveň mnoho změn ve svém životě a přebírá i sociální role seniora, o kterého pečuje. U mnoha pečujících dojde k pozitivnímu ovlivnění žebříčku hodnot, jejich práce je uspokojuje a naleznou nový smysl života. Pomocí jsou těmto laickým pečovatelům dle zákona přiznané prvky sociální ochrany.⁸³

Zdravotní péče o seniory včetně ošetrovatelské péče

Do této péče je zahrnuta zdravotní péče, která je uskutečněna ve zdravotnických zařízeních lůžkového nebo ambulantního typu, zvláště však na gerontopsychiatrických odděleních, následná péče v rehabilitačních a doléčovacích odděleních i léčebnách dlouhodobě nemocných. U seniorů, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci a přetrvávají problémy vyžadující odbornou ošetrovatelskou péči, je využívána pomoc agentur domácí péče, kde kvalifikované zdravotní sestry zajišťují odborné činnosti indikované lékařem.⁸⁴ Dalším typem zdravotní péče je hospic, který pečuje o nevléčitelně nemocné s onkologickou diagnózou a jeho výrazná pomoc spočívá i v péči o pozůstalé. Pokud senior umírá v kruhu rodiny, může se využít další forma pomoci ve formě domácího hospicu, který doplňuje nebo nahrazuje laickou hospicovou péči v odborných činnostech a je poskytována multidisciplinárním týmem s dostupností 7 dnů v týdnu, 24 hodin denně.⁸⁵

Sociální péče je vymezena zákonem o sociálních službách č.108/2006 Sb. Zahrnuje všechna zařízení, která sociální služby poskytují. Pro účel mé práce vyberu nejvyužívanější. Patří sem domovy pro seniory, jež poskytují celoroční pobytovou službu

⁸² MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 63

⁸³ KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, R. a kol. Pečovatelství II. Praha: Triton, 2011, s. 51-52

⁸⁴ MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 64

⁸⁵ LACA, S. Sociální práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Bratislava, 2012, s. 161

seniorům, kteří jsou závislí na trvalé komplexní péči a nemohou sami žít ve svém vlastním sociálním prostředí. Domovy se zvláštním režimem, které se liší od domovů pro seniory jen větším počtem zaměstnanců, specializujících se na danou poruchu. Ať již duševní, ze závislosti na návykových látkách nebo z mentálního postižení. Dalším zařízením mohou být domovinky, jež jsou centry denních služeb pečující o seniory s omezenými fyzickými nebo duševními schopnostmi, přičemž zde mohou trávit čas, kdy jsou jejich pečující rodinní příslušníci v zaměstnání. Tady mají zajištěnu stravu i různé aktivity. Denní stacionář je ambulantní službou pro docházející seniory, kde je jim poskytována všestranná péče. Nejvyužívanější je pečovatelská služba, která poskytuje různé pečovatelské úkony, asistenční služby a doprovody k lékaři. Tato služba zajišťuje i rozváží obědy svým klientům a u mnohých jsou zřízena i střediska osobní hygieny, či prádelny.⁸⁶

⁸⁶ MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 65-67

5 KVALITA ŽIVOTA

U mnoha vědních oborů se stává jev kvality života tématem pro výzkum a je pojmán z několika hledisek. Z medicínského hlediska jde o úsilí dosáhnout celkové spokojenosti nemocného i zdravotnických pracovníků při snaze poskytovat co nejefektivnější terapii. Sociologové vidí kvalitu života úzce provázanou se způsobem života i potřebami. Pro environmentalisty prostředí, v němž jedinec žije, jeho kvalitu života přímo určuje. Psychologové se v souvislosti s kvalitou života zabývají především spokojeností, sebeúctou a nezávislostí nemocných jedinců. Z těchto různých pohledů vědních oborů je patrné zaměření na duchovní pojetí, které je upřednostněno před materiálními aspekty, jež přinášejí ekonomický rozvoj současné společnosti.⁸⁷

5.1 Definice pojmu

Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezuje kvalitu života jako individuální vnímání životního zařazení v souvislosti se systémem hodnot a vztahem k dosažení jeho cílů, k obavám, normám i očekáváním v dané kultuře jedincova života. Jde o velmi široké pojetí, jelikož je kvalita života ovlivněna fyzickým zdravím jednotlivce, jeho stavem psychickým, osobním postojem k vlastnímu životu a v nemalé míře i vztahy jak sociálními, tak i vztahy k důležitým oblastem jeho životního prostředí.⁸⁸ Hnilicová ve své publikaci obecně konstatuje, že pojem kvalita života má objektivní a subjektivní dimenzi. Přičemž výraz objektivní kvalita života chápeme jako stav fyzického a sociálního zdraví a míru zajištění všech sociálních a materiálních potřeb pro život jednotlivce. Subjektivní kvalita života je vnímána individuálně danou spokojeností se životem a emocionalitou jednotlivce.⁸⁹ Hudáková a Majerníková ve své knize uvádějí, že termín kvalita života se vyskytl ve třicátých letech dvacátého století právě ve spojitosti s chronicky nemocnými, a protože byl ve světě zaznamenán náhlý vzrůst seniorské populace, začala se analyzovat kvalita života i v běžném, každodenním životě.⁹⁰ Kutnohorská, Cichá a Goldmann vidí hodnocení kvality života z objektivního hlediska ve smyslu zdravotních, bytových, ekonomických a jiných podmínek a subjektivního hlediska podle vnímání životních

⁸⁷VAĐUROVÁ, H.- MÜHLPACHR, P. Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. Brno, 2005, s. 130

⁸⁸VAĐUROVÁ, H.- MÜHLPACHR, P. Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. Brno, 2005, s. 11

⁸⁹HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, s.r.o., 2005, s. 49-50

⁹⁰HUDÁKOVÁ, A.- MAJERNÍKOVÁ, L. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 36

podmínek jedince. Pro rozlišení pohledu na kvalitu života sociologů, psychologů a jiných vědeckých odvětví používá zúženého pojmenování – kvalita života v závislosti na zdraví.⁹¹ Votava definuje: „*kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životního stylu a zájmům.*“⁹² Pohledy různých vědních oborů se liší dle své zaměřenosti, a proto se vyskytuje mnoho definic „kvality života“, ale ani jedna z nich není přijata za závaznou, jelikož nemá všezahrnující charakter. Přesto lze označit kvalitu života jako důsledek působení sociálních, zdravotních a ekonomických faktorů i environmentálních podmínek. Společně je těmito faktory ovlivněn rozvoj jedince jako součást celku i celé společnosti.⁹³ Obecně lze konstatovat, že sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky ve vzájemné interakci, jsou důsledkem kvality života. Ve zdravotnictví mají rozhodující význam ty definice, které vychází z pojetí zdraví WHO, kdy je zdraví „*stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody*“ a není pojímáno jen jako nepřítomnost nemoci. Z toho vyplývá, že jedincovo vnímání své pozice ve světě v souvislosti s kulturou a systémy hodnot, ve kterých žije a majícími vztah k jeho vlastním osobním cílům, zájmům, očekáváním a životnímu stylu, je právě jeho kvalita života. Dle současného pojetí WHO není souhrnem podmínek a zdravotního stavu, ale vypovídá o jejich vlivu na jedince, kde hraje důležitou roli idealizované mínění o sobě samém a vlastním životě. Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vymezuje kvalitu života jako: „*stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“. Tyto zmíněné možnosti přitom vycházejí z omezení a příležitostí, se kterými se jedinec v životě setkává a které mají význam v propojení mezi ním a prostředím.⁹⁴

5.2 Základní činitele ovlivňující kvalitu života

Jak vyplývá z výše uvedených pojetí, na kvalitu života má vliv obsáhlý okruh činitelů, jež právě handicapovaným občanům umožňují žít ve společnosti jak integrovaně, tak i segregovaně, kde je prostředí uzpůsobeno jejich handicapu. Činitele lze podle Jesenského rozdělit do dvou velkých skupin.

⁹¹ KUTNOHORSKÁ, J.- CICHÁ, M.- GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 117

⁹² VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003, s. 152

⁹³ HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s.r.o., 2005, s. 49-50

⁹⁴ HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. Praha: Mladá fronta, a.s., časopis Lékařské listy, 2003, č. 5, s. 12

- Vnější činitelé, jež jsou představeny pro existenci handicapovaných občanů v široké škále oblastí, a to jak v oblasti přírodně ekologické, společenské a kulturní, výchovně vzdělávací, ekonomické a pracovní, tak i v oblasti materiálně technické.
- Vnitřní činitelé jsou ty, jež tvoří v kvalitě života jedince změny. Mezi ně patří tělesné a psychické vybavení ovlivněné postižením. Zde je kladen velký zřetel na všechny aspekty, které nejenom rozvoj, ale i integritu osobnosti ovlivnily.⁹⁵

Tato velká skupina faktorů přímo nebo nepřímo ovlivňuje lidský i společenský rozvoj. Další skupina faktorů, ovlivňující kvalitu života člověka má konkrétnější a specifitější podobu. Věk, pohlaví, rodinná situace, dosažené vzdělání, polymorbidita, žebříček hodnot daného člověka a ekonomická situace.⁹⁶ Všeobecná spokojenost se životem a psychická pohoda jedince souvisí se subjektivní kvalitou života. Zabezpečení materiálních a sociálních podmínek naplňuje objektivní kvalitu života. Zprvu však byla v medicíně chápána kvalita života jako objektivní měřítko, které bylo možné hodnotit zvenčí, jelikož se určovala míra nezávislosti a odpovídající fungování v obvyklém životě. Později se začal přikládat větší důraz na stránku subjektivní a kvalita života začala být měřítkem pro hodnocení sociálních i zdravotních intervencí u dlouhodobě nemocných a jejich eventuálních nepříznivých životních podmínek. V současné době se kvalita života stala hlavním měřítkem jak léčby závažných onemocnění, tak i zvažování nezbytnosti a přiměřenosti medicínských intervencí.⁹⁷ S významným podílem psychologických věd se začíná hlouběji zkoumat individuální kvalita života směřovaná více k vnitřním faktorům než k vnějším podmínkám, což je označováno za posun.⁹⁸

Pro názornost přikládám *Diagram č. 1. - Vývoj konceptualizací kvality života.*

⁹⁵ JESENSKÝ, J. Andragogika a gerontagogika handicapovaných. Praha: Karolinum, 2000, s. 81

⁹⁶ HROZENSKÁ, M.- DVORÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 27

⁹⁷ ČEVELA, R.- KALVACH, Z.- ČELEDOVÁ, L. Sociální gerontologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012, s. 199

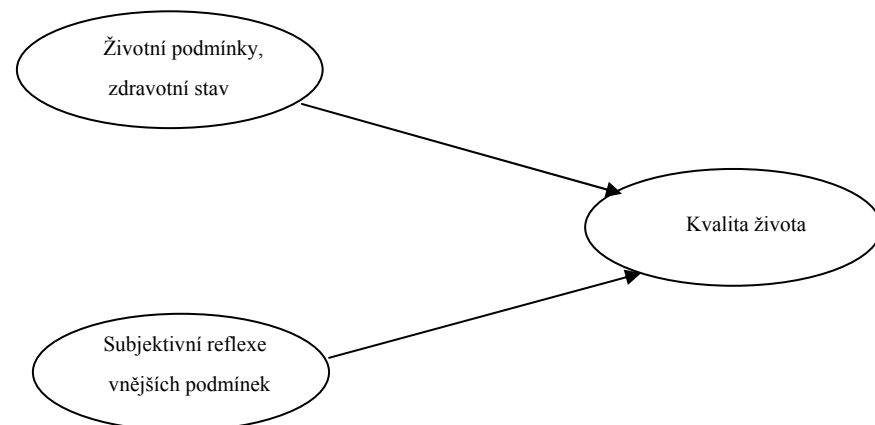
⁹⁸ GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 28-29



a) Kvalita života ve významu objektivních podmínek.



b) Kvalita života ve významu subjektivní reflexe objektivních podmínek.



c) Kvalita života ve významu jednoty životních podmínek a jejich subjektivní reflexe.

Diagram č. 1. - Vývoj konceptualizací kvality života

Citováno ze zdroje: GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života. Praha:Grada Publishing, a.s., 2011, s. 29

5.3 Kvalita života chronicky nemocných pacientů

Nesporný vliv na zdraví a pohodu člověka v každodenních činnostech za přispění hospodářských a sociálních vlivů má právě kvalita života. I přes velký vývoj medicíny se stále vyskytují různá onemocnění, kde kauzální terapie nestačí. Chronicky nemocní hodnotí svůj život podle toho, jestli je naplněn a přináší jim uspokojení a smysluplnost. Zároveň hodnotí specifická hlediska života jako manželství, zdraví, volný čas i práci se zřetelem na jejich vlastní zkušenosti a očekávání.⁹⁹ Nemocný svou kvalitu života vnímá v souvislosti nemocí, ovlivněnou aktuálním zdravotním stavem a tím, jak bude omezovat a limitovat nemoc jeho životní styl. Nejdůležitějšími kritérii se stává schopnost pohybu, míra soběstačnosti, emocionální vyrovnanost a podpora okolí.¹⁰⁰ To naznačuje, že nemocný chápe svoji kvalitu života nejenom z hlediska uspokojených potřeb. V popředí je to, co si od života přeje, co dělá jeho život dobrým a ne jenom snesitelným. Lidé se závažnou chronickou nemocí mohou kvalitu života hodnotit srovnatelně vysoce jako zdraví jedinci. To potvrzuje, že mohou vnímat svoji kvalitu života velmi pozitivně navzdory nepříznivým vnějším podmínkám. Naopak mohou nemocní jedinci hodnotit svoji kvalitu života jako špatnou i přes vnější velmi příznivé podmínky.¹⁰¹ Z hlediska sociální práce je třeba spatřovat všechny skutečnosti v celkovém kontextu, což je zdlouhavá a náročná věc.¹⁰² Laca vidí kvalitu života podstatným centrálním konceptem jak v paliativní, tak i ve zdravotní péči. Pokud bude přístup k nemocnému komplexní, s ohledem na jeho mnohostrannou jsoecnost a jsou dobře známy jeho potřeby, může se zajistit kvalitní život daného pacienta.¹⁰³

⁹⁹ HUDÁKOVÁ, A.- MAJERNÍKOVÁ, E. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 37

¹⁰⁰ HUDÁKOVÁ, A.- MAJERNÍKOVÁ, E. Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 39

¹⁰¹ GURKOVÁ, E. Hodnocení kvality života. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, s. 51 a 61

¹⁰² HROZENSKÁ, M.- DVOŘÁČKOVÁ, D. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013, s. 27

¹⁰³ LACA, S. Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Bratislava, 2012, s. 30

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

V následující deskripci probíhajícího výzkumu je podán výčet všech kroků, které byly učiněny k jeho řádnému dokončení, a postup získávání potřebných a důležitých dat a poznatků, na jejichž základě bylo možné vytýčeného cíle dosáhnout.

6.1 Metodika výzkumné části

Pro realizaci výzkumu je využita metoda kvantitativního výzkumu, kterou je nestandardizovaný dotazník. Ten pomocí uzavřených a otevřených otázek stanovil postoje respondentů. V tomto dotazníku jsem kladla důraz na jazykovou a obsahovou srozumitelnost.

6.2 Cíle výzkumu a hypotézy

Hlavním cílem výzkumné části je na základě zjištěných poznatků určit a popsat efektivní postupy zdravotně sociální péče pro zachování kvality života u dlouhodobě nemocných pacientů. K dosažení cíle bude zapotřebí získat poznatky o možnostech sociální péče u dlouhodobě nemocných pacientů. Dále bude nutné vyzkoumat aspekty, které ovlivňují rozhodování o formě sociální péče u dlouhodobě nemocných pacientů a v neposlední řadě bude nezbytné objasnit základní pojetí kvality života u chronicky nemocných pacientů.

Při stanovení hypotéz jsem vycházela z cílů práce a informací, které jsem získala studiem odborných materiálů, vztahujících se ke zkoumané problematice. Platnost níže uvedených hypotéz bude v závěru potvrzena, či vyvrácena.

Hypotézy

H1 - Klienti nejčastěji využívají z nabídky sociálních služeb pečovatelskou službu.

H2 - Sociální služby jsou pro uživatele finančně náročné.

H3 - U respondentů výzkumného souboru převažuje úvaha o jejich další budoucnosti v domově pro seniory.

H4 - Mezi klienty výzkumného souboru dominuje pocit osamocení i přes sociální oporu poskytovanou ze strany rodiny.

H5 - Rádcem při řešení vzniklé situace vyžadující sociální službu u dlouhodobě nemocného je především praktický lékař.

H6 - Mezi klienty sociálních služeb převažují osoby s tělesným postižením.

6.3 Výběr výzkumného vzorku, předvýzkum

Prioritou při volbě respondentů byla životní situace odpovídající oblasti výzkumu a souhlas s aktivní účastí na výzkumném šetření. Základní soubor mého výzkumného vzorku tvoří pacienti, jejichž onemocnění má charakter dlouhodobosti a před hospitalizací využívali některou ze sociálních služeb. S dodržением profesní etiky, abych předešla zkreslení údajů, jsem provedla analýzu osobních dokumentů. Řádně jsem prostudovala chorobopisy, zdravotně sociální dokumentaci i soubory předešlých propouštěcích zpráv a po analýze jsem vhodné respondenty zařadila do výzkumného vzorku.

Původní záměr byl smíšený výzkum, kdy dotazníkové šetření mělo být doplněno rozhovorem. Jelikož jsem ale dotazníky vyplňovala s respondenty osobně, bylo od rozhovoru upuštěno.

6.4 Interpretace a metoda sběru dat

Pomocí nestandardizovaného dotazníku, jež obsahoval uzavřené a otevřené otázky, jsem zjistila postoje respondentů k poskytovaným sociálním službám, sociální interakci a jejich představy o budoucnosti v souvislosti se sociálními službami.

Formulář dotazníku je uveden v příloze P 1.

Sběr dat proběhl na různých klinických pracovištích FN u sv. Anny v Brně a na Doléčovacím a rehabilitačním oddělení FN u sv. Anny v Brně v Novém Lískovci. Zde byly respondentům, formou osobní distribuce, rozdány dotazníky do vlastních rukou se zárukou sociologické anonymity. Po řádné analýze výzkumného vzorku bylo rozdáno 47 dotazníků. Větší soubor respondentů nebylo možné zajistit z důvodu omezené doby hospitalizace a náročnosti při vyplňování dotazníku, kdy jsem musela být nápomocna při získávání dat z důvodu široké škály tělesných a jiných omezení nemocných. Jen tak jsem získala potřebná data se stoprocentní návratností dotazníků.

6.5 Vyhodnocení výzkumu

Následné vyhodnocení dotazníků jsem rozdělila do sedmi základních okruhů, které byly zkoumány. Každý okruh je sestaven z několika otázek a tvrzení, z čehož se vyvinul informační souhrn, který znázorňuje výsledky z jednotlivých okruhů. Jednotlivé hodnocení otázek nepovažuji v tomto případě za vhodné a domnívám se, že zvolený postup bude srozumitelnější a efektivnější pro potřebu dosažení cíle výzkumu.

Pro ještě lepší názornost jsem každý okruh doplnila o diagramy, grafy a tabulky.

Rozdělení otázek z dotazníku do konkrétních okruhů

Dotazník obsahoval 7 otázek na zjištění identifikačních znaků respondentů a sociodemografických ukazatelů. Následovalo dalších 21 otázek, přičemž se každá z těchto otázek vztahovala k určitému zkoumanému okruhu. Níže prezentuji okruhy, v nichž jsou přiřazeny konkrétní otázky.

Sociálně demografické a identifikační údaje

- Pohlaví.
- Věk.
- Bydliště.
- Rodinný stav.
- Počet dětí.
- Počet osob v domácnosti.
- Rodinné vztahy.

Sociální služby u respondentů

Otázka č 1. Využíváte sociální služby?

Otázka č 2. Využíváte sociálních služeb, kam člověk dochází, nebo kam je doprovázen?

Otázka č 3. Je Vám poskytována sociální služba u Vás doma?

Úskalí sociální péče

Otázka č.4. Jsou pro Vás sociální služby finančně náročné?

Otázka č.6. Jaké jsou podle Vás nedostatky sociální péče?

Otázka č.9. Jaké skutečnosti Vás odrazují od využívání pobytových služeb?

Budoucnost v domově pro seniory

Otázka č.11. Zvažoval/a jste někdy podání žádosti do DS?

Otázka č.14. Jaká je Vaše představa o životě v DS?

Otázka č.16. V čem spatřujete nedostatky v pobytu v DS?

Sebepojetí a sociální interakce

Otázka č.10. Máte se komu svěřit se svými starostmi?

Otázka č.12. Jak byste zhodnotil/a svoji životní situaci?

Otázka č.15. Jak trávíte svůj volný čas?

Otázka č.17. Cítíte se osamocen/a?

Otázka č.18. Kdo Vám je v současné době největší oporou?

Vize sociální péče u respondentů

Otázka č. 5. Máte zájem o rozšíření sociální péče? Pokud ano, jak?

Otázka č. 21. Jak by podle Vás měla vypadat sociální péče?

Cesta k využití sociální péče

Otázka č. 7. Jaká životní situace Vás dovedla k využívání sociální péče?

Otázka č. 8. Jaké zdravotní omezení Vás dovedlo k využívání sociální péče?

Otázka č.13. Od koho jste získal/a informace o sociální péči?

Otázka č.19. Požádal/a jste o pomoc zdravotně sociálního pracovníka sám?

Otázka č.20. Vyřizuje za Vás někdo úřední záležitosti?

6.6 Analýza a prezentace výsledků jednotlivých okruhů

Sociálně demografické a identifikační údaje

V doložené souhrnné tabulce jsou zvýrazněny důležité sociodemografické a identifikační aspekty účastníků dotazníkového šetření. Mezi respondenty převládá počet žen ve věku 80-89 let, převážně z města, které je anonymnější, má však větší dostupnost sociálních služeb a možností dlouhodobé péče. Většina respondentů je ovdovělých s jedním dítětem. Bezdětných dotazovaných je 12, přičemž tato skutečnost již signalizuje, že tito respondenti s jedním či žádným dítětem mohou být potencionálními uživateli pobytových sociálních služeb. Toto potvrzuje i další aspekt, že osamoceně žije 26 dotazovaných a u 17 respondentů je jen 1 člověk ve společné domácnosti. 18 respondentů hodnotí své rodinné vztahy jako výborné, 16 dotazovaných jako uspokojivé, za nepřilíš dobré je

považuje 6 respondentů a jako špatné je vidí 3 dotazovaní. Žádné rodinné vztahy nemají 4 respondenti, z čehož lze usuzovat, že jsou zcela osamoceni.

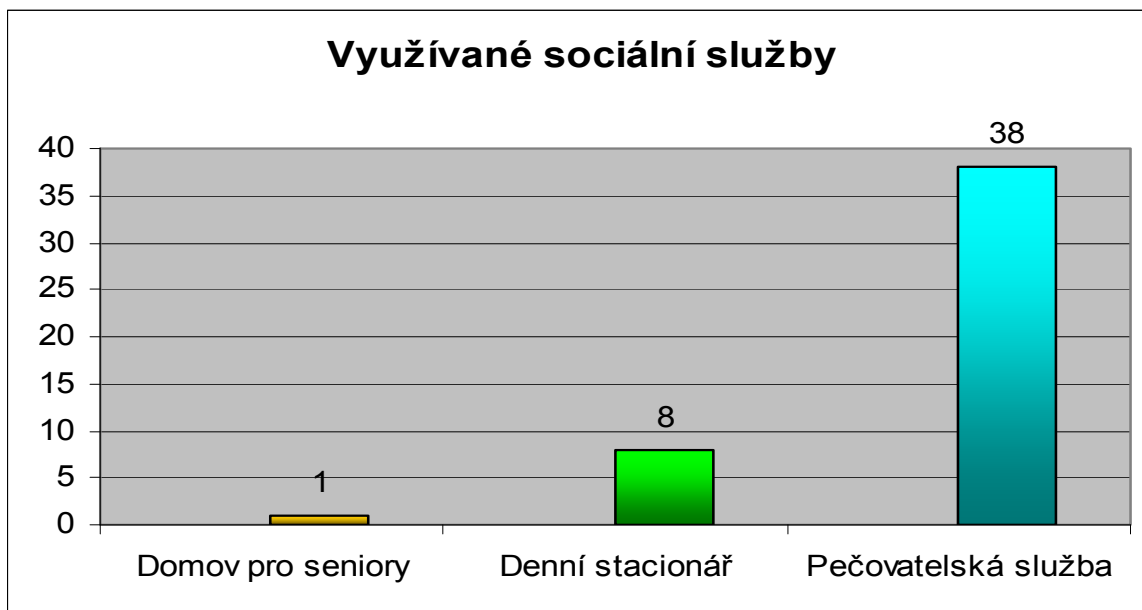
POHLAVÍ		VĚK		BYDLIŠTĚ		RODINNÝ STAV		POČET DĚTÍ	
Muži	15	do 60 let	2	Vesnice	11	Svobodný/á	3	žádné	12
Ženy	32	60 až 69	6	Město	36	Ženatý/vdaná	12	jedno	20
		70 až 79	15			Rozvedený/á	8	dvě	15
		80 až 89	21			Ovdovělý/á	24		
		90 a více	3						

OSOBY V DOMÁCNOSTI		RODINNÉ VZTAHY	
0	26	Výborné	18
1	17	Uspokojivé	16
2	2	Ne příliš dobré	6
3	1	Špatné	3
4	1	Žádné	4

Tabulka č. 2 – Sociodemografické a identifikační aspekty

Sociální služby u respondentů (1,2,3)

V níže uvedeném grafu č. 1 je znázorněno využívání sociálních služeb účastníky sociálního šetření. Nejvíce je zastoupena pečovatelská služba, kterou využívá 38 respondentů. Denní stacionář navštěvuje 8 dotazovaných a 1 respondent je trvalým obyvatelem domova pro seniory. Tím se potvrzuje správnost provedeného předvýzkumu, jehož cílem bylo vybrat účastníky dotazníkového šetření, kteří před hospitalizací nějakou formu sociální služby využívali.

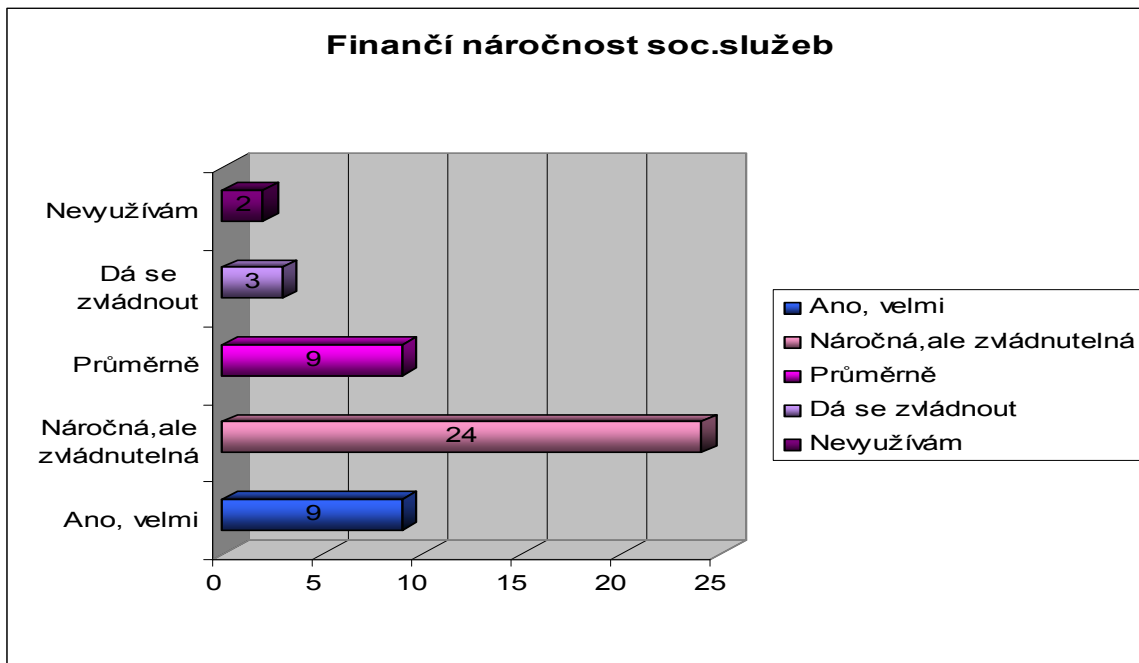


Graf č. 1 Využívané sociální služby.

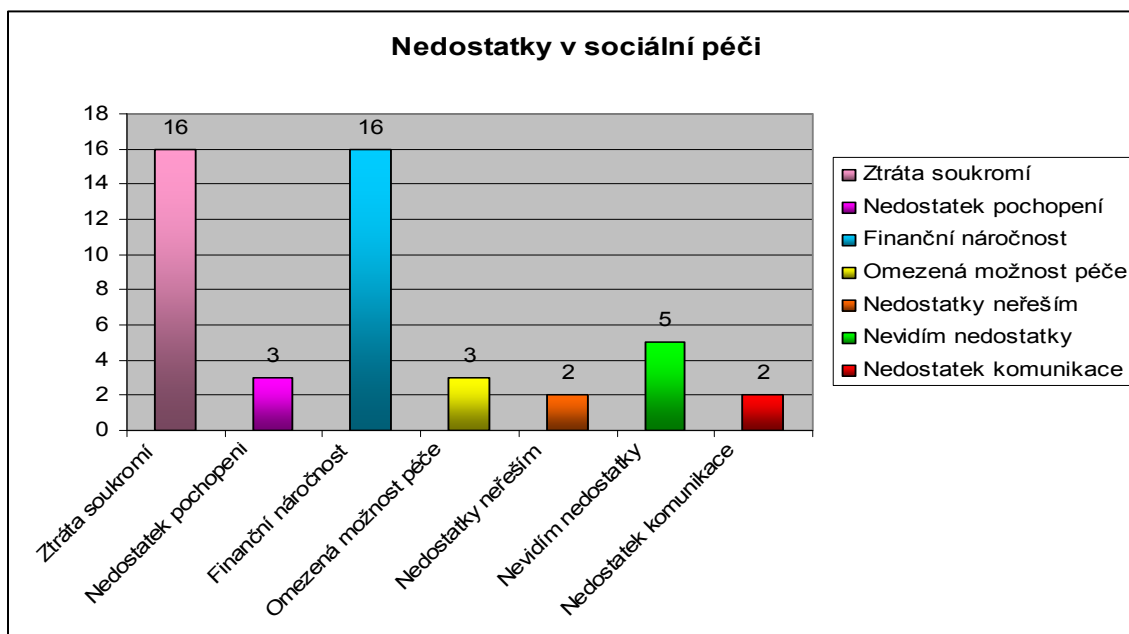
Úskalí sociální péče (4, 9, 6)

Z úskalí sociální péče byla vybrána témata, která s nimi úzce souvisí. Sociální služby jako finančně náročné, ale zvládnutelné, vnímá 24 respondentů, což je více než polovina ze souboru účastníků dotazníkového šetření. Shodný počet, 9 dotazovaných, považuje sociální služby za průměrně náročné a velmi drahé. Pro 3 respondenty jsou finanční výdaje za sociální služby zvládnutelné a 2 dotazovaní dokonce uvádí, že sociální služby nevyužívají, i když byli předvýzkumem vybráni klienti, kteří jsou výhradními uživateli sociálních služeb. To lze vyhodnotit tak, že si využívání těchto služeb nejsou vědomi. Po pečlivém prostudování vlastních poznámek, získaných při vyplňování dotazníků s respondenty, jde o trvalého obyvatele domova pro seniory a dlouhodobou uživatelku sociálních služeb, za kterou všechny finanční záležitosti vyřizuje rodina, protože trpí občasnou ztrátou paměti. Shodný počet 16 respondentů důvody nedostatků sociální péče vidí ve finanční náročnosti a ztrátě soukromí. 5 dotazovaných si není nedostatků vědomo a 2 respondenti se žádnými nedostatky ani nezaobírají. Opět shodného počtu 3 účastníků dotazníkového šetření získaly omezené možnosti péče a nedostatek pochopení v sociální péči. Od využívání pobytových služeb sociální péče odrazuje 14 respondentů, kteří tuto otázku vyhodnocují na základě referencí jiných lidí, přičemž tyto informace mohou být subjektivně zkresleny. Ale právě pro tyto dotazované mohou být pobytové služby sociální péče přínosným řešením určité nepříznivé sociální situace. 12 dotazovaných od využití pobytových služeb

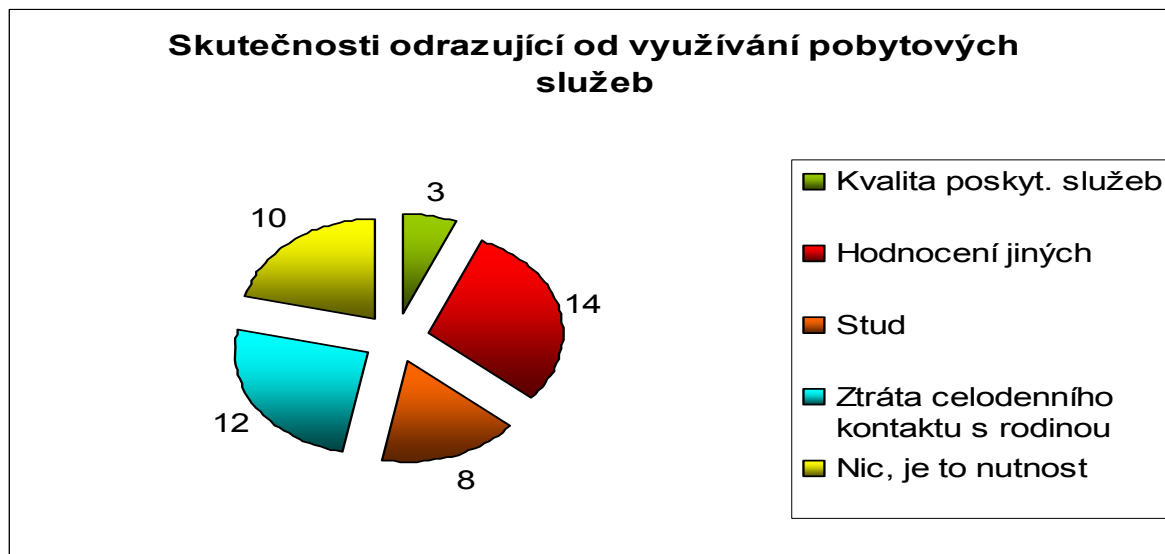
sociální péče ztráta celodenního kontaktu s rodinou, 10 účastníků dotazníkového šetření využitelnost pobytových služeb cítí jako nutnost. 8 respondentů se stydí o tyto služby požádat a 3 dotazované odrazuje kvalita poskytovaných služeb.



Graf č. 2 Finanční náročnost sociálních služeb.



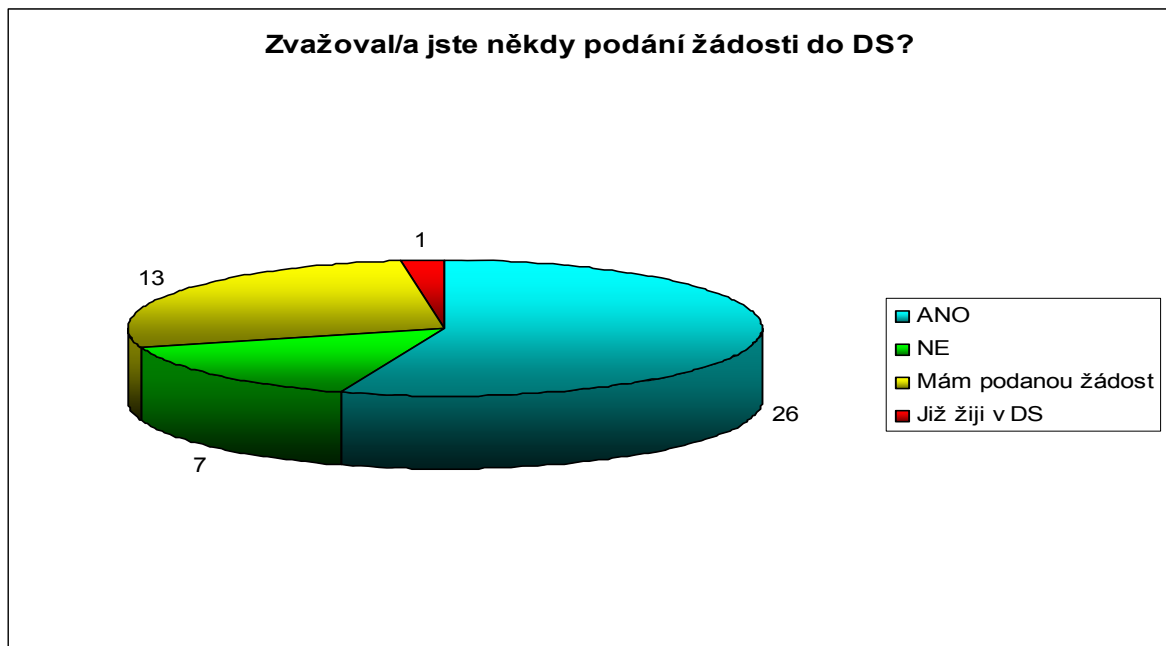
Graf č. 3 Nedostatky v sociální péči.



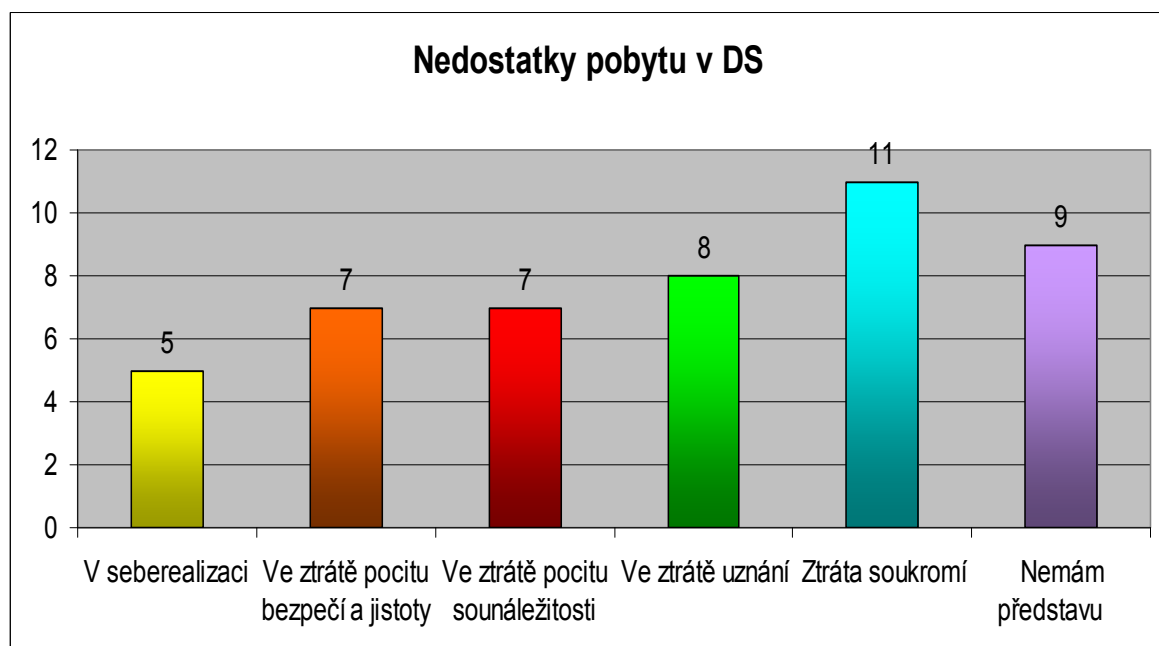
Graf č. 4 Skutečnosti odrazující od využívání pobytových služeb.

Budoucnost v domově pro seniory (11,14,16)

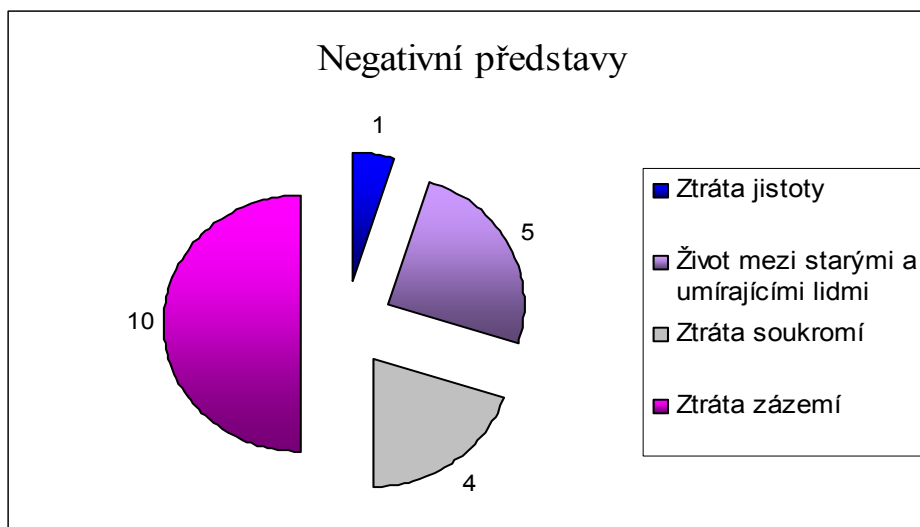
Budoucnost v domově pro seniory zvažovalo 26 respondentů, 7 dotazovaných nad touto možností nepřemýšlelo. 13 dotazovaných má podanou žádost a jeden z dotazovaných již v DS žije. 11 účastníků dotazníkového šetření vidí nedostatek v pobytu v domově pro seniory ve ztrátě soukromí, 8 dotazovaných ve ztrátě uznání. 9 respondentů nemá představu, což logicky téměř koreluje s respondenty, kteří žádost do DS nezvažovali. Ve ztrátě sounáležitosti vidí negativa 7 respondentů a shodný počet je vidí ve ztrátě pocitu bezpečí a jistoty, přičemž pozitivní představu pobytu v DS ve smyslu zajištění důstojného stáří má 15 dotazovaných. Pro 2 respondenty je takto řešená budoucnost součástí běžného života a 8 účastníků dotazníkového šetření vyhodnotilo bydlení v DS jako bezpečné. Obavy z nedostatku seberealizace vyslovilo 5 respondentů, z čehož lze usuzovat, že tuto formu bydlení vnímají jako pasivní, bez náplně jejich zájmů a omezení kulturního rozvoje. Skupina oslovených má však i negativní představy. Pro 10 respondentů znamená bydlení v DS ztrátu jejich zázemí, 5 dotazovaných vidí tento způsob řešení budoucnosti jako život mezi starými a umírajícími lidmi. 4 účastníci dotazníkového šetření předpokládají, že při pobytu v DS ztratí soukromí a 1 respondent vyhodnotil tuto situaci jako ztrátu jistoty.



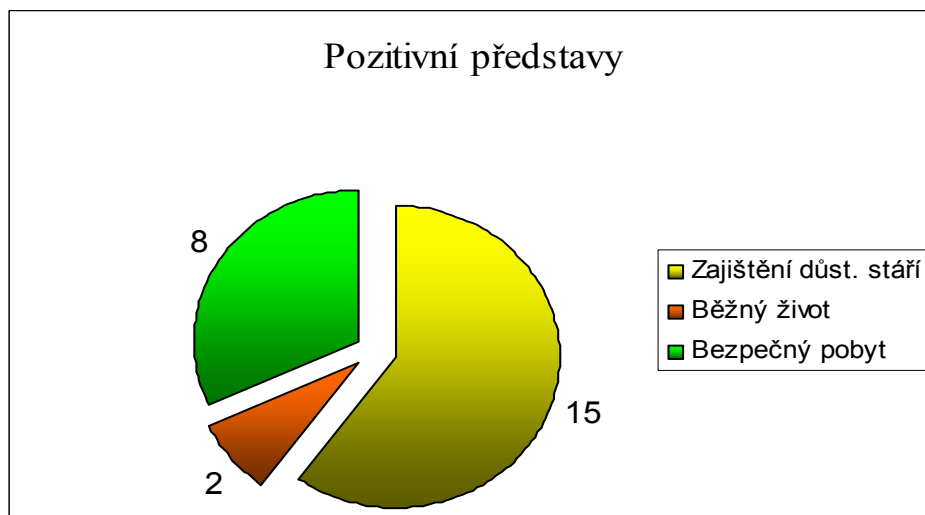
Graf č. 5 Zvažoval/a jste podání žádosti do DS?



Graf č. 6 Nedostatky pobytu v DS.



Graf č. 7 Negativní představy.

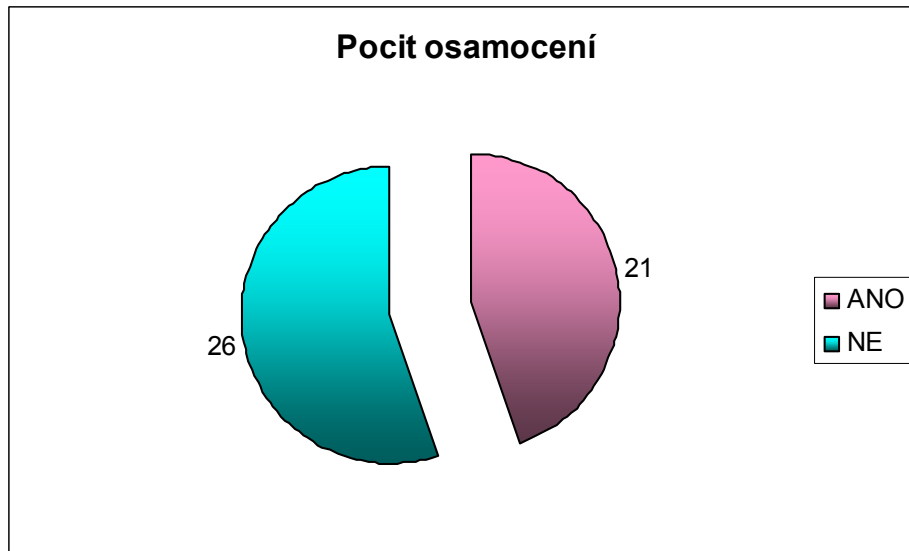


Graf č. 8 Pozitivní představy.

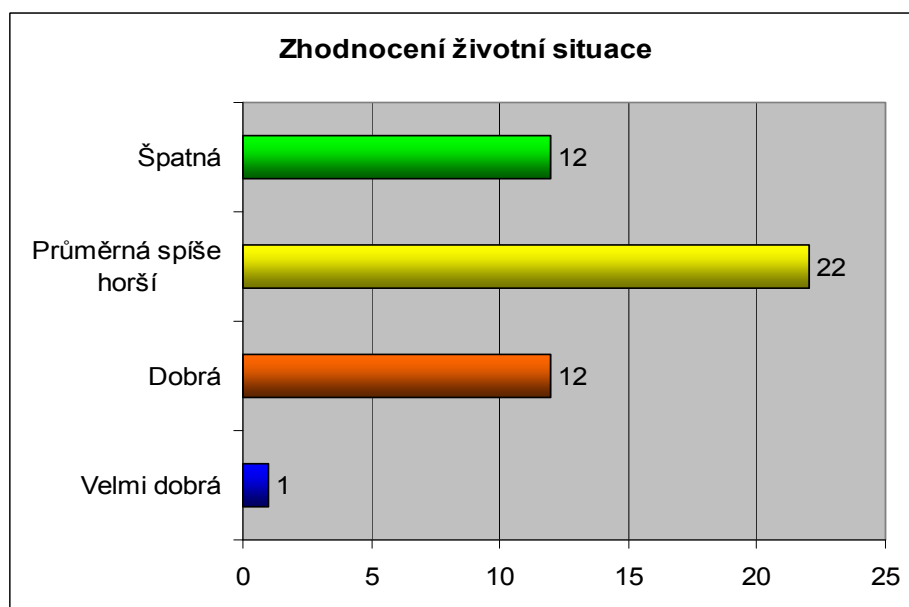
Sebepojetí a sociální interakce (10,12,15,17,18)

Z níže uvedeného Grafu č. 9 – Pocit osamocení - vyplývá, že 26 dotazovaných se osamoceně necítí, ale 21 respondentů odpovědělo, že se osamoceno cítí, což považují za alarmující. 22 účastníků dotazníkového šetření svoji životní situaci vnímá jako průměrnou, spíše horší a 12 respondentů jako špatnou. Shodný počet 12 dotazovaných vyhodnotilo svoji životní situaci jako dobrou a jenom 1 respondent jako velmi dobrou. Největší oporu v rodině udává 31 respondentů, 6 dotazovaných má oporu ve známých, 5 respondentů v přátelích, 2 dotazovaní v pracovníkovi sociální péče a žádnou oporu nemají 3 respondenti. Volný čas tráví 40 dotazovaných pasivně a jen 7 respondentů aktivně.

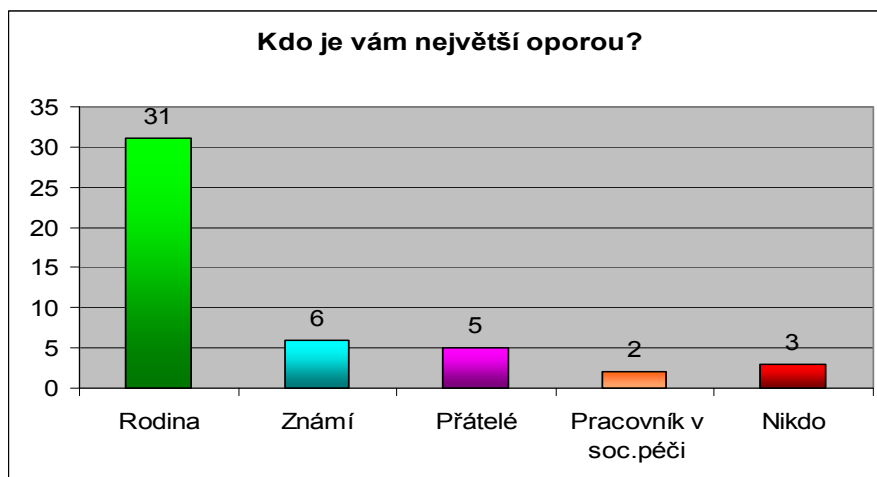
Osoby, kterým se mohou účastníci dotazníkového šetření svěřit, má jen 37 respondentů a 10 dotazovaných tyto osoby ztratilo a nemají se komu svěřit. Dle mého názoru je to vysoký počet, jelikož každý lidský jedinec potřebuje pozitivní zpětnou vazbu od někoho blízkého ve svém okolí.



Graf č. 9 Pocit osamocení.



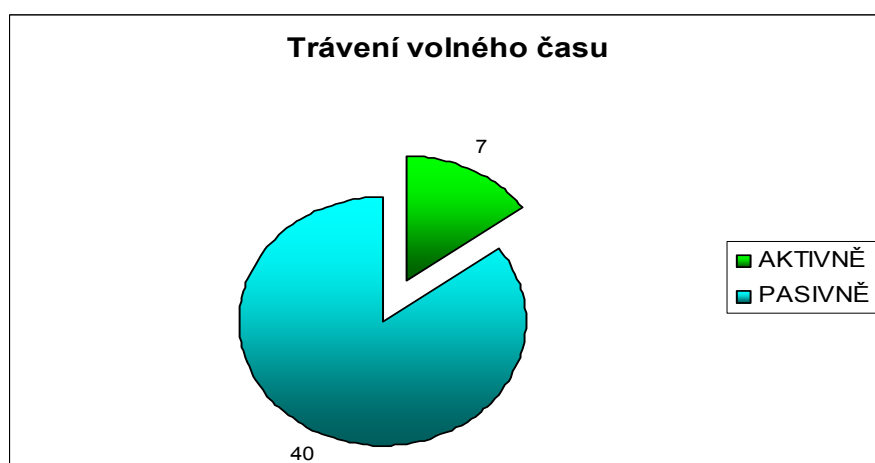
Graf č. 10 Zhodnocení životní situace.



Graf č. 11 Kdo je vám největší oporou?



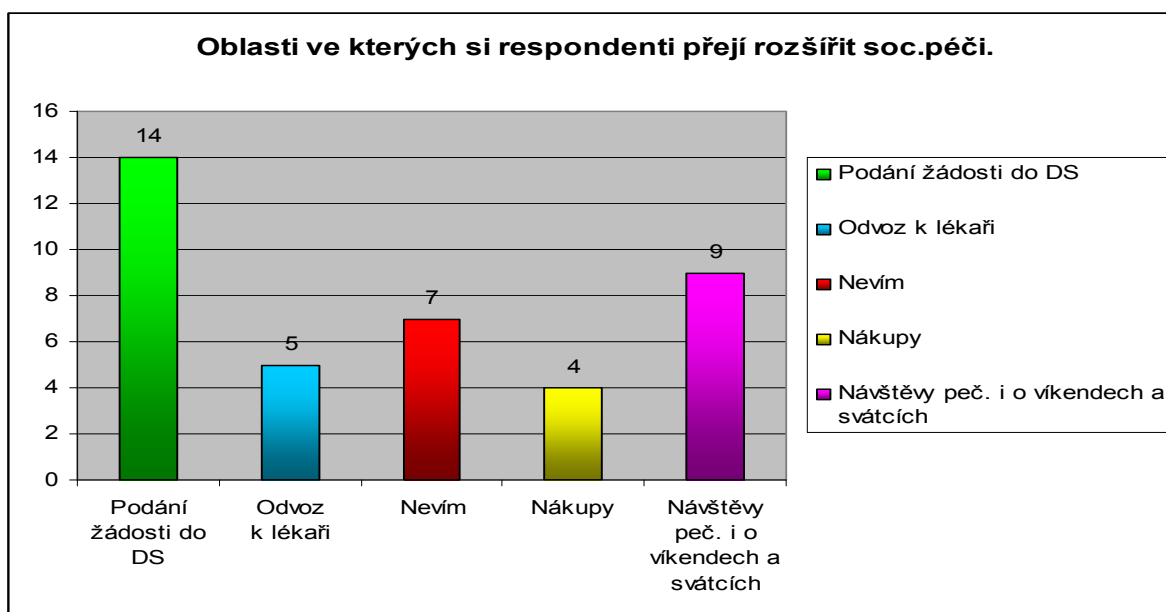
Graf č. 12 Máte se komu svěřit?



Graf č. 13 Trávení volného času.

Vize sociální péče u respondentů (21,5)

Neméně důležitou zkoumanou oblastí byly vize respondentů v sociální péči. Z níže uvedeného grafu vyplývá, že 14 dotazovaných si přeje být umístěno v domovech pro seniory. Další dotazovaní byli již před hospitalizací ve FN u sv. Anny uživateli sociálních služeb a potřebují je rozšířit o další prvky pomoci, které by jim ulehčily život v jejich vlastním sociálním prostředí. 9 respondentů se neobejde bez pečovatelských služeb o víkendech a svátcích. 5 respondentů vyžaduje odvozy k lékaři, 4 dotazovaným stačí rozšíření pečovatelských služeb o nákupy. 7 respondentům je třeba pomoci zdravotně sociálním pracovníkem se zmapováním sociální situace a vyhodnotit společně s rodinou nemocného jeho potřeby, jelikož neví jak by sociální péči rozšířili nebo je stávající pečovatelská služba dostačující. Z otevřené otázky č. 21 z dotazníku ve znění: „Jak by měla vypadat sociální péče?“ vyplývají shodné odpovědi. Sociální péče by měla být všem dostupná, flexibilní, kdy by se přizpůsobila klientům i o víkendech a ve svátcích a měla by být poskytována vyškolenými odborníky. Dále respondenti vyžadují od sociální péče zachování lidské důstojnosti. Přizpůsobením sociální péče požadavkům a potřebám dotazovaných dosáhnout cíle co nejdéle zůstat ve svém vlastním sociálním prostředí. Někteří dotazovaní chtějí větší výběr v pobytových zařízeních a tím zvýšení jejich počtu. Pokud se již rozhodnou pro trvalý pobyt v domově pro seniory, či to vyžaduje náhlá změna sociální situace, tak si přejí umístění v co nejkratší době.



Graf č. 14 Oblasti ve kterých si respondenti přejí rozšířit soc. péči.

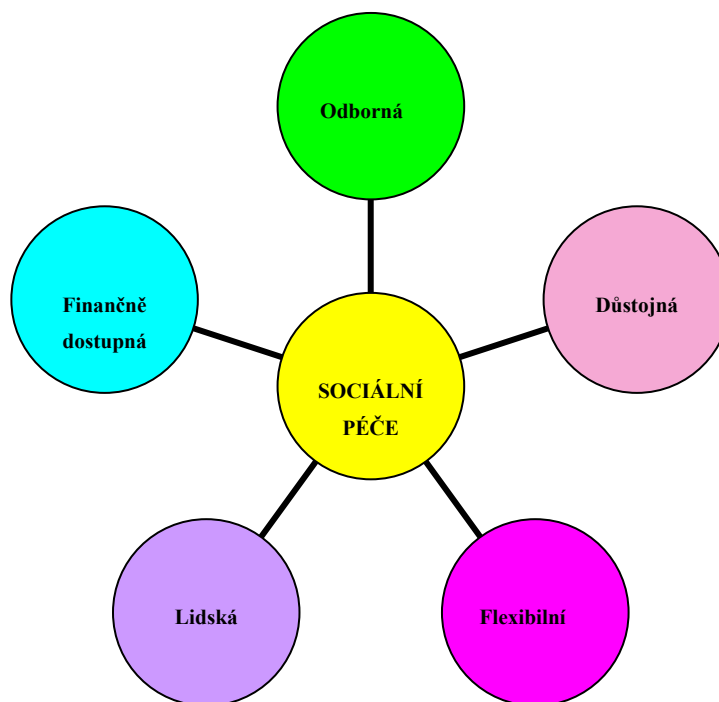
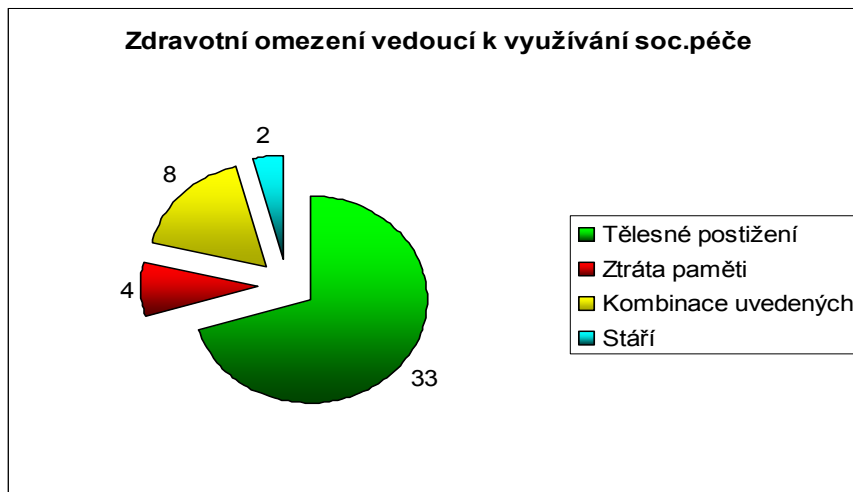


Diagram č. 2 Představy respondentů o kvalitní sociální péči.

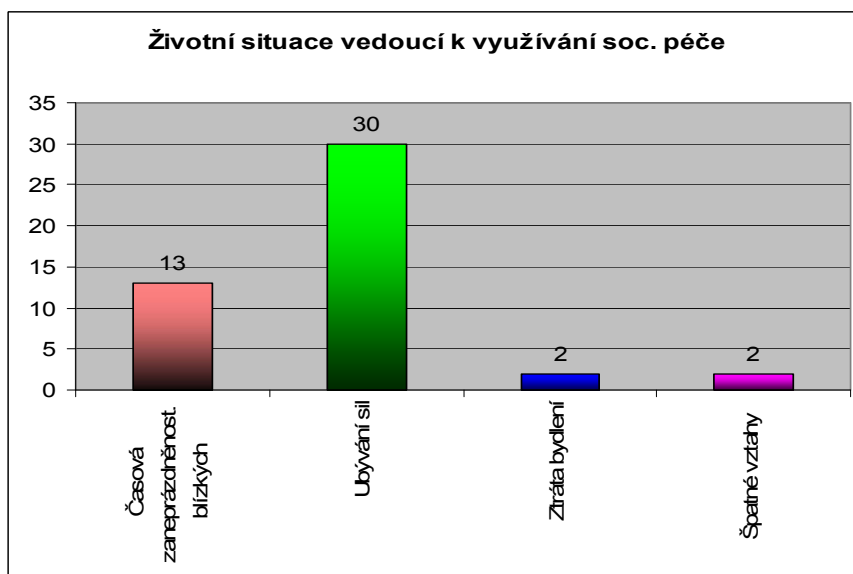
Cesta k využití sociální péče (7,8,13,19,20)

V tomto okruhu se pokouším využít odpovědi respondentů ke zjištění otázky, proč a jakou cestu využili účastníci dotazníkového šetření k využívání sociální péče. Z důvodu tělesného postižení využívá sociální péči 33 respondentů, z důvodu ztráty paměti 4 dotazovaní, stáří bylo příčinou u 2 respondentů a u 8 dotazovaných vedla k využívání sociální péče kombinace všech uvedených. 30 respondentů motivovalo k využívání sociální péče ubývání sil, 13 dotazovaných se rozhodlo pro využívání z důvodu časové zaneprázdněnosti blízkých, pro 2 respondenty to bylo východisko ze situace, kdy přišli o bydlení a u 2 dotazovaných byly důvodem špatné vztahy v rodině a nedostatek sociálního kontaktu. 19 respondentů získalo informace o sociální péči od rodinných příslušníků, 5 dotazovaných od známých, přičemž tyto informace nemusely být úplné a správné. 11 respondentů k získání informací využilo zdravotně sociálního pracovníka, 10 dotazovaných praktického lékaře a 2 respondenti využili k informovanosti o sociální péči média. Aktivně o pomoc požádalo jen 10 dotazovaných, 37 respondentům byla pomoc nabídnuta bez požádání, přičemž s vyřizováním úředních záležitostí 32 dotazovaným pomáhala rodina, 5 respondentům pečovatelka, 6 dotazovaným kamarádka a 4 dotazovaní

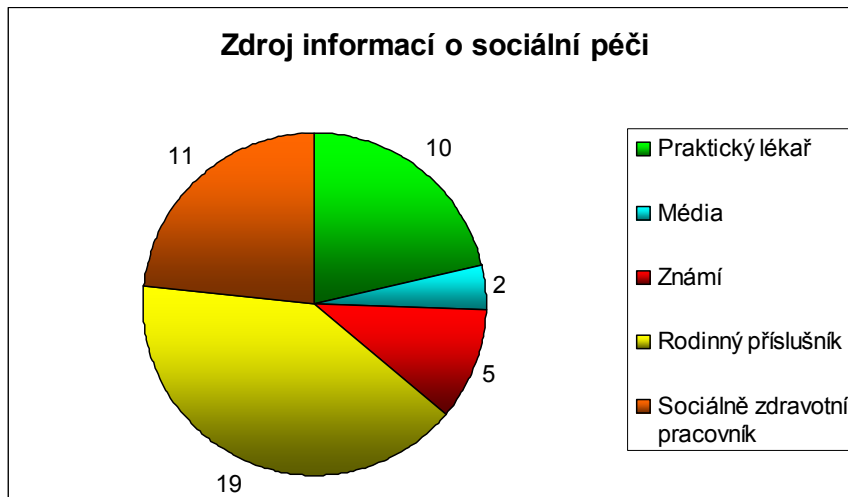
využili pomoci zdravotně sociálního pracovníka až při hospitalizaci, kdy se zdravotní stav natolik zhoršil, že vyžadoval okamžité řešení sociální situace.



Graf č. 15 Zdravotní omezení vedoucí k využívání soc. péče.



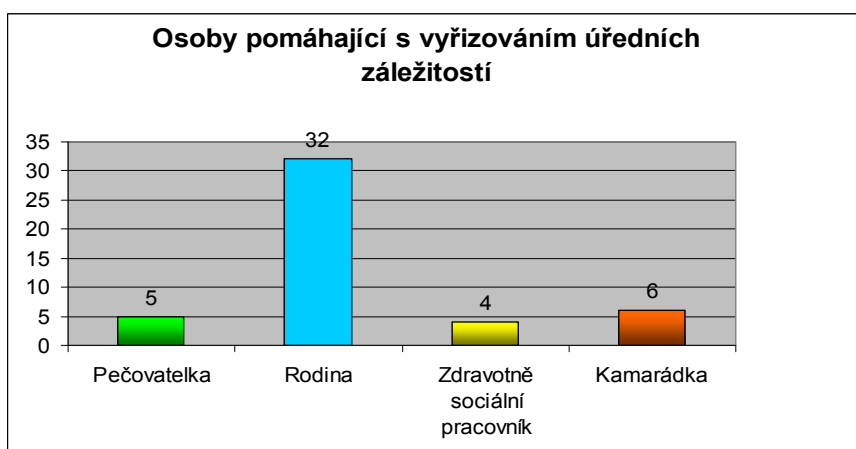
Graf č. 16 Životní situace vedoucí k využívání soc. péče.



Graf č. 17 Zdroj informací o sociální péči.



Graf č. 18 Požádal/a jste o pomoc soc. prac. sám/a?



Graf č. 19 Osoby pomáhající s vyřizováním úředních záležitostí.

6.7 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza č. 1: Klienti nejčastěji využívají z nabídky sociálních služeb pečovatelskou službu.

K této hypotéze se vztahuje graf č. 1, ze kterého jednoznačně vyplývá, že klienti nejčastěji využívají z nabídky sociálních služeb pečovatelskou službu. Jak potvrzuje níže uvedená tabulka č. 3, využití je 81%.

Tato hypotéza se **potvrdila**.

Využívané sociální služby	N	%
Domov pro seniory	1	4
Denní stacionář	8	15
Pečovatelská služba	38	81

Tabulka č. 3 Využívané sociální služby.

Hypotéza č. 2: Sociální služby jsou pro uživatele finančně náročné.

K této hypotéze se vztahuje graf č. 2. Dle níže uvedené tabulky z výzkumu vyplynulo, že 52 % respondentů považuje sociální služby za finančně náročné, ale zvládnutelné a 19 % dotazovaných je hodnotí jako velmi finančně náročné.

Tato hypotéza se **potvrdila**.

Finanční náročnost	N	%
Ano, velmi	9	19
Náročná, ale zvládnutelná	24	52
Průměrně	9	19
Dá se zvládnout	3	6
Nevyužívám	2	4

Tabulka č. 4 Finanční náročnost sociálních služeb.

Hypotéza č. 3: U respondentů výzkumného souboru převažuje úvaha o jejich další budoucnosti v domově pro seniory.

K této hypotéze se vztahuje graf č. 5. Z uvedené tabulky vyplývá, že další budoucnost v domově pro seniory zvažuje 55 % respondentů, 28 % dotazovaných žádost do tohoto typu pobytového zařízení má již podanou a 2% z výzkumného souboru trvale v domově pro seniory žije.

Tato hypotéza se potvrdila.

	N	%
Ano	26	55
Ne	7	15
Mám podanou žádost	13	28
Již žiji v DS	1	2

Tabulka č. 5 Budoucnost v domově pro seniory.

Hypotéza č. 4: Mezi klienty výzkumného souboru dominuje pocit osamocení i přes sociální oporu poskytovanou ze strany rodiny.

K této hypotéze se vztahuje graf č. 9 a graf č. 11. Z výzkumu vyplývá, že přes to, že rodina je největší oporou pro 66% dotazovaných, osamoceno se cítí 45 % respondentů. Viz níže, tabulka č. 6.

Tato hypotéza se nepotvrdila.

Pocit osamocení	N	%
ANO	21	45
NE	26	55
Kdo je Vám největší oporou?	N	%
Rodina	31	66
Známí	6	13
Přátelé	5	11
Pracovník soc. péče	2	4
Nikdo	3	6

Tabulka č. 6 Pocit osamocení.

Hypotéza č. 5: Rádcem při řešení vzniklé situace vyžadující sociální službu u dlouhodobě nemocného je především praktický lékař.

K této hypotéze se vztahuje graf č. 17. Níže uvedená tabulka ukazuje, že praktický lékař je jen v 21 % rádcem při řešení vzniklé situace vyžadující sociální službu.

Tato hypotéza se **nepotvrdila**.

Zdroj informací o sociální péči	N	%
Praktický lékař	10	21
Média	2	4
Známí	5	11
Rodinný příslušník	19	41
Soc.-zdrav. pracovník	11	23

Tabulka č. 7 Zdroj informací o sociální péči.

Hypotéza č. 6: Mezi klienty sociálních služeb převažují osoby s tělesným postižením.

K této hypotéze se vztahuje graf č. 15. Z výzkumu vyplývá, že 70 % respondentů vedlo k využívání sociálních služeb jejich tělesné postižení.

Tato hypotéza se **potvrdila**.

Zdravotní omezení vedoucí k využívání soc.péče	N	%
Tělesné postižení	33	70
Ztráta paměti	4	9
Kombinace uvedených	8	17
Stáří	2	4

Tabulka č. 8 Zdravotní omezení vedoucí k využívání soc. péče.

6.8 Souhrn, návrhy a opatření

Cílovou skupinou výzkumu byli dlouhodobě nemocní pacienti, u kterých se vlivem onemocnění snížila soběstačnost v základních životních dovednostech a nejsou schopni zvládat vlastními silami svoji tíživou situaci v důsledku snížení schopností. Jelikož chceme takto postiženým lidem adekvátně pomoci bez fyzické, či psychické újmy, je třeba potřebné sociální služby správně aplikovat a s náklonností, empatií, trpělivostí a vlídností rozpoznávat správnou potřebu pomoci těmto nemocným pacientům. Plně vnímat jejich individualitu a vnitřní potenciál a usměrňovat životní procesy tak, abychom minimalizovali rozpory mezi ním a společenskými podmínkami.

Z výzkumu se ukázalo hned několik aspektů, které zásadně ovlivnily dlouhodobě nemocné v rozhodování o formě sociální péče, kdy doposud byla výzkumná skupina uživatelem sociálních služeb, a to v drtivé většině služeb pečovatelských. Převážně tělesná postižení, ubývání sil a horší životní situace přiměla respondenty k jejímu využívání. I přes většinové konstatování, že pečovatelské služby jsou pro účastníky výzkumu finančně náročné, vidí svoji budoucnost v jejich větší flexibilitě, jelikož v současné době nedovedou svými úkony pokrýt služby o víkendu a o svátcích a dotazovaní tak necítí duševní, psychickou a sociální pohodu po celý týden.

Výzkum prokázal, že i přes oporu rodiny se cítí respondenti osamoceni, čas tráví převážně pasivně. I když je od pobytových služeb zrazuje hodnocení jiných a někteří dotazovaní se

bojí ztráty celodenního kontaktu se svými blízkými i ztráty soukromí, umístění v domovech pro seniory zvažují. Pobyt v domovech pro seniory některým respondentům bude dle jejich sdělení zajišťovat důstojné stáří a bezpečí. Jelikož přetrvávají obavy některých dotazovaných ze ztráty sounáležitosti, uznání a omezení seberealizace, informují se o všech možnostech sociální péče. Dle výzkumu jsou zdrojem těchto informací převážně rodinní příslušníci a překvapivě jen malý počet dotazovaných se v primární péči informuje o těchto možnostech u svého praktického lékaře. Zdravotně sociální pracovník tak ve spolupráci s dlouhodobě nemocným, který je ohrožen v budoucnu diskomfortem, hledá společně s blízkými pacienta nejvhodnější řešení sociální situace až při hospitalizaci. Tato ohrožená skupina dlouhodobě nemocných byla potvrzena i dotazníkovým šetřením, kde převládaly starší, ovdovělé bezdětné ženy, či ženy s jedním dítětem, které žijí převážně osamoceně.

Z vyhodnocených dotazníků vyplývají vize sociální péče, které dlouhodobě nemocní určili jako nejdůležitější a jistě se ztotožňují i s názory zdravotně sociálních pracovníků. Sociální péče by měla být dle respondentů finančně dostupná, důstojná, lidská, flexibilní a odborná, což jistě přispěje k tomu, aby dlouhodobě nemocní s její kvalitní pomocí mohli co nejdéle zůstat ve svém vlastním sociálním prostředí, kde se cítí bezpečně.

Na základě všech skutečností, vyplývajících z dotazníkového šetření, navrhuji následující opatření. Je třeba zaměřit pozornost především na skupinu lidí, pobírajících příspěvek na péči, jež specifikuje dlouhodobě nemocné pacienty. Jelikož praktičtí lékaři jsou ti, kteří s těmito pacienty přicházejí do styku z důvodu přibývajících zdravotních obtíží, je třeba hledat řešení svízelných sociálních situací právě v jejich ordinacích. Zdravotnický pracovník s doplněným vzděláním sociálního pedagoga by právě tady mohl působit jak po stránce preventivní, ale i jako pomocník a rádce pro zkvalitnění života dlouhodobě nemocných pacientů. Aktivní vyhledávání těchto nemocných v jednotlivých registrech praktických lékařů, správná edukace nemocných a jejich rodin o možnostech sociální péče by byla zaměřena cíleně, s ohledem na pacientovo určité zdravotní postižení a situaci v rodině, s cílem přiblížit se co nejvíce představám kvalitního života nemocného. Nelze opomenout ani tolik potřebnou zpětnou vazbu, kdy je osamocený dlouhodobě nemocný hospitalizován a zdravotně sociálnímu pracovníkovi se mnohdy nedostává úplných a správných informací o sociálním prostředí daného nemocného, aby mohl co nejlépe a nejodpovědněji určit sociální plán a následně jeho realizaci. Zdravotnický pracovník se vzděláním sociálního pedagoga, pracující v terénu, u pacientů v registru praktických

lékařů, by tak důkladně znal objektivní situaci i subjektivní pocity nemocného, který se za hospitalizace vyrovnává s dalšími problémy a není v tomto období schopen spolupráce. Těmito opatřeními by se jistě podařilo dosáhnout žádoucího cíle a to podávat kvalitní informace o sociálních službách, různých typech aktivizačních programů i poskytovaných zdravotnických a ošetrovatelských intervencí, hrazených ze zdravotního pojištění, i o jejich smysluplném využívání s důrazem na snížení finanční náročnosti, aby byla pomoc co nejvíce přiblížena potřebným, a tak nemocným umožnit být co nejdéle v jejich přirozeném prostředí domova a rodiny, což je i záměrem našich zákonodárců. Do budoucna je velmi potřebné co nejvíce propojit mezirezortní spolupráci ministerstva práce a sociálních věcí a ministerstva zdravotnictví.

V pravidelné a opakující se návštěvě navrhovaného zdravotně sociálního pracovníka řešit problémy a hledat společně s nemocným a jeho rodinou co nejoptimálnější zabezpečení potřeb nemocného s ohledem na jeho aktivity a pocit osamocení. Najít v aktivizačních programech smysluplné trávení volného času nemocného. Na vesnicích využívat služeb dobrovolných pečovatelů, s dobrou znalostí vlastního sociálního prostředí nemocného nacházet i další smysluplná opatření formou zajištění péče rodinnými příslušníky nebo využívání denních pobytů. Umožnit dlouhodobě nemocným právo volby domova pro seniory, pokud jim to zdravotní stav ještě dovoluje. V případě nutnosti využití pobytových služeb nemocného umístit do domova pro seniory, který si vybral a do kterého podal s dostatečným předstihem žádost a nemusel jen v případě zhoršeného zdravotního stavu akceptovat přemístění do zařízení, které je pro něho anonymní a cizí. Vlastním včasným spolurozhodováním u nemocných odstraňovat negativní představy a tím získávat větší životní jistotu.

ZÁVĚR

Diplomová práce, která je zaměřena na problematiku sociální péče u dlouhodobě nemocných, je rozdělena do dvou samostatných částí. První, teoretická část umožňuje nahlédnout na činnost, roli a postavení zdravotně sociálního pracovníka. Pojednává o sociální péči, její charakteristice, možnostech jejího rozsahu i jejím úskalí. Dílčí část je věnována aspektům dlouhodobé nemoci a nalezneme zde i specifika seniorů ve vztahu k nemoci. Teoretická část je uzavírána pohledem na kvalitu života.

Součástí druhé, praktické části je výzkumný projekt empirického šetření a následné vyhodnocení, souhrn a doporučení pro praxi. Použitím kvantitativní metody výzkumu pomocí nestandardizovaných dotazníků, které obsahovaly otevřené i uzavřené otázky byly zjišťovány postoje dotazovaných k možnostem následné péče a jejich osobní subjektivní pocity, vztahující se k této problematice. Původním záměrem bylo provádět smíšený výzkum, kde mělo být dotazníkové šetření doplněno rozhovory s nemocnými. Ale předvýzkum, kdy bylo použito obsahové analýzy dokumentů, identifikoval soubor respondentů, s nimiž pro jejich různorodá zdravotní postižení bylo nutné osobně dotazníky vyplňovat. Proto bylo od doplňujících rozhovorů upuštěno. Prioritou při volbě respondentů byla jejich životní situace, odpovídající oblasti výzkumu, kdy předvýzkum potvrdil můj předpoklad, že se bude jednat převážně o seniory v postproduktivním věku. Byl identifikován soubor respondentů, kteří v minulosti čerpali některou ze sociálních služeb, jelikož právě tato skupina dlouhodobě nemocných bude jako přímí uživatelé do budoucna udávat jejich rozvoj a směr, hodnotit kvalitu poskytování a rozsah nabízených služeb. Sběr dat byl proveden na různých klinických pracovištích FN u svaté Anny v Brně, ale největší zastoupení dotazovaných bylo z Doléčovacího a rehabilitačního oddělení FN u svaté Anny v Brně v Novém Lískovci.

Cílem mojí práce bylo vyzkoumat aspekty, které ovlivňují dlouhodobě nemocné v rozhodování o formě sociální péče. Na základě zjištěných poznatků odpovědět na otázku: „Jaké jsou nejefektivnější a nejvhodnější postupy zdravotně sociální práce u dlouhodobě nemocných pacientů pro zachování kvality jejich života?“ Tuto otázku se mi podařilo zodpovědět, ale téma rozhodně není vyčerpáno. Pro důkladný výzkum této problematiky je třeba daleko většího počtu respondentů, a to z různých lokalit České republiky. Po zpracování širší analýzy by po vyhodnocení mohla být publikována a tím napomohla v nelehké práci dalším zdravotně sociálním pracovníkům a potažmo i jejich klientům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, Sylva. *Postavení laických pečovateli v péči o seniory a nemocné*. Časopis Kontakt [online]. 2006. [cit. 2013-11-03]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/2~2006/370-postaveni-laickych-pecovatelu-v-peci-o-seniory-a-nemocne>. ISSN 1804-7122.
- [2] BÁRTLOVÁ, Sylva. *Vybrané kapitoly ze sociologie medicíny*. Vyd. 4. dopl. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-273-6.
- [3] ČAS. *Sociální práce ve zdravotnictví*. [online]. 2008. [cit. 2013-07-25]. Dostupné z: http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf, cit. 25.7.2013
- [4] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [5] DLOUHÝ, Martin. *Špatná reforma může zabít i dobré myšlenky*. MfD [online]. Červenec 3, 2010. [cit. 2013-07-16]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/18429>
- [6] DUŠKOVÁ, K. HASALÍKOVÁ, M. *Sociální aspekty péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou*. Praha: nakladatelství Pfizer, 2010.
- [7] FISCHER, Ondřej a René MILFAIT. *Etika pro sociální práci*. Vyd. 2. Praha: Jabok, c2010. ISBN 978-80-904137-8-8.
- [8] GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

[10] HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s.r.o., 2005. ISBN 80-7254-657-0.

[11] HNILICOVÁ, Helena. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. Praha: Mladá fronta a.s., časopis Lékařské listy, 2003. ISSN 1805-2355.

[12] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

[13] HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

[14] CHUDÝ, Štefan, Pavel NEUMEISTER a Alena JŮVOVÁ. *Vybrané diskurzy teorie a praxe ve vzdělávání a uplatnění sociálních pedagogů v kontextu pomáhajících profesích* [sic]. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-212-3.

[15] JANIŠ, Kamil a Ján JESENSKÝ. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2004. ISBN 80-7041-126-0.

[16] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

[17] JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

[18] JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

[19] JIRÁK, Roman, Jiří OBENBERGER a Marek PREISS. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8.

[20] KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

[21] KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

[22] KOLAJOVÁ, Lenka. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1764-6.

[23] KRHUTOVÁ, Lenka. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1168-7.

[24] KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

[25] KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

[26] LACA, Slavomír. *Sociálna práca v paliatívnej a hospicovej starostlivosti*. Bratislava: 2012. ISBN 978-80-8132-051-4.

[27] LEVICKÁ, Jana. *Teoretické aspekty sociálnej práce*. Trnava: FZ a SP TU, 2002. ISBN 80-89074-39-1.

[28] LUDVÍK, Miloslav, Karel BLÁHA, Marta STAŇKOVÁ a Lubomír VONDRÁČEK. *České ošetřovatelství*. Vyd. 1. V Brně: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-388-0.

[29] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.

[30] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

[31] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

[32] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

[33] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

[34] MPSV. *Bílá kniha v sociálních službách*. Konzultační dokument [online]. Únor 2003. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

[35] MPSV. *Informace o změnách v posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a stupně závislosti*. [online]. 2011. [cit. 2013-10-15]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

[36] MPSV. *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009-2012*. [online]. [cit. 2013-09-29]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf

[37] MPSV. *Sociální reforma-změny 2012: Příspěvek na péči od 1/1/2012*. [online]. 2011. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://socialnireforma.mpsv.cz/cs/23>

[38] MÜHLPACHR, Pavel a Miroslav BARGEL. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011. ISBN 978-80-87182-21-5.

[39] MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce jako životní pomoc*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-62-4.

[40] NOVÁKOVÁ, Radana. *Pečovatelsví II.*: učební text pro žáky oboru Sociální péče - pečovatelská činnost. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-531-2.

[41] NOVOTNÁ, Věra. *Sborník přednášek z XI. Konference Společnosti sociálních pracovníků.* Praha: MPSV ČR, 2000. IBSN 80-85529-81-5.

[42] ONDERKOVÁ, Alice. *Ošetrovatelská abeceda.* Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. ISBN 978-80-254-2787-3.

[43] PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví.* Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

[44] PELIKÁNOVÁ, Martina. *Sestra jako sociální odborník.* Praha: Mladá fronta a.s., časopis Sestra, 2010, č. 11. ISSN 1210-0404.

[45] POLÁK, František. *Dlouhodobá péče bude asi řešena novelizací existujících zákonů.* Praha: Zdravotnické noviny, 2012, č. 41. ISSN 0044-1996.

[46] POLEDNÍKOVÁ, Lubica et al. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo.* Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-8063-208-1.

[47] ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem.* Vyd. 1. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-078-0.

[48] SEVEROVÁ, Jana. *Sociální práce ve zdravotnictví.* Praha: Mladá fronta a.s., časopis Sestra, 2005, č. 9. ISSN 1210-0404

[49] ULRYCHOVÁ, Ladislava. *Projevy přirozeného stáří a stárnutí.* [online]. Únor 2011. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: http://www.szsemb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Projevy_st%C3%A1%C5%99%C3%AD_3.pdf

[50] UTB, Fakulta humanitních studií. *Studijní obor Zdravotně sociální pracovník*. [online]. [cit. 2013-07-30]. Dostupné z: [http://www.utb.cz/fhs/chci-studovat/studijni-program-zdravotne-socialni-pece-studijni-](http://www.utb.cz/fhs/chci-studovat/studijni-program-zdravotne-socialni-pece-studijni-obor?highlightWords=zdravotn%C4%9B+soci%C3%A1ln%C3%AD+pracovn%C3%ADk)

[obor?highlightWords=zdravotn%C4%9B+soci%C3%A1ln%C3%AD+pracovn%C3%ADk](http://www.utb.cz/fhs/chci-studovat/studijni-obor?highlightWords=zdravotn%C4%9B+soci%C3%A1ln%C3%AD+pracovn%C3%ADk)

[51] VAŽUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.

[52] VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

[53] VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

[54] WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7.

[55] ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. Předpis č. 108/2006 Sb., zdroj: SBÍRKA ZÁKONŮ ročník 2006, částka 37, ze dne 31.3.2006 [online]. [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>

[56] ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH. Předpis č. 108/2006 Sb., zdroj: SBÍRKA ZÁKONŮ ročník 2006, částka 37, ze dne 31.3.2006 [online]. [cit. 2013-10-12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČAS	Česká asociace sester
ČR	Česká republika
DS	Domov pro seniory
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
UTB	Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
DP	Diplomová práce

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Využívané sociální služby.....	51
Graf č. 2	Finanční náročnost sociálních služeb.....	52
Graf č. 3	Nedostatky v sociální péči.....	52
Graf č. 4	Skutečnosti odrazující od využívání pobytových služeb.....	53
Graf č. 5	Zvažoval/a jste podání žádosti do DS?.....	54
Graf č. 6	Nedostatky pobytu v DS.....	54
Graf č. 7	Negativní představy.....	55
Graf č. 8	Pozitivní představy.....	55
Graf č. 9	Pocit osamocení.....	56
Graf č. 10	Zhodnocení životní situace.....	56
Graf č. 11	Kdo je vám největší oporou?.....	57
Graf č. 12	Trávení volného času.....	57
Graf č. 13	Máte s komu svěřit?.....	57
Graf č. 14	Oblasti ve kterých si respondenti přejí rozšířit soc. péči.....	58
Graf č. 15	Zdravotní omezení vedoucí k využívání soc. péče.....	60
Graf č. 16	Životní situace vedoucí k využívání soc. péče.....	60
Graf č. 17	Zdroj informací o sociální péči.....	61
Graf č. 18	Požádal/a jste o pomoc soc. prac. sám/a?.....	61
Graf č. 19	Osoby pomáhající s vyřizováním úředních záležitostí.....	61

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1	Stupně závislosti.....	21
Tabulka č. 2	Sociodemografické a identifikační aspekty.....	50
Tabulka č. 3	Využívané sociální služby.....	62
Tabulka č. 4	Finanční náročnost sociálních služeb.....	62
Tabulka č. 5	Budoucnost v domově pro seniory.....	62
Tabulka č. 6	Pocit osamocení.....	63
Tabulka č. 7	Zdroj informací o sociální péči.....	63
Tabulka č. 8	Zdravotní omezení vedoucí k využívání soc.péče.....	64

SEZNAM DIAGRAMŮ

Diagram č. 1	Vývoj konceptualizací kvality života.....	43
Diagram č. 2	Představy respondentů o kvalitní sociální péči.....	59

SEZNAM PŘÍLOH

PI DOTAZNÍK

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Vážená paní, vážený pane.

Touto cestou Vás chci požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Tento bude zdrojem důležitých informací pro moji diplomovou práci s tématem „Determinanty sociální péče u dlouhodobě nemocných pacientů“. Dotazník je zcela anonymní.

Mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a čas, který strávíte nad vyplňováním tohoto dotazníku.

Bc. Yveta Šarapatková, studentka IMS Brno.

Pohlaví*) žena muž

Věk*) a) do 60 let
 b) 60 až 69
 c) 70 až 79
 d) 80 až 89
 e) 90 a více

Bydliště*) na vesnici ve městě

Rodinný stav*) a) svobodný/á
 b) ženatý/vdaná
 c) rozvedený/á
 d) ovdovělý/á

Počet dětí (prosím doplňte).....

Počet osob žijících ve společné domácnosti (prosím doplňte).....

Rodinné vztahy a) výborné
 b) uspokojivé
 c) ne příliš dobré
 d) špatné

*) zakroužkujte, eventuelně zatrhněte

1. Využíváte sociální služby?

Pokud ano, jaké? a) pečovatelská služba

b) denní stacionář

c) domov pro seniory

d) jiné.....

2. Využíváte sociálních služeb, kam člověk dochází, nebo kam je doprovázen?

a) ANO

b) NE

Pokud ANO, jaké? a) denní stacionář

b) týdenní stacionář

c) poradna

d) centrum denních služeb

3. Je Vám poskytována sociální služba u Vás doma?

a) ANO

b) NE

Pokud ANO, jaká? a) pečovatelská služba

b) asistenční služba

4. Jsou pro Vás sociální služby finančně náročné?

a) ano, velmi náročná

b) náročná, ale zvládnutelná

c) průměrně, jako každá jiná služba

d) dá se dobře zvládnout

e) nevyužívám

5. Máte zájem o rozšíření sociální péče? Pokud ano, uveďte jak:

.....
.....
.....

6. Jaké jsou dle Vás nedostatky sociální péče?

- a) ztráta soukromí
- b) nedostatek pochopení
- c) nedostatek komunikace
- d) finanční náročnost
- e) jiné.....

7. Jaká životní situace Vás dovedla k využívání sociální péče?

- a) časová zaneprázdněnost blízkých
- b) ubývání sil
- c) nedostatek sociálního kontaktu
- d) ztráta bydlení
- e) jiné.....

8. Jaké zdravotní omezení Vás dovedlo k využívání sociální péče?

- a) tělesné postižení
- b) zrakové postižení
- c) ztráta paměti
- d) kombinace výše uvedených omezení
- e) jiné.....

8. Jaké skutečnosti Vás odrážejí od využívání pobytových služeb?

- a) kvalita poskytovaných služeb
- b) hodnocení jiných
- c) stud

- d) ztráta celodenního kontaktu s rodinou
- e) jiné.....

10. Máte se komu svěřit se svými starostmi?

- a) ANO
- b) NE

Pokud ANO, komu?.....

11. Zvažoval/a jste někdy podání žádosti do domova pro seniory?

- a) ANO
- b) NE
- c) mám podanou žádost

12. Jak byste zhodnotil/a svoji životní situaci?

- a) velmi dobrá
- b) dobrá
- c) průměrná spíše horší
- d) špatná
- e) jiné.....

13. Od koho jste získal/a informace o sociální péči?

- a) praktický lékař
- b) média
- c) známí
- d) rodinný příslušník
- e) jiné.....

14. Jaká je Vaše představa o životě v domově pro seniory?

- a) zajištění důstojného stáří
- b) ztráta jistoty
- c) život mezi starými a umírajícími lidmi
- d) navazování nových kontaktů
- e) běžný způsob života ztráta zázemí
- f) bezpečný pobyt
- g) jiné.....

15. Jak trávíte svůj volný čas?

- a) pohybové aktivity
- b) četba
- c) sledování TV
- d) klidová relaxace
- e) jiné.....

16. V čem spatřujete nedostatek v pobytu v domově pro seniory?

- a) v seberealizaci
- b) ve ztrátě pocitu bezpečí a jistoty
- c) ve ztrátě pocitu sounáležitosti
- d) ve ztrátě uznání
- e) jiné.....

17. Cítíte s osamocen/a?

- a) ANO
- b)
- c) NE

18. Kdo Vám je v současné době největší oporou?

a) partner, partnerka

b) děti

c) vnoučata

d) sousedé

e) jiné.....

19. Požádal/a jste o pomoc sociálního pracovníka sám/a?

a) ANO

b) NE

20. Vyřizuje za Vás někdo úřední záležitosti?

a) ANO

b) NE

Pokud ANO,kdo?.....

21. Jak by podle Vás měla vypadat sociální péče?

.....
.....
.....

Děkuji za Váš čas a přeji příjemný den.

Bc. Yveta Šarpatková

