

Následná péče rodiny o seniora

Veronika Černá

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika ČERNÁ**
Osobní číslo: **H118046**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Následná péče rodiny o seniora**

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 současnou sociální problematiku řešení následné péče seniorů z pohledu rodin;
- na hledání odpovědi na otázku, jak dalece je rodina informována o možnostech následné péče;
- na možnosti sociální práce ve zdravotnictví v kontextu sociální pedagogiky;

Součástí práce bude realizovaný kvantitativní výzkum zaměřený na zjištění míry informovanosti rodin při řešení následné péče seniorů.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HAŠKOVCOVÁ, H. Fenomén stáří. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.

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

HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005.

KALVACH, Z., a kol., Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada, 2004.

KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., a GOLDMANN, R. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2011.

KUZNÍKOVÁ, I., a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011.

MATOUŠEK, O., a kol. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005.

MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Masarykova univerzita, 2009.

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

Vedoucí bakalářské práce:

doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013


Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013


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




doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

VERONIKA ČERNÁ¹

Jméno, příjmení studenta

V Brně 14.3.2014

ČW

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 nevydělčně 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 nahlázení 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 vzdělávacího 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). Odpirá-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 vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje aktuální problematice řešení následné péče o seniora. Dále přibližuje pojmy a instituce, které s danou problematikou přímo souvisejí. Zabývá se vývojem péče o seniory z historického hlediska a úlohou rodiny. Pozornost je věnovaná cílové skupině seniorů a problematice této specifické a křehké skupiny obyvatel. Dále vysvětluje obšírný pojem následné péče, a také se zabývá sítí sociálních a zdravotnických služeb pro seniory. V neposlední řadě se bakalářská práce zabývá samotnou profesí sociálního pracovníka působícího v rezortu zdravotnictví a týmovou spoluprací při řešení následné péče.

Ve své bakalářské práci se snažím čtenářům přiblížit proces řešení následné péče seniora, úskalí tohoto procesu a současnou situaci ve společnosti z pohledu rodinných příslušníků. Cílem je zjistit, zda se rodinám daří uspokojivě vyřešit následnou péči o svého blízkého a jaké specifické problémy rodina vnímá při řešení následné péče.

Klíčová slova: rodina, senior, následná péče, nepříznivá sociální situace, multidisciplinární tým, zdravotně-sociální pracovník, domácí péče, ústavní péče, sociální práce ve zdravotnictví.

ABSTRACT

The thesis deals with current issues of aftercare solutions for the elderly. It also explains the concepts and institutions that are directly related to the. It deals with the development of elderly care from a historical perspective and the role of the family in history. The work is focused on seniors and seniors issues. Explains the concept of aftercare, dealing with social and health care facilities for the elderly. Furthermore, this work deals with the profession of social-worker, teamwork in solving subsequent care for the elderly. In my thesis I try to explain the solution process aftercare senior, difficulties of this process and the current situation in the society from the perspective of family members - caregivers.

The aim of my thesis is: What are the specific problems the family encountered when dealing with aftercare of seniors?

Keywords: Family, seniors, aftercare, unfavorable social situations, multidisciplinary team, social worker in health care, home care, institutional care, social work in health care.

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PhDr. Miloslavovi Jůzlovi, PhD. za odborné metodické vedení, cenné rady a vstřícnost při zpracovávání mé bakalářské práce.

Prohlášení

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

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 HISTORICKÝ EXKURZ DO PÉČE O SENIORY	11
1.1 VÝVOJ PÉČE O SENIORY V HISTORICKÉM KONTEXTU	11
1.2 ČESKÁ REPUBLIKA A PÉČE O SENIORY	12
1.2.1 Senioři a čísla současné doby.....	14
1.3 ÚLOHA RODINY	14
2 SENIOR	17
2.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	17
2.2 TYPOLOGIE NEMOCÍ V SENIORSKÉM VĚKU	19
2.3 SOCIÁLNÍ PATOLOGIE VE STÁŘÍ	20
2.4 CESTA POMOCI SENIORŮM PODLE KUZNÍKOVÉ.....	21
2.5 DOMÁCÍ PÉČE A JEJÍ SPECIFIKA.....	21
2.6 ÚSTAVNÍ PÉČE A JEJÍ SPECIFIKA.....	22
3 NÁSLEDNÁ PÉČE	24
3.1 NÁSLEDNÁ PÉČE A JEJÍ CÍLE	24
3.2 EDUKACE RODIN PŘI ŘEŠENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE.....	24
3.2.1 Formy edukace	25
3.3 TÝMOVÁ SPOLUPRÁCE	26
3.3.1 Rodina	28
3.4 PROPOUŠTĚNÍ DO NÁSLEDNÉ PÉČE	29
3.5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V KONTEXTU ŘEŠENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE	30
3.6 ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY V OBLASTI NÁSLEDNÉ PÉČE	31
4 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	33
4.1 VYMEZENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	33
4.2 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	33
4.3 ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A JEHO PŮSOBENÍ.....	34
4.4 ETICKÁ PARADIGMATA	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
5 METODOLOGIE	38
5.1 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÁ STRATEGIE, METODA SBĚRU DAT	38
5.2 VOLBA A CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	40
5.3 REALIZACE VÝZKUMU.....	40
5.4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	41
5.5 SHRNUTÍ A DISKUZE	62
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	67
SEZNAM GRAFŮ	76
SEZNAM TABULEK	77
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

Bakalářská práce nese název Následná péče rodiny o seniora, výběr tématu pro mne byl jednoznačný. Toto téma je mi velice blízké, protože sama pracuji ve Fakultní u sv. Anny v Brně, a to na neurologické klinice jako sociální pracovnice. Zajišťuji následnou pro neurologické pacienty převážně po cévní mozkové příhodě, dále například pro pacienty s Parkinsonovou nemocí, poruchou mozku a podobně. Dalším důvodem volby daného tématu je jeho aktuálnost a významnost.

Demografické stárnutí je objektivní realitou celého vyspělého světa. Dlouhodobě se prodlužuje průměrná délka dožití, což významně působí na další faktory: zvyšuje se věk odchodu do penze; podíl seniorů každým rokem narůstá; soběstačnost seniorů přirozeně s přibývajícím věkem klesá. O tom, že problematika stáří je velice aktuální, svědčí i ukazatelé Českého statistického úřadu. Fenomén stáří ovlivňuje situaci ve společnosti jak z pohledu ekonomického a politického, tak i z pohledu sociálního a zdravotního.

Medicína a technologické postupy medicíny se každým dnem zkvalitňují, což má bezesporu velice pozitivní dopad na zdraví, kvalitu a délku života populace, ale má i své nepříznivé dopady pro naši společnost. Dnešní medicína a její technologické postupy dokáží zachránit život seniora i po těžké mozkové mrtvici, který by byl jinak na pokraji smrti. Tento senior se většinou stává plně závislý na pomoci druhé osoby, vyžaduje tedy celodenní komplexní ošetrovatelskou péči.

Je proto žádoucí, aby se sociální a zdravotní složky co nejvíce sjednotily a poskytly seniorovi co nejkomplexnější péči. Seniori čím dál tím více vyžadují komplexnost a propojenost těchto služeb. V České republice nejsou doposud tyto dvě složky plně integrované, nedochází k průniku dvou rezortů – Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí (Vurm a kol., 2007). Při péči o seniory se uplatňuje princip „komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být poskytovány současně“ (Jarošová, 2007:73).

V procesu řešení následné péče má velice významné, ne-li zásadní postavení a úlohu právě rodina seniora, respektive primární pečující osoby seniora. Rodina se dostává do situace, kdy se v první fázi musí smířit s onemocněním svého blízkého, a zároveň je nucena učinit rozhodnutí a následná opatření v péči o svého blízkého. Rodina zpravidla stojí před dvěma možnostmi, dvěma volbami, a to domácí nebo ústavní péčí. Problematika primárních pečujících osob začíná být v současné době značně diskutovaná. Touto

problematikou se zabývá Sociální nadační fond města Brna, který si nechal vypracovat studii v rámci komunitního plánování sociálních služeb (Dohnalová, Hubíková, 2013).

Cílem bakalářské práce je tedy zjistit, s jakými konkrétními úskalími se rodina při řešení následné péče o seniora nejčastěji setkává, zda se rodinám daří uspokojivě vyřešit následnou péči o svého blízkého.

Bakalářská práce je odůvodněně rozdělena do dvou hlavních částí, a to části teoretické a části praktické.

Teoretická část má čtyři kapitoly, ve kterých se zaměřuji na vývoj péče o seniory z historického hlediska a úlohu rodiny v péči o seniora, dále se zaměřuji na cílovou skupinu seniorů, pojmy stáří a stárnutí, ale také na sociální patologie ve stáří. Předposlední kapitola teoretické části se zabývá následnou péčí, v této kapitole popisují, co to je následná péče a jaké nám nabízí možnosti. Poslední kapitola je věnovaná sociální práci ve zdravotnictví, jakožto profesi, a zabývá se specifiky sociální práce ve zdravotnictví, etickými paradigmaty této profese a samotným postavením zdravotně-sociálního pracovníka. Kapitoly teoretické části by měly poskytnout čtenáři přehled o procesu řešení následné péče a zmapovat dosavadní poznatky odborníků ve sféře sociální práce ve zdravotnictví při práci se seniory.

Praktická část se zabývá metodologií výzkumu. Objasňuji volbu výzkumné strategie, popisují metodu sběru dat, realizaci celého výzkumu, volbu a charakteristiku výzkumného vzorku a v neposlední řadě analyzuji a interpretuji zjištěné poznatky z výzkumu. Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvantitativní strategii s využitím dotazníkové šetření aplikovaného na respondentech, kterými byly rodiny seniorů.

Věřím, že moje bakalářská práce může přinést užitek kolegům, kteří se v tomto odvětví pohybují, dále studentům sociálních věd a v neposlední řadě odborné veřejnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 HISTORICKÝ EXKURZ DO PÉČE O SENIORY

Péče o seniory, ale i další sociálně potřebné občany, se v průběhu let značně měnila a vyvíjela. Úroveň této péče se vždy odvíjela od kultury dané společnosti. Rozvoj péče zaznamenáváme zejména v poválečných dobách, tedy dobách míru. V průběhu válek také docházelo k rozvoji péče o sociálně potřebné občany, zde můžeme hovořit zejména o lidské obětavosti a šlechetnosti. Obecně je známo, že péče o seniory byla v minulosti víceméně plně v kompetenci a rukou rodiny, s postupem času se začala vyvíjet zejména křesťanská pomoc a charitativní činnost (Jarošová, 2006).

1.1 Vývoj péče o seniory v historickém kontextu

Přesné vymezení a určení toho, jak se seniorům v jednotlivých historických etapách dařilo, je těžké blíže specifikovat. I přesto se nám dochovala literatura, která nám může nabídnout validní informace o tom, jak se sociální péče o seniory vyvíjela (Haškovcová, 1990).

Jak už bylo v úvodu této kapitoly zmíněno, můžeme předvídat, že péče o seniory byla v minulosti zabezpečována zejména rodinou. Z počátku tato péče nikterak nezasahovala do společenského dění. V případech, kdy rodinná péče selhala, a to jednak z důvodu, že rodina péči nezvládla, nebo nechtěla pečovat, se starý člověk ocitl na okraji společnosti. S postupujícím časem se množství starých osob na okraji společnosti zvyšovalo, staří živořili, žebrali a umírali v nedůstojných podmínkách (Haškovcová, 1990).

Počátky sociální pomoci seniorům můžeme spatřit v charitativní činnosti, které se zpočátku věnovali bohatí jedinci. Pomoc byla pouze občasnou a nárazovou laskavostí, což jistojistě nemohlo vyřešit komplexně celý problém a bylo zřejmé, že bude potřeba jiných opatření (Kodymová in Matoušek, 2007).

Podle Schimerlingové (1992) má dobročinnost jedinců počátky již v křesťanství. Potvrzuje to i Kodymová in Matoušek (2007), která tvrdí, že je církev nejstarší institucí, která zformovala pomoc sociálně potřebným. Můžeme ji označit za sociální církevní pomoc.

Z výše uvedeného důvodu byly již ve starověku stavěny tzv. starobince, chudobince či chorobince. Tyto instituce byly v počátcích v kompetenci především klášterů, následně i městské či obecní rady. Staří, ale i nemocní lidé, zde mohli nalézt střechu nad hlavou

a stravu. Ošetrovatelskou péčí mohli staří najít také v tzv. špitálech, které byly často spojené s kláštery (Kodymová in Matoušek, 2007).

Kvalita péče o staré občany se odvíjela od ekonomické i politické situace, v jednotlivých etapách vždy závisela na dané společnosti a jejich kulturních hodnotách. Příkladem vývoje péče o staré občany může být například 14. a 15. století, kdy v Jugoslávii vznikaly tzv. „domovy pro staré osoby“. Z legislativního pohledu můžeme poukázat na rok 1504, kdy v Anglii vyšel první zákon, který zaznamenal snahu o řešení sociálních problémů starých občanů. Do této doby byli staří občané závislí pouze na rodině, či charitativní péči. Za vlády královny Alžběty bylo vydáno první chudinské právo. Dále například v USA v 18. století vznikaly tzv. „farmy chudých“, byly to zejména dobročinné domy. V průběhu 18. – 20. století se pak po celé Evropě začaly chudobince a starobince značně rozrůstat, zvláště pak po druhé světové válce nastal rozmach výstavby domovů pro důchodce (Haškovcová, 1990).

1.2 Česká republika a péče o seniory

Česká republika zaznamenala obdobnou historii, jako téměř celá Evropa. Primární péči o seniora zabezpečovala nejbližší rodina. Od počátku středověku se začínala v Čechách rozvíjet ústavní péče o staré a nemohoucí. První takovouto ústavní péčí byl tzv. špitál. Úroveň a kvalita péče se v jednotlivých špitálech lišila, avšak špitály byly známy spíše svoji zanedbanou péčí a špínou. Tyto špitály se dají přirovnat k dnešním léčebnám dlouhodobě nemocným. Dalším typem ústavní péče byly klášterní nemocnice, které ovšem fungovaly pouze pro vybrané jedince. Jednalo se například o šlechtické rodiny, které podporovaly tento řád. Jako poslední typ ústavní péče, který je nám znám, jsou nemocnice pro malomocné. Hlavním posláním nemocnic bylo oddělení nebezpečně nemocných osob od společnosti (Haškovcová, 1990).

Péče o staré občany se v České republice začala intenzivně rozvíjet od dob Josefa II. Byla zabezpečována zejména prostřednictvím chudinského a domovského práva. Chudinský zákon praví, že chudý je ten, který si vlastním přičiněním nemůže zaopatřit výživu a další základní životní potřeby. Domovské právo zabezpečovalo potřebnou péči svým občanům, jednalo se zejména o poskytnutí výživy a poskytnutí pomoci v nemoci. Domovské právo nastupovalo, až když ostatní prostředky pomoci selhaly (rodina, charita, nadace). Chudinskou péčí a Domovské právo lze považovat za velice pokrokové. Postupem času

tuto péči můžeme označit za péči sociální a systém této péče za institucionalizovaný (Haškovcová, 1990).

V počátcích 18. století nastal značný rozmach starobinců nejen v Evropě, ale i v Čechách. Chudobince byly financované z nejrůznějších sbírek a darů. Do některých chudobinců dodávali zdarma pečivo místní pekaři. V době vlády Marie Terezie byla stanovena tzv. „chudinská dávka“, která chudobincům zabezpečila další příjem, Marie Terezie nařídila tento odvod z příjmu čaje, kávy a kaka. Avšak kvalita a úroveň péče v chudobincích byla všeobecně nízká. Ošetrovatelskou péčí zabezpečovali laikové nebo sami nemocní sobě navzájem. Ošetrovatelská péče sestávala z umytí, opatrování a podání jídla. První známky kvalifikace v ošetrovatelské péči můžeme zaznamenat až v roce 1916, kdy byla v Praze otevřena dvouletá ošetrovatelská škola (Haškovcová, 1990).

Změny k lepšímu nastaly až se vznikem Československého státu. Vzniklo ministerstvo sociálních věcí, ale hlavně došlo k rozvoji institucionalizované péče, zejména v kontextu kvality a odborné úrovně. Asi nejvýznamnější institucí, která zabezpečovala péči o seniory, byl Zaopatřovací ústav v Krči, který byl založen v roce 1929, jedná se o dnešní Thomayerovu nemocnici. Tento ústav provozoval 5 starobinců a 5 chudobinců. Nicméně i přes tyto pokroky byla péče o staré lidi stále nedoceněná a nedostatečná. O nesoběstačné seniory se dále staraly rodiny, charity (Červený kříž, Diakonie) nebo obce a města na základě domovského práva. Domovské právo bylo zrušeno až v roce 1948. Po druhé světové válce profesor Bohumil Prusík konstatoval, že pozornost o seniory se musí zvýšit, a to jak po stránce sociální, tak i stránce zdravotní. Od roku 1950 s konečnou platností přešla péče o staré občany do kompetence tehdejší socialistické společnosti. Společnost se zavázala, že zabezpečí seniora, jak po materiální stránce, tak i po sociální a zdravotní stránce. Starobince se postupně přejmenovaly na domovy důchodců (Haškovcová, 1990).

Myšlenkou doby po druhé světové válce bylo rozdělení péče o seniory na péči zdravotní a péči sociální. Později se zjistilo, že tento způsob pomoci seniorům je neefektivní a neúčelný a mělo by docházet spíše k propojení těchto dvou institucí, než k jejímu oddělení. Tento trend se stal problémem i doby současné (Haškovcová, 1990).

K významnému rozvoji sociální péče o seniory došlo po druhé světové válce. V průběhu dalších let se postupně rozvíjela pečovatelská služba, byly stavěny domovy s pečovatelskou službou. V 70. letech se začaly budovat léčebny dlouhodobě nemocných,

kteří nám jsou známy doposud, většinou nechvalně. Svého úspěchu se dočkaly medicínské obory, jako je například geriatric, nově začala vznikat geriatrická oddělení při nemocnicích. Po transformaci v roce 1989 vznikla domácí ošetrovatelská péče a byly zaznamenávány první náznaky hospicové péče (Jarošová, 2006).

1.2.1 Senioři a čísla současné doby

Čísla mluví jasně. Na základě sčítání lidu, domů a bytů z roku 2011 bylo zjištěno, že na území České republiky v současné době žije 1 644 836 osob, kteří dosáhli věku 65 let. Od minulého sčítání lidu vzrostl počet osob starších 65 let o 234 265 osob. Jednoznačně můžeme říci, že podíl osob starších 65 let se zvýšil a zvyšovat se bude i nadále. Nepřekvapujícím faktem je, že v této skupině převažují zejména ženy, které jsou většinou vdovy. Poměr mužů a žen v populaci starší 65 let je 40:60 procentům (Vaňková, 2013).

„Podle výsledků SLDB 2011 je v Česku 2 667 867 hospodařících domácností tvořených jednou rodinou.“ A právě pětinu z nich tvoří domácnosti seniorů. Nejčastějším typem rodiny, kde senioři žijí, jsou domácnosti prarodičů s vnoučaty. Značná část seniorů je též zastoupena v rámci domácnosti jednotlivců. Jedno procento seniorů, což je zhruba jedenáct tisíc ve věkové skupině osob starších 65 let, žije mimo domácnosti. Tyto osoby zpravidla žijí v domovech pro seniory a domovech s pečovatelskou službou. To, že se prodlužuje průměrná délka dožití, nám potvrzuje i fakt, že osoby starší 85 let žijí ve 43 % samostatně, 13% osob starších 85 let žije s rodinou, jako rodič, tchán/tchýně, či prarodič. Další 13 % žije v zařízení sociální péče (Habartová, 2013).

1.3 Úloha rodiny

Významnou sociální institucí a současně i základní jednotkou lidského soužití je rodina. Rodinu můžeme také označit za formu stálého soužití rodičů a dětí, přičemž hovoříme o společensky uznané formě (Haškovcová, 1990).

Podle Minibergerové (2006) byla vícegenerační rodina v minulosti spojována zejména se zajištěním obživy. Hlava rodiny, tedy otec zabezpečoval obživu, ale i ženy zaujímaly po boku svého muže důležitou úlohu v domácnosti. V domácnosti obvykle dopomáhaly babičky a starší sourozenci měli v péči mladší sourozence. Postupem času se počet členů domácnosti snižoval a tento model s drobnými změnami přetrvával až do současnosti.

Za výrazné změny v tradičním typu rodiny dnešní doby můžeme označit snížení závislosti na prarodičích.

I Haškovcová (1990) ve své knize uvádí, že právě tyto změny se značně dotýkají starých lidí. Dříve rodina plnila ekonomické funkce tím, že členové rodiny žili dohromady, společně i pracovali a zajišťovali si obživu. Fungovala zde takzvaná výměnná služba mezi generacemi, což vedlo k toleranci dětí i starých jedinců, kteří byli tolerováni jak v rodině, tak i ve společnosti. Děti splácely dluh za výchovu a podporu, které se jim dostávalo od rodičů. Senior v minulých dobách neztrácel svoji sociální rodinou roli, stárnul totiž nepozorovaně, přičemž pracovní funkce s postupem věku vyměňoval za pracovní funkce méně náročné. Tento způsob stárnutí měl velice pozitivní dopad na celkový proces stárnutí a adaptací jedince na stárnutí, starý člověk měl svůj řád a stárnul v aktivitě. Navíc byl starý člověk v očích společnosti i rodiny považován za garanta moudrosti.

S počátkem průmyslové revoluce a centralizace ekonomického výrobního potencionálu dochází ke značným změnám. Zaměstnavatelé hledají kvalitní výrobní sílu, z výrobní síly vypadávají starší a pomalejší jedinci, kteří se mohou cítit méněcenní. Rozvoj centralizované výroby měl značný vliv na způsob života jedince, zejména měl vliv na starší jedince, u kterých se stal odchod do penze reálnou nutností. V této fázi mají mladí své místo, svůj harmonogram, svůj režim. Staří tento harmonogram odchodem do důchodu ztrácejí. Právě tento fakt byl důvodem neshody mezi dvěma velkými subpopulacemi (Haškovcová, 1990).

V rámci modernizace společnosti došlo k atomizaci rodiny, rodina se nejčastěji skládá z rodičovského páru a jejich potomků (Singly, 1999). O nemocné a potřebné nejčastěji pečovaly ženy, nicméně role ženy si prošla řadou změn. Nejzásadnější změnou je vstup ženy na pracovní trh, profesionalizace žen a jejich kariérní růst, což oslabuje časové možnosti žen v péči o své blízké. Péče o seniory přechází poté i na stát (důchodové pojištění, sociální opatření), (Burešová, Řezáčová, Stehlíková, 2009).

V současné době se stává péče o seniory problémem dlouhodobého či trvalého charakteru. Rodiny se mnohdy chtějí o svého blízkého postarat, ale brání jim v tom například finanční důvody, hypotéky, časová náročnost péče, bariéry v bytě či domě a mnohé další. Důvodů je zkrátka mnoho, z toho některé řešit lze, některé nikoliv

(Růžičková, 2009). Při rozhodování o péči o svého blízkého v zásadě hrají významnou roli životní postoje rodiny a hodnoty rodiny (Burešová, Řezáčová, Stehlíková, 2009).

Rodina, jakožto neprofesionální pečovatel, zabezpečuje svému blízkému ošetrovatelskou péči, dále například pomoc při vyřizování úředních záležitostí, dohlíží a zabezpečuje svému blízkému veškeré potřeby – psychická podpora, domácí práce, koordinace péče (www.coface-eu.org).

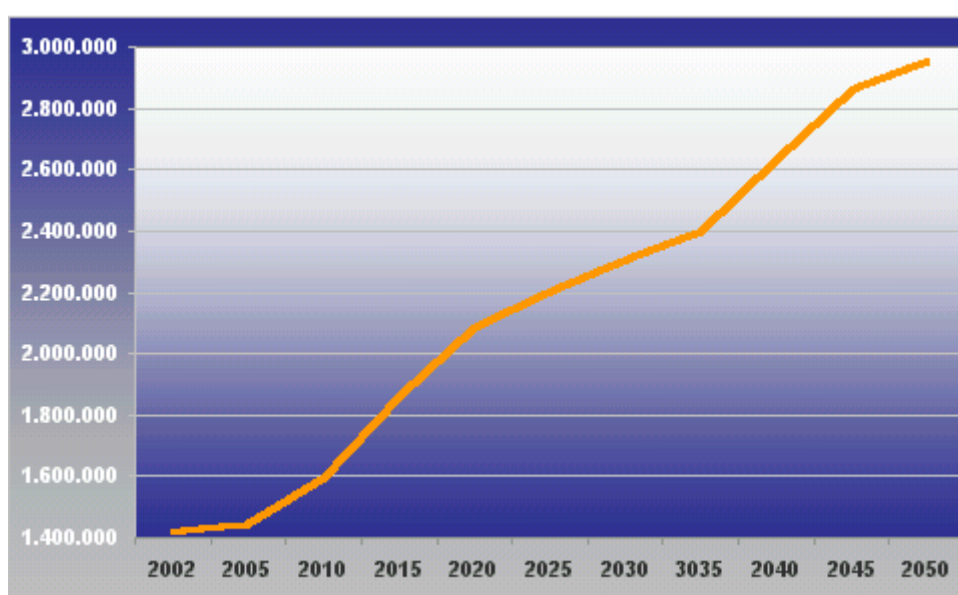
Novák (2011) tvrdí, že 80 % české populace má za to, že péče o staré a nemohoucí rodiče mají obstarat především jejich primární potomci.

Podle Haškovcové (1990) se problémy seniorů dnešní doby nedají zúžit pouze na potřebu ekonomického, sociálního a zdravotnického zajištění. V České republice, ale i v celé Evropě, je při péči o seniory využíván princip subsidiarity. Šelner in Barvíková (2005:60) říká, že „dnešní tendence je v evropských zemích taková, že v první řadě nese za péči zodpovědnost rodina. Pokud tuto nemůže převzít, pak přebírají (spolu)péči další složky.“

2 SENIOR

Neodmyslitelnou etapou lidského života je stárnutí, které nás provází již od narození. V České republice se péče o seniory potýká s řadou problémů. Nejnaléhavější je fenomén stárnutí, který se stává problémem celé vyspělé populace. Důkazem jsou demografické ukazatele Českého statistického úřadu. Viz graf vývoje počtu osob ve věku nad 65 let:

Obrázek č. 1: Budoucí vývoj počtu osob ve věku nad 65 let, ČR, 2002–2050



www.demografie.cz

2.1 Stáří a stárnutí

„Vědět, jak zestárnout, to je mistrovské dílo moudrosti a jedna z nejdůležitějších kapitol velkého umění žít.“

Henri Amiel

Stáří je poslední vývojovou etapou lidského života, nebo také pozdní fázi ontogeneze. Pro stáří jsou typické involuční změny a to funkční i morfologické, které vedou k fenotypu stáří. Fenotyp stáří je určován vlivy prostředí, individuálním zdravotním stavem, způsobem životního stylu, ale také na něj mají vliv sociálně ekonomické činitele. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Křehkost podle Haškovcové (2012) je základním znakem stáří, starý člověk vyžaduje větší pozornost. Péče o seniora by měla být co nejvíce komplexní, měla by zahrnovat péči sociální, lékařskou, ošetrovatelskou a ekonomickou.

Haškovcová zdůrazňuje zájem o problematiku stárnutí a stáří, a právě zájem je nezbytným faktorem pro to, aby byl lidský život nejen kvalitní, ale i dlouhý a spokojený. Vytvoření těchto podmínek nebude jednoduché, moderní společnost totiž upřednostňuje mladou, tedy ekonomicky aktivní populaci. Mnozí lidé přemýšlí o stáří jako o nezajímavé a nudné periodě lidského života, staří jsou podle jejich názoru mnohdy finanční zátěží (Haškovcová, 2012, in Černá, 2013).

Kalvach a kol. (2004) hovoří o stárnutí jako o přirozeném biologickém a zákonitým procesu, v průběhu něhož se snižují adaptační schopnosti a ubývá fyzických sil, což je medicínské hledisko. Proces stárnutí probíhá již od našeho narození, avšak opravdové známky stárnutí se projevují až při poklesu funkcí, který spojujeme s dosažením sexuální dospělosti.

Nemůžeme určit, kdy přesně stáří nastupuje, protože fyziologické změny v lidském organismu probíhají bez přestání a pomalu. Jde o velice individuální, ale zároveň nezvratný fyziologický proces. Každý své vlastní stáří prožívá jinak, každé stáří je originální. Gerontologie jakožto vědní obor zkoumá a sleduje poznatky o stáří a stárnutí (Mühlpachr, 2009).

Mühlpachr (2009) stáří dělí na:

Chronologické stáří, je určeno dnem narozením a uplatňuje se zde následující členění:

Mladí senioři se řadí do věkového rozpětí 65–74 let.

Staří senioři se řadí do věkového rozpětí 75–84 let.

Velmi staré seniory klasifikujeme od 85 let a více.

Sociální stáří je spojené s několika sociálními změnami. Hlavní sociální změna, která ovlivňuje další průběh stáří, je odchod do penze, respektive dosažení penzijního věku. S odchodem do penze je spojeno mnoho nepříznivých faktorů, které mohou ovlivnit kvalitu života.

Biologické stáří ovlivňují involuční změny, jde o biologické stárnutí organismu.

Psychologické stáří vystihuje subjektivní vnímání vlastního věku a odráží psychický stav jedince (Haškovcová, 2010).

2.2 Typologie nemocí v seniorském věku

Ve stáří se zvyšuje počet zdravotních omezení, vzrůstá počet chorobných stavů, geriatrická křehkost a polymorbidita. Tyto potíže jsou zcela subjektivní a mají na ně vliv faktory prostředí i faktory psychosociálního prostředí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Kalvach (1997) vymezuje sedm primárních okruhů onemocnění:

1) Arterioskleróza neboli kornatění tepen:

- **Ischemická srdeční choroba** – infarkt myokardu, chronické těžké poruchy srdeční činnosti, dušnost.
- **Postižení mozkových tepen** – mozkové cévní příhody, různá ochrnutí končetin – hemiparézy a hemiplegie, parkinsonovský syndrom nebo také multiinfarktová demence.
- **Postižení tepen dolních končetin**, které způsobuje takové bolesti, že se senior stává imobilním, často dochází i k amputaci končetin.

Mezi rizikové faktory můžeme zařadit například poruchy metabolismu tuků (vysoká hladina krevního cholesterolu), poruchy metabolismu cukrů (diabetes mellitus), vysoký krevní tlak, kouření, obezita a nedostatečný tělesný pohyb.

2) Obstrukční bronchopulmonální choroba, která vede k dušnosti, vykašlávání hlenu. Toto onemocnění je nejčastěji důsledkem zánětu průdušek nebo také kouření.

3) Osteoartróza - degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti.

4) Osteoporóza – vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti a zvýšením rizika zlomenin.

5) Alzheimerova nemoc je nejčastější typ demence, kdy dochází k úbytku psychických a intelektových schopností. Samozřejmě jsou i další typy demencí, které přináší značná rizika pro osoby v seniorském věku.

6) Poruchy zraku mohou vést až k úplné slepotě. Nejvíce ohrožující je zelený zákal, ale také degenerativní postižení žluté skvrny.

7) Poruchy sluchu.

2.3 Sociální patologie ve stáří

Senioři jsou ve stáří ohroženi sociálními patologiemi. Za sociální patologie ve stáří můžeme označit věkovou diskriminaci, nebo také ageizmus, může to být nevhodné zacházení se starými lidmi, ale také chudoba a sociální izolace. Mezi další determinanty můžeme zařadit neúspěšné zvládnutí přechodu do důchodového věku a zhoršení zdravotního stavu (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Charakteristické znaky patologického stárnutí:

- po psychické stránce se senioři potýkají nejčastěji s depresí, nespokojeností či úzkostí;
- v rámci zdravotní a funkční stránky můžeme hovořit o snížení odolnosti, zdatnosti či přizpůsobivosti;
- v interakci s prostředím senioři pociťují nesoběstačnost;
- v sociálním kontextu se senioři nejčastěji potýkají se sociální exkluzí;
- v neposlední řadě je neméně důležitá duchovní stránka, kdy seniory tíží pocit marnosti a nenaplněnosti.

Na tomto stavu se podílí více faktorů, jde především o:

- instabilitu s četnými pády a geriatrickou křehkost;
- nevhodný životní způsob života, kde můžeme hovořit o obezitě, či naopak o malnutrici;
- neléčitelné chorobné stavy (Alzheimerova nemoc, osteoartróza, ateroskleróza);
- osobnostní charakteristiky (ztráta motivace, rezignace, konfliktní komunikace);
- identifikaci s často nechtěnou a připsanou rolí nesoběstačného, imobilního jedince;
- bariéry v domácnosti a blízkém sociálním okolí;
- osamělost;
- nepropojenost podpůrných služeb a jejich nefunkčnost;
- dlouhodobou institucionalizovanou péčí;
- a věkovou diskriminaci (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

2.4 Cesta pomoci seniorům podle Kuzníkové

Kuzníková (2011) ve své knize uvádí tři druhy cest pomoci seniorovi. První možností, jak se seniorovi v nepříznivé situaci může dostat pomoci, je depistáž. Depistáž je úmyslná a cílevědomá činnost zdravotně-sociálního pracovníka. Zdravotně-sociální pracovník aktivně vyhledává seniory, kteří by mohli potřebovat jeho pomoc. Primárním cílem je poskytnout seniorovi odbornou pomoc, popřípadě mu ji zprostředkovat. Sekundárním cílem je prevence re-hospitalizací a vzniku nepříznivých sociálních situací v domácnostech seniora.

Druhá cesta pomoci seniorovi je skrze personál v interdisciplinárním týmu. Zdravotně-sociální pracovník je osloven svým kolegou, nejčastěji se jedná o lékaře či o zdravotní sestru, fyzioterapeuta, logopeda nebo také psychologa.

Poslední možnou cestou k pomoci seniorovi je žádost o pomoc od samotného seniora. Tato možnost je méně obvyklá, protože senior má zřídka kdy povědomí o tom, že mu může být sociální pomoc na akutním lůžku poskytnuta.

Výše zmíněné cesty k pomoci seniorovi by se v praxi měly prolínat a vzájemně se doplňovat.

2.5 Domácí péče a její specifika

Domácí péče s sebou nese řadu výhod, ale i nevýhod, a to jak pro samotné pečovatelé, tak i pro příjemce péče.

Podle Michalíka (2010) Česká republika zatím nedisponuje zařízením, které by svojí kvalitou a úrovní respektovalo vyšší potřeby seniora závislého na péči druhé osoby. Tuto funkci v současnosti splňuje pouze funkční rodina s kvalitním emocionálním základem. Přičemž hovoříme o rodině, ve které fungují emocionální vazby, mezigenerační solidarita, rodina je ochotná péči svému blízkému poskytnout. Senior se ve svém přirozeném domácím prostředí mnohem lépe vyrovnává se svým zhoršeným zdravotním stavem, se svojí závislostí na péči druhé osoby. Další výhodou, kterou také uvádí Michalík (2010), je ekonomická úleva pro stát, a to z více hledisek. Do nevýhod domácí péče můžeme zařadit nízkou technickou vybavenost v rámci domácího prostředí, jde zejména o kompenzační a jiné technické ulehčující pomůcky při péči o seniora. Další nevýhodou je obrovská časová, fyzická i psychická náročnost péče o osobu blízkou.

Domácí péči se u nás zabývají Michalík, Kroutilová - Nováková a Janzdíková. Shodují se, že pečující člen rodiny na sebe přebírá hlavní odpovědnost za komplexní péči o imobilního seniora. Jde o poskytování fyzické, citové, sociální, ale i duševní podpory. Domácí péče může být potřebnému seniorovi poskytována v jeho domácnosti, či domácnosti pečujících osob.

Při domácí péči dlouhodobého charakteru se vyskytují značná rizika pro pečující osobu. Tato rizika by v podstatě mohla obsáhnout jednu celou bakalářskou práci, pro účel mé bakalářské práce postačí tato rizika pouze okrajově zmínit. Rizikovostí domácí péče se zabývá Glendinning at al. (2009), který ve své studii pro Evropskou komisi zmiňuje zejména ekonomické nepříznivé důsledky, pečující ve většině případů ztrácí své zaměstnání a finanční jistotu. Příspěvek na péči, který má kompenzovat a zabezpečit veškerou péči, není adekvátní náhradou za ztrátu předešlého ekonomického a sociálního statusu pečující osoby. Časové hledisko dlouhodobé intenzivní domácí péče a počet úkonů, který pečující osoba poskytuje svému blízkému, je neadekvátní k výši příspěvku na péči. Příspěvek na péči často nepostačí pokrýt ani náklady na péči, kterou senior vyžaduje. Pečující osoba v podstatě ztrácí možnost uplatnění na pracovním trhu v budoucnu. Pečujícím osobám se snižuje starobní důchod, i když se doba poskytování péče bere jako tzv. náhradní doba, tak příspěvek na péči se do příjmů nezapočítává, čímž se snižuje částka starobní penze. Dalším dopadem dlouhodobé intenzivní domácí péče je zhoršení zdravotního, ale i psychického stavu pečující osoby. Mezi závažné dopady můžeme zařadit také sociální rizika (sociální izolace až exkluze, nedostatečná seberealizace), ztrátu osobního života a volného času.

Demografické ukazatelé zřetelně nabádají odborníky i stát k řešení této problematiky, protože počet ekonomicky aktivních osob se snižuje a kapacita potencionálních pečujících v rámci rodiny se bude snižovat přirozeně také, přičemž počet lidí závislých na péči o druhé osoby bude naopak přibývat, částečně i díky zkvalitňující se zdravotní péči (Haber Kern, Szydlik, 2009).

2.6 Ústavní péče a její specifika

System ústavní péče pro seniory podle zákona o sociálních službách nabízí domovy pro seniory, odlehčovací služby, týdenní stacionáře a další pobytové služby. Za ústavní péči v kontextu následné péče lze považovat mnohdy i zařízení zdravotnického rezortu, a to

například léčebny dlouhodobě nemocných, či hospicová zařízení, kde senioři setrvávají řádově i měsíce až rok. Těmto zařízením je věnovaná pozornost v kapitole *Následné péče*.

Specifik ústavní péče je celá řada. V současné době jsou nejpálčivějším problémem dlouhé čekací lhůty do domovů pro seniory a jejich nedostatečná kapacita, hovoří se také o ztrátě soukromí a osamocení. Diskutována je též kvalita těchto zařízení. V druhé řadě je zde finanční hledisko, i když jsou měsíční platby v domově regulované, mnoho seniorů není schopných tyto platby bez pomoci rodiny a příspěvku na péči zvládnout. Domovy pro seniory byly dříve nazývány domovy důchodců, v roce 2007, kdy nabyl účinnost zákon o sociálních službách, se většina domovů důchodců transformovala na domovy pro seniory. Domovy pro seniory jsou jedny z neznámějších rezidenčních zařízení, ve kterých se poskytují nejen sociální, ale i zdravotní služby (Haškovcová, 2012).

3 NÁSLEDNÁ PÉČE

Kapitola *Následná péče* je obšírnější oproti předchozím kapitolám. Pojem následná péče a proces při řešení následné péče jsou rozsáhlé, a protože s následnou péčí souvisí i mnoho dalších pojmů a institucí, snažila jsem se je vysvětlit v jedné kapitole pro lepší přehlednost a ucelenost. Jak už jsem se zmínila v předchozích kapitolách, stáří je křehké, staří lidé jsou ohroženi snížením soběstačnosti, či její úplnou ztrátou. Proto je potřeba rozvíjet a zkvalitňovat týmovou odbornou péči. V této kapitole se věnuji pojmu následné péče, rozsahu poskytovaných služeb, dále se věnuji samotné týmové spolupráci, procesu propouštění do následné péče, ale také samotné edukaci rodin při řešení následné péče.

3.1 Následná péče a její cíle

Smyslem, respektive hlavním cílem následné péče, by mělo být účelné vynakládání prostředků s důrazem na kvalitu péče o pacienty, zejména při zajištění příslušné ošetrovatelské nebo rehabilitační péče. Sekundárním cílem následné péče je efektivní uvolňování lůžek akutní péče po stabilizaci zdravotního stavu pacientů. Následná péče o seniora by měla být poskytována co nejbližší bydliště nemocného (www.apra.ipvz.cz).

Holmerová a kol. (2007) uvádí, že výklad termínu následné péče je často otázkou dohody a zvyku. Matoušek (2003) zastává názor, že následná péče je poskytována seniorům po propuštění z akutní, nejčastěji ústavní péče. Domnívám se, že termín následná péče má široké rozpětí, zvláště pak v kontextu práce s geriatrickými pacienty. Do následné péče se běžně zahrnují tyto instituty: agentury domácí péče, pečovatelské služby, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory, služby sociální péče, hospicová péče, rehabilitační péče a vše, co je spojeno s plánovaným propuštěním pacienta. Řadíme sem sociální, ale i zdravotní služby.

Podle autorky Zavázalové (2001) má následná péče za cíl stabilizovat akutní zdravotní stav a zároveň co nejvíce eliminovat možné následky vyplývající z onemocnění.

3.2 Edukace rodin při řešení následné péče

Edukace je důležitým článkem při řešení následné péče rodiny o seniora. Cílem edukace je pozitivně ovlivnit a namotivovat členy rodiny k aktivní spolupráci, ale také navodit

změny v chování rodiny i samotného seniora. Edukace nejčastěji probíhá již ve zdravotnickém zařízení na lůžku akutní péče – tuto edukaci můžeme označit za primární edukaci. Všeobecným cílem je, aby senior i jeho pečující získali nové poznatky a informace o daném onemocnění seniora, a dále uměli s těmito poznatky zacházet. Důležité je také osvojení praktických dovedností (např. aplikace léčebných úkonů, krmení, správné a bezpečné využívání kompenzačních pomůcek, polohování, laická rehabilitační či logopedická péče) (ose.zshk.cz).

3.2.1 Formy edukace

Při procesu řešení následné péče rodiny o seniora můžeme využít dva typy edukace. Individuální a skupinovou edukaci. Každá forma s sebou přirozeně nese výhody i nevýhody.

Při individuální edukaci se mezi seniorem a zdravotníkem tvoří velmi úzká spolupráce. Je zde více prostoru věnovat se individuálním potřebám seniora, plně se přizpůsobit sociální a zdravotní situaci seniora. Nevýhodu lze spatřit v časové i ekonomické náročnosti (ose.zshk.cz).

Skupinová edukace, může spočívat například ve skupinovém cvičení potencionálních pečovatelů (rodinných příslušníků). Edukátor rodinám vysvětluje možné přínosy při péči o seniora v domácím prostředí. Pečující zde mohou získat informace o možnostech terénních i sociálních služeb a finančních nárocích. Rodinám může být skupinově poskytována i psychologická podpora. Skupinová edukace může být zaměřena teoreticky, ale i prakticky. Výhodou je ovlivnění většího počtu posluchačů, edukantů, z čehož pramení menší časová i ekonomická náročnost. Na druhé straně se nelze věnovat individuálním potřebám jednotlivců (www.zdravi.e15.cz).

Edukátorem bývá nejčastěji někdo z členů interdisciplinárního týmu; zdravotně-sociální pracovník, fyzioterapeut, nutriční terapeut, logoped, ošetřující personál či lékař. Edukátorem může být téměř každá osoba, která se zaměřuje na edukaci a učí nemocné i rodinu. **Edukátor si musí uvědomit patřičné náležitosti:**

- koho bude edukovat (věk, pohlaví, národnost, intelekt, individuální zvláštnosti),
- důvod edukace,
- obsah edukace,
- časový rámec a rozsah edukace,

- metody a postupy edukace,
- podmínky edukace (klid, připravené pomůcky, soukromí),
- očekávané výsledky edukace (ose.zshk.cz).

Úspěšnost edukace se odvíjí od povahy daného onemocnění, dále od osobnosti samotného seniora a jeho přístupu, v neposlední řadě se úspěšnost edukace bezesporu odvíjí od kvality a zájmu zdravotnického týmu (ose.zshk.cz).

Edukace je tedy přínosem pro příbuzné pacientů, kteří budou propuštěni do domácí péče, ale také může být edukace přínosem pro rodiny, které již o svého člena pečují (www.kntb.cz).

3.3 Týmová spolupráce

Jedním z novodobých trendů poslední dekády je důraz na multidisciplinaritu. Využívá se v případové konferenci, v teorii *person in environment* - člověk v prostředí. Týmová spolupráce je nezbytnou součástí úspěšného léčebného procesu a je neméně důležitá i v jiných složkách běžného života. Každý z nás si práci s týmem vyzkoušel, ať už v práci, ve škole, nebo také v rodině.

Kolajová (2006) definuje tým jako malou skupinu lidí, která se vzájemně doplňuje v dovednostech, je oddaná společnému účelu a pracovním cílům. Zkrátka sdílí dosažení společně vytyčeného cíle.

„Každý člen má jisté zkušenosti, dovednosti, svůj způsob myšlení a vidění světa. Při společném řešení se zkušenosti a dovednosti jednotlivých členů kombinují, na problém se nahlíží z různých úhlů pohledů, a tím se i nabízejí širší možnosti řešení“ (Kolajová 2006:16).

Beder (2006) definuje spolupráci v týmu jako komplexní a dynamický proces, kde se dva i více pracovníků podílí na poskytování péče, pomáhají řešit seniorovi a jeho rodině sociálně nepříznivou situaci.

Zdravotně-sociální pracovník se snaží rozpoznat případné bariéry, které seniora v domácím prostředí mohou obklopovat, a to právě ve spolupráci s ostatními pracovníky (Musil, 2004).

Týmovou spolupráci ve zdravotnických zařízeních lze podle Severové (2005) rozdělit na **vnitřní a vnější tým**.

Do vnitřního týmu patří pracovníci ze zdravotnického zařízení, kteří se podílejí na řešení nepříznivé sociální situace seniora. Mezi ně můžeme zařadit lékaře, psychology, fyzioterapeuty, zdravotní sestry, logopedy, nutriční terapeuty a v neposlední řadě zdravotně-sociální pracovníky. Primárním cílem odborných lékařů je stabilizace akutního zdravotního stavu. Lékaři pomáhají zdravotně-sociálním pracovníkům tím, že ponechávají seniory na akutním lůžku déle, než jejich zdravotní stav opravdu vyžaduje. Tento získaný čas využívá zdravotně-sociální pracovník k dořešení nepříznivé sociální situace seniora. Protože už samotná hospitalizace je pro pacienta mnohdy psychicky náročná, fungují zde i psychologové a psychiatři, kteří pacientům pomáhají zvládnout náročnost daného onemocnění i samotné hospitalizace a jsou opravdu velkou oporou pro psychickou pohodu a benefit pacientů. Ošetrovatelskou péči zabezpečují především zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci a další ošetrovatelský personál, kteří jsou nezbytnou součástí týmu. Je velice důležité, aby se pacient cítil dobře, zůstal v co nejlepším somatickém a psychickém stavu, proto tyto pracovníci dbají zejména o předcházení proleženin, nácvik sedu a mobility na lůžku a následně nácvik stoje a chůze. Velice zásadní je motivace k udržení a zlepšení soběstačnosti pacienta (Severová in Černá, 2013, 2005).

Zdravotně-sociální pracovník v určitých případech celý tým propojuje a funguje jako koordinátor nebo také facilitátor. Pro efektivní spolupráci je nutné, aby byly v týmu striktně vymezeny kompetence jednotlivých členů. Zdravotně-sociální pracovník nemá mnoho pravomocí, nemůže nařídít lékaři, aby pacienta nepropouštěl z nemocnice, když nemá dořešenou následnou péči, ale může mu vysvětlit komplikace a následné ohrožení, které by pro pacienta nastaly v případě jeho předčasného propuštění (Severová, 2005).

Vnější tým tvoří zaměstnanci institucí mimo zdravotnické zařízení, se kterými zdravotně-sociální pracovník spolupracuje na úspěšném vyřešení sociální situace seniora (Severová, 2005). Kuzníková (2011) do vnějšího týmu řadí například instituce poskytující zdravotní péči, instituce poskytující sociální péči, dále úřady práce, Policii ČR.

Kuzníková (2011:23) dále tvrdí, že „komplexnost péče v medicíně dnes vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, do kterého patří i zdravotně sociální pracovník.“

Podmínkou úspěšné pomoci seniorovi je funkční propojení spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka a klienta s jeho blízkým sociálním okolím, dalšími organizacemi mimo zdravotnické zařízení a jednotlivými členy vnitřního týmu (Kuzníková, 2011).

Důležité je vymezení náplně a systému práce v dané organizaci. Samozřejmostí by měla být pravidelná denní setkání všech pracovníků týmu, na kterých by se měla řešit situace pacientů. Další zásadní složkou úspěšné spolupráce je účast na vizitách, kde dochází k propojení procesu sociální práce s medicínskou léčbou (Kuzníková, 2011).

Beránková in Kuzníková (2011:25) poukazuje na praktiky ze zahraničí, kde se „ukazuje, že nesmírně důležitým faktorem úzké spolupráce celého týmu je i **fyzický prostor, stálá přítomnost sociálního pracovníka na klinice či oddělení**, kdy má možnost být v blízkosti klientů i spolupracovníků z týmu.“

Týmovou spoluprací můžeme dále rozdělit na interdisciplinární a multidisciplinární tým. V interdisciplinárním nebo také mezioborovém týmu by měla panovat shoda pracovníků při řešení a plánování potřeb seniora. Členové tohoto týmu si vzájemně a efektivně předávají zásadní informace o seniorovi. Výsledkem práce v mezioborovém týmu je efektivní naplánování intervencí a pomoci (Kuzníková, 2011).

Beder (2006) uvádí, že spolupráce v mezioborovém týmu je komplexní a dynamický proces, ve kterém se poskytují služby a pomoc samotným seniorům a členům rodiny. Tato pomoc je poskytována dvěma nebo i více pracovníky z týmu.

V multidisciplinárním týmu můžeme nalézt víceoborové zastoupení. Každý člen v multidisciplinárním týmu má svoji specifickou roli, své přednosti a své priority. Tito členové často nesdílejí shodu v plánu intervencí (Solheim in Kuzníková, 2011)

Kuzníková (2011) tvrdí, že týmem pro sociální práci ve zdravotnictví je nejvhodnější interdisciplinárním tým.

3.3.1 Rodina

Krokem ke zdárnému vyřešení následné péče je zapojení rodiny seniora do diagnostického a terapeutického procesu. Podíl rodiny na sestavování plánu propuštění do následné péče by neměl být zanedbatelný, rodina by se měla aktivně účastnit všech konzultací s odborníky v týmu a se všemi intenzivně spolupracovat (Janečková in Matoušek, 2005).

Pro zlepšení efektivity spolupráce mezi rodinou a odborníky některé nemocnice již využívají tzv. řízených návštěv. Nejen lékařský personál, ale i další odborníci a kolegové

v týmu by měli rodinu povzbuzovat a motivovat. Smyslem řízených návštěv je aktivní spolupráce rodiny. V rámci této spolupráce se rodina učí, jak se svým blízkým správně komunikovat, jak jej polohovat a mnohé další (Janečková in Matoušek, 2005).

To vše napomáhá k úspěšnému návratu seniora do jeho přirozeného prostředí. Zřetel by měl být brán nejen na potřeby seniora, ale i potřeby pečující rodiny (Janečková in Matoušek, 2005).

3.4 Propouštění do následné péče

Senior je ohrožen převážně nestabilitou svého zdravotního stavu, popřípadě i trvalým snížením soběstačnosti, která plyne z jeho onemocnění. Když je zdravotní stav stabilizovaný a z lékařského hlediska není možno více přispět k jeho zlepšení, je nutné zajištění adekvátní následné péče, kde bude mít senior potřebnou zdravotní, ošetrovatelskou a sociální péči. Právě při této následné péči je zdravotně-sociální pracovník důležitým článkem. Rodina se v zásadě rozhoduje mezi domácí péčí a ústavní péčí, přičemž každá z těchto variant s sebou nese řadu výhod i nevýhod (Matoušek, 2005).

Zdravotně-sociální pracovník se podle lékařů nachází mezi seniorem a jeho rodinou. V případě, že není proces propuštění do následné péče zvládnut, dochází u seniora po propuštění například ke zhoršení zdravotního stavu, snížení soběstačnosti a zvýšení závislosti na pomoci druhé osoby, často také dochází k opakovaným hospitalizacím, tzv. re-hospitalizacím. Z těchto důvodů je žádoucí dbát na návaznost všech složek péče o seniora (Marek a kol., 2001).

Podle Kalvacha (2004) by mělo být propouštění do následné péče na velice odborné úrovni, zejména by mělo být citlivé vůči seniorům, mělo by respektovat vůli a důstojnost seniorů.

I Evropská charta práv a povinností starších osob (2010), které vyžadují dlouhodobou péči a pomoc uvádí, že má senior právo o své následné péči rozhodovat. Nicméně z praxe jsou mi známy situace, kdy senior o své následné péči rozhodnout nemůže a to z důvodu špatného zdravotního stavu. V tomto případě činí rozhodnutí za seniora samotná rodina, či dané zdravotnické zařízení.

3.5 Sociální služby v kontextu řešení následné péče

Podle Novákové (2011) je hlavním cílem sociálních služeb v kontextu následné péče rozvoj soběstačnosti seniora, popřípadě zachování stávající soběstačnosti. Sociální služby se snaží zlepšit kvalitu života seniorů prostřednictvím snížení sociálních i zdravotních rizik.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nabízí sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Služby se dále dělí na ambulantní, terénní nebo pobytové. Do služeb sociální péče řadíme osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, odlehčovací služby, průvodcovské a překladatelské služby, podporu samostatného bydlení, centra denních služeb a denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení a sociální služby, které jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních upravuje zákon 108/2006 Sb., § 52. Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. Tyto osoby nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče, do doby, než je jim zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou, případně je zajištěno poskytování terénních, ambulantních sociálních služeb nebo poskytování pobytových služeb v zařízeních sociální péče.

Sociální služby, které nejčastěji rodiny a senioři využívají v kontextu řešení následné péče, jsou služby pečovatelské, služby osobní asistence, a další pobytové služby sociálního charakteru.

Pečovatelská služba je v kompetenci veřejné správy České republiky, která nabízí pomoc seniorům zejména v jejich domácím prostředí. Zabezpečuje nákupy, či jiné obchůzky, pomáhá seniorovi s osobní hygienou, zajišťuje běžný úklid, dohlíží na správné dávkování a užívání medikace. Pečovatelská služba je poskytována dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Dušková in Kalvach a kol., 2011).

Mezi další služby, které jsou často poskytovány seniorům, řadíme služby osobní asistence, která oproti pečovatelské službě není časově limitovaná. Služby osobní asistence také mohou využívat senioři, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo onemocnění

a jejich situace si žádá pomoc jiné fyzické osoby. Služby osobní asistence jsou poskytovány v přirozeném prostředí seniora. Pro rodinu to může být i forma krátkodobé pomoci formou odlehčovací péče (Pěchotová in Kalvach a kol., 2011).

Do pobytových sociálních služeb sociální péče pro seniory řadíme domovy pro seniory, domovy pro seniory se zvláštním režimem, různé odlehčovací pobytové služby, týdenní stacionáře, chráněná bydlení, domovy s pečovatelskou službou, nebo také sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních (Horecký in Kalvach a kol., 2011).

3.6 Zdravotnické služby v oblasti následné péče

Hlavním cílem zdravotnických služeb v oblasti následné péče je především zabezpečení ošetrovatelské či rehabilitační péče v návaznosti na ukončení akutní lůžkové péče. Zdravotní zařízení v rámci následné péče využívají zejména senioři, kteří se nemohou vrátit do svého přirozeného prostředí. Nejčastěji využívaná zdravotnická zařízení jsou léčebny dlouhodobě nemocných, odborné rehabilitační ústavy, hospicová zařízení a služby domácí péče tzv. home care.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné nejsou v očích veřejnosti populární. Laicky řečené „eldénky“ vznikaly od 70. let 20. Století a zpočátku byly určeny pro téměř všechny diagnózy. Byli sem přijímáni pacienti, kteří potřebovali dlouhodobou péči, už v této době šlo zejména o seniory. V současné době léčebny dlouhodobě nemocných přijímají pacienty na základě doporučení obvodního, nebo odborného lékaře anebo při hospitalizaci na základě propouštěcí zprávy a podané žádosti. Délka pobytu je limitována na maximálně tři měsíce, samotné hospitalizace však řeší individuálně. Léčebny dlouhodobě nemocných zajišťují celodenní ošetrovatelskou péči, zajišťují také rehabilitační péči, ergoterapii a logopedii (Haškovcová, 2012).

Dalším zdravotnickým zařízením jsou doléčovací a rehabilitační ústavy, kde hlavním smyslem je rehabilitace, aktivizace, snaha o zlepšení mobility a návrat seniora zpět do jeho přirozeného prostředí. Rehabilitační péče bývá většinou zahájena již na lůžku akutní péče. Do doléčovacích a rehabilitačních ústavu by měli být zpravidla překládáni spolupracující senioři, schopní aktivní rehabilitace. Léčebná rehabilitace je nezbytnou složkou zdravotní péče, jedná se o „**soubor rehabilitačních, diagnostických, léčebných a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince**“ (Kolář in Kalvach a kol., 2011:201).

Matoušek (2003:181) 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 posledních letech je též hojně využívána služba domácí péče. Home care je systém odborných zdravotnických služeb, které senior využívá ve svém domácím prostředí. Domácí péče je plně hrazena zdravotní pojišťovnou, senior jí může získat na základě doporučení praktického, nebo odborného lékaře. Zastřešující organizací je Asociace domácí péče České republiky. Smyslem domácí péče je podpora soběstačnosti seniora v jeho domácím prostředí, je tendence snížit potřebu hospitalizace v ústavních zařízeních (Misconiová in Kalvach a kol., 2011).

Hospicová péče je péče, která nabízí těžce nemocným (zpravidla v terminálním stádiu onemocnění) a jejich rodinám účinnou a smysluplnou pomoc. Tuto péči můžeme definovat jako krátkodobou - u pacienta je krátká životní perspektiva, pacient už není léčen, probíhá paliativní léčba. Je důležité, aby pacient v posledních měsících, týdnech či dnech svého života měl relativní fyzický i psychický komfort a především, aby závěrečná etapa života nemocného byla co nejkvalitnější a bez bolesti (Topinková, Neuwirth, 1995).

4 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

V poslední kapitole vymezují působení sociální práce ve zdravotnictví a rovněž se věnují specifikům sociální práce ve zdravotnictví. Dále se zaměřují na zdravotně-sociálního pracovníka a etická paradigmatata této profese.

4.1 Vymezení sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví je v kompetenci dvou velkých segmentů, Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. Už tato zásadní roztržičnost značí, že při současné tendenci a snaze, která se týká komplexnosti a návaznosti zdravotní a sociální složky, nemůže tento bezesporu dobrý úmysl efektivně fungovat. Při péči o seniory by mělo docházet k integraci obou dvou subjektů a jejich jednotlivých poskytovatelů, poskytovatelů zdravotní a sociální péče (Vurm a kol., 2007).

Kutnohorská, Cichá a Goldman (2011:28) uvádějí, že „zdravotně sociální práce je odborná disciplína zaměřená na sociální práci s člověkem, který se v souvislosti se svým zdravotním stavem či věkem (často obojím) dostal do svízelné životní (sociální) situace nebo již ve svízelné životní situaci byl ještě před hospitalizací či jinou intervencí ze strany poskytovatelů zdravotní péče.“

Profesní organizace Česká asociace sester vypracovala tzv. pracovní postup, kde definuje sociální práci ve zdravotnictví jako oblast, v níž se střetává péče zdravotní s péčí sociální a která je důležitou součástí komplexního léčebně-ošetrovatelského procesu (Česká asociace sester, 2008 in Černá, 2013).

Dalším autorem, který nám potvrzuje myšlenku sjednocení a komplexnosti péče o seniory je Tomeš, podle něhož by se zdravotní a sociální péče měla vzájemně doplňovat, a co více, péče o seniora by se měla vzájemně i ovlivňovat (Tomeš, 2001).

4.2 Specifika sociální práce ve zdravotnictví

Důsledky nedostatečného propojení systémů sociální a zdravotní péče o seniory můžeme spatřit v tom, že na akutním zdravotním lůžku často končí senioři, kteří v zásadě ani akutní zdravotní péči nepotřebují. Taková hospitalizace je známa jako tzv. sociální hospitalizace, kde je sociální péče nahrazována pobytem v nemocnici na akutním lůžku. U seniora se primárně může zhoršit sociální situace a následně se může vlivem zhoršením sociální situace přitížit seniorovi i po zdravotní stránce. Jindy je tomu naopak, u seniora

dojde nejprve ke zhoršení zdravotního stavu, což má dále vliv i na jeho sociální situaci (Severová, 2005).

I Janečková a Hnilicová (2009) tvrdí, že zdravotní a sociální složka by neměla být oddělována, nelze, aby mezi těmito dvěma složkami fungovala striktní hranice. V sociálních zařízeních, ale i ve zdravotnických zařízeních, by mělo docházet k propojování obou dvou složek péče o seniora.

Specifikum sociální práce ve zdravotnictví tkví ve znalosti diagnóz a prognóz, které ovlivňují sociální oblast pacienta. Kombinace sociálních a zdravotních problémů je podle Severové velice náročná na psychiku sociálního pracovníka (Severová, 2005).

Dalším specifíkem, či úskalím, jsou vysoké náklady na zdravotní péči, které management zdravotnického zařízení tlačí ke zkracování hospitalizací. Snaha o co nejrychlejší propuštění seniora do následné péče je značně intenzivní, což potvrzuje i Janečková (2005). V tomto krátkém intervalu není mnohdy čas adekvátně vyřešit následnou péči o seniora.

4.3 Zdravotně-sociální pracovník a jeho působení

V České republice je pro zdravotně-sociálního pracovníka nutné získání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Jednotlivé činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví upravuje vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění. Sociální pracovník ve zdravotnictví vykonává činnosti podle § 3 odstavce 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může:

- provádět sociální prevenci, v rámci sociální prevence cíleně vyhledává klienty, kteří se díky svému onemocnění ocitli v nepříznivé sociální situaci, následně jejich nepříznivou sociální situaci pomáhá řešit,
- obstarávat sociální prevenci a depistážní činnost, kterou Kutnohorská, Cichá a Goldman (2011) řadí do výchovných dovedností,

- provádět sociální šetření u klientů, kde posuzuje a analyzuje sociální a zdravotní situaci z pohledu jejich onemocnění a následků plynoucích z daného onemocnění. Někdy je potřeba objektivizovat životní situaci pacienta, proto je nutné zahájit sociální šetření i návštěvní službou v rodinách. Na základě spolupráce s orgány veřejné správy, případně dalšími subjekty, zdravotně-sociální pracovník zpracovává zprávu o zjištěných skutečnostech,
- provádět sociální opatření a za spoluúčasti zdravotnického týmu tato opatření realizovat,
- zajišťovat veškerá další sociálně-právní poradenství spojená s nemocí a následky plynoucími z onemocnění, popřípadě i odborné poradenství v sociální oblasti v případě úmrtí klienta,
- účastnit se začlenění pacientů, zejména u těch, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních dovedností nebo narušených sociálních vztahů. Zdravotně-sociální pracovník by se měl aktivně na této integraci podílet a získávat pro ni pacienty a jejich sociální okolí.
- podílet se na přípravě propouštění pacientů do následné péče, včetně zajištění dalších služeb a péče.

Zdravotně-sociální pracovník by měl disponovat mnoha dovednostmi. Jedná se například o oblast psychosociální podpory rodin a seniorů, oblast poradenství, oblast komunikace a v neposlední řadě oblast edukace. Edukační dovednosti jsou velice důležitým aspektem sociální práce se seniory a jejich rodinou. Zdravotně-sociální pracovník pomáhá seniorovi a jeho rodině pochopit dané onemocnění a důsledky plynoucí z onemocnění, snaží se, aby senior a rodina pochopili průběh samotné léčby. Rodinu i seniora seznamuje s možnostmi následné péče, se zdravotními, sociálními službami a stávající legislativou. Mnohdy se stává, že musí výchovně působit i na samotné lékaře a personál (Kuzníková, 2011).

4.4 Etická paradigmatata

K profesi zdravotně-sociálního pracovníka bezvýhradně patří etika. Etická dimenze zde zastává velmi důležité postavení. Zdravotně-sociální pracovník by měl porozumět oblasti etiky, být empatický a dodržovat etický kodex sociálních pracovníků v České republice. Etický kodex byl vydán Společností sociálních pracovníků v roce 1995.

Kutnohorská, Cichá a Goldman (2011) považují etiku a komunikaci za **klíčovou dovednost**. Etika postihuje věcnou a správnou komunikaci vůči seniorovi a jeho rodině. Zdravotně-sociální pracovník by měl empatickým způsobem předávat veškeré informace týkající se seniora. Informace sociální povahy by měl tímto způsobem předávat i veřejnosti, a to prostřednictvím médií, například při psaní článku do odborných publikací. Důležité je, aby zdravotně-sociální pracovník etické kodexy ve zdravotnictví nejen znal, ale i dodržoval. Měl by ctít a respektovat klientův požadavek na důvěrnost informací týkajících se jeho osoby a jeho rodiny. Klientovi a jeho rodině by měl naslouchat a poskytovat emocionální podporu.

Vurm a kol. (2007) uvádí, že se zdravotně-sociální pracovník často dostává do dilematických situací, kdy se musí umět eticky rozhodnout, což rozhodně nemůžeme považovat za jednoduché. Zdravotně-sociální pracovník by si měl položit otázku, jaké jsou vůbec možnosti řešení, a hledat důvody pro jednotlivá řešení, a jejich případné důsledky.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE

V teoretické části byly shrnuty základní informace o procesu řešení následné péče o seniora, kde jsem se zaměřovala zejména na cílovou skupinu seniorů, rodinu, sociální práci ve zdravotnictví a na možnosti následné péče. Na teoretickou část přirozeně navazuje část praktická. Praktická část bakalářské práce se dělí na dvě části – část metodologickou a část analytickou. V rámci metodologické části popisují všechny kroky, které přirozeně spějí k dokončení výzkumu. Objasňuji zde volbu metodologie, tedy výzkumné strategie, zabývám se cílem výzkumu, představuji výzkumný vzorek a popisují celkovou realizaci výzkumu. V závěrečné části kapitoly analyzuji a interpretuji zjištěné poznatky, dosažené výsledky výzkumu propojuji s dosavadními poznatky odborné literatury.

5.1 Cíl výzkumu, výzkumná strategie, metoda sběru dat

V sociologických vědách se nejčastěji využívají dvě výzkumné strategie, a to strategie kvantitativní a strategie kvalitativní. Obě s sebou přinášejí řadu výhod i nevýhod. Kvalitativní výzkum vychází z induktivní metody a kvantitativní výzkum je založen na metodě dedukce (Disman, 2006). Disman (2006 : 76) vymezuje metodu dedukce takto: „Deduktivní metoda vychází z teorie nebo z obecně formulovaného problému. Teoretický nebo praktický problém je přeložen do jazyka hypotéz. Hypotézy navrhuji, jaké spojení mezi proměnnými bychom měli najít, je-li naše hypotéza pravdivá. Pak následuje sběr dat. Odpovídají-li závislosti mezi sebranými daty vzorci předpověděnému v hypotézách, přijmeme hypotézy jako platné. Jinak musíme hypotézy odmítnout.“ Testování hypotéz je tedy primárním cílem kvantitativního výzkumu.

Pro výzkum své bakalářské práce jsem si zvolila právě kvantitativní strategii. Problematiku následné péče a sociální práce ve zdravotnictví se seniory jsem již zkoumala ve své absolventské práci, kde jsem zvolila kvalitativní strategii. Ta mně zde posloužila ke zmapování terénu, respektive této aktuální problematiky a mohla jsem proniknout do hloubky problému. Důvodem volby nynější kvantitativní strategie byla snaha zmapovat tutéž problematiku na větším počtu respondentů pečujících osob.

Cílem výzkumného šetření je hledání odpovědí na následující otázky: „**S jakými konkrétními úskalími se rodina (primární pečující osoba) při řešení následné péče o seniora nejčastěji setkává?**“, „**Daří se rodinám (primární pečující osobě) uspokojivě vyřešit následnou péči o svého blízkého?**“

Podle Jeřábka (1992) jsou hypotézy pracovní nástroje teorie, odvozujeme je tedy z teorie, stanovené hypotézy ověřujeme, což je jeden z primárních úkolů výzkumu. Na počátku jsem si stanovila nulovou hypotézu, tedy obecně formulovanou oznamovací větu, která zněla „**Rodina při řešení následné péče o svého blízkého neshledává žádné obtíže**“.

Tato hypotéza byla falzifikovaná, v rámci výzkumného šetření mé absolventské práce jsem zjistila, že rodina se při řešení následné péče o svého blízkého (seniora) potýká s řadou problémů. Na základě zjištění rozdílů jsem si stanovila **dva výzkumné problémy**:

- 1) Rodina seniora se při řešení následné péče potýká s řadou specifických problémů.
- 2) Rodině seniora komplikuje vyřešení následné péče nesjednocení sociálních a zdravotních služeb.

Na základě výzkumného cíle a výzkumných problémů a dle jednotlivých tematických okruhů jsem si vytvořila dotazník, který mi posloužil ke sběru dat. Dotazník je přiložen v příloze č. 1.

Jakožto každou metodu sběru dat, taktéž i metodu dotazníkové šetření provází řada výhod a nevýhod. Disman (2006) do výhod této metody sběru dat řadí možnost získat informace od velkého množství respondentů, a to v poměrně krátkém časovém horizontu. Výsledky výzkumu jsou pak relativně nezávislé na výzkumníkovi. Jako nevýhoda se jeví, to, že respondenti nemusí často odpovědět na nějaké otázky, či vůbec dotazník nemusí vyplnit a odevzdat, což souvisí s návratností dotazníků. Návratnost dotazníků jsem se snažila ovlivnit a redukovat. Dotazníky jsem osobně distribuovala, jakožto sociální pracovnice na neurologické klinice jsem měla možnost se s mnoha respondenty setkat osobně.

V první fázi jsem si sepsala všechny možné otázky, které mne zajímaly. Snažila jsem se otázky formulovat srozumitelně a výstižně. Následně jsem si sepsala jednotlivé tematické okruhy. Poté jsem formulované otázky přiřazovala k jednotlivým tematickým okruhům a upravila je tak, aby na sebe přirozeně navazovaly. V závěrečné fázi jsem doplnila do dotazníků úvodní oslovení respondentů, kde jsem je seznámila s předmětem a účelem výzkumu, také jsem je zde ujistila o zaručení anonymity. Byla provedena pilotáž

dotazníků, kde jsem se snažila ověřit formulaci a srozumitelnost otázek. V rámci pilotáže jsem přišla na řadu chyb, které jsem následně upravila.

5.2 Volba a charakteristika výzkumného vzorku

Cílem výzkumného vzorku je, aby představoval určitý problém. Jeřábek (1992) uvádí několik typů výběru, rozeznává výběry pravděpodobnostní a nepravděpodobnostní. Do pravděpodobnostního výběru řadí prostý náhodný výběr, stratifikovaný náhodný výběr, skupinový výběr a vícestupňový náhodný výběr. V rámci nepravděpodobnostního výběru je nejčastěji užíván kvótní výběr, záměrný, systematický, výběr úsudkem a nabalováním.

Kvantitativní výzkum má poměrně nízkou validitu, respondenti se musí spokojit s nabízenými otázkami a není zde prostor, aby mohli konkrétně popsat, popřípadě rozvést své postoje a myšlenky. I přesto je nutné pečlivě a důkladně vybrat zkoumané jednotky. Jako žádoucí se jeví, co nejpřesnější definování a výběr základního výzkumného souboru (Jeřábek, 1992). Pro svůj výzkum jsem si zvolila záměrný nepravděpodobnostní výběr.

Výzkum jsem zaměřila úmyslně na rodiny (primární pečující osoby), které řeší, nebo již v poslední době (době sběru dat) řešili následnou péči o svého blízkého. Záměrně jsem tedy ve spolupráci s dalšími zdravotně-sociálními pracovníci selektovala rodiny, které tuto problematiku řeší, či řešily. Řešení a možnosti následné péče jsou blíže popsány v teoretické části. Protože jsem chtěla, aby sběr dat byl aktuální, nešlo udělat seznam rodin, na kterém bych aplikovala vhodnější metodu.

5.3 Realizace výzkumu

Sběr dat probíhal od července 2013 do prosince 2013. Jak už jsem se zmínila, sama pracuji ve Fakultní nemocnici u sv. Anny jako sociální pracovníce, u vyplňování dotazníků jsem tedy v mnoha případech byla osobně přítomna a případně jsem rodinám vysvětlovala, či upřesňovala podstatu otázky a tím se mi podařilo značně eliminovat návratnost a neplatnost dotazníků. Respondentům bylo rozdáno celkem 70 dotazníků, přičemž návratnost činila 58 dotazníků, 12 dotazníků bylo vyřazeno pro neúplnost odpovědí. Do výzkumu bylo zařazeno 58 odevzdaných a řádně vyplněných dotazníků.

5.4 Analýza a interpretace výsledků

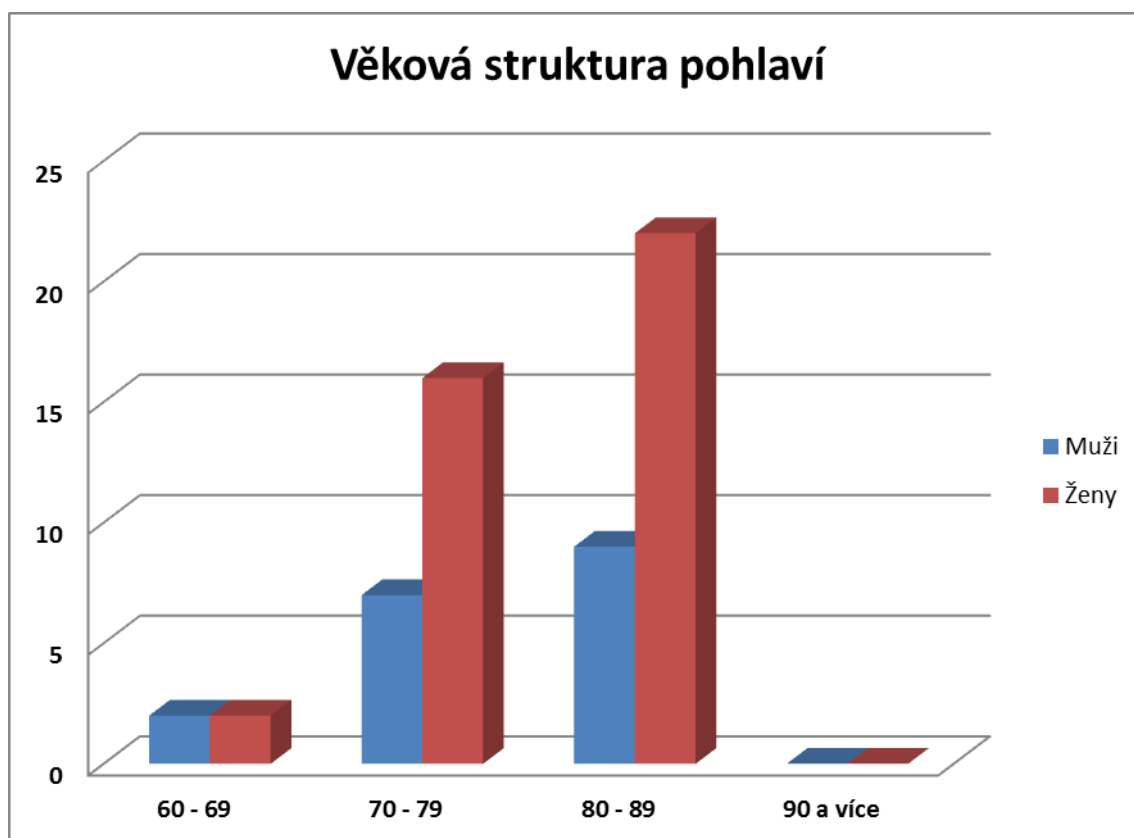
Hlavní podstatou této kapitoly je zhodnocení výzkumného šetření, analýza a interpretace získaných dat od respondentů. Kapitola prakticky kopíruje jednotlivé otázky dotazníkového šetření, v těchto oblastech komentují, analyzují a interpretují získaná data.

Tabulka č. 1: Přehled návratnosti dotazníků

Rozdáno	Návratnost
70 (100 %)	58 (82,9 %)

Pro lepší přehlednost a možnost porovnání, přikládám graf věkové struktury mužů a žen:

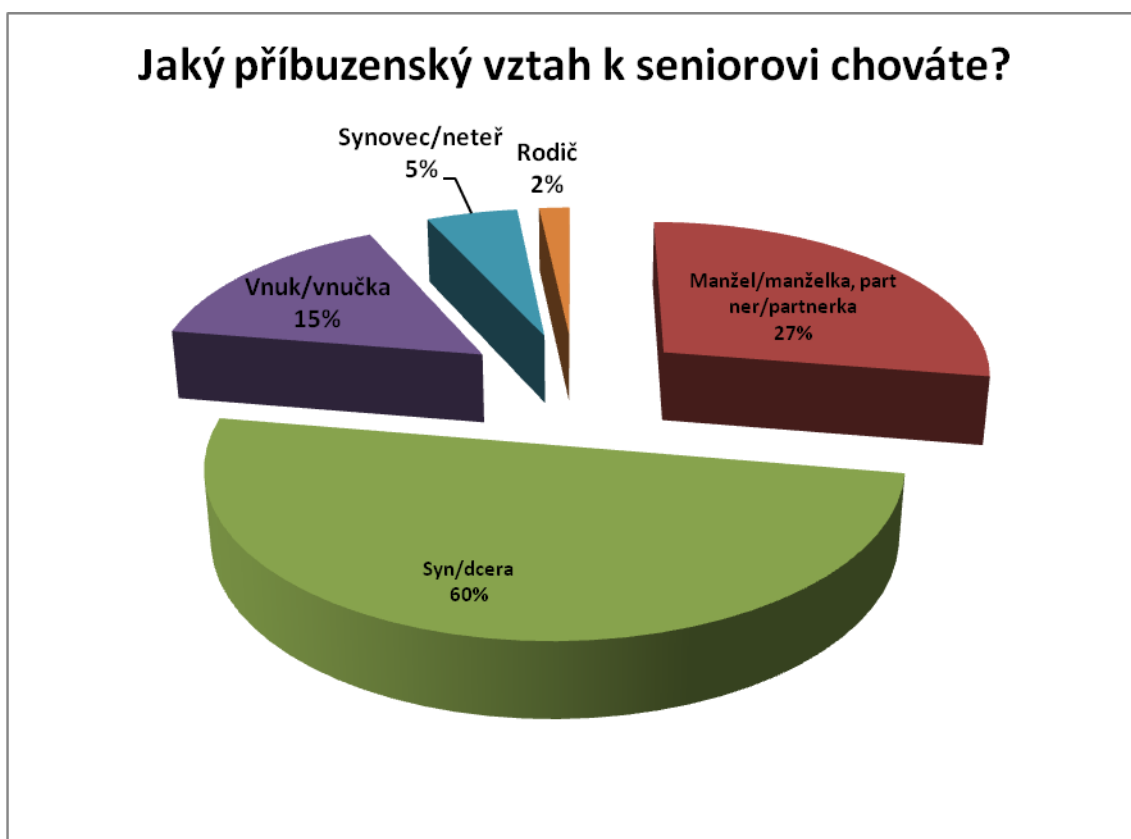
Graf č. 2 : Porovnání věkové struktury obou pohlaví



Primární pečující osoba

Z výzkumného šetření vyplynulo, že v 60 % se o seniora stará přímý potomek, dcera nebo syn. Nezanedbatelnou část pečujících tvoří v 27 % protějšky osob závislých na péči - manžel, manželka, druh, družka. Literatura se s tímto výsledkem ztotožňuje, jak uvádím v teoretické části. Novák (2011) poukazuje na fakt, že v České republice 80 % osob předpokládá, že péči o seniora zajistí jejich děti. Tento výsledek jsem očekávala, protože sama ve své praxi řeším následnou péči nejčastěji s potomky seniorů. V 15 % péči o seniora zajišťují vnukové a vnučky, 5 % pečujících tvoří synovci a neteře. Pro přehlednost viz grafické znázornění.

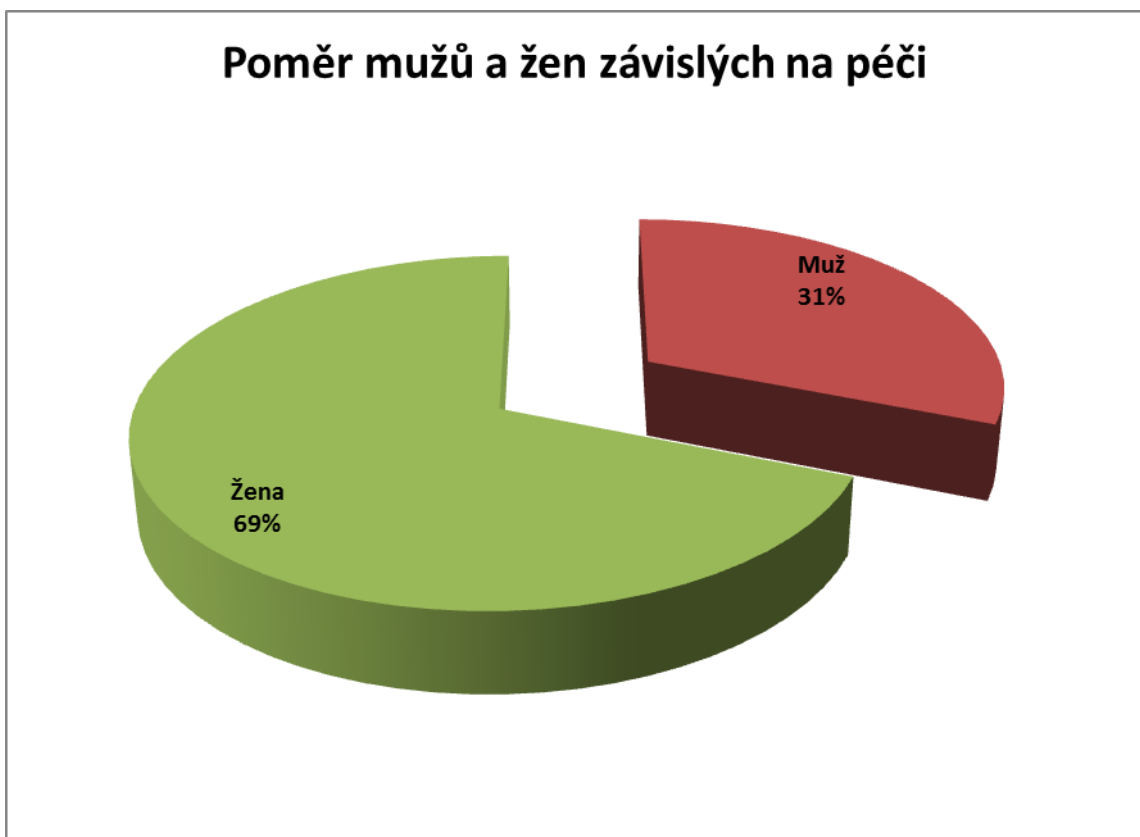
Graf č. 3 – Primární pečující osoba



Zastoupené pohlaví

Z výzkumného šetření vyplynulo, že nejčastěji jsou na péči závislé ženy, v mém výzkumném vzorku zastupují téměř 69 %, muži pouze 31 %. Předpokládala jsem, že větší zastoupení bude v ženském pohlaví, nicméně až takový rozdíl jsem neočekávala. V literatuře se často hovoří o tom, že dochází k feminizaci, a to převážně proto, že se ženy dožívají vyššího věku než muži.

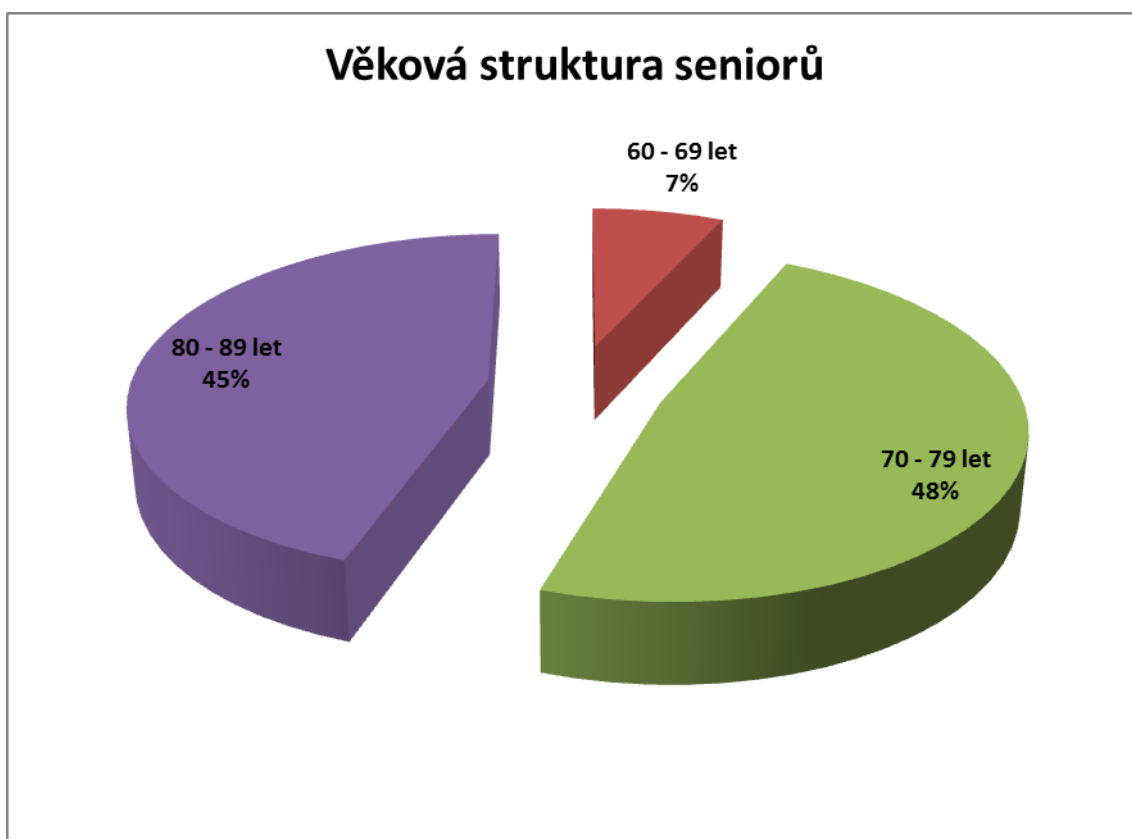
Graf č. 4 – Poměr mužů a žen závislých na péči



Věková struktura seniorů závislých na péči rodiny

V úvodu kapitoly nabízím porovnání věku mužů a žen. Tento graf nerozlišuje, jaký je věk muže a jaký je věk ženy, zaměřuje se na souhrnný výsledek obou pohlaví. V mém výzkumném vzorku byli ve 48 % zastoupeni senioři ve věku 70 – 79 let, téměř stejnou část tvořili senioři ve věku 80 – 89 let, kteří tvořili 45 %. Nejmenší podíl, a to 7 %, mají senioři ve věku 60 – 69 let.

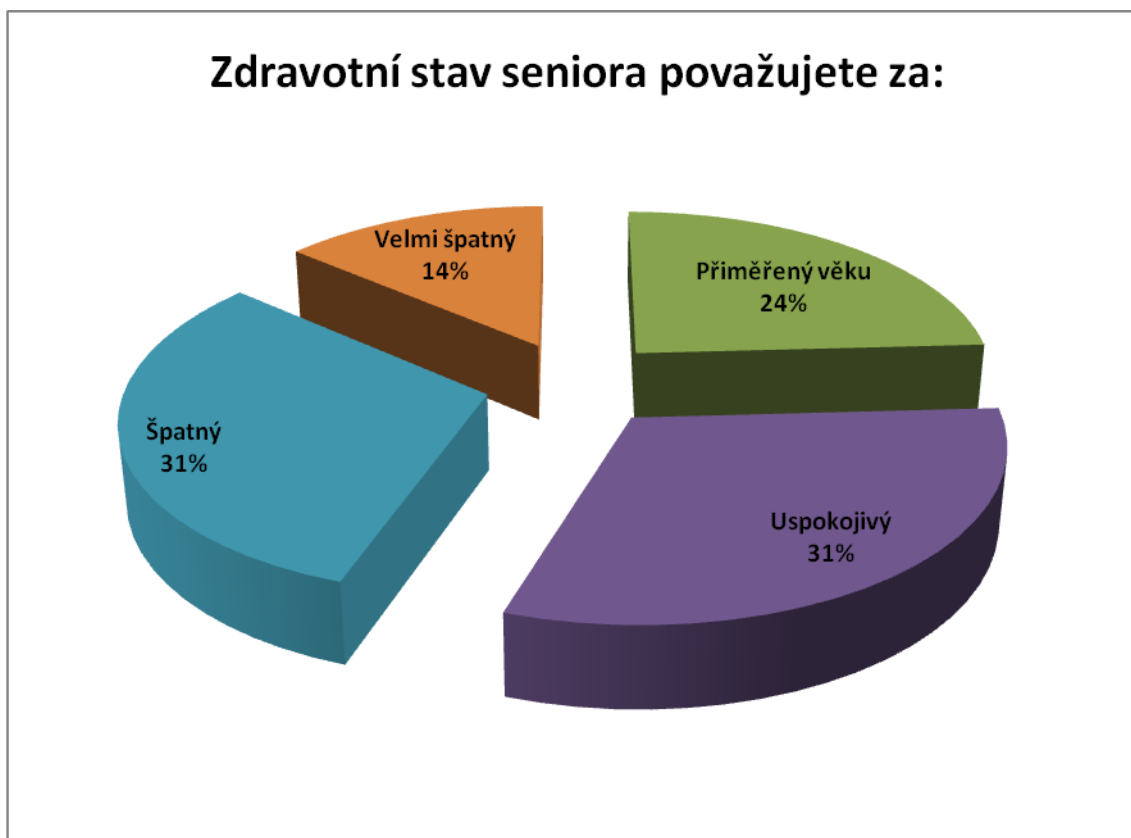
Graf č. 5 – Věková struktura seniorů



Zdravotní stav seniora

Vyhodnocení tohoto grafu zobrazuje názor pečující osoby na zdravotní stav svého příbuzného. Rodina měla na výběr: dobrý, uspokojivý, přiměřený věku, špatný a velmi špatný. Primární pečující osoba ve 31 % považuje zdravotní stav svého příbuzného za uspokojivý, stejná poměrná část pečujících považuje zdravotní stav svého příbuzného za špatný. 24 % pečujících považuje zdravotní stav seniora za přiměřený věku a 14 % za velmi špatný. Nikdo z pečujících nepovažuje zdravotní stav příbuzného za dobrý.

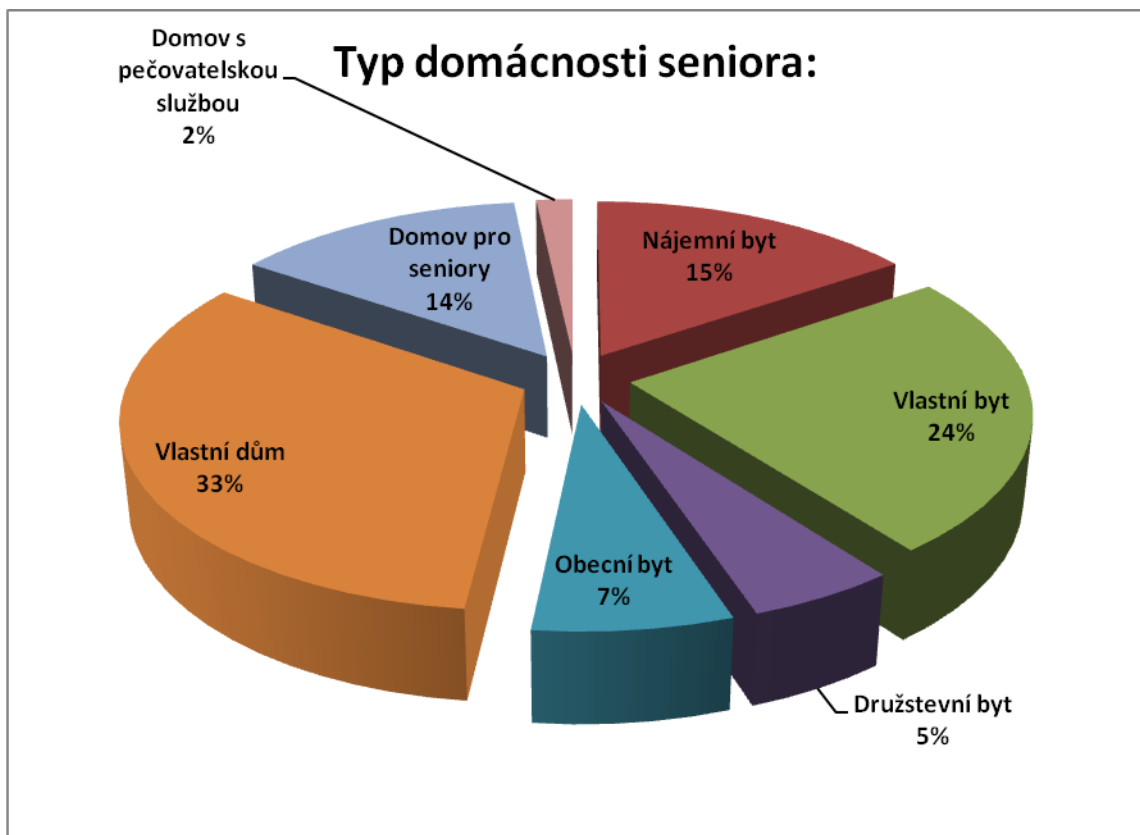
Graf č. 6 – Zdravotní stav seniora



Domácnost seniora

Senioři nejčastěji žijí ve vlastním domě, tato část seniorů tvoří 33 %. 24 % seniorů žije ve vlastním bytě, 15 % seniorů v nájemním bytě, 14 % seniorů již využívá sociálních služeb a žije v domovech pro seniory, 7 % seniorů žije v obecním bytě, 5 % v družstevním bytě a 2 % seniorů žije v domově s pečovatelskou službou.

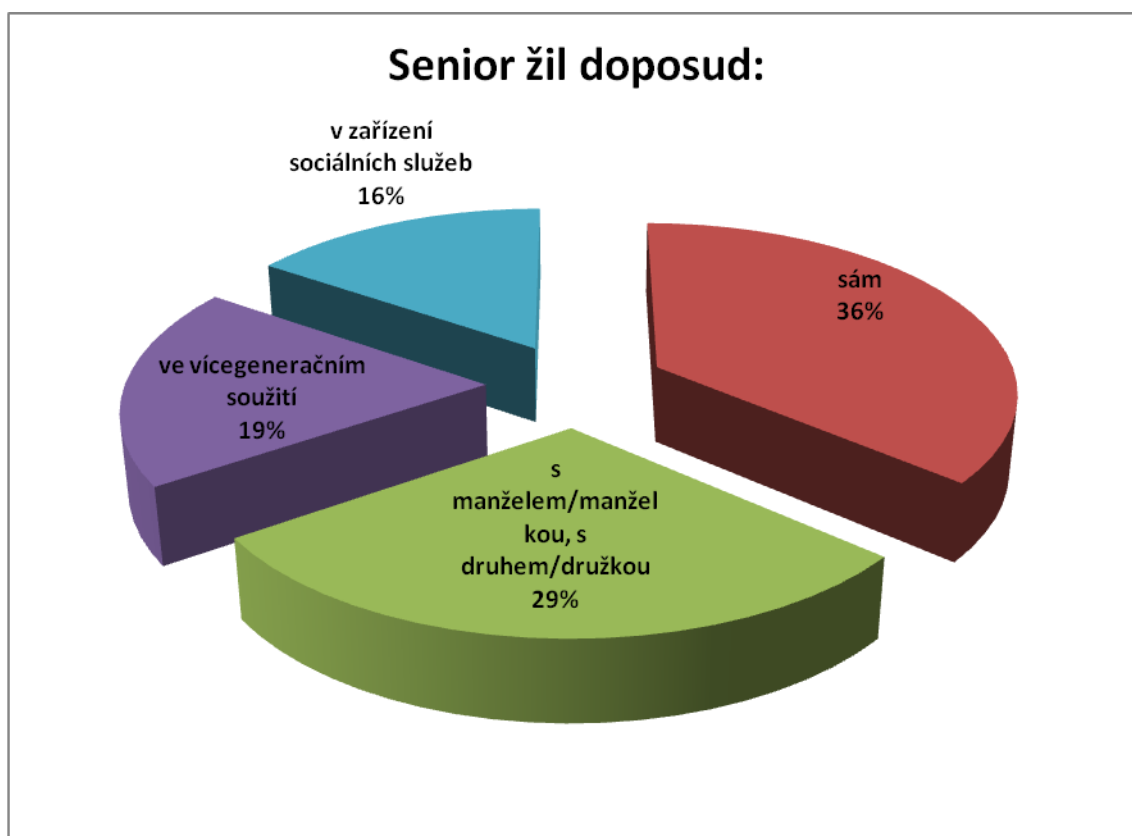
Graf č. 7 – Typ domácnosti



Společná domácnost seniora

Senioři v 36 % žijí sami, 29 % seniorů žije se svým protějškem (manžel, manželka, druh, družka), 19 % seniorů ve vícegenerační domácnosti a zbylých 16 % již využívá zařízení sociálních služeb (domovy pro seniory).

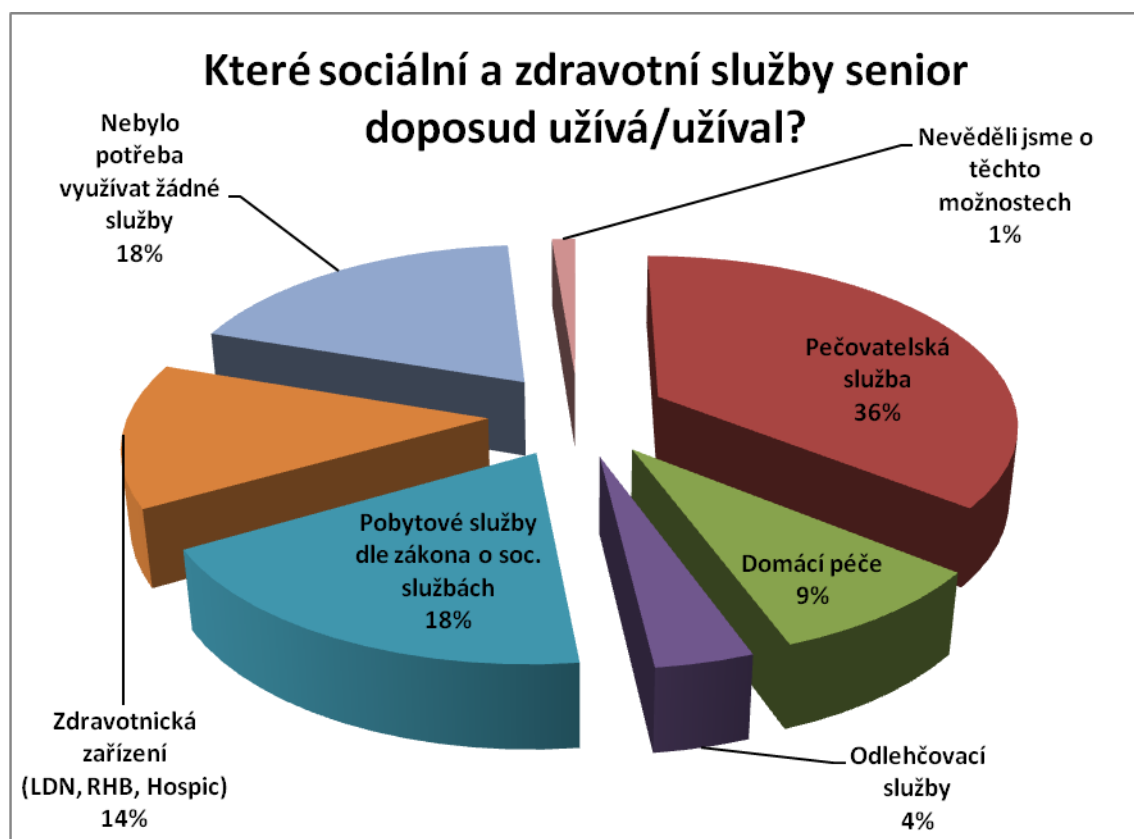
Graf č. 8 – Soužití seniora



Využívané sociální či zdravotní služby pro seniory a jejich pečující

Nejčastější využívanou službou je pečovatelská služba, která tvoří celkem 36 %, 18 % seniorů využívá pobytových služeb podle zákona o sociálních službách (přechodné pobytové služby, denní/týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením...), 18 % seniorů nevyužívá žádnou sociální či zdravotní službu, protože pro ně nejsou aktuální, 14 % seniorů využívá především zdravotní služby (léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační zařízení, hospicová lůžka), 9 % seniorů využívá tzv. home care, respektive domácí péči, 4 % rodin využívá odlehčovací služby a 1 % seniorů, potažmo pečujících osob, nemělo o těchto možnostech ponětí.

Graf č. 9 – Seniory využívané sociální a zdravotní služby



Meze a možnosti sociálních a zdravotních služeb

Respondentů jsem se v dotazníku tázala na názor, který zaujmají k nabídce sociálních a zdravotních služeb pro seniory v kontextu řešení následné péče. Výsledky výzkumného šetření poukázaly na nedostatečné zabezpečení sociálních a zdravotních služeb pro cílovou skupinu seniorů a pečujících osob. Je zřejmé, že poptávka po těchto službách značně převyšuje nabídku. Faktorů se nabízí více, jednak zvyšování průměrné délky dožití, počet seniorské populace rapidně narůstá, špatná organizace těchto služeb, nepropojení sociálních a zdravotních služeb. Přičemž sociální a zdravotní služby nestíhají pružně reagovat na tyto zásadní změny. 79 % pečujících osob si myslí, že služby pro seniory nejsou dostatečné. Pro pouhých 19 % pečujících jsou služby pro seniory dostačující. 2 % odpovědělo neutrálně – neví, tuto možnost do dotazníku dopsali.

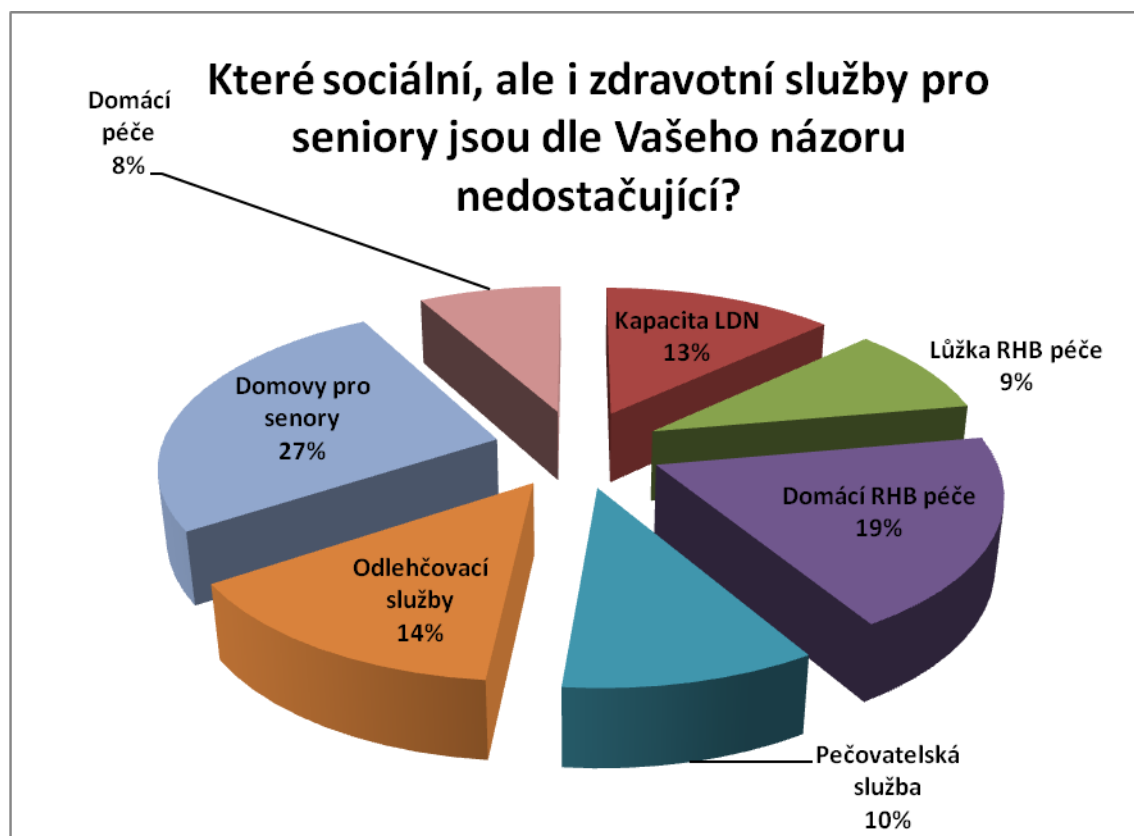
Graf č. 10 – Dostatečnost sociálních a zdravotních služeb pro seniory



Sociální a zdravotní služby, které jsou nedostatečné

Na základě předchozího grafu č. 10, kdy pro 79 % pečujících nejsou sociální či zdravotní služby dostatečné, se věnuji těmto 79 % a zjišťuji, které služby dle jejich zkušeností, názorů a přesvědčení nejsou pro seniory dostačující. Očekávala jsem zejména nedostatečnost ve sféře zdravotních služeb, kde se v praxi setkávám s nedostatečnou kapacitou ošetrovatelských, ale i rehabilitačních lůžek. Také se mne potvrdil zájem rodin a seniorů, kteří se čím dál více zajímají o rehabilitační služby v rámci domácí péče hrazené pojišťovnou. 27 % pečujících si myslí, že nejsou dostačující domovy pro seniory, pro 19 % pečujících nejsou dostatečné možnosti domácí rehabilitační péče, 14 % není spokojeno s odlehčujícími službami, pro 13 % pečujících není dostatečná kapacita lůžek dlouhodobě nemocných, 10 % není spokojených s pečovatelskou službou, 9 % chybí možnosti intenzivní rehabilitační péče a 8 % není spokojeno s možnostmi domácí péče. Respondentům byla nabídnuta možnost označení více odpovědí.

Graf č. 11 – Nedostatečnost sociálních a zdravotních služeb z pohledu pečujících osob



Další specifické problémy následné péče

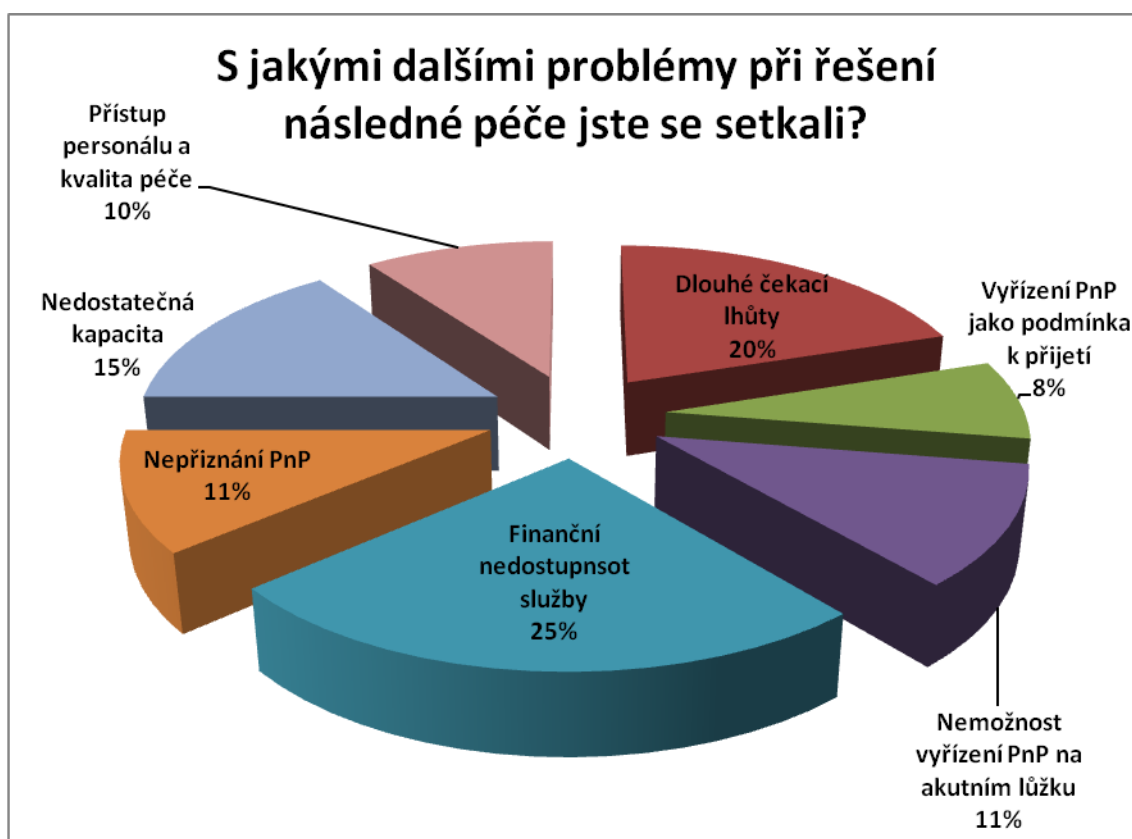
Respondentů jsem se dále v dotazníku tázala, zda se setkávají při řešení následné péče s dalšími problémy. 69 % pečujících se setkává s dalšími problémy při řešení následné péče o svého blízkého. 31 % se již s dalšími problémy neseťkává.

Graf č. 12 – Problematika následné péče z pohledu pečujících



Na graf č. 12 navazuje graf č. 13, kde dále specifikují problémy, se kterými se rodina seniora setkává. Jedná se zejména o finanční nedostupnost služeb, finanční situace tíží 25 % respondentů. Velkou část, a to 20 %, tvoří pečující, kteří se setkávají s dlouhými čekacími lhůtami. 15 % poukazuje na nedostatečnou kapacitu zařízení následné péče. 11 % pečujících vidí úskalí v nepřiznání příspěvku na péči, stejné procento 11 % tvoří pečující, kteří nejsou spokojeni s tím, že nemohou vyřídít příspěvek na péči ve zdravotnickém zařízení, 10 % pečujících není spokojených s přístupem a kvalitou péče v daném zařízení následné péče a 8 % naráží na problém, kdy podmínkou k přijetí do vybraného zařízení je přiznání příspěvku na péči, nejlépe ve III. a IV. stupni. Respondenti zde mohli zvolit více možností odpovědí.

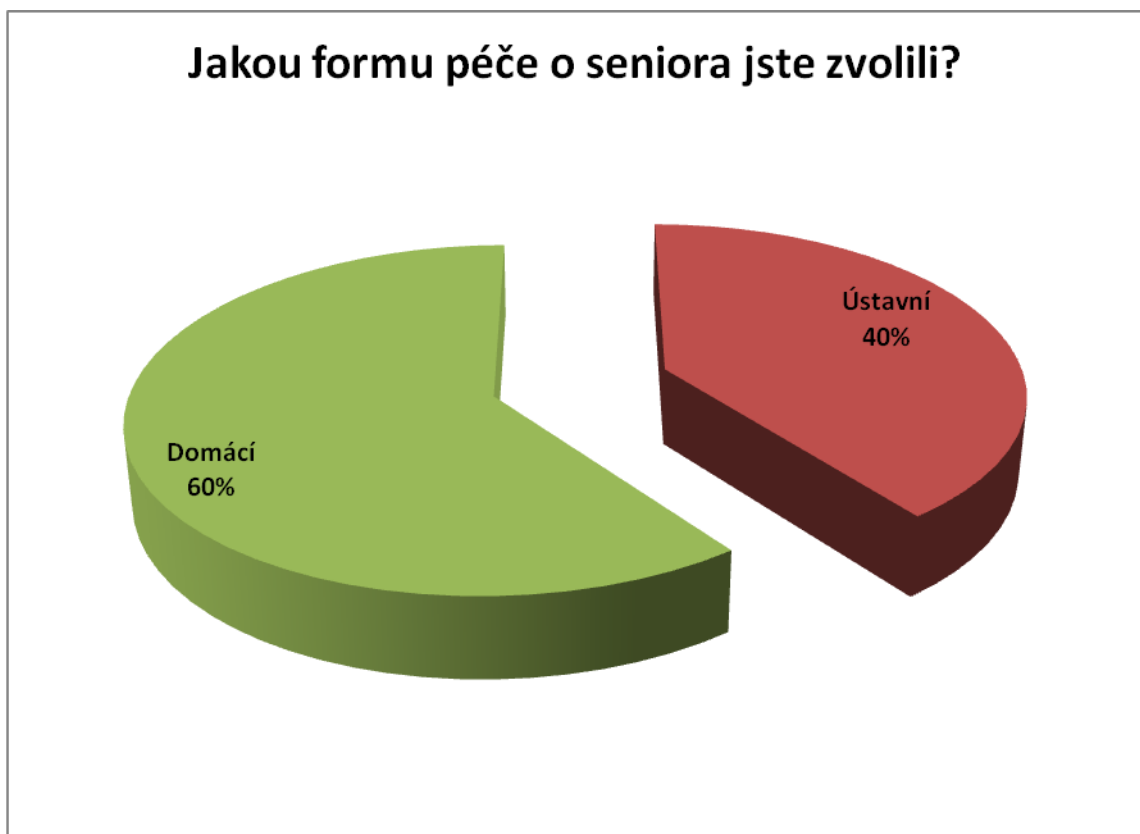
Graf č. 13 – Další specifické problémy



Domácí versus ústavní péče

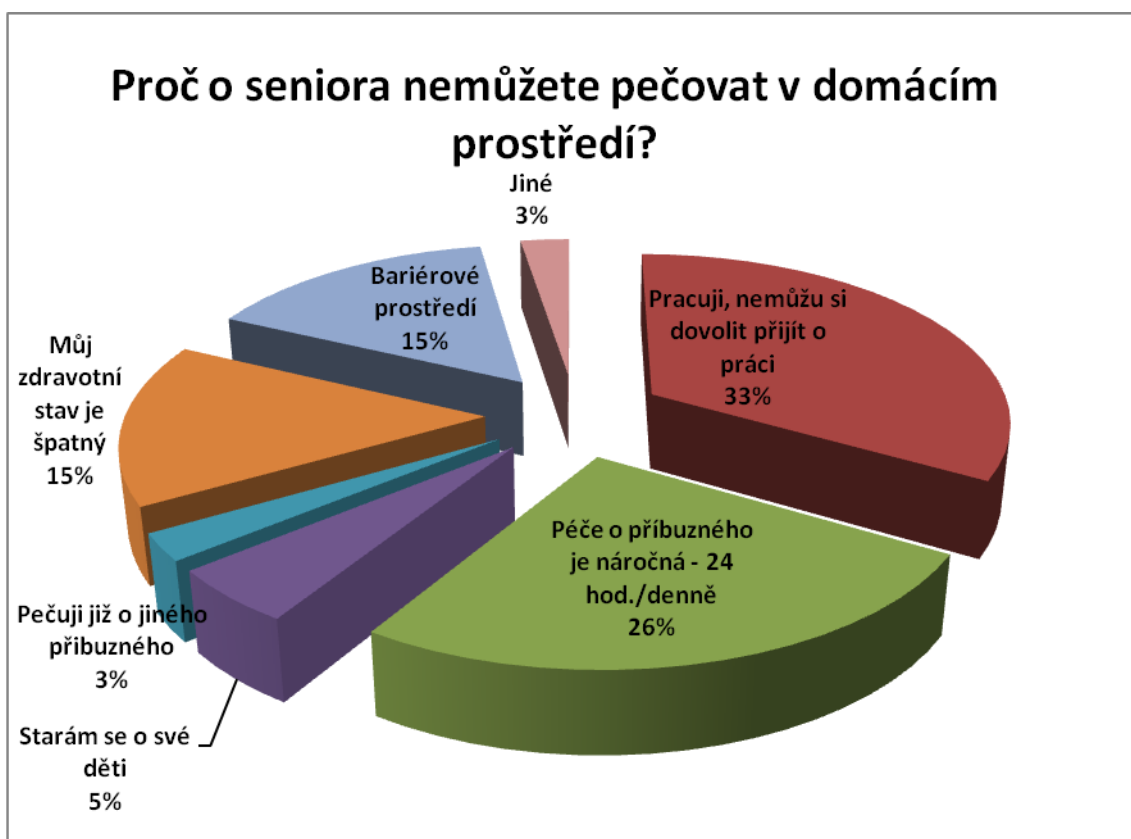
Trendem poslední dekády je deinstitucionalizace, tedy přesun z ústavní péče do terénních služeb. 60 % pečujících pečuje o svého příbuzného v domácím prostředí, 40 % zvolilo ústavní péči.

Graf č. 14 – Forma péče



Graf č. 15 navazuje na předešlý graf č. 14 a 40 % respondentů, kteří zvolili jako formu péče pro svého blízkého ústavní péči. Zajímaly mne především důvody volby ústavní péče. Respondenti zde mohli zvolit více správných odpovědí. Nejvíce pečujících se pro ústavní péči rozhodlo proto, že si nemohou dovolit přijít o práci, nemohou si dovolit ztratit stávající ekonomické zabezpečení a jejich status. 26 % uvádí jako důvod, že péče o příbuzného je náročná a vyžaduje dvacetičtyř hodinovou péči. 15 % uvádí, že důvodem volby ústavní péče je nedostatečné bezbariérové prostředí, 15 % jako důvod uvádí jejich špatný zdravotní stav, 5 % pečujících se o svého příbuzného nemůže starat, protože se stará o své děti, 3 % rodin již pečuje o jinou blízkou osobu a 3 % uvedla jiné důvody, například: „Maminka nemůže být doma sama vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu a celodenní pečovatelská služba je finančně nedostupná“.

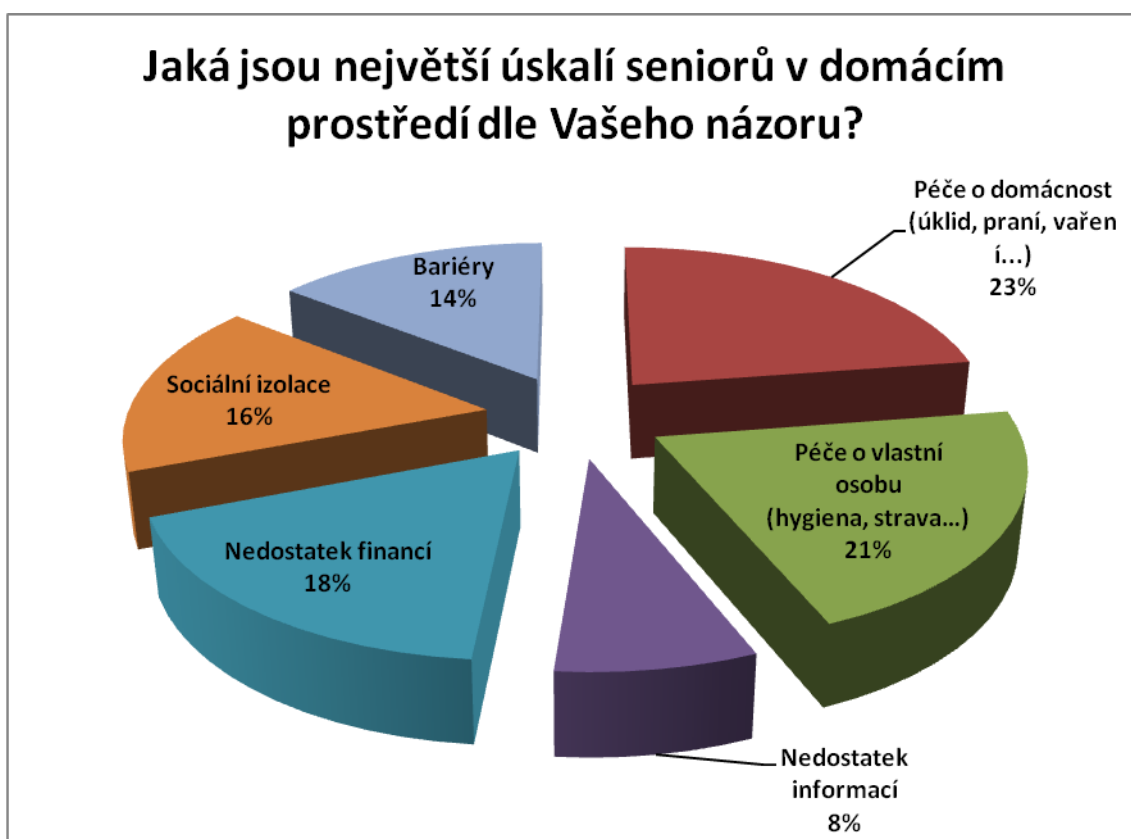
Graf č. 15 Důvody volby ústavní péče



Úskalí domácí péče z pohledu pečujících

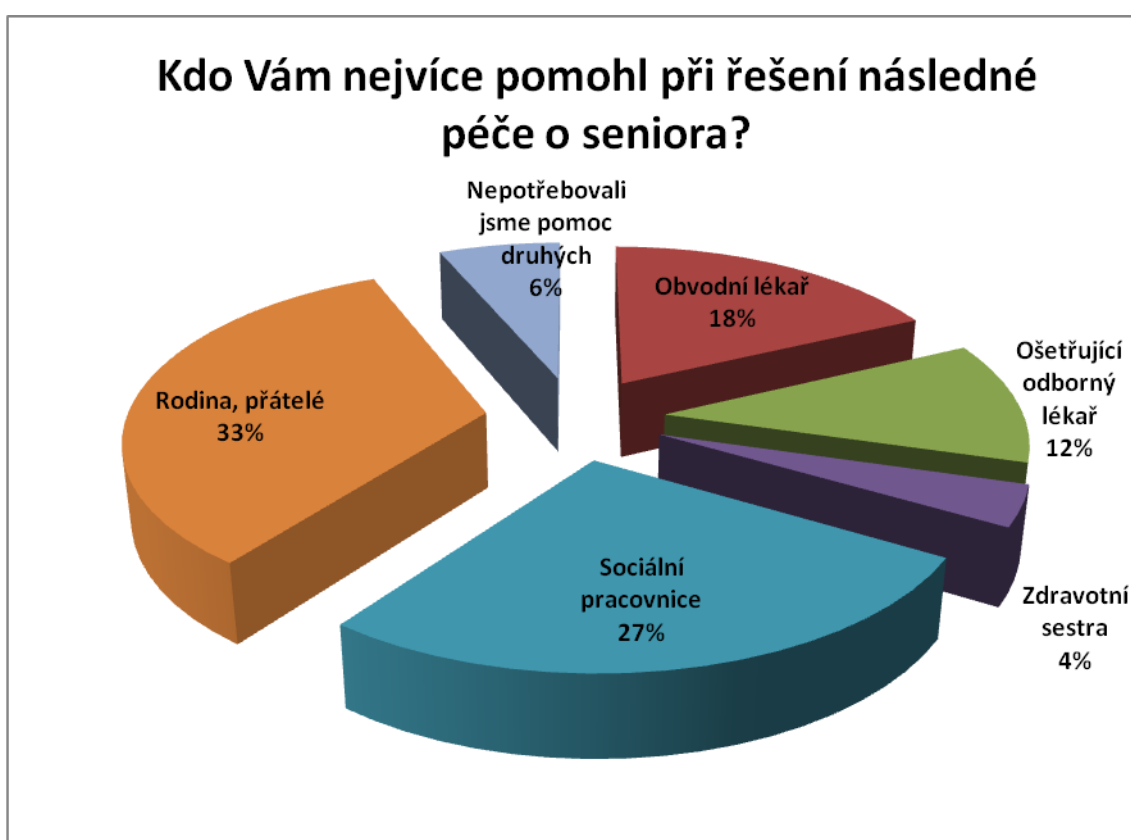
Největším úskalím, které pečující spatřují v domácí péči, je péče o domácnost (úklid, praní, vaření), s tímto názorem se ztotožnilo 23 % respondentů. Dalších 21 % spatřuje úskalí v péči o vlastní osobu (hygienu, strava, oblast mobility), 18 % uvádí jako problém finanční situaci, která není zvládnutelná, 16 % respondentů uvádí, že největší obtíž při domácí péči je sociální izolace seniora, 14 % spatřuje problém v bariérovém prostředí a 8 % respondentů vidí zásadní problém v nedostatečné informovanosti seniorů.

Graf č. 16 – Obtíže domácí péče



Poskytnutá pomoc, poradenství v procesu řešení následné péče

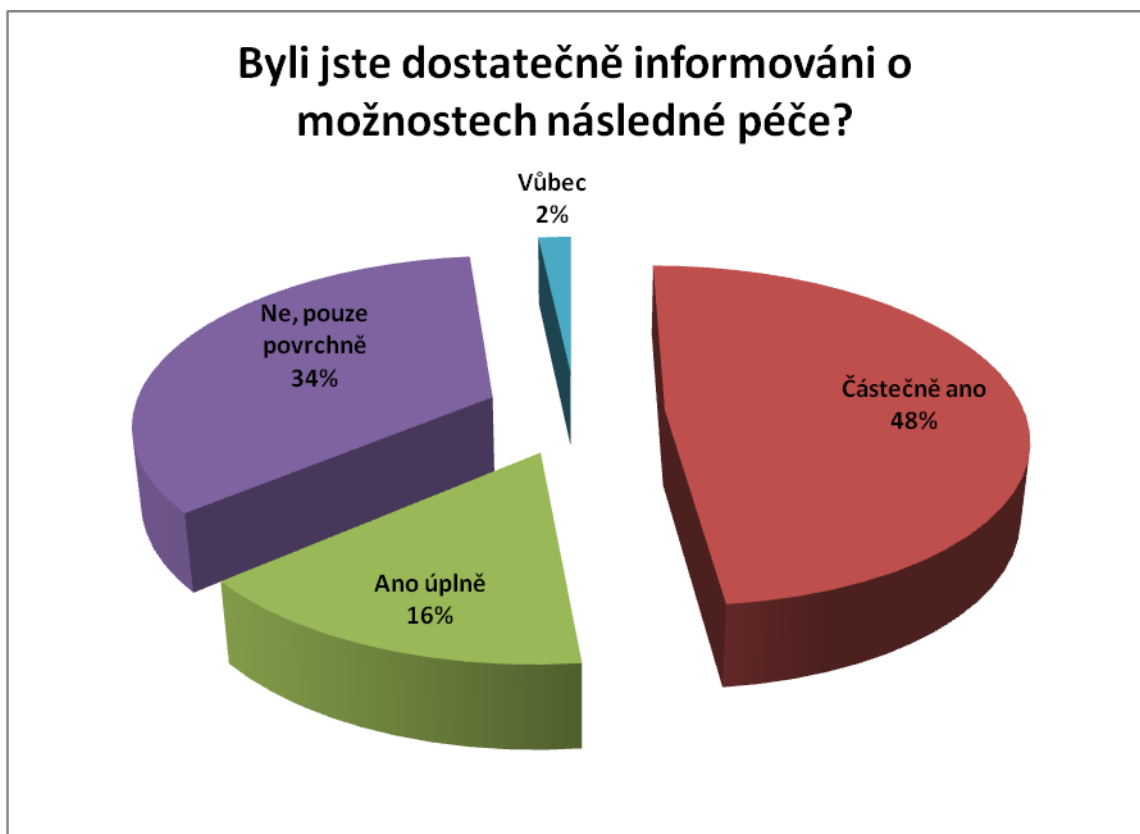
Pečujícím v procesu řešení následné péče byla největší oporou rodina a blízcí známí, rodina a přátelé pečujícím byli nejvíce nápomocni ve 33 %. Ve 27 % pomohl rodině sociální pracovník, v 18 % pomohl obvodní lékař, ve 12 % ošetřující odborný lékař, 6 % rodin nepotřebovalo žádnou pomoc druhých a 4 % pomohla v procesu řešení následné péče zdravotní sestra.

Graf č. 17 – Pomoc druhých v procesu řešení následné péče

Informovanost

Zajímalo mne, zda byla rodina seniora dostatečně informovaná o možnostech následné péče. 48 % uvádí, že bylo informováno částečně, 34 % zcela povrchně, pouze 16 % bylo informováno úplně a 2 % nebyla informována vůbec.

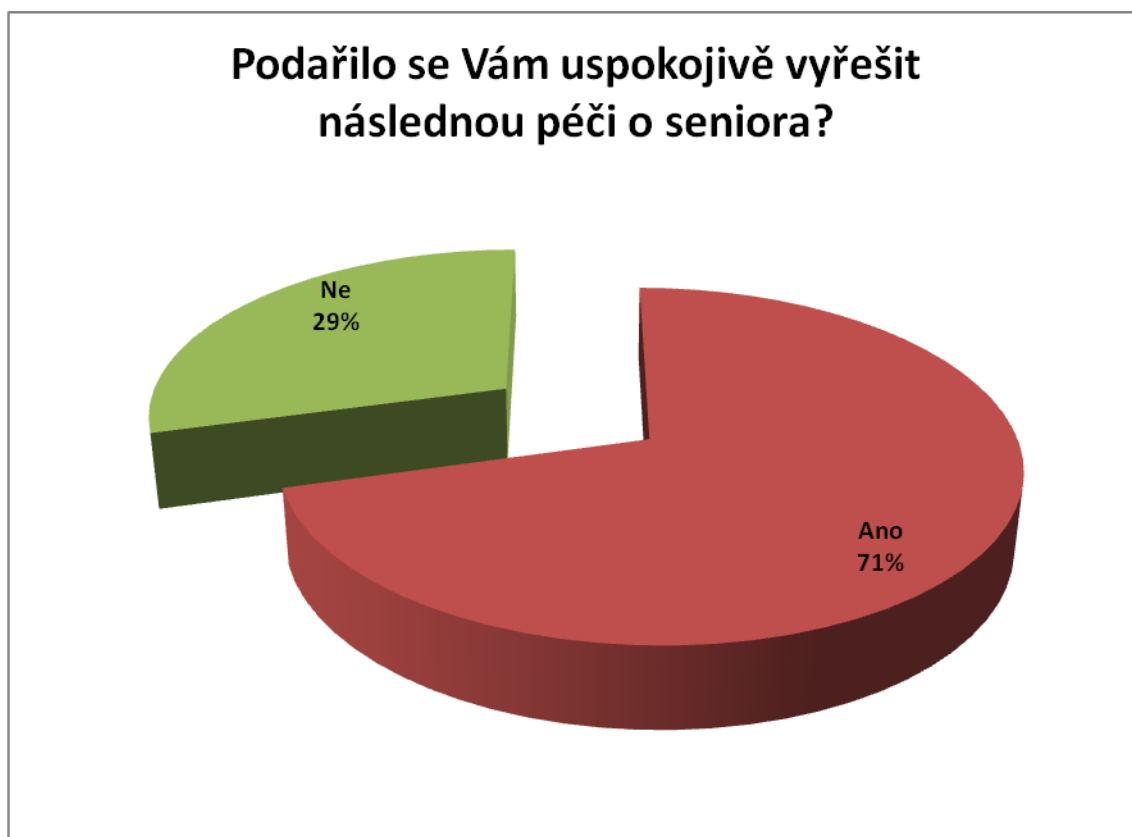
Graf č. 18 – Stupeň informovanosti rodiny a seniora



Úspěšnost vyřešení následné péče o seniora

Překvapivým zjištěním byla míra úspěšnosti vyřešení následné péče, 71 % pečujících považuje aktuální péči za dostačující a je s vyřešením následné péče spokojena. 29 % není spokojeno s vyřešením následné péče. Důvody nespokojenosti rozvádím dále v grafu č. 20.

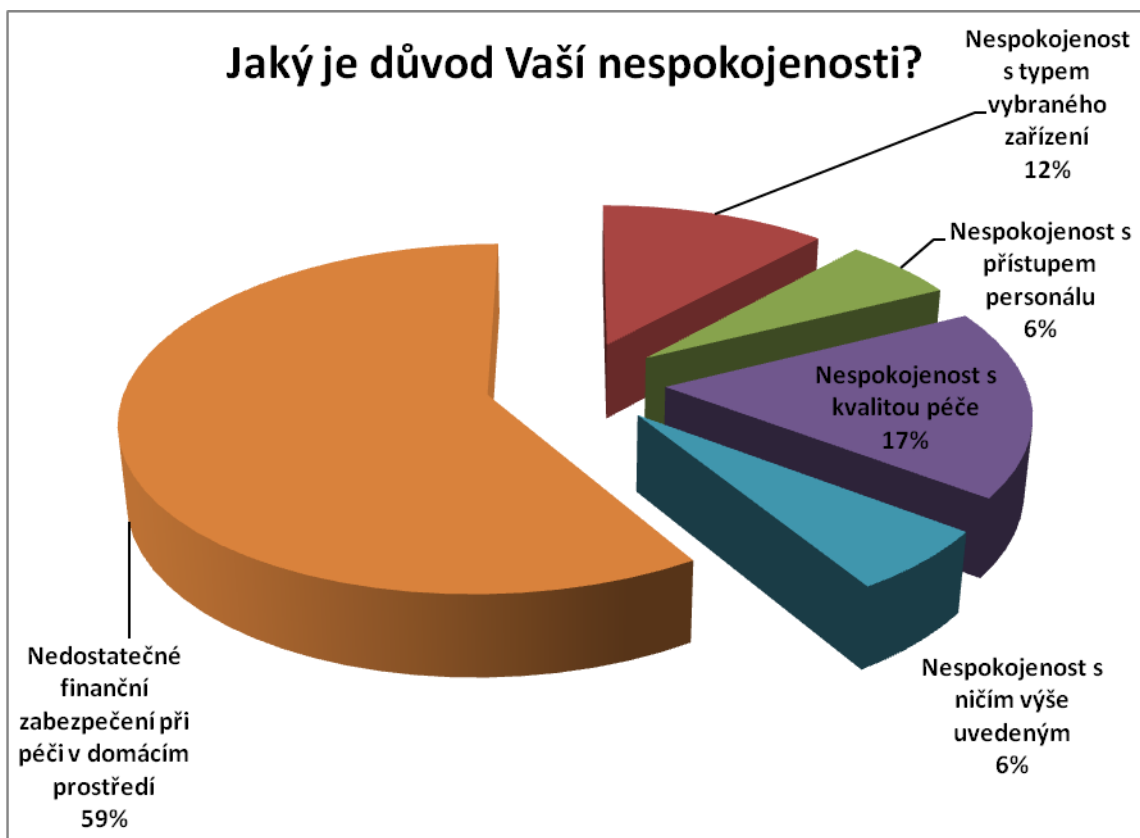
Graf č. 19 – Úspěšnost vyřešení následné péče



Důvody nespokojenosti s následnou péčí

29 % pečujících nebylo spokojeno s vyřešením následné péče u svého blízkého, 59 % z těchto 29 % pečujících se shodli, že důvodem je především nedostatečné finanční zabezpečení při péči v domácím prostředí. 17 % je nespokojených s kvalitou poskytované péče v daném zařízení, 12 % není spokojeno s typem vybraného zařízení, 6 % pečujících není spokojeno s přístupem personálu a 6 % pečujících není spokojeno se vším výše uvedeným.

Graf č. 20 – Důvody nespokojenosti



Akutní lůžková péče

V závěru dotazníkového šetření se pečujícími osobami ptám na spokojenost. Zajímá mne, zda byli spokojeni s péčí, která jim byla poskytována na akutním lůžku. 62 % rodin bylo spokojeno, zbylých 38 % spokojeno nebylo.

Graf č. 21 – Spokojenost s péčí na akutním lůžku



Lůžka následné péče (LDN, RHB, Hospic)

Další otázka spokojenosti směřovala na lůžka následné péče, tedy léčebny dlouhodobě nemocných, doléčovací rehabilitační zařízení či hospicová lůžka. 60 % rodin nebylo spokojených a dalších 40 % bylo s péčí spokojeno.

Graf č. 22 – Spokojenost s péčí na lůžkách následné péče (LDN, RHB, Hospic)

5.5 Shrnutí a diskuze

V předchozí kapitole jsem předložila výsledky dotazníkového šetření prostřednictvím grafického znázornění a procentuálních dat. Výzkumné šetření nemělo za cíl vytvořit hloubkové teze o následné péči v České republice, ale poskytnout čtenářům, studentům a laické veřejnosti zejména ucelený přehled o tom, jak proces následné péče probíhá a s jakými úskalími se rodina nejčastěji potýká. Šetření mělo za cíl také osvětlit současnou situaci v České republice spojenou s řešením následné péče o seniora. Z výzkumu vyplynula řada zajímavých zjištění, která budu v této kapitole jednotlivě rozebírat.

Nejčastěji vyžaduje pomoc či dopomoc při řešení následné péče ženské pohlaví. Ženy jsou v procesu řešení následné péče jednoznačně v převaze. Přičemž bereme v potaz, že na tyto výsledky má značný vliv vyšší průměrná délka dožití ženského pohlaví. Odpovídá tomu i věková struktura, ženy se nejčastěji pohybovaly ve věkové hranici 80 – 89 let. Vysoký věk je spojený i se zhoršujícím se zdravotním stavem, pečující rodiny považují ve většině případů zdravotní stav seniora za špatný, či uspokojivý, nezanedbatelná část za velmi špatný.

Jak již vyplývá ze zákona o rodině, vzájemné vyživovací povinnosti potomků a rodičů jsou nedílnou součástí kvalitního rodinného soužití. Zde často dochází k morálnímu konfliktu potomků. Potomci by se rádi starali o své rodiče, ale situační faktory jejich života jim jsou překážkou. I přesto převážnou část pečujících zaujímají potomci seniorů. Nezanedbatelnou část pečujících tvoří životní partneři, často jim však k péči nestačí jejich fyzická kondice a jsou nuceni péči o svého partnera přenechat druhým. Mezi tyto druhé můžeme zařadit vnuky, vnučky, synovce, neteře nebo právě především potomky.

Senioři před započatím řešení následné péče žili nejčastěji samostatně nebo se svým protějškem v rodinném domku, nebo vlastním bytě. Menší část seniorů sdílí společnou domácnost se svými potomky a vnuky. Nejmenší podíl zaujímají senioři, kteří jsou již umístěni v sociálních zařízeních, a to v domovech pro seniory.

Očekávaným zjištěním byl názor rodin na nabídku sociálních a zdravotních služeb pro seniory. Pouze minimální počet rodin je spokojen s nabídkou sociálních a zdravotních služeb pro seniory. Podle většiny pečujících není péče pro seniory dostatečná, jedná se zejména o nedostatek na straně domovů pro seniory, nedostatečná kapacita, dlouhé čekací lhůty a mnohdy i bídná kvalita nabízených sociálních a zdravotních služeb. Pečující by uvítali možnost domácí rehabilitační péče, která je podle rodin minimální, nebo jim zcela

chybí. Mezi další specifické problémy, se kterými se rodina nejčastěji setkává, můžeme zařadit v první řadě finanční nedostupnost služeb, která pečující rodiny se seniory tíží nejvíce. S finanční situací je často spojen příspěvek na péči, mnoho pečujících vidí problém právě ve správním řízení příspěvku na péči, jedná se zejména o nemožnost vyřízení příspěvku na péči na zdravotním akutním lůžku. Mnohdy je příspěvek na péči vyžadován jako podmínka k přijetí do sociální služby, nebo není příspěvek na péči přiznán vůbec, i když je zjevné, že je senior závislý na pomoci druhé osoby. Rodiny se seniory se tak často dostávají do tíživé finanční situace a jsou nuceni se zadlužit, či zvolit méně kvalitní, ale finančně dostupnější služby. Dalším úskalím při řešení následné péče je nedostatečná kapacita pobytových zařízení a dlouhé čekací lhůty. Z pohledu zdravotně-sociálních pracovníků je tato problematika velice aktuální a tíživá (Černá, 2013).

Nejčastější formou péče v mém výzkumném vzorku je domácí péče, 60 % rodin si převezme svého příbuzného do domácí péče, dalších 40 % seniorů je přeloženo do ústavní péče. Nicméně i v rámci domácí péče se seniori potýkají s řadou problémů. Jde zejména o zajištění péče o vlastní osobu a domácnost, dále jsou zde finanční problémy, ale i sociální – senior je často izolován od okolí. Hlavním důvodem volby ústavní péče je pracovní vytíženost potencionálních pečujících osob, dalším důvodem je náročnost péče o seniora. Náročností je myšleno to, že je senior plně závislý na pomoci druhé osoby a vyžaduje dvacetičtyř hodinovou péči, je imobilní a je nutná péče o invazivní vstupy, podávání injekcí, prevence dekubitů, správné polohování. Mezi další determinanty ústavní péče lze zařadit bariérové prostředí v domácnosti, nepříznivý zdravotní stav potencionální pečující osoby a její péče o nezletilé dítě.

Každý typ péče s sebou nese řadu výhod, i nevýhod. Je zřejmé, že by následná péče měla být naplánována s ohledem na osobnost jedince a jeho individualitu, zdravotní stav, situační faktory, s úctou a respektem. Seniorovi a jeho rodině by měla být nabídnuta komplexní péče erudovaného interdisciplinárního týmu. Teoretické hledisko je jedna věc, avšak z výzkumu vyplynulo, že 40 % rodin bylo v rámci možnosti spokojeno s následnou péčí, 60 % spokojených nebylo. Mezi hlavní důvody nespokojenosti můžeme zařadit zejména nedostatečné finanční zabezpečení při péči v domácím prostředí, nespokojenost s kvalitou péče ve vybraném ústavním zařízení a již výše zmíněné problémy. Příznivé výsledky přinesla nadpoloviční spokojenost s poskytnutím zdravotní péče na akutním lůžku, celkem 62 % respondentů bylo spokojeno s akutní zdravotní péčí.

Základním cílem úspěšnosti následné péče a její kvality je průnik více vědních disciplín a žádoucí úroveň komunikace a spolupráce jednotlivých specialistů.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci *Následná péče rodiny o seniora* se zabývám problematikou následné o péče seniory z pohledu rodiny, především primární pečující osoby. Jak už se zmiňuji v úvodní části bakalářské práce, tato problematika se hluboce dotýká celé naší společnosti a vyžaduje čím dál více naší pozornost. Základním cílem mé bakalářské práce je snaha zjistit: „**S jakými konkrétními úskalími se rodina (primární pečující osoba) při řešení následné péče o seniora nejčastěji setkává?**“, „**Daří se rodinám (primární pečující osobě) uspokojivě vyřešit následnou péči o svého blízkého?**“ Na základě výsledků absolventské práce jsem zjistila, že se rodina seniora potýká s řadou problémů, proto jsem si v bakalářské práci stanovila následující dva výzkumné problémy: „Rodina seniora se při řešení následné péče potýká s řadou specifických problémů, rodině seniora komplikuje vyřešení následné péče nesjednocení sociálních a zdravotních služeb.“

Bakalářská práce je koncipovaná do dvou hlavních částí, části teoretické a části praktické. Přičemž teoretická část, je věnovaná cílové skupině seniorů, snaží se přinést obecný přehled o celé problematice, zabývá se vývojem péče o seniory v historickém kontextu. Další samostatná kapitola se soustřeďuje na následnou péči, její možnosti a meze. Poslední kapitola teoretické části přináší poznatky o profesi zdravotně-sociálního pracovníka. Praktická část bakalářské práce přirozeně navazuje na teoretickou část a propojuje literaturu se zjištěnými výsledky. Praktickou část můžeme dále strukturovat na část metodologickou a část analytickou. První část praktické bakalářské práce se věnuje volbě metodologie, kde objasňuji volbu výzkumného šetření, uvádím techniku sběru dat a charakterizují výzkumný vzorek. V druhé části se již věnuji samotné analýze a výkladu výsledků vzešlých z dotazníkového šetření.

Výzkumné šetření přineslo odpovědi na výzkumné cíle a výzkumné problémy. Bylo zjištěno, že se při řešení následné péče vyskytuje celé řada specifických problémů. Jedná se o problémy v rámci domácí, ale i ústavní péče. Již samotnou situaci řešení následné péče lze označit za nepříznivou sociální událost, se kterou se musí vyrovnat samotný senior, ale i jeho blízké okolí, zejména pak rodina. Počet respondentů v mém výzkumném vzorku není sice kvantitativně hojný, ale dle mého názoru dostačující k tomu, aby validně poukázal na sociální problematiku současné doby. Protože podrobnější náhled na zjištěná data nabízím v grafickém znázornění a následujícím shrnutí, pokusím se v závěrečné části bakalářské práce shrnout tuto problematiku pouze pár větami. Stěžejním úskalím, ať

už domácí či ústavní péče je finanční tíseň, která tíží veliké procento rodin a seniorů. Dalším významným úskalím, s kterým se rodina potýká, je nedostatečná kapacita pobytových služeb, a s ní spojené dlouhé čekací lhůty, ale i kvalita sociální zařízení. Pečující rodina je v dnešní době ve veliké nevýhodě. Trendem poslední dekády je deinstitucionalizace a deprofesionalizace, přičemž při péči laiků (rodiny) v domácím prostředí jsou pečující diskriminováni, pečujícím chybí zejména adekvátní kompenzace ušlého výdělku při komplexní péči o svého blízkého. Ač je doba pečování považována za náhradní dobu pojištění, výše starobní penze je pak minimální. Pečující osoba se musí vzdát svého zaměstnání, mnoho rodin si ztrátu jednoho výdělku dovolit ani nemůže, protože jsou zatíženi hypotékami téměř na celý život. Z tohoto důvodu je mnoho rodin nuceno zvolit ústavní péči.

Jde o začarovaný kruh, který by zasloužil mnohem intenzivnější pozornost celé veřejnosti, ale i zákonodárců. Nejen sociální pedagog může podnítit žádoucí změny v této sféře. Bakalářská práce může přispět ke zlepšení sociálních i zdravotních služeb pro seniory a jejich rodiny na úrovni jedinců. Může být přínosem laické veřejnosti ke zdokonalení povědomí a informovanosti o řešení následné péče o svého blízkého. Zmiňovaná problematika se dotýká každého z nás.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BEDER, J. *Hospital Social Work The Interface of Medicine and Caring*. USA: New York: Tylo rand Francis group. 2006. ISBN 978-0415950671.
- 2) ČERNÁ, V. *Úskalí sociální práce ve zdravotnictví*. Brno, 2013. Obchodní akademie, Střední odborná škola knihovnická a Vyšší odborná škola knihovnických, informačních a sociálních služeb, obor sociální práce.
- 3) ČVELA, R., KALVACH, R., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- 4) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- 5) DOHNALOVÁ, Z., HUBÍKOVÁ, O. *Problematika lidí pečujících o blízkou osobu v městě Brně. Zajištění odborných studií a analýzy pro účely sestavení 3. Komunitního plánu sociálních služeb města Brna pro období 2013 – 2015*. Brno, 2013.
- 6) DUŠKOVÁ, K. *Pečovatelská služba*. In KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 7) GLENDINNING, C., TJADENS F., ARKSEY, H., MORÉE, M., MORAN, N., NIES, H. *Care Provision within Families and its Socio-Economic, Impact on Care Providers. Report for the European Commission DG EMPL*. Negotiated Procedure VT/2007/114 Social Policy Research Unit, University of York, Vilans Centre of Expertise for Long-Term Care. Utrecht, 2009.
- 8) HABERKERN, K., SZYDLIK, M.: *State care provision (2009)*.
- 9) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990, ISBN 80-7038-158-2 .
- 10) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

- 11) HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
- 12) HOLMEROVÁ, I. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- 13) HORECKÝ, J., Pobytové služby sociální péče pro seniory. In KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 14) JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- 15) JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
- 16) JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006, ISBN 80-7368-110-2.
- 17) JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 18) JEŘÁBEK, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-662-5.
- 19) KALVACH, Z., a kol., *Geriatry a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0548-6.
- 20) KALVACH, Z., a kol., *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 21) KALVACH, Z., a kol., *Úvod do gerontologie a geriatry: integrovaný text pro interdisciplinární studium. I. díl, Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

- 22) KODYMOVÁ, P. Domácí tradice sociální práce. In MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-331-4.
- 23) KOLAJOVÁ, L. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1764-6.
- 24) KOLÁŘ, P. Komplexní rehabilitace a fyzioterapie. In KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 25) KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., a GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- 26) KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- 27) MAREK, J., a kol. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-174-9.
- 28) MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- 29) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- 30) MICHALÍK, J. *Malý právní průvodce pečujících*. 1. Vydání. Brno: Moravskoslezský kruh, 2010. ISBN 978-80-254-7333-7.
- 31) MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, ISBN 80-7013-436-4.
- 32) MISCONIOVÁ, B. Domácí péče. In KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.
- 33) MUSIL, L. „Ráda bych Vám pomohla, ale...“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN: 80-903070-1-9.

34) MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vydání Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.

35) NOVÁK, T. *Péče o pečující: jak být pečovatelem také sám sobě*. 1. vydání. Brno: Moravskoslezský kruh, 2011. ISBN 978-80-254-9149-2.

36) NOVÁKOVÁ, I. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011-2012. ISBN 978-80-247-3708-9.

37) PĚCHOTOVÁ, Z. Osobní asistence. In KALVACH, Z. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

38) RŮŽIČKOVÁ, E. *Etické aspekty péče o seniory v ošetrovatelské péči*. Brno, 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, katedra ošetrovatelství.

39) SCHIMMERLINGOVÁ, V. a NOVOTNÁ, V. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy: Skripta pro posluchače filosofické univerzity Karlovy*. Praha: Karolinum, 1992, ISBN 80-7066-483-5.

40) SINGLY, F. *Sociologie současné rodiny*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-249- .

41) SOLHEIM, K. Sociální pracovník ve zdravotnickém týmu. In KUZNÍKOVÁ, I., a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

42) ŠELNER, I. Základní formy péče, princip subsidiarity. In BARVÍKOVÁ, J., *Rodinná péče a profesionální péče. Rodinná péče o staré lidi*. Praha, 2005: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

43) TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Sociklub, 2001. ISBN 80-8684-00-9.

44) TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vydání. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.

45) VURM, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

46) ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. V Praze: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

CITOVANÉ PRÁVNÍ NORMY

- 1) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v platném znění.
- 2) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
- 3) Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.
- 4) Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění zákona č. 369/2011 Sb., v § 33 zavádí pojem léčebně rehabilitační péče.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- 1) BUREŠOVÁ, A, ŘEZÁČOVÁ, L., STEHLÍKOVÁ, Z. *Sociálně zdravotní péče o seniory. Závěrečná zpráva ke kurzu Problémy české společnosti a veřejná politika.* Karlova Univerzita Praha, Fakulta sociálních věd, 2009. [online]. 2009. [cit. 2013-9 -10]. Dostupné z: http://www.martinpotucek.cz/index.php?searchword=stehl%C3%ADkov%C3%A1&ordering=&searchphrase=all&Itemid=1 &option=com_search&lang=en
- 2) COFACE – Confederation of Family Organisation in European Union. European Charter of Family Carers. *Family and social, Intergenerational Solidarity* [online]. [cit. 2013-10-9] Dostupné z: <http://www.coface-eu.org/en/Policies/Family-Social/Intergenerational-Solidarity/>
- 3) Edukace, *Edukační proces* [online]. [cit. 2013-10-10]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/edukace.aspx?id=1>
- 4) KNOROVÁ, R. *Problematika následné péče z hlediska hodnocení kvality péče v léčebnách dlouhodobě nemocných.* [online] 2003 [cit. 2013-1 -2]. Dostupné z: www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=200
- 5) Krajská nemocnice Tomáše Bati, a . s ., VRLOVÁ, K.: *Edukace příbuzných v péči o nemocného v domácím prostředí.* [online]. [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://www.kntb.cz/edukace-pribuznych-v -peci-o -nemocne-v -domacim-prostredi>
- 6) MÜLLEROVÁ, N., KONÁŠOVÁ, P., POLÍVKA, J., LUKEŠOVÁ, A.: *Podpora a edukace rodiny v péči o pacienty starší 65 let.* [online]. 2006-2-7 [cit. 2013-11-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/podpora-a -edukace-rodiny-v -peci-o pacienty-starsi-65-let-279633>
- 7) OTEVŘENO SENIORŮM. *Evropská Charta práv a povinností starších osob vyžadujících dlouhodobou péči a pomoc* [online]. 2010 [cit. 2013-3 -9] Dostupné z :<http://www.otevrenoseniorum.cz/res/data/000196.pdf?seek=1313481622>
- 8) SEVEROVÁ, J. *Sociální práce ve zdravotnictví* [online]. In:Sestra 2005-9-11 [cit. 2013-1-1]. Dostupné z : <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>.

9) SOCIÁLNÍ REVEUE. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* [online]. 2005-03-02. [cit. 2013-3-11]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>

10) SVOBODOVÁ, K. *Analýza: Stárnutí populace podle výsledků projekce ČSÚ* [online]. 2005-03-25 [cit. 2013-2 -1]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34

11) ŠLENKRTOVÁ, H., MARKOVÁ, V. *Česká asociace sester, o . s ., pracovní postup – proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních* [online]. 2010-5 -11 [cit. 2013-2 -8]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf

ČASOPISECKÉ ZDROJE

- 1) HABRTOVÁ, P. *Domácnosti seniorů*. Odborný časopis Statistika a my 5/2013, 2013. Ev. Č. MK ČR E 19925.

- 2) VAŇKOVÁ, V. *Seniori v číslech*. Odborný časopis Statistika a my 5/2013, 2013. Ev. Č. MK ČR E 19925.

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Budoucí vývoj počtu osob ve věku nad 65 let, ČR, 2002–2050, str. 17.

Graf č. 2: Porovnání věkové struktury obou pohlaví, str. 41.

Graf č. 3 – Primární pečující osoba, str. 42.

Graf č. 4 – Poměr mužů a žen závislých na péči, str. 43.

Graf č. 5 – Věková struktura seniorů, str. 44.

Graf č. 6 – Zdravotní stav seniora, str. 45.

Graf č. 7 – Typ domácnosti, str. 46.

Graf č. 8 – Soužití seniora, str. 47.

Graf č. 9 – Seniors využívané sociální a zdravotní služby, str. 48.

Graf č. 10 – Dostatečnost sociální a zdravotních služeb pro seniory, str. 49.

Graf č. 11 – Nedostatečnost sociálních a zdravotních služeb z pohledu pečujících osob, str. 50.

Graf č. 12 – Problematika následné péče z pohledu pečujících, str. 51.

Graf č. 13 – Další specifické problémy, str. 52.

Graf č. 14 – Forma péče, str. 53.

Graf č. 15 Důvody volby ústavní péče, str. 54.

Graf č. 16 – Obtíže domácí péče, str. 55.

Graf č. 17 – Pomoc druhých v procesu řešení následné péče, str. 56.

Graf č. 18 – Stupeň informovanosti rodiny a seniora, str. 57.

Graf č. 19 – Úspěšnost vyřešení následné péče, str. 58.

Graf č. 20 – Důvody nespokojenosti, str. 59.

Graf č. 21 – Spokojenost s péčí na akutním lůžku, str. 60.

Graf č. 22 – Spokojenost s péčí na lůžkách následné péče (LDN, RHB, Hospic), str. 61.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Přehled návratnosti dotazníků, str. 41.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I – Dotazník

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Veronika Černá. Ráda bych Vás požádala o spolupráci při výzkumu, který realizuji v rámci své bakalářské práce na univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně na Institutu mezioborových studií, oboru Sociální pedagogiky. Bakalářská práce nese název „*Následná péče rodiny o seniora*“, jak již z názvu vyplývá, moje práce se zabývá problematikou řešení následné péče seniora. Dotazník je tedy určen pro rodiny, které nějakým způsobem pečovali, nebo pečují o svého blízkého seniora, respektive řešili, či řeší následnou péči o seniora. Chtěla bych Vás ujistit, že data budou zpracovávána anonymně. Dotazník je dobrovolný. Vyplněný dotazník bude použit pouze pro studijní účely.

Velmi si cením každé spolupráce, děkuji předem za Váš čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Vámi zvolenou odpověď, prosím, označte křížkem. Pokud není uvedeno jinak, je možné označit pouze jednu odpověď.

1) Jaký příbuzenský vztah k seniorovi chováte?

- syn/dcera
 - manželka/manželka, partner/partnerka
 - vnuk/vnučka
 - synovec/neteř
 - rodič
 - strýc/teta
 - jiný – prosím, uveďte:
-

2) Váš příbuzný je:

- muž
 - žena
-

3) Kolik je Vašemu příbuznému let?

- 60 - 69
 - 70 - 79
 - 80 - 89
 - 90 a více
-

4) Zdravotní stav příbuzného považujete za:

- dobrý
 - přiměřený věku
 - uspokojivý
 - špatný
 - velmi špatný
-

5) Váš příbuzný bydlí v :

- nájemním bytu
 - vlastním bytu
 - družstevním bytu
 - obecním bytu
 - vlastním domu
 - jiné – prosím uveďte:
-

6) Příbuzný žije?

- sám
 - ve společné domácnosti s manželem/manželkou/partnerem
 - ve vícegenerační domácnosti (prarodiče, rodiče + děti)
 - již využívá sociální služby (domov pro seniory, domov s pečovatelskou službou)
 - jiné:
-

7) Zaškrtněte, prosím, všechny služby (sociální i zdravotní), které senior doposud využíval/využívá? *Možno označit více odpovědí.*

- pečovatelské služby (terénní, pobytové – Domov s pečovatelskou službou)
 - domácí agentura (zdravotní služby jsou poskytované v domácím prostředí)
 - odlehčovací služby (péče na přechodnou dobu)
 - jiné pobytové služby pro seniory (týdenní stacionáře, přechodné pobyty, domovy pro seniory)
 - jiné pobytové zdravotní služby pro seniory (zdravotnické zařízení, léčebny dlouhodobě nemocných, hospicová péče, rehabilitační ústavy)
 - doposud žádné takové nepotřeboval
 - vůbec jsem o těchto možnostech nevěděl/nevěděla
-

8) Myslíte si, že nabídka sociálních i zdravotních služeb pro seniory je dostatečná?

- ano
- ne

9) Pokud jste odpověděli v otázce č. 8 „ne“; zakroužkujte prosím služby, které podle Vašeho názoru nejsou dostatečné. Jinak otázku považujte za bezpředmětnou. *Možno označit více odpovědí.*

- kapacita lůžek léčeben dlouhodobě nemocných
 - lůžka intenzivní rehabilitační péče
 - domácí rehabilitační péče
 - pečovatelská služba (terénní, domov s pečovatelskou službou)
 - odlehčovací služby (péče na přechodnou dobu)
 - kapacita domovů pro seniory
 - domácí agentury (poskytování zdravotní péče v domácnosti)
 - jiné – prosím uveďte:
-

10) Setkáváte/setkali jste se s nějakými dalšími problémy při řešení následné péče?

- ano

ne

11) Pokud jste odpověděli v otázce číslo 10 „ano“; S jakými problémy jste se setkali/setkáváte se při vyřizování následné péče seniora? Pokud jste odpověděli jinak, otázku prosím považujte za bezpředmětnou. Možno označit více odpovědí.

- dlouhé čekací doby na lůžka následné péče
 - nutnost vyřízení příspěvku na péči – podmínka k přijetí
 - nemožnost vyřízení příspěvku na péči ve zdravotnickém zařízení
 - nepřiznání příspěvku na péči
 - finanční nedostupnost služby
 - nedostatek míst v daném zařízení
 - přístup personálu vámi vybraného zařízení a nedostatečná kvalita péče
 - jiné – prosím uveďte:
-

12) Jakou formu péče o seniora jste zvolili?

- ústavní
 - domácí
-

13) Pokud jste v otázce číslo 12 odpověděli „ústavní“, zaškrtněte důvod, proč o svého příbuzného nemůžete pečovat v domácím prostředí? Pokud jste zvolili formu péče „domácí“, otázku prosím považujte za bezpředmětnou. Možno označit více odpovědí.

- pracuji a nemůžu si dovolit přestat chodit do práce
 - péče o blízkého vyžaduje 24 hodinovou péči – časová, fyzická náročnost
 - pečuji sám/sama o své děti
 - pečuji již o jiného příbuzného
 - můj zdravotní stav není dobrý
 - bariéry v bytě, domě
 - jiný – prosím uveďte:
-

14) Co, podle Vás působí seniorům největší obtíže v jejich domácím prostředí? Možno označit více odpovědí.

- péče o domácnost (např. úklid, nákup, praní)
 - péče o vlastní osobu (hygiena, strava, pedikúra)
 - nedostatek informací o poskytovaných službách pro seniory ve městě Brně
 - nedostatek financí (nepřiznání příspěvku na péči, nízký starobní/invalidní důchod)
 - sociální izolace
 - bariéry v domácnosti (podlaží, výtah, prahy)
 - jiné – prosím uveďte:
-

15) Kdo Vám nejvíce pomohl při řešení následné péče o seniora? Možno označit více odpovědí.

- praktický/obvodní lékař

- ošetřující odborný lékař ve zdravotnickém zařízení (internista, neurolog, chirurg)
 - zdravotní sestra
 - sociální pracovníce
 - rodina, přátelé, známí
 - nepotřebovali jsme pomoc druhých
-

16) Byli jste dostatečně informováni o možnostech následné péče (službách, příspěvcích, kompenzačních pomůckách, pobytových službách)?

- částečně ano
 - ano úplně
 - ne, jen povrchně
 - nebyl/a jsem vůbec
-

17) Podařilo se Vám uspokojivě vyřešit následnou péči seniora?

- ano
- ne

18) Pokud jste v otázce číslo 17 odpověděli „ne“, uveďte prosím důvod. V opačném případě považujte otázku za bezpředmětnou.

- nejsem spokojen/a s typem vybraného zařízení
 - nejsem spokojena s přístupem personálu v daném zařízení
 - nejsem spokojen/a s kvalitou péče v daném zařízení
 - nejsem spokojen/a s ničím s výše uvedeným
 - nedostatečné finanční zabezpečení při péči o osobu blízkou
 - jiné:
-

19) Byli jste spokojeni s péčí na akutním lůžku zdravotnického zařízení?

- ano
 - ne
-

20) Byli jste spokojeni s péčí na lůžku následné péče (léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační oddělení, jiné pobytové a sociální služby)

- ano
 - ne
-

Prostor pro Váš komentář:

Ještě jednou Vám děkuji za čas, který jste dotazníku věnovali.

Veronika Černá

Kontakt: veronika.cerna@fnusa.cz, tel.: 543 182 611