

Příprava seniorů k propuštění z nemocnice (ná vaznost zdravotní a sociální péče)

Kateřina Mahdalová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Mahdalová**
Osobní číslo: **H12558**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Příprava seniorů k propuštění z nemocnice
(návaznost zdravotní a sociální péče)**

Zásady pro vypracování:

Vyhledání a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti stáří, ústavní péče a sociální práce.

Příprava metodiky průzkumu.

Realizace praktické části bakalářské práce metodou rozhovorů s klienty.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Vyhodnocení výsledků průzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MŮHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Praha: Grada, 2010, 158 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2015**

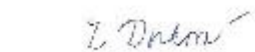
Termín odevzdání bakalářské práce: **22. května 2015**

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015



doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Berou na vědomí, že

- udevzaláním 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 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 (j. 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.

Ve Zlíně 2.3.2015

M. Křiváková

⁽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 Zveřejněním záchranných prací

⁽²⁾ Vlastní dílo nezahrnuje veřejné dílo, dílo ve věcné, bakalářské a diplomové práci, a dílo jen prostředím sdělovací, včetně poznámek citovaných a výkladů obhajoby prostřednictvím dalších katechetických prací, které vznikají. Zpráva souhrlně shrnuje vlastní práci autora.

(3) *Účastník, příjemce, beneficiář a stipendista práce omezené doby trvání k obhajobě není lépe než veřejně při pracovních drah před končící obhajobou zavázán k nošení nákladů v rámci určitého nákladu příspěvkem společně s touto nebo jinou osobou, která má právo při uzavření této, kdy se má konat obhajoba práce. Každý z nich se rozhodne podle podmínek na své obhajobě, pokud je to považuje za vhodné.*

(4) *Plán je omezená doba nebo podmínka zaměstnání při práci podle tohoto článku, bez ohledu na úroveň obhajoby.*

2) *zákon č. 122/2001 Sb. o práci zahraniční, o pracovních smlouvách s pracovním zastoupením a o službě zahraniční odborní (zahraniční náklady) ve smyslu právních předpisů, § 20 odst. 3;*

(3) *Do práce zahraničního nákladu nepočítá škola nebo školská či vzdělávací zařízení, když je úkol na školní práci nebo nepříměho hospodaření nebo školního provozu. Škola nebo školská či vzdělávací zařízení může být pověřena tímto úkolem, pokud škola nebo školská či vzdělávací zařízení (školská dílna).*

2) *zákon č. 122/2001 Sb. o práci zahraniční, o pracovních smlouvách s pracovním zastoupením a o službě zahraniční odborní (zahraniční náklady) ve smyslu právních předpisů, § 20 odst. 3;*

(2) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na využití školního zařízení a učitelů podle § 25 odst.*

3). *Čištění a údržba školního dílny může být bez nároku úhrad, pokud se jedná o úkony spojené s údržbou školního provozu jako úklid a malba. Úhradami § 25 odst. 3 školské zařízení.*

(2) *Maň je školní dílna, může být školního dílna, ale také di pracovních školních díln, pokud se jedná o úklid a údržbu školního dílny nebo školního či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školská či vzdělávací zařízení jsou pověřeny zodpovědností, aby tato práce školního dílna z těchto školních zařízení v místních školních dílnách pracovních školních dílna z pracovních díln na školní dílnách, které se týkají školního dílna, a to podle účelů, a to pokud školní dílna je pověřena školní dílnou, pokud se jedná o školní dílny školního dílna nebo školního či vzdělávacího zařízení z učitelů školního dílna podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části - teoretickou část a praktickou část. Teoretická část se zabývá problematikou stáří, stárnutí, psychosociálním stárnutím, zdravotními a sociálními službami a zákonem o sociálních službách. V praktické části jsou vyhodnoceny rozhovory s respondenty. Cílem bylo zjistit, jak je zajištěna návaznost zdravotní a sociální péče po propuštění z nemocnice. Průzkum byl zaměřen na to, zda klienti před propuštěním z nemocnice jsou dostatečně informováni o následné zdravotní a sociální péči a o jaké konkrétní služby mají zájem.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, psychosociální stárnutí, propuštění z nemocnice, zdravotní a sociální služby.

ABSTRACT

The thesis is divided into two parts - theoretical part and practical part. The theoretical part deals with the issue of old age, aging, psychosocial aging, health and social services as well as Social Services Act. In the practical part interviews with the respondents. The aim was to find out how continuity of health and social care is provided after leaving hospital. The survey was to find out whether clients before leaving hospital are sufficiently informed about the health and social care and what specific services they are interested in.

Keywords: old age, aging, psychosocial aging, hospital release, health and social services.

Vyjadřuji tímto poděkování paní PhDr. Anně Krátké, Ph.D. za pomoc, podnětné rady, vstřícnost a ochotu při psaní bakalářské práce.

Děkuji i mé rodině za trpělivost a za to, že mi byli ve studiu a při psaní práce velkou oporou.

Motto:

„Jen to je ztraceno, čeho se sami vzdáváme.“

(G. E. Lessing)

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

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ	13
1.1 PERIODIZACE STÁŘÍ.....	14
1.2 PSYCHOSOCIÁLNÍ STÁRNUTÍ	17
2 PÉČE O SENIORY PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE	19
2.1 DŮSLEDKY HOSPITALIZACE	19
2.2 PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE	20
2.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	20
2.3.1 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka.....	22
2.4 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	23
2.5 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU NEMOCNÉHO SENIORA.....	24
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ SENIORŮM	26
3.1 DOMOVY PRO SENIORY	26
3.2 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	26
3.3 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA	27
3.4 OSOBNÍ ASISTENCE.....	27
3.5 DENNÍ STACIONÁŘE.....	28
3.6 TÝDENNÍ STACIONÁŘE.....	28
4 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ SENIORŮM.....	29
4.1 LÉČEBNÝ DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH.....	29
4.2 HOSPICE.....	29
4.3 DOMÁCÍ PÉČE.....	30
5 ZÁKON Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	31
5.1 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	31
5.2 FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	34
5.3 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
6 METODIKA PRÁCE.....	37
6.1 CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	37
6.2 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	38
6.3 KRITÉRIUM RESPONDENTŮ.....	39
6.4 ORGANIZACE ŠETŘENÍ	39
7 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ.....	40
7.1 VÝSLEDKY ROZHOVORŮ.....	40
8 DISKUSE.....	50
9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	53
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	58

SEZNAM OBRÁZKŮ	59
SEZNAM TABULEK	60
SEZNAM PŘÍLOH	61

ÚVOD

Během studia jsem se v rámci odborných praxí setkala s poskytováním pomoci nemocným, kteří byli hospitalizováni v nemocnici a se sociálními a zdravotními službami, které jsou poskytovány klientům.

Uvědomila jsem si, že je nutné zajistit důstojné prostředí a kvalitní péči i po propuštění z nemocnice lidem, kteří nejsou soběstační z důvodu věku, zdravotního stavu nebo poklesu funkčních schopností.

Proto jsem si v rámci bakalářské práce zvolila téma „Příprava seniorů k propuštění z nemocnice (návaznost zdravotní a sociální péče).“

Teoretická část je rozčleněna do pěti kapitol.

První kapitola se zabývá stářím a stárnutím, poněvadž sociální problematika starých a nemocných lidí je hodně odlišná od sociální problematiky lidí v produktivním věku a lidí zdravých. V této kapitole je nejprve vysvětlen pojem stáří a uvádí se jeho periodizace. Dále je charakterizován proces stárnutí a popsány změny, ke kterým v něm dochází.

Druhá kapitola vymezuje, jak by mělo být naplánováno a jak by mělo probíhat propuštění pacienta - seniora z nemocnice a jakou roli v něm plní zdravotně sociální pracovník. Věnuje se také sociální práci s rodinou nemocného nebo nesoběstačného seniora.

Ve třetí kapitole jsou uvedeny druhy a popis sociálních služeb poskytovaných seniorům. Jsou zde charakterizovány jednotlivé typy těchto služeb. Dále jsou uvedeny činnosti poskytující lidem pomoc v nepříznivé sociální situaci.

Čtvrtá kapitola se zabývá zdravotními službami a charakteristikou jednotlivých typů.

Pátá kapitola je věnována zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nejprve se zabýváme příspěvkem na péči, postupem při zjišťování nároku na něj, výší příspěvku na základě stupně závislosti. Dále je popsáno financování sociálních služeb. Poslední část kapitoly se věnuje povolání sociálního pracovníka. Poznáváme, jaké předpoklady musí splňovat sociální pracovník.

V praktické části jsou vyhodnoceny výsledky rozhovorů s respondenty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

K základním pojmům seniorské problematiky můžeme zařadit stáří, stárnutí, kvalitu života, křehkost, gerontologii a geriatrii (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 19).

S jistotou můžeme říct, že každý člověk stárne. Toto tvrzení je všeobecně známé a uznávané. Lidé říkávají, že stárnutí a stáří, stejně jako smrt, jsou spravedlivým procesem, který máme. Přesto o svém vlastním stárnutí a stáří většinou neuvažujeme, než přijde doba, kdy se nás začne osobně nebo zprostředkovaně, ale blízce týkat. O stáří kolem nás se v mladších věkových kategoriích nezajímáme. Navzdory četným informacím o tom, že celá naše i světová společnost stárne. Člověk je přesvědčen, že na faktická politická a ekonomická rozhodnutí nemá vliv a proto se nestará ani o reformu ani o stáří. Ostatně vlastní stáří je daleko a z této pozice se jeví jako nezajímavé, šedivé (Haškovcová, 2010, s. 16-17).

Za vznik sociální gerontologie se považuje vydání knihy G. Halla „*Senescence: Druhá polovina života*“ v roce 1922. G. Hall byl americký psycholog z Harvadovy univerzity. V historickém duchu přistupoval k tématu v kontextu tanatologickém, kdy stáří se vyrovnává s koncem života, s blížící se smrtí a úkolem urovnat všechny záležitosti - majetkové, spirituální, vztahové, psychické (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 15).

Stáří je posledním z vývojových procesů lidského života, které končí smrtí.

Psychologický slovník (Hartl a Hartlová, 2009, s. 562) uvádí stáří jako konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života.

Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory, jako jsou především choroby, způsob života a životní podmínky a je to také spojeno s celou řadou významných sociálních změn. Můžeme uvést osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí. Všechny změny se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížné (Mühlpachr, 2004, s. 18).

Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jedná se o poslední vývojovou etapu, která završuje, uzavírá lidský život. Stařecký stav a vzhled jsou dány především, viz níže:

- Biologickou involucí, která je do značné míry geneticky determinována.
- Projevy a následnými důsledky úrazů a chorob, částečně geneticky determinovanými.

- Životním způsobem, který je u každého člověka individuální, zvláštní stravou, pohybovou, mentální aktivitou nebo naopak pasivitou.
- Adaptačními reakcemi chorobnými změnami.
- Fyzickým i sociálním vlivem prostředí včetně společenského vymezení sociální role starého člověka.
- Psychickým stavem - motivací, představou vlastním stářím, adaptací na stárnutí, osobnostními charakteristikami (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 19).

Stárnutí (ontogeneze) je zákonitý proces, druhově celoživotní proces, jehož evoluční projevy se stávají zřejmější na přelomu 4. a 5. desetiletí. Jedná se o proces individuální, tedy každý člověk stárne do určité míry svým tempem. Je to dáno nejen různou genetickou výbavou, ale také různými životními podmínkami, interakcemi s prostředím, odlišným zdravotním stavem i životním stylem (Mühlpachr, 2004, s. 22).

Podle psychologického slovníku Hartla a Hartlové (2009, s. 561) jsou pod pojmem stárnutí nejčastěji zahrnovány změny chápané jako negativní, k nimž dochází po adolescenci. Rozlišujeme stárnutí biologické, psychologické a sociální. Jednoduše by se dalo říct, že stárnutí je involuce a proces, který se projevuje změnami v průběhu času.

1.1 Periodizace stáří

Jarošová (2006, s. 7) píše, že pokusů o definování stárnutí a stáří bylo učiněno mnoho, avšak žádná z definic není absolutní a definitivní. Fyzický stav má vzájemný vztah s věkem a bývá často charakteristikou, která se při definování stáří užívá nejčastěji. Kalendářní neboli chronologický věk má však jako definiční znak své obtíže.

Stáří je poslední etapou života, která bývá často označována jako postvývojová. Přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci. Je obdobím relativní svobody, ale i dobou nevyhnutelných ztrát ve všech oblastech (Vágnerová, 2007, s. 299).

Haškovcová (2010, s. 20) se zmiňuje o definici Světové zdravotnické organizace: „*Stařecký věk neboli senescence obdobím života, kdy je poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“

Označování člověka, který prožívá období stáří je různorodé a rozmanité. Odborná literatura často udává pojem geront. Často se také udává důchodce; toto pojmenování je nevyho-

vující, protože označuje pouze člověka pobírajícího důchod. Jako nejvhodnější můžeme uvést termín senior, který nemá žádný emocionální nádech a označuje člověka v celém věkovém období sénia (Čornaničová, 1998 In Jarošová, 2006, s. 9).

Mühlpachr (2004, s. 19-21) ve své knize rozepsal periodizaci stáří následovně:

- Biologické stáří.
- Sociální stáří.
- Kalendářní (chronologické) stáří.
- Dlouhověkost.

Vymezení a periodizace stáří je obtížné. Podobně jako Mühlpachr, tak rozdělili stáří Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 25) na kalendářní, biologické a sociální.

Biologické stáří je dáno dosažením míry involučních změn, poklesu potenciálu zdraví, které je provázené úbytkem zdatnosti, odolnosti a adaptability. Všechny tyto složky jsou vzájemně propojené. Jde o souhrn nevratných biologických změn, popřípadě genových expresí, predikující zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů, úmrtí, případně i maximálního času zbývajícího do přirozené smrti u daného člověka. Biologické stáří není dnes stanovitelné. Nejsou uvedena přesná kritéria, procesy stárnutí jsou navíc prolntuty s chorobnými změnami (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25).

Podle Křivohlavého (2011, s. 19) je věnována mimořádná pozornost problematice biologie stárnutí, a to jak poznání toho, jak celý biologický jev formuje člověka v průběhu celého života, tak i toho, jak tyto různé biologické jevy mění patologicky svou funkci v průběhu celého života.

Mühlpachr (2004, s. 19) uvádí **sociální stáří** jako vymezení kombinací několika sociálních změn či splněním daného kritéria - nejčastěji se jedná o penzionování (dosažení věku), kdy vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. V tomto smyslu je stáří chápáno jako sociální událost.

Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn v oblasti sociálních rolí, postojů, a sociálního potenciálu. Dále je sociální stáří souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, sem spadá penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnatelnost, veteránství - jedná se o poskytování znalostí, odchod dětí, ovdovění, ztráta per-

spektiv. Jde o „vystoupení či vytlačení ze světa mládí, motivací, zájmů a povinností.“ Lze předpokládat různorodost mezi jednotlivými seniory ve schopnosti i zájmu pracovat a to odlišně v různých profesích nebo částečné zaměstnanosti. Současně se do vyššího věku přiřazují i jiné sociální události, jako je pozdní rodičovství nebo uzavírání manželství (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 26).

Jarošová (2006, s. 15) uvádí, že se sociální teorie vztahuje ke stárnutí a stáří a je ovlivňována strukturou společnosti a sociální změnou. Pohled na seniory je ovlivněn jejich počtem. Pokud je ve společnosti vysoké procento seniorů, je vyšší riziko jejich devalvace. Ve společnosti s jejich nízkým zastoupením se senioři těší vyššímu sociálnímu statusu. Jedním z mnoha měřítek, které se využívají ve stárnutí a také tím nejběžnějším, je kalendářní věk neboli chronologický věk. Je určen datem narození a dá se u každého jedince přesně určit.

Kalendářní (chronologické) stáří je vymezeno dosažením určitého stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují změny involuční. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoduchost, jednoznačnost. V 60. letech minulého století Světová zdravotnická organizace vyznačila věk 60 let. Ve vyspělých zemích se v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života, poklesem kardiovaskulární morbiditativy ve středním věku a zlepšováním kvality života seniorů posouvá hranice k věku 65 let (Mühlpachr, 2004, s. 20). Kalendářní stáří je snadno a jednoznačně stanovitelné a proto vyhovuje demografickým i jiným potřebám. V kalendářním stáří však není řečeno o individuálních involučních změnách ani o sociálních rolích. V dnešní době rozdělujeme seniory do jednotlivých skupin podle věku. Jedná se o mladé seniory (65-74), staré seniory (75-84) a velmi staré seniory 85 let a více (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 25).

Dlouhověkost je označení pokročilého věku, obvykle se jedná nad 90 let věku. Lidí, kteří se dožívají věku nad 90 let, je jen nepatrný zlomek populace, ale jejich počet stoupá. Na zvyšování věku populace může především zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí, medicínský pokrok (Mühlpachr, 2004, s. 21). S nástupem dlouhověkové společnosti, s možnou realitou života do věku 100 let je potřeba přehodnotit vymezení a klasifikaci stáří a hlavně přístup k lidem vyššího věku (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 27).

1.2 Psychosociální stárnutí

Psychologie byla na svém začátku zaměřena na jednotlivce a na jeho duševní život (vnímání, cítění, myšlení, chtění). Velmi brzy se však v psychologii začalo uplatňovat poznání, že člověk není sám, že žije společně s druhými lidmi, že je společný tvor (Křivohlavý, 2003, s. 94).

Důležitá je příprava na stáří již v mladším věku - plánovat si období, kdy někteří z nás budou postrádat svou pracovní roli. Myšlenkám dát jiný směr a vědět, jak bychom mohli využít svůj čas (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 22).

Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky. S rostoucím věkem se mohou objevovat u každého člověka individuálně. V psychických změnách a projevech ve stáří jsou mezi jednotlivci rozdíly. Můžeme říct, že dochází ke zhoršení poznávacích (kognitivních) funkcí, tedy vnímání, pozornosti, paměti, představivosti. Nezměněná zůstává slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt, vyjádření myšlenek. Psychické pochody mohou zaznamenávat zlepšení, například trpělivosti, rozvahy, schopnosti úsudku (Mlýnková, 2011, s. 24).

Klevetová a Dlabalová (2011, s. 23) uvádějí, že názory psychologů, na problematiku psychosociálního stárnutí jsou rozdílné. Důležité je chápat stáří v jeho souvislostech, pohledem biopsychosociálním. Medicína podceňuje psychické problémy a hledá potíže v tělesných orgánech a nesleduje podrobnou psychosociální anamnézu.

Pro kvalitu psychiky ve stáří má z větší části význam osobnost člověka (Pacovský, 1990, s. 46).

Ve stáří se charakteristické osobnostní rysy mění na své intenzitě. Člověk, který je úzkostný, se ve stáří může proměnit v hypochondra nebo ze šetřivého člověka se může vystupňovat lakota, z důvěřivého člověka se stane nedůvěřivý (Minibergerová a Dušek, 2006, s. 8).

Čevela, Kalvach a Čeledová (2012, s. 31) se zmiňují o Eriksonovi, podle kterého je obecným vývojovým úkolem stáří zachování osobnostní integrity proti beznaději, zoufalství a strachu ze své vlastní smrti. V podstatě jde o přiměřenou adaptaci, zachování celoživotní identity, hodnotového systému, životního smyslu, osobnostního růstu i životní perspektivy.

Vnímání, které je u seniorů snižené oslabenými smysly způsobuje do jisté míry strach a úzkost, popřípadě přináší nejistotu. Ta mnohdy vede k tomu, že se senior nechce vydat ven, setkávat se s přáteli, lidmi kolem něj, je ostražitý a nedůvěřivý. V pozdějším věku a to hlavně po 80. roce života, se u některých seniorů objevují poruchy paměti, rozhodovací

schopnosti a poruchy osobnosti. Navyšuje se počet duševních onemocnění a také je zaznamenán nárůst demencí, především Alzheimerovy choroby (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 23).

Podle Jarošové (2006, s. 24-25) se na kvalitě psychiky podílí osobnost člověka. Stejný názor sdílí i Pacovský. Celistvost osobnosti zůstává zachována, zpravidla se mění pouze její dílčí schopnosti. Jedná se o podezíravost u paranoidního typu osobnosti, jiné typy ztrácejí na své intenzitě, například nedbají na pořádek. Dochází také ke změnám hierarchie potřeb. Důležitou roli plní zájem o vlastní zdraví, potřeba jistoty a bezpečí, touha se uplatnit i ve vyšším věku.

Velkou psychickou až traumatizující změnou je ztráta svého životního partnera. Po smrti partnera prožívá ten druhý zcela nevyhnutelně pocit nenahraditelné ztráty, prázdnoty, opuštění a samoty. Lidé se s touto ztrátou nějakým způsobem naučí žít, i když je to situace velmi bolestivá. Někteří lidé s takovou emocionálně náročnou situací neunesou, nemohou se s ní smířit, což může urychlit jejich vlastní úmrtí (Mlýnková, 2011, s. 25).

Se stoupajícím věkem mohou přibývat i chronická onemocnění, která vedou ke zhoršení soběstačnosti. Snížená soběstačnost o vlastní osobu a změna sociální role ovlivňují účast na společenském životě jedince. Senior se ocitne v sociální izolaci, těžko přijímá fakta závislosti na druhé osobě, ztrácí svou identitu, mnozí si neřeknou o pomoc. Starý člověk s obtížemi snáší drobné zátěže, nerad mění svůj styl života, který má vžitý řadu let. Situace je o to horší, pokud senior ztratí svého partnera a ztratí chuť do života. Člověk se cítí osamocen, cítí samotu uvnitř těla a musí se pokusit přijmout novo roli vdovy - vdovce. To vše ovlivňuje psychické prožívání a působí na kvalitu života člověka (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 23).

Avšak není pravidlem, že každý senior své psychosociální změny vnímá negativně. Mnozí senioři žijí dlouho aktivní život, jsou schopni si zajišťovat běžné denní povinnosti, pečovat o domácnost a věnovat se svým aktivitám, aniž by museli žádat o pomoc druhé osoby. Někdo se může chlubit svou zahradou, jiný turistikou či počítačovými schopnostmi a další jedinci nacházejí své uspokojení v péči o svá vnoučata (Mlýnková, 2011, s. 26).

2 PÉČE O SENIORY PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE

Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba následné péče o seniory se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními problémy. Sociální práce směřuje především k nejvíce ohroženým starým lidem, tedy osaměle žijícím, velmi starým, propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným léčeným doma, přijatým do institucí a žijícím v nich a podobně. Sociální práce se tedy soustřeďuje do oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 163).

Senior může po propuštění z nemocnice využívat sociální služby, které se poskytují především jako služby pobytové, dále ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Službami ambulantními se rozumí, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena jinou osobou nebo dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí těchto služeb není ubytování. Terénní služby jsou osobě poskytovány v přirozeném prostředí. Mezi zařízení sociálních služeb patří domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, denní stacionáře, týdenní stacionáře, centra denních služeb. Služby sociální péče pomáhají seniorům zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, a v případě, kdy to vyžaduje jejich stav, zajistit důstojné prostředí a zacházení (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 156-157).

Mlýnková (2011, s. 62) vypsala formy péče o seniory do tří skupin, viz níže:

- Péče, kterou zajišťuje rodina.
- Zdravotní péče (zahrnuje i ošetrovatelskou péči).
- Sociální péči (pečovatelské úkony).

2.1 Důsledky hospitalizace

V důsledku hospitalizace je zasažena psychosociální sféra života seniora, a to narušením jeho soukromí - například při pobytu v nemocnici větším počtem spolupacientů na pokoji, jejich návyky, obnažování před ostatními, používáním ústavního pyžama, omezení soukromí při návštěvě rodiny. V tom jak snáší klient pobyt, existují značné rozdíly. Jsou jedinci lehce přizpůsobiví, kteří velmi rychle navážou přátelský kontakt, jiní jsou citliví a snášejí prostředí hůře. Jsou však i klienti, obzvláště z řad starších seniorů, kterým pobyt v zařízení vyhovuje, protože zde mají zajištěny služby na hotelovém principu (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 33).

2.2 Propuštění z nemocnice

Propuštění z nemocnice plní žádoucí a nutné složky. Před propuštěním ze zdravotnického zařízení musí být rozhodnuto o dalším způsobu péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Vrchní sestra, lékař nebo zdravotně sociální pracovník se domluví další péči s poskytovateli sociálních služeb v místě bydliště pacienta. Senior má právo podílet se na rozhodování sám, či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo osob, které si sám klient zvolí. Důležitou informací pro pacienta při propouštění z nemocnice je to, aby byl dostatečně informován a poučen o důležitých skutečnostech. Aby mu bylo známo, jak dále pokračovat v rehabilitaci a další péči o svou osobu. Je nutné umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje zdravotnické a sociální služby a přeje si být nadále v domácím prostředí, zajistit domácí péči (Venglářová, 2007, s. 95).

Matoušek (2005, s. 166) uvádí propuštění pacienta z nemocnice jako odbornou kvalifikovanou a citlivou (respektující, důstojnou) záležitost. Souběžně jde o praktické řešení aktuální situace, která je spojena s dlouhou čekací dobou v zařízeních sociální péče. Kapacita navazujících sociálních služeb poskytující ubytování s pečovatelskou službou je limitována, pacient nemá možnost rozhodnutí a často mu hrozí neodůvodněné a nelidské překládání z jednoho zařízení do druhého, ve kterém on sám hraje pasivní roli.

2.3 Zdravotně sociální pracovník

„Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním:

- a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,*
- b) nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, nebo*
- c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získání odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 10).*

„Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 10).

Podle Kuzníkové a kol. (2011, s. 23) je zdravotně sociální pracovník (dále ZSP) důležitý ve zdravotnických zařízeních, a to především v nemocnicích, aby řešil a uspokojoval psycho-sociální potřeby klientů. Přesto není postavení zdravotně sociálního pracovníka v týmu odborníků dostatečně objasněno, a proto dochází k problémům ve vzájemné komunikaci.

Pro zdravotně sociálního pracovníka je důležité vytvoření dobrého vztahu s člověkem, kterému je poskytována pomoc. Tento vztah by měl být založen především na důvěře, porozumění a pocitu bezpečí. Za základní etické principy zdravotně sociální práce jsou považovány především autonomie, cílevědomost, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, prospěšnost, solidarita, spravedlnost (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 54-55).

Podle Vondráčka (2005, s. 61) zákon č. 96/2004 Sb. přesně a konkrétně stanovuje podmínky, za kterých lze vykonávat povolání zdravotnického pracovníka.

Způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka má ten, kdo splňuje následující požadavky:

- Má odbornou způsobilost podle tohoto zákona.
- Je zdravotně způsobilý.
- Je bezúhonný (Zákon č. 96/2004 Sb., § 3).

Splnění uvedených požadavků zajišťuje kvalitu poskytované služby, která je klientům garantována.

Zdravotně sociální pracovník řeší problémy klienta, který se ocitnul v nepříznivé sociální situaci, kterou není schopen vyřešit sám. Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se zdravotní péče prolíná s péčí sociální (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 69).

Zdravotně sociální pracovník nepečuje o klienta trvale, ale poskytuje mu pomoc v kritické situaci.

Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., § 9 zdravotně sociální pracovník provádí sociální prevenci, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci ocitli v nepříznivé sociální situaci. Dále provádí sociální šetření u klientů a posuzuje životní situaci pacienta ve vztahu k onemocnění. Zajišťuje sociálně - právní poradenství pro klienty, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Účastní se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností. Zdravotně sociální pracovník se v rozsahu své odborné způsobilosti podílí na přípravě propuštění pacientů z nemocnice, včetně zajištění další péče a služeb. ZSP v případě úmrtí

pacientů provádí odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťuje záležitosti spojené s úmrtím.

Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka spočívá v tom, že přichází za klientem na základě požadavku lékaře, ošetřujícího personálu nebo na požádání rodiny pacienta. Dále ZSP řeší problém, který vznikl v průběhu hospitalizace - zajištění terénních služeb po propuštění z nemocnice, zajištění konkrétní sociální služby, kterou bude klient využívat (Kuzníková a kol., 2011, s. 47).

Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011, s. 70-71) uvádějí pracovní postupy ZSP užívané ve zdravotnictví. V první etapě jde o seznámení s chorobopisem, který zahrnuje zdravotnickou dokumentaci pacienta, kontakt na příbuzné. Ve druhé etapě je realizován první kontakt s pacientem, kdy mu ZSP vysvětlí, proč za ním přichází. Třetí etapa spočívá ve stanovení sociální diagnózy, kdy se ZSP zabývá samotným pacientem. Důležitý je také návrh řešení a plán pomoci pacientovi. Plán by měl obsahovat více variant pomoci danému pacientovi. V poslední etapě je zhodnocení výsledků. Zdravotně sociální pracovník si ověřuje, do jaké míry se mu podařilo splnit plán svých činností, které si stanovil v zájmu pacienta.

2.3.1 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Zdravotně sociální pracovník by měl splňovat následující kompetence:

- Kompetence profesně oborové - disponovat s kvalitními teoretickými znalostmi i praktickými dovednostmi, které jsou nepostradatelné pro výkon profese.
- Kompetence sociálně anamnestické a diagnostické - být schopen provádět sociální šetření u klientů, včetně odebírání sociální anamnézy a následně si zpracovat informace o klientovi.
- Kompetence poradenské a konzultační - být schopen poskytovat sociálně právní poradenství a realizovat konzultační činnost klientům, popřípadě rodině pacienta.
- Kompetence rozhodovací - zdravotně sociální pracovník sestavuje plán v rozsahu, druhu a potřeby sociální služby, kterou klient vyžaduje, potřebuje.
- Kompetence organizační - průběžně sledovat zdravotnickou nebo sociální dokumentaci jednotlivých klientů.
- Kompetence komunikativní a etické - disponovat dobrou komunikativností, tedy předávat informace srozumitelně. ZSP by měl umět klientům naslouchat.

- Kompetence osobnostně kultivující - mít schopnost sebereflexe, též sebevzdělávání a rozvíjení svých odborných znalostí (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 72-74).

Činnosti zdravotně sociálního pracovníka jsou jasně definovány ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., ovšem některé činnosti korespondují a prolínají se s činností sociálního pracovníka.

2.4 Role sociálního pracovníka

Proces propouštění by měl způsobem komunikace, způsobem podávání informací, zapojením dalších osob a formou následné péče odpovídat potřebám a zdravotnímu stavu seniora. Základem by měl být takzvaný propouštěcí plán, jehož tvorba by měla začínat již přijetím rizikového pacienta na lůžko. Na tvorbě by se měl podílet tým, ve kterém je lékař, všeobecná sestra, zdravotně sociální pracovník a také člen rodiny, pokud se chce podílet na přípravě k propuštění příbuzného z nemocnice. Procesu by se měl účastnit i sám pacient. Lékař od sociálního pracovníka očekává, že zajistí návaznost péče pro daného pacienta po propuštění z nemocnice do domácí péče nebo následné zdravotní či sociální péče (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 166).

Vzájemný kontakt mezi sociálním pracovníkem a nemocným vyžaduje od pracovníka základní znalosti v oblasti psychologie, schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které umožňují s pacientem správně jednat. Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem by měl být založený na důvěře a respektu (Zacharová, Hermanová a Šrámková, 2007, s. 63-64).

Senior, přijatý do nemocnice, je ohrožen především nestabilitou zdravotního stavu, popřípadě trvalým snížením soběstačnosti, které je projevem onemocnění. I poté, co je stav pacienta z lékařského hlediska stabilizován a aktuální medicína mu nemůže více přispět ke zlepšení zdravotního stavu, je potřeba seniorovi zajistit dostatek potřebné zdravotní péče, vhodného prostředí a sociální podpory, aby zvládal proces rekonvalescence, případně návrat do svého přirozeného prostředí či přechod do jiné instituce. Při této návratné péči plní důležitou roli sociální pracovník (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 165). Sociální pracovník by měl být ke klientům klidný, vstřícný a hlavně pozitivní. Pokud nebudeme pozitivně naladěni na poskytování kvalitních informací, které od nás bude senior přijímat, nemůžeme dosáhnout jeho spokojenosti. Sociální pracovník by měl být připraven na střídání nálad, které mohou být ve vyšším věku častější než u osob nižšího věku. Změna nálady může u seniora vyvolat špatné vstřebávání informací, které mu poskytneme, nebo

nás můžou hůře slyšet. Zhoršená nálada se může odvíjet i od stylu, jak informace předáváme. Jestliže pospícháme a pracujeme rychle, klient může být dezorientovaný, nejistý, agresivní (Mlýnková, 2011, s. 73-74).

Sociální pracovník by měl identifikovat sociální rizika spojená s propouštěním staršího pacienta. Měl by zjistit, jestli jsou u seniora přirozené zdroje pomoci a přirozená sociální síť v pacientově prostředí (rodina, přátelé). Sociální pracovník by se měl zajímat, zda se pacient vrací do městského či venkovského prostředí a jaká je zde nabídka služeb, jaká kvalita je jeho bydlení v oblasti hygieny, bezbariérovosti a jaká je jeho finanční situace (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 167).

Malíková (2011, s. 90) popisuje činnosti sociálního pracovníka následovně:

- Vede si evidenci z jednání s každým klientem bez ohledu na to, jestli se zájemcem povede další jednání.
- Zajišťuje ověřování potřebných dokumentů.
- Účastní se pracovních porad v zařízení s ostatními zaměstnanci.
- Spolupracuje se státní správou.

Důležitým úkolem sociálního pracovníka při přechodu pacienta do instituce je jeho příprava na zásadní změnu v jeho životě. Pacient potřebuje podporu při svém rozhodování, dostatek informací. Dobrovolné rozhodnutí k pobytu v domově pro seniory, možnost výběru zařízení. Aktivní spoluúčast pacienta na přípravě k přechodu do zařízení jsou dobrými východiskami k zvládnutí adaptačního procesu. Jsou také i prevencí vzniku translokačního syndromu, tím se myslí zmatenost seniora, neklid, deprese, apatie (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 167).

2.5 Sociální práce s rodinou nemocného seniora

Důležitou roli v sociální práci mezi sociálním pracovníkem a rodinou hraje komunikace. Jde o sdělení informací nebo vzájemnou výměnu informací (Jarošová, 2006, s. 53). V komunikaci se říká, že probíhá vždy a podílejí se na ni všichni, kteří jsou přítomni určité události (Venglářová a Mahrová, 2006, s. 24).

Kvalitní sociální práce, jejíž důležitostí je návrat hospitalizovaného seniora do domácího prostředí, představuje především kvalitní práci s jeho rodinou. Rodina by měla být zapojena do diagnostického a terapeutického procesu a měla by se účastnit sestavování plánu

k propuštění. Rodiny by měly vědět, že v péči o blízkou osobu nebudou sami. Existují i možnosti odpočinku a úlevy. Jde o různé formy respitní (úlevové) péče, jakou je třeba služba osobních asistentů. Formou respitní péče je i denní stacionář nabízející různé programy aktivit, stravování i sociální integraci pro staré lidi, kteří nemohou zůstat ve dne sami. Přechodné umístění v domově pro seniory či krátkodobá hospitalizace jsou také jistou úlevou pro pečující rodinné příslušníky, kteří mohou odjet na dovolenou nebo si zařídit potřebné věci (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 168-169).

Edukace příbuzných či blízkých osob je skoro totožná s edukací klienta, a to ve fázích příbuzný jako zájemce, účast příbuzných před přijetím, při přijetí i v průběhu pobytu klienta v zařízení. Na tuto edukaci je kladen důraz především u rozhovorů, jednáních a u dalších příležitostí. Důsledná, kvalitně a citlivě prováděná edukace příbuzných je velmi důležitá zejména, pokud se týká zhoršení zdravotního stavu klienta (Malíková, 2011, s. 265).

Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005, s. 169) se zmiňují o tom, že než si rodina převzme těžkou úlohu pečování, musí být též informována o možnostech finanční podpory, na nichž má senior nebo pečovatel právo, a o tom jak lze o tyto příspěvky žádat. Jedná se o příspěvek na péči o blízkou osobu včetně zápočtu let strávených péčí o blízkou osobu na důchod, zvýšení důchodu pro bezmocnost k pokrytí nákladů, které mohou vzniknout - na pečovatelskou službu, jednorázové příspěvky na kompenzační pomůcky, pokud je nehradí pojišťovna, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení či úpravu motorového vozidla. Čím je soběstačnost a aktivita starého člověka více omezena, tím více je potřeba věnovat rodině pozornost a podporovat ji v pečování o svého příbuzného. Dlouhodobě pečující rodinný příslušník je ohrožen rizikem vzniku syndromu vyhoření.

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ SENIORŮM

Zákon č. 108/2006 Sb., § 1 upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb a předpoklad pro výkon činnosti v sociálních službách a v neposlední řadě předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.

3.1 Domovy pro seniory

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 49).

Mlýnková (2011, s. 65) charakterizuje domovy pro seniory jako celoroční pobytovou službu. Poskytují pomoc seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastním přirozeném prostředí a potřebují trvalou péči.

Domovy pro seniory by měly poskytovat služby v oblasti ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkovat kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 49).

Podobnou definici uvádí Malíková (2011, s. 45), která říká, že se jedná o pobytovou službu s celoročním provozem určenou seniorům se sníženou soběstačností a spotřebou pravidelné pomoci. Služba je určena seniorům, kteří se nemohou o sebe postarat a dále setrvat ve svém přirozeném prostředí.

3.2 Domovy se zvláštním režimem

Poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického, duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám s Alzheimerovou demencí a s ostatními typy demencí. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 158).

Jedná se o pobytovou službu s celoročním provozem. Odlišnost od domovů pro seniory spočívá ve vytvoření specifických podmínek zohledňujících zvláštní potřeby osob s duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách. Některé pobytové sociální

zařízení má lůžkové kapacity vyčleněné pro domov pro seniory a část přizpůsobenou pro domov se zvláštním režimem (Malíková, 2011, s. 46).

Podle Mlýnkové (2011, s. 65) jde o celoroční pobytovou službu a jsou podobné domovům pro seniory. Disponují větším počtem personálu specializovaného na danou poruchu. Rozdíl je v tom, že v těchto domovech jsou přijímáni obyvatelé, kteří mají zvláštní potřeby vyplývající z jejich zdravotního stavu.

3.3 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba poskytuje ambulantní nebo terénní služby, které jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech (Zákon č. 108/2006 Sb., § 40).

Pečovatelské služby jsou placené a zahrnují ošetřovatelské úkony, nakupování, péči o domácnost, praní, žehlení, doprovod k lékaři a další služby, které uživatel potřebuje (Mlýnková, 2011, s. 66).

Malíková (2011, s. 45) uvádí pečovatelskou službu jako terénní službu poskytující pomoc seniorům, osobám se zdravotním postižením a někdy i rodinám s dětmi. Pečovatelskou službu poskytují pečovatelé potřebným jedincům v péči o sebe a o domácnost. Cílem služby je, aby uživatel, co nejdéle setrval ve svém přirozeném domácím prostředí.

3.4 Osobní asistence

Jedná se o terénní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění a potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Služba je bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí a poskytuje úkony, které osoba potřebuje (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 157).

Služba, kterou je osobní asistence umožňuje klientovi pomoc při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, zajištění stravy, chodu domácnosti, výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti, kontakt se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 39).

Osobní asistenti pomáhají osobám zvládat péči o sebe a začleňovat se do společnosti (Malíková, 2011, s. 45).

3.5 Denní stacionáře

Denní stacionář je služba ambulantní. Do stacionáře docházejí senioři se sníženou soběstačností o svou osobu, kteří potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického duševního onemocnění. Seniorům se poskytuje všestranná péče, včetně socializačních a aktivizačních činností (Mlýnková, 2011, s. 66).

Malíková (2011, s. 45) popisuje denní stacionář nápodobně jako Mlýnková. Do stacionáře pravidelně docházejí osoby se sníženou soběstačností. Denní stacionáře provádějí aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a klientům je poskytována péče v potřebném rozsahu.

3.6 Týdenní stacionáře

Mlýnková (2011, s. 66) popisuje týdenní stacionář, který funguje na podobném principu jako denní stacionář. Rozdíl je v délce poskytovaného pobytu klienta v zařízení. Týdenní stacionář zpravidla funguje od neděle večer nebo od pondělního rána do pátku odpoledne. Víkend tráví senioři se svými blízkými. Stacionář je především určen pro seniory s poruchami paměti, s nedostatečnou péčí o vlastní osobu.

Podobně se zmiňuje Malíková (2011, s. 45) o týdenních stacionářích. Jedná se o pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pomoc při péči. Provoz je zajištěn především v pracovní dny. Rozsah činností je podobný jako v denních stacionářích s rozdílem, že jsou zde služby poskytovány po celou dobu pobytu.

4 ZDRAVOTNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ SENIORŮM

Zdravotní služby jsou placené ze zdravotního pojištění na základě zdravotních pojišťoven. Zdravotnická péče se poskytuje jak v zařízeních ambulantního typu, tak ve zdravotnických zařízeních.

Mlýnková (2011, s. 63) rozdělila zdravotní péči do čtyř skupin - na nemocnice, hospice, ambulantní a terénní službu a na geriatrická denní centra.

4.1 Léčebny dlouhodobě nemocných

Specializovaná zdravotnická zařízení poskytují péči dlouhodobě nemocným, jsou označována jako léčebny dlouhodobě nemocných. Jedná se o místa, kde jsou kvůli nedostatečné kapacitě návazných ústavních služeb dlouhodobě hospitalizováni pacienti. Ve většině případů se jedná o seniory. Tito pacienti představují pro nemocnice problém v rámci financí. Léčebny dlouhodobě nemocných nejsou zaměřeny na práci v sociální oblasti (Matoušek a kol., 2007, s. 90).

Podle Mlýnkové (2011, s. 64) je oddělení následné péče rehabilitačním a doléčovacím oddělením, kde je péče určena pacientům v relativně dobrém zdravotním stavu, kteří si navicují chůzi a soběstačnost při péči o svou osobu.

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou určeny osobám, které nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení vzhledem ke své snížené soběstačnosti. Služby tvoří spojovací složku v návaznosti mezi resortní péče (Malíková, 2011, s. 46).

4.2 Hospice

Hospice fungují na principu paliativní medicíny - sociální práce, v nichž se zaměřujeme nejen na potřeby umírajícího, ale také na potřeby blízkých. Sociální pracovník v hospici zpracovává přehled o jejich přáních a snaží se naplňovat jejich psychické a sociální potřeby. Klient může požádat sociálního pracovníka i o zajištění péče o jeho domácí zvíře (Matoušek a kol., 2007, s. 90).

Hospice jsou zařízení, která poskytují péči nevléčitelně nemocným lidem s onkologickým onemocněním. Zároveň pečují i o rodinné příslušníky formou úlevové péče. Během toho, co jedou příbuzní na dovolenou, senior pobývá v hospici, kde je mu věnována péče. Nevléčitelně nemocný pacient může využít i formu domácí hospicové péče. Účelem je umožnit seniorům důstojně v kruhu svých nejbližších prožít závěrečnou etapu života. Speciální tým

odborníků se zaměřením na paliativní medicínu dochází do domácího prostředí klienta a poskytuje jim specifickou péči v terminální fázi nemoci (Mlýnková, 2011, s. 64).

4.3 Domácí péče

Jde o odbornou zdravotní péči, která se poskytuje v domácím prostředí seniora. Je určena lidem, kteří nepotřebují být hospitalizováni v nemocnici. Poskytovatelem této péče jsou agentury domácí péče. Zdravotní péči poskytují kvalifikované všeobecné sestry. Cílem péče je ošetřovat seniora v jeho přirozeném prostředí, kde se cítí šťastný a spokojený. Tato domácí zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění a doporučuje (předepisuje) ji praktický lékař (Mlýnková, 2011, s. 64-65).

5 ZÁKON Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1).

Základními druhy sociálních služeb je sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence (Zákon č. 108/2006 Sb., § 32).

Do zákona č. 108/2006 Sb., § 33 spadají také formy poskytování sociálních služeb. Sociální služby poskytují formu pobytovou, ambulantní nebo terénní.

Malíková (2011, s. 41) ve své knize popisuje poslání zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jeho posláním je chránit práva a zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami, a to z důvodu určitého omezení, jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečné podnětné prostředí, krizová životní situace. Dalším cílem je vytvoření rámce pro vztahy při zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé životní situaci. Důležité je také vymezit práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb.

5.1 Příspěvek na péči

Nárok na příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb. Jedná se o pomoc při zvládnutí základních potřeb osob. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při zvládnutí základních životních potřeb. Nárok na příspěvek na péči nemá osoba mladší jednoho roku. O příspěvek na péči rozhoduje a vyplácí jej krajská pobočka Úřadu práce (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 158-159).

Příspěvek na péči je finanční částka stanovená zákonem, která se poskytuje osobám z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, závislým na pomoci druhé osoby při běžných denních činnostech, jako jsou úkony spojené s přijímáním stravy, osobní hygienou, oblékáním, obouváním, pohybem. Příspěvek je určen osobě se špatným zdravotním stavem. Příspěvek se nevyplácí pečující osobě. Výše příspěvku je rozčleněna do dvou kategorií, jež obě zahrnují čtyři stupně závislosti od nejlehčí závislosti po úplnou závislost (Malíková, 2011, s. 43).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., § 7 se příspěvek na péči poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění pomoci. Příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

Příspěvek na péči umožňuje zabezpečovat péči v přirozeném prostředí a napomáhá krýt náklady na pečující osobu. Optimálním modelem je péče mezi neformálním pečujícím prostředím (rodina) a registrovanými poskytovateli sociálních služeb (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 158).

Krajská pobočka úřadu práce provádí na základě sociálních pracovníků terénní sociální šetření, kde zjišťují, zda je žadatel schopen péče o svůj život, a pokud ne, do jaké míry je toho schopen. Orgán, který příspěvek přiznává, kontroluje, zda je skutečně využíván k účelu, na který byl poskytnut. Nejedná se o kontrolu příjemce příspěvku, ale o poskytovatele sociálních služeb, jemuž příjemce příspěvek vyplácí. Pokud se shledají nedostatky, může dojít k odebrání registrace. Této kontrole nepodléhají osoby blízké nebo jiné osoby, které s oprávněným žijí společně a poskytují příbuznému péči (Matoušek a kol., 2007, s. 41).

Osoba se považuje za závislou na druhé osobě následovně:

- První stupeň (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje osoba každodenní pomoc, dohled. Při více jak třech nebo čtyřech úkonech nad osmnáct let věku a u osob do osmnácti let věku při třech úkonech.
- Druhý stupeň (středně těžká závislost), při více jak pěti nebo šesti úkonech nad osmnáct let věku a u osob do osmnácti let věku při čtyřech nebo pěti úkonech.
- Třetí stupeň (těžká závislost), při nezvládnutí sedmi nebo osmi úkonů nad osmnáct let věku a u osob do osmnácti let věku šest nebo sedm úkonů.
- Čtvrtý stupeň (úplná závislost), při devíti nebo deseti úkonech nad osmnáct let věku a u osob do osmnácti let věku osm nebo devět úkonů v péči o vlastní osobu (Zákon č. 108/2006 Sb., § 8).

Při posuzování stupně závislosti a schopnosti se postarat o svou osobu se hodnotí základní životní potřeby jako je mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, osobní hygiena, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 159).

Výše příspěvku pro osoby do osmnácti let věku jsou vypláceny podle stupně závislosti. Přehled viz tabulka 1.

Výše příspěvku pro osoby nad osmnáct let věku jsou vypláceny podle stupně závislosti. Přehled viz tabulka 2.

Tabulka 1 Výše příspěvku do osmnácti let věku

Výše příspěvku do osmnácti let věku	
První stupeň závislosti	3 000 Kč
Druhý stupeň závislosti	6 000 Kč
Třetí stupeň závislosti	9 000 Kč
Čtvrtý stupeň závislosti	12 000 Kč

(Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., § 11, vlastní tvorba)

Tabulka 2 Výše příspěvku nad osmnáct let věku

Výše příspěvku nad osmnáct let věku	
První stupeň závislosti	800 Kč
Druhý stupeň závislosti	4 000 Kč
Třetí stupeň závislosti	8 000 Kč
Čtvrtý stupeň závislosti	12 000 Kč

(Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., § 11, vlastní tvorba)

5.2 Financování sociálních služeb

Podle Matouška a kol. (2007, s. 48) zákon o sociálních službách upravuje, jak lze sociální služby financovat. Předpokládaným zdrojem příjmů pro sociální služby by měly být finanční prostředky poskytované formou dotací ze státního rozpočtu. Tyto dotace se poskytují prostřednictvím rozpočtu kraje. Státní dotace dostanou poskytovatelé sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru.

Dotace se poskytuje krajům ze státního rozpočtu k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb v rozsahu stanoveném základními činnostmi u jednotlivých druhů sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 101a).

Dalším zdrojem financování sociálních služeb jsou úhrady od klientů. Předpokládá se, že by měla úhrada z větší části za poskytnutí sociální služby pokryta příspěvkem na péči. Matoušek a kol. (2007, s. 49) uvádí, které služby jsou bez úhrady (sociální poradenství, telefonická krizová pomoc, raná péče, tlumočnické služby a jiné) a jaké služby jsou poskytnuty za úhradu. Do služeb poskytovaných za poplatek řadíme pobytové služby (v těchto zařízeních se platí za ubytování, stravu a poskytovanou péči v domluveném rozsahu), asistenční služby (osobní asistence, pečovatelská služby, týdenní stacionáře, denní stacionáře - platí se za základní činnosti v rozsahu, které stanovuje smlouva). Úhrada za ubytování, stravu a za poskytování sociálních služeb určených ve smlouvě se platí v azylových domech, domy na půl cesty, terapeutické komunity.

5.3 Sociální pracovník

Podle zákona č. 108/2006 Sb., § 110 odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka je získat vyšším odborné vzdělání absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, sociálně právní činnost, charitativní a sociální činnost nebo absolvováním vysokoškolského vzdělání získané studiem v bakalářském nebo magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních sociální péče, sociálně právní poradenství, analy-

tickou, metodickou činnost v sociální oblasti, poskytování krizové pomoci, sociálního poradenství a sociální rehabilitace. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 109).

Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka představuje způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost, povinností je také průběžné vzdělávání (Malíková, 2011, s. 86).

Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi a jeho okolí, o zázemí, to vše může získat během sociálního šetření, které zahrnuje pozorování interakcí klienta s okolím, popis emočního, kognitivního a sociálního fungování, informace o bydlení, o práci, o rodinné podpoře. Sociální pracovník musí umět sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončit, umí vést rozhovor, empaticky naslouchat, vnímat verbální i neverbální projevy klienta, umí pozorovat. Sociální pracovník komunikuje s ostatními členy týmu, odborníky a institucemi jak ústně, tak i písemně. Má přehled v etice své práce, v tom jak zacházet s informacemi o klientovi. Důležitá je znalost v systému sociálního zabezpečení, legislativy a sociální politiky. Dokáže se dobře orientovat v životním stylu společenských skupin a je k nim vnímavý (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 137).

Venglářová (2007, s. 81) se zmiňuje o úskalích v pomáhajících profesích. Navázat kontakt se všemi klienty je pro sociálního pracovníka důležitou složkou. Ne vždy a ne všichni klienti jsou nám sympatičtí. Je nutné zapojit profesionalitu, vůli a překonávat úskalí, aby vztah fungoval. Pro někoho to může být citově náročné. Navazování vztahu je dlouhodobá záležitost. Především u seniorů jsme často odmítnuti, klienti si důvěru v nás budují dlouhou dobu, neboť se bojí zklamání.

Sociální pracovník a zároveň zdravotně sociální pracovník musí dbát na ochranu osobních údajů klienta.

Dle zákona č. 101/2000 Sb., § 3 se zákon vztahuje na ochranu osobních údajů, které zpracovávají státní orgány, orgány územní samosprávy, orgány veřejné moci, jakož i fyzické a právnické osoby. Při zpracování osobních údajů sociální pracovník i zdravotně sociální pracovník dbá, aby klient neutrpěl újmu na svých právech, zejména na právu na zachování lidské důstojnosti, a také dbá na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života klienta. Sociální pracovník a také zdravotně sociální pracovník je při shromažďování osobních údajů povinen klienta informovat o tom, v jakém rozsahu a pro jaký účel budou osobní údaje zpracovány.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRÁCE

Jako forma sběru dat byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda. Rozhovor je jedním z častých metod pro tento typ průzkumu.

„Kvalitativní výzkum je nematematický analytický postup. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů“ (Kutnohorská, 2009, s. 22).

Rozhovor je přímá situace sociálních rolí, ve které jedna osoba (výzkumník) klade druhé osobě (respondentovi) otázky určené k získání odpovědi vhodných pro daný průzkum.

Od běžného rozhovoru se liší tím, že se zaměřuje na odbornost, otázky jsou zaměřené na definované oblasti, probíhá za standardních podmínek. Výsledky údajů, které máme k dispozici neboli interpretace údajů je odborná, často kvantitativního a kvalitativního charakteru. Pro rozhovor je typické, to že otázky jsou kladeny průzkumníkem přímo, je zde bezprostřední kontakt mezi respondentem a průzkumníkem. Musíme brát na vědomí, že respondent nemusí na všechny otázky odpovídat. Pro zlepšení porozumění můžeme zjednodušit otázku nebo lze použít objasnění dané otázky (Farkašová, 2006, s. 48-49).

Kutnohorská (2009, s. 39) rozdělila základní druhy rozhovoru následovně:

- Strukturovaný rozhovor.
- Nestrukturovaný rozhovor.
- Polostandardizovaný (semistrukturovaný) rozhovor.

Závěr a ukončení rozhovoru bývá někdy podceňována. Profesionalitu tazatele poznáme právě podle toho, jak zvládne tuto fázi. Cílem je ukončit započatá témata a uzavřít kontakt s účastníkem rozhovoru formou na důstojné úrovni. Rozhovor by neměl respondenta traumatizovat (Miovský, 2006, s. 169).

6.1 Cíle bakalářské práce

Cíle bakalářské práce byly vytvořeny do tří kategorií následovně:

1. Cílem je zjistit zda respondenti vědí o působnosti zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici.
2. Zjistit, zda respondenti před propuštěním z nemocnice byli dostatečně informováni o možnosti využití, jak zdravotní péče, tak sociální péče.

3. O jaké služby by respondenti měli zájem, jak zdravotní tak sociální služby a jestli jsou ochotni za to platit.

6.2 Charakteristika respondentů

Respondenti byli zvoleni na základě doporučení staniční sestry. U respondentů byla respektována anonymita. Byli vybráni respondenti, kteří byli schopní hovořit o zařízení, v němž právě pobývají. Na začátku rozhovoru byl respondentům přečten informovaný souhlas. K lepšímu rozpoznání a zachování anonymity jsou respondenti označení R1, R2, R3, R4, R5. Rozhovory probíhaly v poklidné atmosféře. Během nich nedocházelo k rušení, což bylo zárukou plné soustředěnosti na kladené otázky.

R1

Rozhovor byl prováděn 16. 2. 2015 a trval 11 minut. Rozhovor se uskutečnil na pokoji respondentky R1.

Respondentka R1 byla velmi dobře naladěná. S respondentkou R1 se dobře komunikovalo. Respondentka R1 byla mluvná a na všechny otázky odpověděla. Po rozhovoru respondentka R1 sdělila, že se jí dobře odpovídalo na kladené otázky.

R2

Rozhovor byl prováděn 17. 2. 2015 a trval 10 minut. Rozhovor byl realizován na pokoji respondentky R2.

Respondentka R2 byla příjemná a poskytla všechny informace, které byly do průzkumu potřebné. Na respondentce R2 bylo vidět, že jí kladené otázky zajímají.

R3

Rozhovor byl prováděn 24. 2. 2015 a trval 6 minut. Rozhovor probíhal na pokoji respondenta R3.

Respondent R3 byl příjemný, usměvavý. Na kladené otázky odpovídal výstižně. V zařízení se respondentovi R3 líbí a čeká, až se uvolní místo v domově pro seniory.

R4

Rozhovor byl prováděn 24. 2. 2015 a trval 10 minut. Rozhovor se uskutečnil na pokoji respondenta R4.

Respondent R4 byl také velmi ochotný rozhovor poskytnout. Respondent R4 byl příjemný a mluvný.

R5

Rozhovor byl prováděn 24. 2. 2015 a trval 15 minut. Rozhovor probíhal na pokoji respondentky R5.

Respondentka R5 byla ochotna odpovídat na kladené otázky. Během rozhovoru vykládala o svém životě, a co ji v současné době trápí.

6.3 Kritérium respondentů

Kritéria pro výběr respondentů byla následující:

- Věk nad 65 let.
- Pobyt v zařízení déle jak čtrnáct dnů.
- Zachované kognitivní funkce.

6.4 Organizace šetření

Výzkumnému šetření předcházelo zpracování okruhu otázek (viz příloha P1). Po následném schválení byla vypracována konečná struktura otázek. Rozhovory byly realizovány v únoru 2015. Rozhovory byly uskutečněny po domluvě se zařízením, kde byl průzkum prováděn a zároveň na základě souhlasu respondentů použít jejich vyjádření v praktické části bakalářské práce.

7 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ

Výsledky rozhovorů respondentů průzkumného šetření byly přepsány a následně zkráceny, avšak veškeré změny v odpovědích byly provedeny tak, aby nebyl změněn význam a podstata informací. Celkové znění rozhovorů jsou k dispozici u autorky práce. Výsledky odpovědí respondentů jsou zpracovány na základě jednotlivých okruhů podle cílů - autentické výpovědi jsou uvedeny v uvozovkách. Ne všechny odpovědi respondentů, jsou zahrnuty do výsledků, protože sdělení, které respondenti poskytli, se netýkalo přímo daných otázek, které jim byly kladeny. Pro lepší přehlednost rozhovorů je tazatel označen T a respondenti označeni zkratkou R1, R2, R3, R4, R5.

7.1 Výsledky rozhovorů

T: Jak jste spokojen/a s ošetřováním a péčí o Vaši osobu v nemocnici ze strany lékařů, sester a ostatních zdravotníků?

R1: „Prozatím jsem spokojená, i se sestrami, i s doktory.“

R2: „Jsem spokojená se vším.“

R3: „Dobré. Ne, nemám s nimi vůbec problémy. Ani se sestrami, ani se zdravotníky.“

R4: „Velice dobře. Nemám stížnosti žádné.“

R5: „Jsem spokojená. Nemůžu si stěžovat. Jsou dobré i paní primářka i sociální pracovnice. Chodí sem často.“

T: Řekl Vám někdo o zdravotně sociálním pracovníkovi?

R1: „Ano, řekl. Sestřička.“

R2: „Pan doktor.“

R3: „Ano, jistě. Ona sem chodí paní Bajgarová. Ona sem přišla za mnou. Nikdo, ona sama.“

R4: „Ano to mi řekli, když jsem byl na normálním oddělení. V nemocnici. Že už nemůžu být doma. Paní doktorka.“

R5: „Ona se představila, že se jde za mnou podívat. Dcera jí volala. Přišla sama.“

T: Setkal/a jste se v nemocnici se zdravotně sociálním pracovníkem?

R1: „Ano, setkala“.

R2: „Ano.“

R3: „Ano.“

R4: „Ano.“

R5: „Ano.“

T: Co podle Vás obnáší práce zdravotně sociálního pracovníka?

R1: „Obnáší, aby za mě zajistil, třeba když bych potřebovala do zdravotního střediska někde. Tak, že by mně to vyřídil a vyřídil mně podporu, jako v neschopnosti. Jsem opravdu neschopná. Jsem ležící. A potřebovala bych podporu. Nějaký příspěvek na péči.“

R2: „Že nám poradí. Všechno vysvětlila. Pomáhala s příspěvkama na péči. Podepsala jsem všechno. Jsem spokojená.“

R3: „Ono je to dobré. Je to dobrá věc. Já Vám to řeknu na rovinu. Já jsem bral 800 příspěvek a sebrali mně to. Paní Bajgarová za mnou přišla, co s tím uděláme. Já říkám, nevím. Ona mně řekla, napíšeme odvolání. A dívejte se. Dneska mně právě přišlo vyjádření. Dali mně to zpátky. Paní Bajgarová zapracovala. Ona je velice ochotná.“

R4: „Je velice užitečná. Nedovedu si představit, že by to neexistovalo. Nevím, co bych dělal. Starají se o mě. Já nemám nohy, takže, co potřebuju, to dostanu tady.“

R5: „Tak pomáhají, když potřebuji. Když bych neměla kam jít, tak shání, popohání.“

Shrnutí: Všichni respondenti shodně vyjádřili spokojenost s úrovní lékařské péče v nemocnici. Téměř všichni oslovení respondenti uvedli, že informaci o zdravotně sociálním pracovníkovi dostali od ošetřujícího lékaře, primáře oddělení nebo od zdravotní sestry. Pouze jedna respondentka sdělila, že její dcera sama kontaktovala zdravotně sociálního pracovníka. Respondenti se setkali se zdravotně sociálním pracovníkem. Za hlavní náplň jeho práce považují pomoc s vyřízením příspěvků na péči a zajištěním zařízení, kde by mohl respondent pobývat po propuštění z nemocnice, pokud není schopen se o sebe starat

a nemá ani žádné příbuzné, kteří by o něj pečovali. Práce zdravotně sociálního pracovníka je podle respondentů významná a velmi užitečná.

T: Jakých služeb chcete využít od zdravotně sociálního pracovníka?

R1: „Nějaký příspěvek na péči.“

R2: „Sepsala žádosti. Podepisovala jsem 8 papírů.“

R3: „Jak to mám říct. Pomáhá mi.“

R4: „Aby se o mě komplexně postarali.“

R5: „Žádosti do domovů.“

T: Víte, kde zdravotně sociální pracovník sídlí?

R1: „Nevím.“

R2: „U staré lékárny.“

R3: „Tady v nemocnici. Kousek. Za rohem.“

R4: „Nevím.“

R5: „Jestli to tam ještě je, já nevím. Jak je stará vrátnice. Na té straně je to někde. Kde se pere, je tam sklad.“

T: Do jaké míry jste byl/a spokojen/a s prací zdravotně sociálního pracovníka?

R1: „Prozatím, jako nestěžuju si. Dobře.“

R2: „Byla jsem spokojena. Všechno pořádně vysvětlila. Byla příjemná.“

R3: „Byl jsem velice spokojen.“

R4: „Spokojený.“

R5: „Velice, rychle přinesla žádosti, i do Nezdenic. Říkala, že se to bude snažit popohnat. Že je musí často otravovat.“

T: Jakým způsobem probíhalo předání informací od zdravotně sociálního pracovníka k Vaší osobě?

R1: „Sociální pracovník došel, představil se a řekl, jako, co bych potřebovala. Navrhl mně a vysvětlil mně, když bych šla do toho, jak by to se mnou vypadalo. V tom zdravotním středisku. V tom domově sociálních služeb.“

R2: „Přišla, všechno mně povykládala. Všechno mně vysvětlila, jak to bude probíhat.“

R3: „Byla tady přímo za mnou na pokoji.“

R4: „Byla za mnou, když jsem ležel tam na tom oddělení. Představila se.“

R5: „Sedla si a vykládala. Když přišla ještě poprvé na dvacet jedničku s tou druhou blondýnkou. A na všechno se mě vypytavala, jak mi je. Dlouho vykládala, poctivě.“

T: Jak dlouho se Vám zdravotně sociální pracovník věnoval?

R1: „No, víc jak hodinu. Ano, tak dlouho. To než vysvětlil a tak dále. Nějaké slovo se prohodí i tak, tak hodinu.“

R2: „Nejmíň půl hodiny, i víc.“

R3: „Asi tak půl hodiny jsme spolu mluvili.“

R4: „Patnáct minut, dvakrát.“

R5: „Pokud mohla, tak se věnovala. Víc jak půl hodiny. Možná skoro hodinu. Ještě tenkrát, jak jsem byla na té jednadvacítce. Jak jsme seděli venku, tak se nás ptala, jak se máte? Jestli je to už lepší, jako zdravotní stav. Měla zájem.“

Shrnutí: Z odpovědí respondentů vyplývá, že od zdravotně sociálního pracovníka chtějí využít zejména vyřízení příspěvku na péči, sepsání žádosti o umístění do domova pro seniory, případně komplexní starost o svou osobu. Tři z pěti respondentů věděli, kde sídlí zdravotně sociální pracovník. Všichni respondenti se s ním setkali. Respondenti zhodnotili tato setkání jako příjemná. Bylo jim vysvětleno, co v jejich případě bude potřebné a nejlepší, jak se bude postupovat. Doba jednání zdravotně sociálního pracovníka s respondentem se pohybovala v intervalu půl až jednu hodinu.

T: Kontaktoval zdravotně sociální pracovník někoho z Vaší rodiny? Koho?

R1: „Tak, syna. Jako, celou rodinu. Všichni věděli, kde jsem a co potřebuju. Že jsem v nemocnici a že už potřebuju opatrovnosti v tom sociálním zařízení. A souhlasí s tím. Každý má svoji práci, takže je těžké teď zůstat doma.“

R2: „Nevím, jestli osobně, ale syn o tom věděl.“

R3: „To nevím. Mám bratra.“

R4: „Ne. Já nemám rodinu. Manželka tady na začátku roku zemřela a tím pádem já jsem se nemohl vrátit domů, protože nejsem schopen se sám o sebe postarat. Tak mě dali sem. My jsme neměli děti. To znamená, že nemáme ani vnoučata a nějaký vzdálený sestřenice jsem do toho nechtěl zatahovat. Takže všechno závisí na tom sousedovi, který se o mě ochotně stará.“

R5: „Ano. Dceru. Ona to s ní všechno zařizovala. Má na ni i telefon.“

T: Bude se někdo z členů rodiny podílet na péči o Vás po propuštění z nemocnice?

R1: „Nemá kdo. Takže já si myslím, že bych měla jít už do toho sociálního zařízení. Protože doma opravdu ne. Protože se to nedá. Člověk je ležící a potřebuje celodenní péči. Ne jen třeba hodinu. Musí se mně věnovat celý den. A když bych šla do sociálního zařízení, tam jsou sestřičky a tak dál. Takže, když i sestřičky mají práci, zavolám si je. Když potřebuju, sestřička je ochotná za mnou přijít. Domů rozhodně nemohu jít.“

R2: „Nemá kdo, protože jsou všichni nemocní. Půjdu do domova důchodců. Žádala jsem do Uherského Hradiště. Protože tam bydlím a jsem tu zvyklá.“

R3: „Tak já myslím, že jo. Já mám barák doma a míním jít domů.“

R4: „Z členů rodiny ne, ale soused se o mě postará. Zařizuje všechny ty věci.“

R5: „Mám dceru, která je doma. Je na sociálce, ale oni mě zařídili, že tam je i její syn, který s námi bývá, protože to je můj byt, třípokojevý. Tři plus jedna. Mohla bych jít domů i do Nezdenic, ale tam to dlouho trvá.“

T: Cítíte se dostatečně informován/a o využití jak zdravotní, tak sociální péče?

R1: „Tady v nemocnici, ano. Jako kdybych šla do toho sociálního zařízení, tak tam mně dají ještě lepší informace, co budou po mně požadovat. Já si myslím, že bych měla být spokojená. Ten zbytek života, že strávím aspoň tak, jak jsem.“

R2: „Nemá kdo, protože jsou všichni nemocní. Půjdu do domova důchodců. Žádala jsem do Uherského Hradiště. Protože tam bydlím a jsem tu zvyklá.“

R3: „Jo, ano.“

R4: „Ano.“

R5: „Jsem. Ano, cítím.“

T: Kdo o Vás bude pečovat po propuštění z nemocnice? Znáte nějaká zařízení, instituce ve vašem bydlišti, které můžete požádat o služby? Máte o takové služby zájem?

R1: „Já si myslím, že z té nemocnice už nebudu moct jít domů. Rozhodně si v té nemocnici musím promluvit. Já domů jít nemůžu. Oni sami vědí, že to nejde domů. Ve Štěpnicích, tady. Jsou tam moje kamarádky. Já si myslím, že tam potom budu taky spokojená.“

R2: „No já z nemocnice jsem šla na to čekání a pak mě dají sem do domova důchodců. Domov důchodců v Uherském Hradišti. Mám, protože doma nemůžu být sama. Nezvládla bych to doma, pan doktor mi doporučil, že mám jít. A všechno mi vyřídil. Neměla jsem žádnou žádost, ale nesměla jsem jít domů, až potom do domova důchodců. Moje poznámky: Umýváte se sama? Sama. Máte k tomu podporu? Sama. Jsem se naučila. Tak doma jsem bydlela sama, tak mě žádný neumýval. A po té operaci mě chvíli umývali, ale potom už jsem sama. Spadla jsem a mám kovový kloub. A jak mě to včil bolí. A rehabilitace probíhala? Učili nás, jezdili s námi na těch vozíčkách.“

R3: „No, myslím, že brácha. Tam není nic. Tak snad později, jo.“

R4: „Já tady čekám na domov důchodců. Soused o mě pečovat přímo nebude. On zařizuje různé věci. Tady v Uherském Hradišti, Štěpnická. Mám, podal jsem si tam žádost.“

R5: „Buď bych šla do Nezdenic, nebo dcera. Právě se dohadujeme, že neplatila nájem a hrozilo, že nám seberou. Nejstarší dcera to zaplatila. Tak je to zas v pořádku. Říkala, že sem zítra přijede a domluvíme se, co a jak. Jestli budu chtít jít dom nebo do těch Nezdenic. Charitu. I pomůcky půjčují. Ano, mám zájem.“

Shrnutí: Z uvedených odpovědí je patrné, že zdravotně sociální pracovník kontaktoval a informoval potomky respondentů až na jednoho, který nemá žádné blízké příbuzné. Tři respondenti sdělili, že po propuštění z nemocnice budou trávit zbytek svého života v domově pro seniory. O jednoho respondenta se bude starat jeho bratr. O tom, zda půjde do domova pro seniory nebo o ni bude pečovat dcera, nemá zatím rozhodnuto jedna respondentka. Na otázku o využití zdravotní a sociální péče respondenti odpověděli, že se cítí být dostatečně informováni.

T: Sděлил Vám zdravotně sociální pracovník, na jaké služby a příspěvky máte nárok? Co proto máte udělat nebo Vaše rodina (například požádání příspěvku na péči)?

R1: „Měla bych požádat o příspěvek na péči. Žádost, kdybych potřebovala nějakou pomůcku. Tak o to bych měla taky požádat.“

R2: „Ano, řekl.“

R3: „Ano, to mně navrhla. Jo, to mně řekla, jistě.“

R4: „Ano, jsem dostal, jak tady byla sociální pracovnice, tak jsme uzavřeli smlouvu. Zrovna dnes, mně přinesla druhopis ke smlouvě. Tak jsem si to znovu přečetl, takže mám v tom jasno.“

R5: „Pobírám příspěvek na péči, 800 Kč. Mně to vyřizovali a přišlo mně to schválené, 800 Kč. Sepsala jsem dva nebo tři listy. Sepsalo se to a musela jsem to podepsat, že o tom vím. Teď to chodí přímo na nemocnici.“

T: Jaké zdravotní služby byste rád/a využíval/a po propuštění z nemocnice? (rehabilitace, kompenzační pomůcky, lékařské ošetření – návštěva lékaře doma)

R1: „Já si myslím, že tu rehabilitaci budu potřebovat. Až půjdu do domova pro seniory, že bych potřebovala nějakou péči se cvičením. A když budu potřebovat nějaké pomůcky, takže o to požádám.“

R2: „Rehabilitaci, stravu.“

R3: „My máme lékaře přímo v blízkosti bydliště.“

R4: „To záleží na možnostech toho domova důchodců, až tam přijdu.“

R5: „Stravu, obědy bych chtěla brát. Chodítko.“

(Poznámka: Respondentka uvádí, že byla tři měsíce v Kroměříži, protože má přetrvávající problémy s hučením v uších a žádné léky jí nezabírají. Na noc dostává prášky na spaní. Z nemocnice v Kroměříži byla propuštěna z důvodu, aby její dcery ji měly blíže k jejich domovům).

T: Využíval/a jste nějaké zdravotní služby v minulosti? Uveďte které, jak dlouho a byl/a jste spokojen/a?

R1: „Ano, lékaře. Jen, když jsem potřebovala jít pro léky. K obvodní jsem chodívala, aby mně léky předepsala. Ona mně ty léky napsala. Byla jsem spokojena.“

R2: „V minulosti ne.“

R3: „Jistě. Chodil jsem preventivně na prohlídky.“

R4: „Chodil jsem normálně k lékaři, nemocnice. Třeba cukrovku už mám přes třicet let, ale nohy pryč mám dva a půl roku. Potom mám problémy urologické, které trvají dva roky. Jistě, samozřejmě.“

R5: „Ne, doposud jsem byla v pořádku. Akorát jsem si brala léky na spaní a na nervy. Nebyvala jsem nějak nemocná.“

T: Jaké sociální služby byste rád/a využíval/a po propuštění z nemocnice? (strava, hygiena, pedikúra, manikúra, stříhání vlasů, obstarávání domácnosti)

R1: „Potřebovala bych pedikúru, manikúru. To už roky chodím. Potřebovala bych pomoc s hygienou.“

R2: „Tak ano. Kde bych šla. Sprchuju se sama. Pedikúru tady ne, protože snacha, ona je vyučená a tak oni přijedou jednou za pět týdnů za mnou na návštěvu z Brna a vždycky mně tu pedikúru udělá. Zdarma. Manikúru tu já si sama. Stříhání vlasů chodím sem.“

R3: „No, tak já myslím, že bych si to obstaral sám.“

R4: „To záleží na možnostech domova důchodců. Co mně nabídnou.“

R5: „To nám tady chodí dělat. Pedikúru, jako domů kdyby někdo přišel. Mám čtyři dcery. Ty mně i nakoupí. Chodí za mnou skoro každý druhý den. To jsem byla na tom zdravotně lepší. To se mně pořád horší a horší.“

T: **Využíval/a jste nějaké sociální služby v minulosti? Uveďte které, jak dlouho a byl/a jste spokojen/a?**

R1: „Ano, pedikúru, manikúru. Asi už deset let. Nejsem schopná už. Bylo to v místě, takže jsem se jen objednala, přišla jsem a hned mě vzala. Žádné problémy jsem s tím neměla.“

R2: „Pedikúru, kadeřník, manikúru. Dělávala jsem si to sama a teď ve stáří nemohu ani ohnout nohu. Nemohu si to dělat sama. Jinak jsem se chodívala stříhat, na pedikúru. Než nevěsta přijela, tak mi řekla, že to umí, tak mi dělala ona. Byla jsem spokojená. Byla bych ochotna zaplatit.“

R3: „Nevyužíval.“

R4: „Ne. Zaplatit ano.“

R5: „Ano, to jsem chodívala. Moc roků. Byla jsem prodavačka v drogerii. Mně trpěly dost nohy. Byla jsem spokojena a platím. Sestřička mně to zaplatí z toho, jak tady mám peníze. Z důchodu.“

(Poznámka: Respondentka uvedla, že doposud nevyužívala péči, protože byla zdravá. Nákupy si obstarávala sama. Onemocněla před rokem, v zařízení již pobývá deset měsíců. Tři měsíce z toho byla v Kroměříži. V zařízení je spokojená s péčí. Co se týká hygieny je soběstačná. Její nemoc – hučení v uších je nervového původu, byla dříve dost stresovaná. Přes všechny problémy, které respondentku trápí, se nyní těší na stravu. Dříve tomu tak nebylo - nemohla polykat, měla mixovanou stravu. Dokonce uvedla, že i nějaké kilo přibrala).

Shrnutí: Co se týká otázky, na jaké příspěvky, zdravotní a sociální služby budou mít respondenti nárok, většinou odpověděli, že zdravotně sociální pracovník jim pomohl s vyřízením žádosti o příspěvek na péči. O poskytování zdravotních služeb budou mít zájem všichni respondenti - rehabilitace (dva respondenti), kompenzační pomůcky (dva respondenti), péče lékaře v místě bydliště (jeden respondent), dle možností domova (jeden respondent). Čtyři respondenti uvedli, že v minulosti využívali jen návštěvy svých lékařů

(pravidelné preventivní prohlídky a užívání předepisovaných léků). Jeden respondent řekl, že žádné zdravotní služby v minulosti nevyužíval. V oblasti sociálních služeb projevují respondenti většinou zájem o stravu, pedikúru, manikúru, kadeřníka. Jedna respondentka má zájem i o pomoc s hygienou, protože je trvale upoutána na lůžko. Většinou tyto služby již využívali. Za tyto služby jsou respondenti ochotni zaplatit. Pouze jeden respondent odpověděl, že tyto služby nebude využívat a obstará si je sám; ani dříve o ně neměl zájem.

8 DISKUSE

V této části jsou rozebrány odpovědi při rozhovorech s pěti klienty dle cílů bakalářské práce. Respondenti byli vybráni na základě doporučení staniční sestry a ochoty poskytnout rozhovor a odpovědět na kladené otázky. Byla respektována jejich anonymita.

Cíl č. 1

Zjistit, jak je zajištěna návaznost zdravotní a sociální péče po propuštění z nemocnice?

K získání výsledků tohoto cíle byly použity následující otázky:

- Bude se někdo z členů rodiny podílet na péči o Vás po propuštění z nemocnice? Respondenti R1, R2 a R4 shodně odpověděli, že mají podanou žádost o umístění do domova pro seniory. Jako důvody uvedli respondenti pracovní vytížení nebo již vcelku vysoký věk svých potomků nebo že nemají žádného blízkého. Respondent R3 je rozhodnut se po zlepšení zdravotního stavu vrátit zpět domů. Respondentka R5 není ještě rozhodnuta - buď se o ni bude starat dcera, nebo půjde do domova pro seniory.
- Kdo o Vás bude pečovat po propuštění z nemocnice? Znáte nějaká zařízení, instituce ve vašem bydlišti, které můžete požádat o služby? Máte o takové služby zájem?

Respondenti R1, R2 a R4 využijí služeb domova pro seniory v místě jejich bydliště. Čekají však, až bude jejich žádosti vyhověno, a proto nyní pobývají ve zdravotně sociálním středisku.

Ošetřovatelská a zdravotní péče je zajišťována nepřetržitě po dobu 24 hodin. Pobyť a stravu na středisku si hradí uživatel sám. Denní úhrada činí za stravu 140 Kč a za pobyt 160 Kč. Pokud by uživatel po zaplacení nákladů za stravu a ubytování za kalendářní měsíc nezůstala částka ve výši alespoň 15 % jeho měsíčního příjmu, částka k úhradě se poměrně sníží. O respondenta R3 se bude starat bratr. Respondent ale uvedl, že v jeho bydlišti žádné zařízení ani služby nejsou. Myslím si, že nějaké existují, ale on o nich neví. Respondentka R5 sdělila, že pokud se o ni bude pečovat dcera doma, využije určitě služeb oblastní charity.

Cíl č. 2

Zjistit, zda byli respondenti před propuštěním z nemocnice dostatečně informováni o možnosti využití jak zdravotní, tak sociální péče?

K dosažení tohoto stanoveného cíle byly do rozhovorů zařazeny zejména otázky vztahující se k práci zdravotně sociálního pracovníka. Byly to tyto otázky:

- Setkal/a jste se v nemocnici se zdravotně sociálním pracovníkem?
- Co podle Vás obnáší práce zdravotně sociálního pracovníka?
- Jakých služeb chcete využít od zdravotně sociálního pracovníka?
- Do jaké míry jste byl/a spokojen/a s prací zdravotně sociálního pracovníka?
- Jakým způsobem probíhalo předání informací od zdravotně sociálního pracovníka k Vaší osobě?
- Jak dlouho se Vám zdravotně sociální pracovník věnoval?
- Kontaktoval zdravotně sociální pracovník někoho z Vaší rodiny? Koho?
- Sdělil Vám zdravotně sociální pracovník, na jaké služby a příspěvky máte nárok? Co proto máte udělat nebo Vaše rodina (například požádání příspěvku na péči)?
- Cítíte se dostatečně informován/a o využití jak zdravotní, tak sociální péče?

Na první otázku všichni respondenti stoprocentně odpověděli ano.

Za hlavní náplň práce zdravotně sociálního pracovníka všichni oslovení respondenti považují pomoc s vyřízením příspěvků na péči a zajištěním zařízení, kde bude respondent pobývat po propuštění z nemocnice. Tuto práci vnímají jako významnou a velmi užitečnou.

Na třetí otázku zazněly odpovědi sepsání žádostí na příspěvek na péči a na umístění do domova pro seniory. Respondent R4 uvedl, že chce využít komplexní starost o jeho osobu.

Ke čtvrté otázce se všichni respondenti vyjádřili kladně - byli velmi spokojeni.

Na pátou otázku respondenti odpovídali, že zdravotně sociální pracovník přišel za nimi osobně. Vysvětlil jim, co v jejich případě bude potřebné a nejlepší, jak se bude postupovat.

Co se týká doby jednání zdravotně sociálního pracovníka s respondentem, byla v rozmezí půl hodiny až hodinu.

Na otázku o kontaktování rodiny odpověděly dvě respondentky (R1 a R5) kladně. Respondenti R2 a R3 nevěděli, jestli je pracovník kontaktoval. Respondent R4 odpověděl záporně vzhledem k tomu, že nemá žádné potomky.

Všichni respondenti odpověděli kladně i na otázku, zda jim zdravotně sociální pracovník sdělil, na jaké služby a příspěvky mají nárok a co je nutné, pro to udělat. V odpovědích na poslední otázku respondenti uvedli, že se cítí být dostatečně informováni. Tato odpověď zároveň dokazuje splnění uvedeného cíle. Pouze respondentky R1 a R2 podotkly, že více dalších informací dostanou pak ještě přímo v domově pro seniory, kam mají podanou žádost.

Cíl č. 3

Zjistit, o jaké zdravotní a sociální služby by respondenti měli zájem a zda jsou ochotni za ně zaplatit?

V rámci tohoto cíle byly respondentům položeny následující dotazy:

- Jaké zdravotní služby byste rád/a využíval/a po propuštění z nemocnice? (rehabilitace, kompenzační pomůcky, lékařské ošetření - návštěva lékaře doma)
- Využíval/a jste nějaké zdravotní služby v minulosti? Uveďte které, jak dlouho a byl/a jste spokojen/a?
- Jaké sociální služby byste rád/a využíval/a po propuštění z nemocnice? (strava, hygiena, pedikúra, manikúra, stříhaní vlasů, obstarávání domácnosti)
- Využíval/a jste nějaké sociální služby v minulosti? Uveďte které, jak dlouho a byl/a jste spokojen/a?

Co se týká první otázky, respondentky R1 a R2 projevily zájem o rehabilitaci. Zájem o kompenzační pomůcku vyslovily respondentky R1 a R5. Respondent R3 má v budoucnosti zájem pouze o lékařskou péči. Respondent R4 uvedl, že to bude záležet na možnostech domova pro seniory.

Na druhou otázku čtyři respondenti (R1, R3, R4, R5 - 80 %) odpověděli, že v minulosti docházeli pravidelně k obvodnímu lékaři na preventivní prohlídky nebo si předepisovat léky. Pouze respondentka R2 řekla, že v minulosti žádné zdravotní služby nevyužívala.

V oblasti sociálních služeb by respondenti měli zájem o stravu, pedikúru, manikúru, kadeřníka. Jedna respondentka (R1) má zájem o pomoc s obstaráním hygieny. Většinou tyto služby již respondenti využívali. Za tyto služby jsou respondenti ochotni i zaplatit. Pouze respondent R3 odpověděl, že tyto služby nebude využívat a obstará si je sám; ani v minulosti je nevyužíval.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků průzkumu navrhuji pracovníkům zabývajícím se sociálními i zdravotními službami, zaměstnavatelům, zastupitelům obcí a měst a pracovníkům odborů sociálních věcí na obecních, městských a krajských úřadech tato opatření:

- Větší využívání sociálních služeb seniory lze nejlépe ovlivnit lepší kvalitou a vstřícností k jejich individuálním potřebám.
- Informace, poradenství a rozvíjení osvěty o zdravotních a sociálních službách jsou přínosné a efektivní.
- Co se týká dostupnosti služeb v okolí bydliště, nemají podle mne problém města, ale menší obce - doporučuji, aby obce měly povinnost ze zákona zajistit své seniory tak, jak budou potřebovat.
- Členové rodiny (nejbližší příbuzní) by měli být více finančně motivováni k péči o své seniory v jejich domácím prostředí spolu se sociálními službami. Příbuzní by měli mít právo požádat svého zaměstnavatele o možnost pečování o svého blízkého bez ztráty zaměstnání a za určitou náhradu mzdy, po potřebnou dobu - to je ale věc legislativy.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá situací, kdy člověk - senior je hospitalizován v nemocnici a potřebuje kromě svých zdravotních potíží nabýt ztracenou fyzickou a psychickou soběstačnost. Někdy je ovšem tato ztráta dočasná, někdy trvalá. Proto se jeví jako nutné, aby senior měl možnost využít kromě zdravotních služeb také sociálních služeb.

Hlavním cílem průzkumu formou rozhovorů bylo zjistit, jak jsou respondenti - senioři o těchto službách informováni.

První dílčí výsledek ukázal, jak budou zajištěny zdravotní a sociální služby po propuštění pacienta z nemocnice. Bylo zjištěno, že tři respondenti budou umístěni do domova pro seniory. Jeden respondent se vrátí zpět do svého domova, kde se o něj bude starat příbuzný. Jedna respondentka zatím ještě není rozhodnuta.

Další dílčí výsledek průzkumu ohledně informovanosti nám potvrdil to, že senioři informace o následných zdravotních a sociálních službách mají. Největší roli v této oblasti splnil zdravotně sociální pracovník. Respondenti - senioři pokládají jeho práci za velmi důležitou a přínosnou. Zdravotně sociální pracovník jim pomohl vyřídit žádosti o příspěvky na péči a těm, o něž se nemůže starat rodina, poskytl pomoc se sepsáním žádosti o umístění do domova pro seniory.

Poslední výsledek průzkumu se týkal využití zdravotních a sociálních služeb seniorů nejen v budoucnosti, ale i v minulosti. Vyplynulo, že v minulosti respondenti využívali v rámci zdravotních služeb pouze lékařskou péči u obvodního lékaře (preventivní prohlídky). Nyní, kdy je jejich zdravotní stav horší nebo špatný, projevují zájem o rehabilitační cvičení a používání kompenzačních pomůcek. Co se týká sociálních služeb, někteří respondenti uvedli, že v minulosti využívali především pedikúru a kadeřnické služby. Po propuštění z nemocnice chtějí respondenti těchto služeb využívat ve větší míře (stravu, pedikúru, manikúru, kadeřníka, péče o hygienu a další služby).

Nakonec bych chtěla ještě vyjádřit poděkování respondentům, kteří mi rádi a ochotně poskytli k rozhovorům svůj volný čas. Přeji všem co nejlepší vyřešení jejich situace a důstojné prožití stáří.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [2] FARKAŠOVÁ, Dana, 2006. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-229-4.
- [3] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- [4] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [5] JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
- [6] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3604-4.
- [8] KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
- [9] KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [10] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [11] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [12] MATOUŠEK, Oldřicha a kol., 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [13] MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

- [14] MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-436-4.
- [15] MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- [16] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [17] MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
- [18] PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.
- [19] VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [20] VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1262-8.
- [21] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [22] VONDRÁČEK, Lubomír, 2005. *Právní předpisy nejen pro hlavní, vrchní, staniční sestry*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1198-2.
- [23] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam internetových zdrojů:

- [24] ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: Zákon č. 101 ze dne 4. 4. 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. [online]. ©2015 [cit. 2015-05-3]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z101_2000o

- [25] ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍ VĚCÍ: Zákon č. 108 ze dne 14. 3. 2006 o sociálních službách. [online]. ©2015 [cit. 2015-04-27]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
- [26] ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY: Zákon č. 96 ze dne 4. 2. 2004 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 (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). [online]. ©2010 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html
- [27] ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY: Vyhláška: č. 55 ze dne 1. 3. 2011 o činnostech zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. ©2010 [cit. 2015-04-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/informace-k-vyhlasce-c-sb-kterou-se-stanovi-cinnosti-zdravotnickych-pracovniku-a-jinych-odbornych-pracovniku-ve-zneni-vyhlasky-c-sb_4763_3120_3.html

Obrázky:

- [28] Uherskohradištská nemocnice a.s., © 2015. *Uherskohradištská nemocnice a.s.* [online]. [Obrázek. 2015-05-02]. Dostupné z: <http://www.nemuh.cz/doc/zavodni-lekar>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

R	Respondent
Sb.	Sbírký
T	Tazatel
ZSP	Zdravotně sociální pracovník

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Budova Uherskohradištské nemocnice a.s.	63
--	----

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výše příspěvku do osmnácti let věku	33
Tabulka 2 Výše příspěvku nad osmnáct let věku.....	33

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: Otázky k rozhovoru

Příloha P2: Budova Uherskohradištské nemocnice a.s.

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY K ROZHOVORU

1. Jak jste spokojen s ošetřováním a péčí o Vaši osobu v nemocnici, ze strany lékařů, sester a ostatních zdravotníků?
2. Řekl Vám někdo o zdravotně sociálním pracovníkovi?
3. Setkal jste se v nemocnici se zdravotně sociálním pracovníkem?
4. Co podle Vás obnáší práce zdravotně sociálního pracovníka?
5. Jakých služeb chcete využít od zdravotně sociálního pracovníka?
6. Víte, kde zdravotně sociální pracovník sídlí?
7. Do jaké míry jste byl spokojen s prací zdravotně sociálního pracovníka?
8. Jakým způsobem probíhalo předání informací od zdravotně sociálního pracovníka k Vaší osobě?
9. Jak dlouho se Vám zdravotně sociální pracovník věnoval?
10. Kontaktoval zdravotně sociální pracovník někoho z Vaší rodiny, koho?
11. Bude se někdo z členů rodiny podílet na péči o Vás po propuštění z nemocnice?
12. Cítíte se dostatečně informován o využití jak zdravotní tak sociální péče?
13. Kdo o Vás bude pečovat po propuštění z nemocnice? Znáte nějaká zařízení, instituce ve vašem bydlišti, které můžete požádat o služby? Máte o takové služby zájem?
14. Sděлил Vám zdravotně sociální pracovník na jaké služby a příspěvky máte nárok? Co proto máte udělat nebo Vaše rodina? (například požádání příspěvku na péči)
15. Jaké zdravotní služby byste rád využíval po propuštění z nemocnice? (rehabilitace, kompenzační pomůcky, strava, lékařské ošetření - návštěva lékaře doma)
16. Využíval jste nějaké zdravotní služby v minulosti? Uveďte které, jak dlouho a byl jste spokojen?
17. Jaké sociální služby byste rád využíval po propuštění z nemocnice? (hygiena, pedikúra, manikúra, stříhaní vlasů, obstarávání domácnosti).
18. Využíval jste nějaké sociální služby v minulosti? Uveďte které, jak dlouho a byl jste spokojen?

**PŘÍLOHA P II: BUDOVA UHERSKOHRADIŠŤSKÉ NEMOCNICE
A.S.**



Obrázek 1 Budova Uherskohradištské nemocnice a.s.

(Zdroj: Uherskohradištská nemocnice a.s., ©2015)