

Návaznost zdravotnických a sociálních služeb v souvislosti s efektivním zajištěním potřeb seniorů

Monika Škrobová, DiS.

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Monika Škrobová**

Osobní číslo: **H15268**

Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Návaznost zdravotnických a sociálních služeb v souvislosti s efektivním zajištěním potřeb seniorů**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociálních služeb, zdravotnictví, gerontologie, péče o seniora a nepříznivé sociální situace.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

CHRÁSKA, CSC., prof. PhDr. Miroslav. **Metody pedagogického výzkumu: Základy kvalitativního výzkumu. 2.** Praha 7: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9225-0.

MATOUŠEK, Oldřich. **Slovník sociální práce.** Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDOVÁ. **Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří.** Praha: Grada, 2014, 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

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

KREBS, V., et al. **Sociální politika. 6.,** přepracované a aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2015, 568 s.

PRUDKÁ, Šárka. **Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky.** Praha: WoltersKluwer, 2015, 236 s. ISBN 978-80-7478-839-0.

MATOUŠEK, Oldřich. **Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2.,** aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

JŮN, Hynek. **Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví.** Praha: Portál, 2010, 141 s. ISBN 978-80-7367-590-5. Dostupné také z: http://toc.nkp.cz/NKC/201005/contents/nkc20091964625_1.pdf

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Helena Skarupská, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

11. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2018

Ve Zlíně dne 11. ledna 2018



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





Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 2.3.2019


.....

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje tématu Návaznost zdravotnických a sociálních služeb v souvislosti s efektivním zajištěním potřeb seniorů. V teoretické části se zabýváme několika oblastmi, které považujeme v souvislosti s tímto tématem za důležité. První kapitola je věnována stáří v sociální evoluci, kde se věnujeme fenoménu stárnutí populace s výhledem na demografický vývoj a jeho dopad na stárnutí společnosti. Následující dvě kapitoly jsou věnovány sociální práci se seniory v rezortech Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. V teoretické části se také zabýváme návazností zdravotní a sociální péče o seniory v České republice. Praktická část je tvořena formou kvantitativního výzkumu, který byl zkoumán prostřednictvím dotazníku.

Klíčová slova: Senior, stáří, stárnutí, generace, životní potřeby, sociální služby, zákon o sociálních službách, pomoc, podpora, zdravotnictví, zdravotnická péče, zdravotní služby smysl života, volný čas seniorů, gerontologie

ABSTRACT

Bachelor work is devoted to the topic „Relationship between medical and social services in connection with effective ensuring of needs for seniors“. In theoretical part we're going to talk about a few areas which we believe are important for this topic. First chapter is devoted to the seniors in social evolution where we're going to mention phenomena called: Aging of population with perception for demographical development and it's impact for aging generation. Next two chapters belongs to social work with seniors in state resort called Ministry of work and social services followed by Ministry of health care. In theoretical part we're talking about continuity of health care and social care for seniors in Czech republic. Practical part is created through quantitative research which was investigate through questionnaire among people.

Keywords: age, aging, generation, life needs, social services, the social services act, help, support, health services, health care, healthcare, meaning of life, leisure time for seniors, gerontology

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Heleně Skarupské, Ph.D., za její ochotu, vstřícnost a odborné vedení při tvorbě bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem sociálním pracovníkům, kteří mi poskytli potřebné informace v rámci dotazníkového šetření a v neposlední řadě své rodině, za jejich podporu a pomoc po celou dobu mého studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 STÁŘÍ V SOCIÁLNÍ EVOLUCI	13
1.1 FENOMÉN STÁRNOUCÍ SPOLEČNOSTI	14
1.1.1 Příčiny stárnutí populace	15
1.2 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ A DOPAD NA STÁRNUTÍ SPOLEČNOSTI	16
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	18
2.1 PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	18
2.1.1 Vzdělávání a příprava sociální pracovníků	18
2.1.2 Syndromy vyskytující se v profesi sociálního pracovníka.....	20
2.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	23
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY VE ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH	26
3.1 PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ	27
3.1.1 Vzdělávání a příprava zdravotně sociálních pracovníků.....	29
3.2 PŘÍSTUPY K SOCIÁLNÍ PRÁCI VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	31
3.3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	35
3.3.1 Sociální práce s jednotlivcem.....	35
3.3.2 Sociální práce se skupinou	36
3.4 ZDRAVOTNICKÉ SLUŽBY PRO SENIORY	37
3.4.1 Home care	37
3.4.2 Terénní péče ambulantních lékařů	37
3.4.3 Hospicová péče	38
3.4.4 Léčebny dlouhodobě nemocných.....	39
4 NÁVAZNOST SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY	41
4.1 AKTUÁLNÍ SITUACE ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE	42
4.1.1 Sociální lůžka	43
4.1.2 Dlouhodobé ošetrovné	44
4.2 VIZE DO BUDOUCNA	47
4.3 KVALITA PÉČE O SENIORY	50
4.3.1 Důchodová politika a její vliv na kvalitu života	52
4.3.2 Životní smysl a kvalita života	52
5 SENIOR A JEHO POTŘEBY	56
5.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ NAPLŇOVÁNÍ POTŘEB	59
5.2 PROBLEMATIKA POTŘEB V SENIU	60
5.3 AGEISMUS	61
II PRAKTICKÁ ČÁST	63
6 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM	64
6.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	64
6.2 POUŽITÉ METODY, VÝZKUMNÝ SOUBOR	65
6.2.1 Dotazník	65

6.3	SBĚR DAT	66
6.4	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	67
6.5	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	73
ZÁVĚR		80
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		82
INTERNETOVÉ ZDROJE.....		85
ZÁKONY		86
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		87
SEZNAM OBRÁZKŮ		88
SEZNAM TABULEK.....		89
SEZNAM GRAFŮ		90
SEZNAM PŘÍLOH.....		91
ETICKÁ ZODPOVĚDNOST		120

ÚVOD

Bakalářská práce pojednává o problematice návaznosti zdravotních a sociálních služeb v souvislosti s efektivním zajištěním potřeb seniorů. Tato problematika vyvolává v České republice celou řadu otázek. Zdravotní i sociální služby jsou poskytovány v různých typech zařízení nebo v přirozeném prostředí klienta. Oba typy péče jsou poskytovány převážně osobám, které se neobejdou bez pomoci druhé osoby. Těmito osobami mohou být mimo jiné i senioři, na které je tato práce zacílena. Důvodem výběru této cílové skupiny byla skutečnost, že právě senioři jsou podle mého názoru osobami, které si v naší společnosti zaslouhují mnohem rozsáhlejší a efektivnější podporu a pomoc, než která se jim v současné době dostává. Jsou ohroženi ageismem i sociálním vyloučením.

I přesto, že se v praxi setkáváme s provázaností obou typů služeb, tedy zdravotních i sociálních, jsou u nás systémy zdravotní i sociální péče rezortově odděleny, čímž dochází k častým problémům v následném zajišťování péče o nesoběstačné klienty. Zajištění jakékoliv formy péče pro tyto klienty je totiž téměř nemožné, protože se neustále potýkáme s nedostatkem pobytových zařízení, které by zajistily péči o seniory s vyšší mírou podpory. Zároveň je i nedostatek terénních služeb, které by podpořily setrvání seniora v přirozeném prostředí, co nejdéle to je možné. Právě v tomto spatřujeme velký problém, protože často prostě není v silách sociálních pracovníků adekvátní formu péče zajistit. To nás vede k domněnce, že se jedná o následek špatné provázanosti zdravotních a sociálních služeb a s nimi souvisejícími dalšími problémy. Otázkou tedy zůstává, zda je současná návaznost a spolupráce zdravotních a sociálních služeb dostačující tak, aby byly zajištěny potřeby seniorů?

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na vymezení jednotlivých oblastí. Věnujeme se stáří v sociální evoluci, kde se zmiňujeme o stárnutí populace, jako jistému fenoménu dnešní doby. Další kapitoly pojednávají o tom, jak vypadá sociální práce ve zdravotních a sociálních službách, jakou roli má v těchto zařízeních sociální pracovník a jaké jsou předpoklady pro výkon takového profesí. V neposlední řadě je v práci blíže popisována současná problematika návaznosti již zmíněných sociálních a zdravotních služeb.

Praktická část bakalářské práce je tvořena formou kvantitativního výzkumu, který byl zkoumán prostřednictvím dotazníků.

Věříme, že tato bakalářská práce přispěje k upřesnění pohledu na současnou problematiku stárnutí populace a odhalí řešení, která povedou k lepší provázanosti zdravotních a sociálních služeb, čím budou potřeby seniorů v České republice zajištěny mnohem lépe a efektivněji, než je tomu doposud.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ V SOCIÁLNÍ EVOLUCI

Otázky týkající se tajemství lidského života a smrti, stáří a stárnutí provází lidstvo od pradávna. Nadcházející kapitola se podrobněji zabývá fenoménem stárnutí populace, jsou zde popsány jeho příčiny, důsledky a zabírá se také otázkou budoucího demografického vývoje a dopadem na stárnutí populace.

Stáří je důsledek stárnutí, pozdní fáze přirozeně dlouhého života, která má své charakteristiky týkající vzhledu, funkčního stavu, bio - psychických parametrů, sociálních rolí, společensko-ekonomického postavení, věku a naděje dalšího dožití. Stárnutí jako takové představuje bio-psycho-sociálně-spirituální proces přirozeně involučních a adaptačních změn, k nimž v organizmu a u organizmu dochází k dosažení sexuální dospělosti a s ní související vrcholné úrovně výkonosti. Jde o součást ontogenetického vývoje, se kterým se stále častěji prolínají změny chorobné – projevy a důsledky chorob, úrazů i adaptací na ně. Nejvýraznější složkou stárnutí je různě rychle probíhající pokles potenciálu zdraví, zdatnosti, odolnosti a adaptability (Čevela a kol., 2014)

Podle gerontologických expertů Světové zdravotnické organizace šedesátých let 20. století je stáří a stárnutí nejčastěji vymezeno chronologicky. Toto členění zmiňují i autoři Čevela, Kalvach, Čeledová (2012) takto:

- 60 – 74 let (vyšší věk/rané stáří),
- 75 – 89 let (stařecký věk),
- 90 – více let (dlouhověkost).

Zároveň je třeba podotknout, že toto rozdělení se týká rozvojových zemí světa. Ve vyspělých státech dnes stáří začíná až od 65 - ti let věku člověka. (Zavázalová, 2001 in Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Toto vymezení však nevypovídá o soběstačnosti ani o zdravotním stavu starého člověka (Dvořáčková, 2012).

Lidé stárnou různým tempem. Někdo rychleji, někdo pomaleji. Řičan (2004) v tomto smyslu mluví o biologickém věku, který se může výrazně lišit od věku chronologického. Problematika stáří není jen tématem biologie a medicíny, ale také psychologie a sociologie.

Biologické stáří je dáno dosažením určité míry změn, poklesu potenciálu zdraví. Jde o souhrn nevratných biologických změn, které mají za následek zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů, úmrtí. Neexistují přesná kritéria, která by definovala biologické stáří.

Můžeme však sledovat několik změn, které nás na biologické stáří mohou upozornit. Pozorujeme pokles výkonnosti, změny postavy, postoje, chůze, vlasů, pokožky, chrupu, chování. S těmito změnami souvisí takové vnímání vlastní výkonnosti a životní perspektivy. Toto vnímání úbytku či dostatku vlastních sil, zdraví a potencialu může být významným faktorem biologického stáří. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Stáří je nutné vnímat také v sociální kontextu. Existuje tzv. sociální stáří, které by se dalo označit jako souhrn sociálních změn, změn sociálních rolí člověka a hledání jeho nového potencialu. Zároveň se jedná o souhrn znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, jakými mohou být např. odchod do důchodu, pokles životní úrovně rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv, přijetí role penzisty. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován již zmíněný odchod do důchodu či věk vzniku nároku na starobní důchod. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Díky prodlužující se délce života na naše společnost stává dlouhověkou. Je tedy pravděpodobné, že postupně bude potřeba přehodnotit klasifikaci stáří a především přístupy k lidem vyšší věku. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

1.1 Fenomén stárnoucí společnosti

Na proces stáří a stárnutí je však třeba pohlížet nejen pohledu individuálního, ale z pohledu celé společnosti, jejíž je senior součástí.

Fenomén stárnoucí společnosti zasahuje víceméně všechny evropské státy a společnosti tím silněji, čím je daná společnost homogennější. Stárnutí společnosti a jevy s ním spojené zastihlo evropské společnosti nepřipravené koncepčně, politicky, ale i z hlediska vlastní sebereflexe. Současný fenomén se nedá považovat za přechodný stav způsobený demografickými vlnami. Jedná se o trvalou změnu evropské společnosti. (Sak, Kolesárová, 2012)

Stárnutí populace je přirozený dlouhodobý civilizační proces podmíněný především setrvalým poklesem úmrtnosti, částečně s tím souvisejícími změnami reprodukčního chování a také rozsáhlejšími změnami společenského uspořádání. Souvisí s věkovou strukturou společnosti, s podílem lidí různých věkových skupin a především se základními demografickými procesy jakou jsou úmrtnost, porodnost, migrace (Čevela a kol., 2014)

1.1.1 Příčiny stárnutí populace

Jedním z hlavních faktorů majících vliv na stárnutí populace je zpomalení přírůstku mladších věkových skupin, což má za následek pokles úrovně plodnosti a porodnosti. (Čevela a kol, 2014) Jednou z příčin je masové používání hormonální antikoncepce ženami v devadesátých letech s řadou pozitivních i negativních důsledků. Výrazným způsobem stoupl podíl plánovaných dětí a poklesl počet interrupcí. To znamená, že je zabráněno v narození dětí vzdělanějších žen, vyšší porodnost zůstává u žen nižší sociokulturní a vzdělanostní úrovně. (Sak, Kolesárová, 2012)

Další neméně výraznou příčinou stárnutí populace je prodlužování délky života. Lidé méně umírají a žijí déle. Lze všeobecně říci, že lidé žijící v současnosti jsou zdravější a zdatnější než předchozí „krátkověké“ generace. (Čevela a kol., 2014)

Prodlužování střední délky života obsahuje potenciál zpětného vlivu na kvalitu společnosti na její proměnu v „dlouhověkovou společnost“. (Sak, Kolesárová, 2012)

Mezi dalšími příčinami jsou uváděny nové možnosti realizace mladých lidí, především možnost podnikat a cestovat. (Čevela a kol, 2014). Mladé rodiny se často potýkají se zadlužeností, pořízení rodiny je pro mladé páry a mladé ženy závažným rozhodnutím, dítě je obrovská, nevratná investice na dvacet let spousta mladých lidí si není jista, zda si tuto investici může dovolit. Dalšími aspekty mohou být fenomén homosexuality nebo „single“ životního stylu, změna hodnotového žebříčku mladých lidí – zvýšila se hodnota majetku. S růstem věku stoupá riziko neplodnosti u mužů i žen. (Sak, Kolesárová, 2012)

Vlivem těchto příčin lze očekávat, že preference a životní styl nových seniorů se bude výrazně lišit od minulých generací. Každá generace má svou podobu stáří a tyto generační podoby stáří se mění na základě dynamiky společnosti. Současná generace seniorů je poslední generací gramotné kultury (Ong, 2006). Jejich životní role a časoprostor byl součástí určitého kulturního života, určitou četbou, divadelní a filmovou kulturou, což je v následujících generacích neopakovatelné.

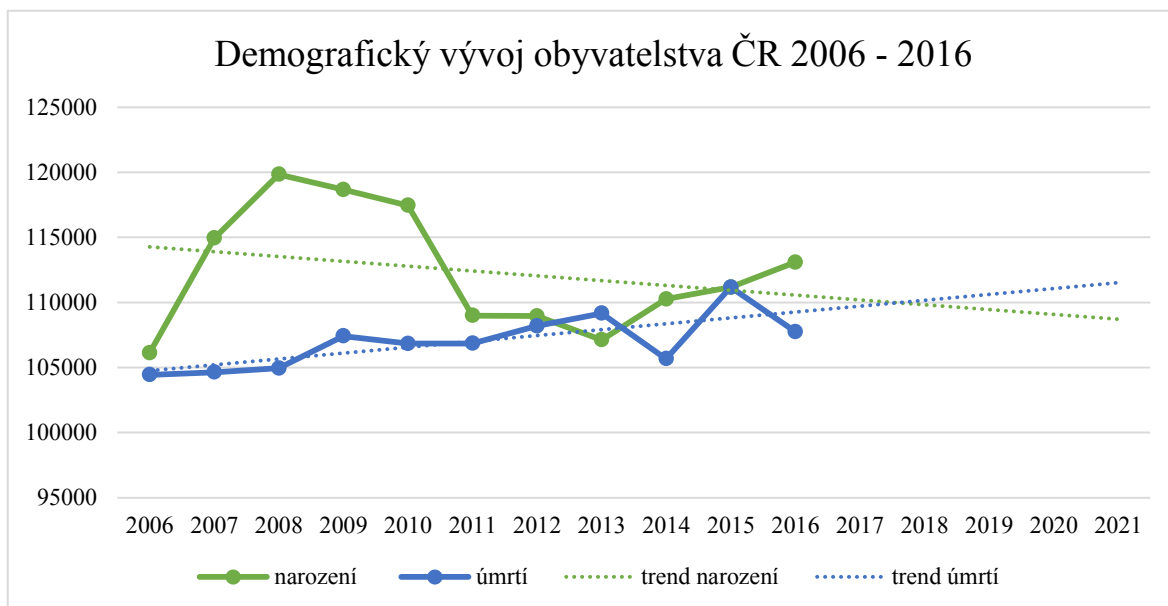
Porovnáme-li seniory před 100 lety a dnešní seniory, vidíme zcela odlišné stáří. Především by dnešní senioři před sto lety ve svém věku již většinou nežili, protože střední délka života byla o třicet let nižší. Dnešní senioři a senioři počátku 20. století by vypadli jinak, a to nejen oblečením, ale také jejich životní styl by byl odlišný. (Sak, Kolesárová, 2012)

1.2 Demografický vývoj a dopad na stárnutí společnosti

Každý rok se v české společnosti zvyšuje podíl seniorů, klesá podíl dětí a mládeže a zvyšuje se průměrný věk. „Stárnutí populace je dlouhodobě spojeno především s poklesem plodnosti, úmrtnosti, se snižováním kojenecké úmrtnosti a s prodlužováním naděje dožití. Prognózy vývoje obyvatelstva očekávají, že i nadále bude docházet k nárůstu podílu starších osob v české populaci. V současnosti do věkové skupiny 65 a více let totiž vstupují početné generace narozené po druhé světové válce.“ (Sak, Kolesárová, 2012 s. 86)

Z hlediska problematiky sociální a zdravotně- sociální péče o seniory lze předpokládat, že pozornost budou zasluhovat zejména vyšší věkové skupiny seniorů (ve věku 85 a více let), což je pro Českou republiku relativně novým fenoménem. (Čevela a kol., 2014)

Do roku 2025 se předpokládá, že se celkový počet obyvatel lehce sníží, dětí mladších 15 let ubude o více než čtvrtinu, zatímco počet seniorů nad 65 let se zdvojnásobí. Nejvýraznější vývoj se předpokládá ve věkové skupině 80 +. Přes setrvalé zlepšování zdravotního a funkčního stavu i nejstarších věkových skupin tak dojde k absolutnímu nárůstu případů typických chorob pokročilého stáří včetně syndromu demence a závažné disability – jejich výskyt v seniorské populaci se naštěstí relativně sníží, ale absolutní počet osob se specifickými potřebami přesto vzroste. Naléhavou potřebou se tak stává zlepšování funkčního zdraví seniorů, jeho přesnější hodnocení, účinnější a účelnější intervenování geriatricky modulovanými potřebami. (Čevela a kol., 2014)

Graf 1 Demografický vývoj obyvatelstva

Zdroj: ČSÚ Demografické ročenky (2006 - 2016)

Na grafu můžeme sledovat počet narozených a zemřelých osob v České republice v letech 2006 až 2016. Nejvíce narozených bylo v letech 2007 a 2008. Nejvíce úmrtí bylo zaznamenáno v roce 2015. Graf zobrazuje i trendové křivky, které ukazují na výhled 5 let dopředu. Potvrzuje tak teze odborníků, kteří uvádí počet narozených dětí, bude klesat, naproti tomu počet úmrtí stoupat.

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

V praxi je sociální práce chápána jako pomáhající profese s cílem poskytnutí pomoci a zvyšování kvality života společnosti tam, kde je kvalita života ohrožena. Mnohdy se však zapomíná na to, že i pracovníci v sociálních službách jsou jen *lidmi*, se svými specifickými potřebami, hodnotami a sociálními událostmi. V této kapitole se tedy věnujeme profesi sociálního pracovníka a syndromům, se kterými se můžeme při výkonu sociální práce se seniory setkat.

2.1 Profese sociálního pracovníka

Role sociálního pracovníka v jednotlivých organizacích je velmi důležitá, což je spojeno i s vysokými nároky na vzdělávání a jeho osobní předpoklady.

Sociální pracovník je považován za odborníka, jehož úkolem je zmírňovat, odstraňovat a řešit sociální situaci klienta. V praxi jde o výkon preventivních činností, jejímž úkolem je zamezit počátku nepříznivé sociální situace či předejít jejímu prohlubování. (Brnula, 2013)

Levická (2004) charakterizuje sociálního pracovníka jako vykonavatele úkolů sociální práce. Sociální pracovník zasahuje do života klientů a odhaluje tak podrobnosti z jejich života. Proto stojí sociální pracovník na hranici práv a povinností vymezených právním systémem, zaměstnavatele a profesními standardy zaručuje ochranu soukromí klienta.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v § 109 hovoří o agendě sociálního pracovníka v zařízení sociálních služeb: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízení poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízení poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“

Jeho zaměření tak je opravdu široké a umožňuje najít uplatnění v mnoho sektorech veřejné správy.

2.1.1 Vzdělávání a příprava sociálních pracovníků

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 10 přesně definuje, jaké je nutná odborná způsobilost k výkonu profese sociálního pracovníka. Další možné vzdělávání sociálního

pracovní je pak definováno v § 111. Odbornou způsobilostí sociální pracovníka podle § 110 rozumíme:

- „vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální a humanitní práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
- vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péče, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu 41),
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998.“

Pro získání odborné způsobilosti k výkonu profese sociálního pracovníka je tedy nezbytné studium na vysoké škole či vyšší odborné škole zaměřené na sociální práci nebo absolvování některého z nabízených akreditovaných vzdělávacích kurzů ve výše uvedeném rozsahu.

I po absolvování povinného vzdělávání od něj není sociální pracovník zcela oprostěn. Zákon o sociálních službách mu ukládá povinnost dalšího vzdělávání dle § 111, odst. 1 a odst. 2, kde je uvedeno, že zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníkovi další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si svou kvalifikaci obnovuje, upevňuje a doplňuje. Toto vzdělávání může být využíváno formou:

- specializačního vzdělávání zajišťovaného vysokými škola a vyššími odbornými škola navazujícími na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka,
- kurzů s akreditovaným programem,
- odborných stáží,

- školících akcí,
- konferencí.

Kromě odborné způsobilosti jsou na sociálního pracovníka také kladeny poměrně vysoké osobností předpoklady, jak už bylo zmíněno v úvodu této kapitoly.

Sociální pracovníci jako profesní skupina sdílejí společné hodnoty, které jsou obsaženy v etickém kodexu. Etický kodex sociálních pracovníků vydávají profesní asociace. Vyjadřuje respekt ke klientům a jejich sebeurčením především tím, že práci staví na hodnotách lidských práv, jedinečnosti člověka, potřebě seberealizace, vedení klienta k vlastní odpovědnosti, hledání možností, jak klienta zapojit do řešení problémů. Etický kodex je rovněž zaměřen na podporu sociální spravedlnosti, respektování jedinečnosti klienta bez ohledu jak jeho charakteristiky i na to, jak přispívá k blahu společnosti. Upravuje pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke společnosti, zavazuje jej zvyšováním sociální spravedlnosti, upozorňuje na možnosti spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a zajištění přístupu k těmto zdrojům. Dotýká se také tématu profesní integrity, kterou vnímá jako závazek o udržení a zvyšování své odborné úrovně, osobního růstu, navazovat spolupráci s kolegy a zvyšovat tak odbornou kvalitu služeb. (Matoušek, 2003)

Matoušek (2013, s. 33) se v souvislosti s profesní integritou zabývá také hodnotami v sociální práci. Poukazuje na to, že sociální pracovníci jako profesní skupina sdílejí společné hodnoty. Hodnoty v sociální práci jsou důležité z několika důvodů: „*Určují povahu sociální práce i povahu vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, kolegy i širší společností. Hodnoty také ovlivňují, jakou metodu práce sociální pracovník použije, a jsou klíčové při řešení etických dilemat. Na hodnotách jsou založeny i principy práce s klienty. Ačkoli v etickém kodexu najdeme obecné univerzální hodnoty, z historického pohledu vyplývá, že se mění důrazy kladené na určité hodnoty.*“

2.1.2 Syndromy vyskytující se v profesi sociálního pracovníka

Tato podkapitola je věnována dvěma nejčastějším syndromům, se kterými se v profesi sociálního pracovníka můžeme setkat. Jedná se o syndrom pomáhajících a syndrom vyhoření. Oba se vyskytují se zvláště u profesí, které obsahují práci s lidmi, takže asi není velkým překvapením, že se s ním setkáváme i v sociálních službách, kde představuje velkou hrozbu nejen pro samotné pracovníky, kteří jsou jím zasaženi, ale také pro celý multidisciplinární tým a v neposlední řadě má zásadní vliv na klienty těchto služeb, protože velmi silně ovlivňuje kvalitu a klima práce zaměstnance. Práce v sociálních službách pro

seniory je velmi psychicky i fyzicky náročná a obzvláště syndrom vyhoření se, v dnešní rychlé době, stává stále častějším fenoménem.

Syndromem pomáhajících je podle W. Schmidbauera (2000, in Matoušek, 2003) projev, jímž pracovník pomáhající profese řeší své rané trauma odmítnutého dítěte. Protože trpí nedostatkem pochopení a uznání, chce si je opatřit ve vztahu, ve kterém má mocenskou převahu – ve vztahu k někomu, kdo je aktuálně v nevýhodě.

Takovýto jedinec nebo i skupina trpí hladem po porozumění a uznání, což může vést ohrožení osoby své i osoby klienta. Velké úskalí je pomáhajících profesí je i v tom, že větší část vzdělávacího procesu sociálních pedagogů, sociálních pracovníků, školních psychologů, vychovatelů, zdravotních sester, je věnování praktickým dovednostem a etickým normám. Zacházením s potřebami, touhami, úzkostmi a citovou stránkou lidí si však vyžaduje mnohem náročnější a dlouhodobější výcvik. Povolání pomáhajícího vyžaduje soustavnou supervizi, protože při této práci se nelze řídit pouze vlastním svědomím. (Matoušek, 2003)

Za základní legislativní dokument týkající se sociální práce považujeme zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášku č. 505/2006 Sb.

Stanovit globálně platný přehled všech cílů sociální práce není možné. Sociální práce je nutné vždy vnímat v kontextu dané kultury (Matoušek, 2003).

Totéž tvrdí Payne (in Matoušek a kol., 2013, s. 12). Podle tohoto autora je sociální práce „sociální tvůrčí činnost“, kterou lze pochopit jen v daném sociální a kulturní kontext, v němž vznikla. Není možné, aby se sociální práce byla vnímána nadčasově, protože její teorie

a praxe vznikají z reakcí na to, jak konkrétní lidé vnímají v určité době a určitém čase své sociální problémy.

Matoušek ve své knize *Základy sociální práce* (2001, s. 11) definuje sociální práce takto: *„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např.: chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanost aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky.*

U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“

Jiné pojetí nabízí např. Jandourek (2001). Ten sociální práce cílí na zlepšení sociálního postavení chudých nebo deviantních lidí. Tuto definici lze považovat za zastaralou, neboť je dnes všeobecně známou skutečností, že sociální práce jako taková, zahrnuje mnohem širší spektrum cílových skupin. Zahrnuje např. osoby zdravotně znevýhodněné, seniory, rodiny s dětmi apod.

Syndrom vyhoření je soubor příznaků, které postihuje pracovníky v pomáhajících profesích z důvodu nezvládnutí pracovního stresu. Profesionální sociální práce přináší pracovníkům nepřetržitý kontakt se skupinami lidí, kteří se z nějakého důvodu ocitají v nepříznivé sociální situaci. Obzvláště náročný je pak kontakt s klienty, kteří se v určitém zařízení ocitají nedobrovolně (vězení, výchovné ústavy apod.), nebo nejsou pro program dostatečně motivováni, další komplikovanou skupinou jsou lidé s vážně postižení, umírající nebo klienti, jejichž chování je velmi odlišné od sociální normy (chovají se agresivně, osoby trpící akutní psychózou apod.) (Matoušek, 2003)

Pro pracovníky sociálních služeb je velmi obtížné dosáhnout pocitu uspokojení z vykonané práce. Je velmi obtížné definovat žádoucí výsledek práce a kritéria úspěšnosti pracovníka, protože každé hodnocení je zatíženo osobními preferencemi hodnotitele.

Syndrom vyhoření se nejčastěji podle Matouška (2003) objevuje na pracovištích:

- Kde není věnována pozornost potřebám personálu;
- Kde noví členové nejsou zacvičeni zkušeným personálem;
- Kde neexistují plány osobního rozvoje;
- Kde není supervize;
- Kde pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se s ním o možných řešeních;
- V nichž je nepříznivá kultura organizace;
- V nichž spolu realizuje několik znepřátelených skupin pracovníků;
- Se silnou byrokratickou kontrolou chování personálu, příp. i klientů.

Pracovník, který nemá prostor pro tvořivost a je považován za pouhé kolečko ve fungujícím stroji, může syndromu vyhoření podlehnout rychleji, než pracovník, který do své práce

kreativitu vnáší. Významným faktorem je i míra zátěže vyjádřená počtem klientů, s nimiž se pracovník za určité období setká. (Matoušek, 2003)

Syndrom vyhoření vyvolává obavy nejen na poli sociální práce, ale spolu s depresí je syndrom vyhoření velkou hrozbou pro celou západní společnost. Důvodem je, že dnešní společnosti vytváření stále větší tlak na výkon a na poměrování se v parametrech úspěšnosti. Jedinec, který chce být vnímán jako úspěšný, tlačí sám na sebe a neustále překračuje své limity, aby mohl být ještě lepší. Společnost mu pak předkládá určitou zpětnou vazbu, že díky tomu bude ještě úspěšnější, lépe oceněný a více oblíbený. (Klímová, 2018)

2.2 Sociální služby pro seniory

Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Jejich cílem zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří senioři, kterým se tato kapitola věnuje.

Na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007, Ministerstvo práce a sociálních věcí zřídilo Registr poskytovatel sociálních služeb. Smyslem toho zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si jej nemohou prosadit sami, a to z důvodu věku, zdravotního postižení, nepříznivého sociálního prostředí, krizové životní situace atd.

V tomto zákoně také nalezneme kategorizaci sociálních služeb, kterou nyní použijeme pro vymezení služeb, vhodných pro seniory. Sociální služby se podle výše zmíněné právní úpravy (§ 33, zákona 108/2006 Sb.) dělí na:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Zákon obsahuje také dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat. Jedná se o služby:

- pobytové,
- ambulantní,
- terénní.

Podle těchto dělení se nyní zaměříme na služby určené pro seniory.

- 1) **Sociální poradenství** – rozdělujeme na základní a odborné. Základní poradenství zahrnuje poskytnutí základní potřebných informací, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace seniora (informuje jej např. o základních dávkách, které může uplatnit a odkazuje na konkrétní instituce, organizace, které je jeho problematice věnují). Odborné sociální poradenství je více poskytována se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách. Zabývají se otázkami dluhové zadluženosti, poradenství ohledně dědického řízení apod. (Matoušek a kol. 2007)

Tyto služby jsou ambulantního charakteru a umožňují tak seniorovi navštívit odborníka přímo ve specializovaných poradnách, poradenských centrech.

- 2) **Služby sociální péče** – pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případě, kdy to vylučuje jejich zdravotní stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (§ 38 ZSS). (Matoušek a kol., 2007)

Mezi služby sociální péče, které se zaměřují na pomoc seniorům patří: pečovatelská služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních, kterými se budeme zabývat v následující kapitole. Služby sociální péče pro seniory mohou mít formu poskytování jak *pobytovou*, zde řadíme nejčastěji domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, tak formu *ambulantní* (centra denních služeb, denní stacionáře apod.) i formu *terénní*. Tady můžeme uvést např. pečovatelskou službu.

- 3) **Služby sociální prevence** – služby, jejíž cílem je zabránění sociálního vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života, vedoucí ke konfliktu se společností, pro sociálně znevýhodněné sociální prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Dílčím cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů (§ 53 ZSS). (Matoušek a kol., 2007)

Senioři pak mohou využít např. telefonickou a krizovou pomoc, krizovou pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, sociální rehabilitaci. Tyto služby mají podobu *pobytovou*, *ambulantní* i *terénní*.

Sociální péče seniorovi může probíhat také ve zdravotnických zařízeních. Přesněji v zařízeních lůžkové péče, kde se mohou poskytovat pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují pobytovou zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny odejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim bude zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo jim bude zprostředkována terénní či ambulantní sociální služba nebo pobytová služba v zařízeních sociálních služeb. (Čeledová, Čevela, Holčík, Kalvach, 2014)

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY VE ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH

Sociální práce ve zdravotnictví řídí legislativní dokumenty. Prvním z nich je již zmíněný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních a službách a druhý je zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních. V této kapitole se dotkneme profese sociálního pracovníka a aktuální proměny v oblasti vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků v České republice a na potřeby praktikujících sociálních a zdravotně sociálních pracovníků, kteří usilují o kvalitní péči pro klienty zdravotnických pracovišť v součinnosti mezioborových týmů. Poslední podkapitola bude věnována kvalitě péče o seniory ve sféře sociální a zdravotní.

Sociální práce ve zdravotnictví je považována za mnohotvárnou a rozmanitou. Jejím účelem je pomoci klientovi a jeho rodině s redukcí či úplným odstraněním sociálních důsledků, jež s sebou přináší nemoc pacienta. Sociální práce ve zdravotnictví je poskytována z pohledu holistického, neboli celostního. Holistickým pojetím se rozumí orientace na klienta a jeho problém z pohledu více stran. Tedy z pohledu sociálního, fyziologického, psychického i duchovního. Hovoříme tak o bio-psycho-sociální a spirituální dimenzi, určenosti. Sociální práce ve zdravotnictví je tak zaměřena na komplexní péči o klienta a je vykonávána za podmínek poslání oboru sociální práce a konkrétního zdravotnického zařízení. „*Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na pomoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.*“ (Kuzníková a kol., 2011, s. 19)

Tedy z pohledu sociálního, fyziologického, psychického i duchovního. Zkráceně pak hovoříme o bio-psycho-sociální a spirituální dimenzi. Sociální práce ve zdravotnictví je tak zaměřena na komplexní péči o klienta a je vykonávána za podmínek poslání oboru sociální práce a konkrétního zdravotnického zařízení. „*Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.*“ (Kuzníková a kol., 2011, s. 19)

Podle autorů Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011) uplatňuje sociální práce ve zdravotnictví při své práci stejné kroky jako sociální práce nebo medicína. Jedná se o takový postup, který probíhá v tomto pořadí:

- získání informací o konkrétním případě – anamnéza,
- diagnostická fáze – zjištění bližších informací o klientovi a jeho problému,

- vytvoření plánu pro řešení situace,
- realizace plánu, terapie,
- Vyhodnocení výsledků terapie.

3.1 Profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Zdravotně sociální pracovník je považován za odborníka s profesionálními kompetencemi v oblasti péče zdravotně sociální. Při výkonu své profese vykonává sociální šetření, poradenství, analytickou, metodickou i koncepční činnost ve zdravotně sociální oblasti. Najdeme jej v zařízeních zajišťujících zdravotně sociální péči, provádí prevenci, sociální rehabilitaci či krizovou pomoc a vyhledává potencionální klienty. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2012)

Kuzníková a kol. (2011) nabízí jiný pohled na činnost sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních. Mezi činnostmi, kterými se zabývá, patří:

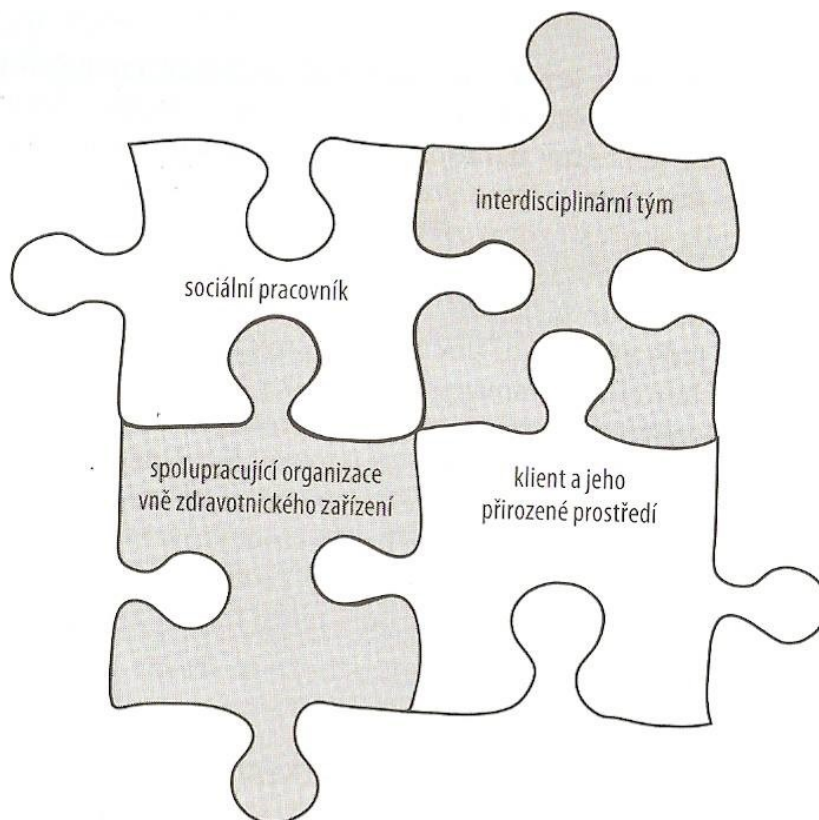
- **řešení situace akutně hospitalizovaných klientů** – finální rozhodnutí však závisí především na lékaři,
- **sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných** – sociální poradenství, jednání s institucemi, plánování péče a sociální rehabilitace, zprostředkování specializovaných služeb a specializované pomoci, řešení finančních a pobytových záležitostí, spolupráce s příbuznými či blízkými klienta, psychosociální podpora klienta,
- **sociální prevence** – ta by měla zahrnovat rozhovor s každým pacientem a zjišťovat případné možné sociální obtíže a potřeby. Prostředkem sociální prevence je depistáž, jejíž součástí je zdravotně sociální poradenství,
- **sociální anamnézy a prognózy** – jejichž cílem je opětovné začlenění klienta do původního sociálního prostředí a obnovení původních sociálních rolí,
- **aplikace metod sociální práce** – individuální práce s klientem, sociální práce s rodina, rodinná terapie anebo skupinová práce s klienty/pacienty a jejich příbuznými.

Činnosti zdravotně sociálních pracovníků se u nás v porovnání se světem liší. Je to dáno hlavně historickým vývojem dané lokality, ale i systémem vzdělávání a odlišnými kompetencemi. (Kuzníková a kol. 2011)

Potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních včetně nemocnic, kteří by uspokojovali zmíněné psychosociální potřeby je ve vyspělých státech zřejmá. Na sou-

časném stavu v České republice můžeme sledovat, že postavení zdravotně sociálního pracovníka v týmu specialistů není dostatečně vyjasněno a často dochází k problémům ve vzájemné komunikaci a při vymezování kompetencí a pracovních náplní. Naštěstí dochází k překonávání komunikačních bariér mezi odborníky jednotlivých profesí a týmová spolupráce se tak stává samozřejmou a nepostradatelnou. (Kuzníková a kol., 2011)

Obr. 1 Sociální práce ve zdravotnictví



Zdroj: Kuzníková (2011)

Multidisciplinární tým představuje víceborové zastoupení v týmu, kdy členové mají své specifické role, ale často nejsou dostatečně kooperující a nesdílejí jednotnou shodu vzhledem k odlišným individuálním prioritám. (Solheim, 2007, in Kuzníková a kol., 2011).

Je zapotřebí zdůraznit, že zdravotně sociální pracovník by měl být v první řadě stále sociálním pracovníkem, který svou práci zaměřuje na komplexní pomoc a péči klientům ve svízelných situacích.

3.1.1 Vzdělávání a příprava zdravotně sociálních pracovníků

V úvodu této kapitoly jsme se krátce zmínili o existenci zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, který přesně vymezuje činnosti zdravotně sociálního pracovníka a velmi zásadně zasahuje do systému vzdělávání. Zdravotně sociální pracovník byl zařazen do nelékařských zdravotnických povolání. Legislativa zdravotnického rezortu neklade jako prioritní podmínky získání vzdělání v oboru sociální práce tak, jak jej vymezuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., a minimální standardy vzdělávání v sociální práci. (Kuzníková a kol., 2011)

Přesto odborníci hovoří o požadavcích na osobnost a dovednosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

Nezbytnou součástí zdravotně sociální práce je komunikace s klientem. Sociální pracovník by měl být schopen realizovat analýzu daného problému a nalézt k němu optimální způsoby řešení. Aby byl pracovník schopen správné realizace problému, musí být osvojené schopnosti spojené s pozorováním, vedením rozhovoru a zhodnocením celé obtížné situace klienta. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

Komunikace se seniory je nutné přizpůsobit určitým zásadám. Desatero zásad komunikace se seniory uvádí např. Kuzníková a kol. (2011):

- Respektovat identitu pacienta a důsledně jej oslovovat jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“, „dědo“ jsou ponižující,
- Důsledně se vyhýbat zdětinšťování starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi,
- Při komunikaci s pacienty a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme jejich důstojnost; snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. kognitivní oblasti),
- Respektovat princip zpomalení a chránit seniory před časovým stresem; počítat se zpomalením psychomotorického tempa se zhoršenou pohyblivostí,
- Složitější nebo zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) několikrát zopakujeme či raději ještě napíšeme na papír,
- Aktivně a taktně ověřit možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci,

- K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt. Při pochybnostech ověřujeme správné využití kompenzačních pomůcek;
- Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas, porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ – jiný hovor, rozhlas, televize, ale snažíme se hluk odstranit;
- Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta), ale nevnucujeme; umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka);
- Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetrovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení soběstačnosti seniora, nikoli předčasně předpokládat její ztrátu a vést k imobilizaci.

Profesní úloha sociálních pracovníků ve zdravotnictví je určena převážně tím, že jsou tyto pracovníci tzv. prostředníky mezi klientem, jeho problémem a společností. Sociální pracovník pomáhá klientovi s vyřešením jeho problému a snaží se o jeho znovu začlenění do běžného života ve společnosti. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

Stejně jako sociální pracovník v sociálních službách, tak i sociální pracovník ve zdravotnictví se musí řídit etickými kodexy. Do zdravotně sociální práce se totiž neodmyslitelně promítá několik etických rovin, jež si vyžadují soulad s činností sociálních pracovníků. Autoři Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011) uvádějí tyto etické roviny:

- Etická roviny řešené problémové situace – sociální pracovník je s klientem v bezprostředním kontaktu. Oboustranná interakce;
- Etická roviny korelující s cílem daného problému – jde o problém promítání etické dimenze ve zdravotnických a sociálních zařízeních, ve zdravotní i sociální politice, ve vzdělávání apod.;
- Etická rovina společenského prostředí, vyjadřující ducha doby – jedná se o kulturně politickou rovinu definující etické postoje k určitým problémům, jako je např. nezaměstnanost, umělé oplodnění apod.

Zdravotně sociální pracovník se může při výkonu své profese s širokou škálou klientů. Patří mezi ně např. senioři se sníženou soběstačností, onkologicky nemocní, těžce nemocní, klienti klinik gynekologicko-porodnických a novorozeneckých, dětské pacienty, klienti

závislí na návykových látkách nebo klienti bez domova. Není tedy divu, že nároky kvalitu jeho osobnosti jsou tak vysoké.

3.2 Přístupy k sociální práci ve zdravotnictví

V následující podkapitole se zabýváme krátkým vhladem do teoretických přístupů, které lze využít při sociální práci ve zdravotnictví při aplikaci metod sociální práce s jednotlivcem, skupinou, rodinami a komunitami. Sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních se setkávají s velmi různorodými klienty, proto není jednoduché zvolit jeden či dva teoretické přístupy, které by se daly aplikovat obecně na všechny klienty.

Keller (2010) uvádí, že díky změnám ve společnosti se mění i obor sociální práce a ocitá se v podobné nejistotě jako klienti, kterým má pomáhat.

Velkou roli v tom, jak je obor sociální práce ve zdravotnictví vnímám společností, hrají také tzv. nová sociální rizika. Mezi tato rizika patří například pracující chudoba, hrozba, že člověk zestárne v chudobě, přestože celý život pracoval, a riziko, že člověk nezíská zaměstnání, přestože do vzdělání investoval maximum svého úsilí. Obecně můžeme říct, že je to strach a obavy z budoucnosti. (Keller, 2010)

Sociální práci ve zdravotnictví by prospělo, kdyby se dokázala lépe přizpůsobit člověku v dnešní společnosti, jeho potřebám a problémům. (Kuzníková a kol., 2011)

Pokročilý multisystémový přístup

Jedním z přístupů, který se zabývá zapojením více profesí do řešení nepříznivé sociální situace pacienta je přístup AMS - Advanced Multi Systemic approach – multidisciplinární přístup v sociální práci, jehož cílem je pokusit se nalézt možnosti využití hledání řešení různorodých sociálních situací jedinců v kritickém období nemoci a návratu ke zdraví. AMS je konceptem holistickým, integračním, ekologickým a navíc je založen na empirických důkazech a zkušenostech. Vychází se systémové posouzení konkrétního klienta (s přihlédnutím na jeho specifické historie, kultury a zároveň i léčebný plán). Je to systém obsahujícím všechny metody, které lze při intervenci s konkrétním klientem použít. AMS zahrnuje způsobilost sociálního pracovníka, jeho vědomosti, dovednosti, sebeuvědomění, jeho uvědomování si lidského jednání v sociálním prostředí, znalost sociální politiky, sociálního státu, schopnosti v oblasti výzkumu, evaluace, používání různorodých metod apod. Apeluje na neustálé sebezdokonalování sociálního pracovníka. (Kuzníková a kol., 2011)

Vychází z předpokladu, že jedinec je součástí různých systémů a subsystémů, které se vzájemně ovlivňují. V praxi klient není samotným systémem, ale jedním z mnoha vzájemně se ovlivňujících subsystémů. (Johnson, Grant, in Kuzníková a kol., 2011)

Snaha pomáhat lidem, aniž bychom přesně dokázali porozumět jejich potížím, je nebezpečná a ohrožuje klienty a v celém důsledku také společnost (Navrátil, 2000). Proto je velmi důležité užívat teorie, které tuto praxi usnadňují, proto sociálním pracovníkům slouží jako vodítko toho, co se má dělat a proč.

Psychosociální koncept

Psychosociální přístup je snaha o porozumění člověku jako jedinci, který žije v interakcích se svým prostředím, které na něj bezprostředně působí. Usiluje o rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu člověka a jeho mezilidským vztahům. Vychází z Freudovy teorie osobnosti, ale klade důraz také na interakce jednotlivce s prostředím, zejména s rodinou. (Kuzníková a kol., 2011)

Systémová koncepce

Podle systémové koncepce se sociální práce zabývá interakcí. Vzájemným působením lidí a jejich prostředí. Cílem sociální práce má být zvýšení schopnosti lidí řešit a překonat problémy, zapojit lidi do systémů, které budou podporovat služby a příležitosti v řešení, které mohou přispět až k rozvoji sociální politiky. Těmito systémy jsou:

- Neformální nebo přirozené systému pomoci – rodina, přátelé, sousedé, spolubydlíci,
- Formální systém pomoci – členské organizace nebo asociace,
- Společenské systému pomoci – nemocnice, školy, programy sociálního zabezpečení.

(Kuzníková a kol., 2011)

Pincus a Minahová (1973, in Kuzníková a kol., 2011) dále rozeznávají v sociální práci čtyři systém, prostřednictvím kterých sociální pracovník může dosáhnout svého cíle, změny:

- Systém zprostředkovávající změnu – sociální pracovníci a organizace, ve které pracuje,
- Systém klientely – lidé, kteří žádají o službu zprostředkovatele, očekávají podporu,
- Cílový systém – lidé, kteří potřebují být změněni,

- Akční systém – zprostředkovatel a lidé, se kterými spolupracuje k dosahování cílů a ovlivňování cílového systému.

Ekologický koncept

Autoři tohoto konceptu uvádějí, že sociální práce by se měla zabývat poruchami a problémy, které vznikají jako problémy adaptace v sociálním i fyzickém prostředí. Důsledkem porucha a problémů je vznik stresu, který vzniká v oblasti životní změny (vývojové změny, změny statusu), environmentálních problémů (tlaky prostředí) a v oblasti maladaptivních interpersonálních vztahů a komunikace. (Germain, Gitterman, 1973, in Kuzníková a kol., 2011)

Úkolový přístup

Reid a Epsteinová (1972) definují úkolovou sociální práci jako způsob pomoci lidem s jejich životními problémy.

Úkolově zaměřený přístup má přesně vymezenou strukturu a jeho postupy jsou jasně formulovány. Je zaměřen na individuální sociální práci se skupinami nebo rodinou. (Kuzníková a kol., 2011).

Etapy práce s klientem v úkolové sociální práci

Zkoumání problému a jeho specifikace – sociální pracovník s klientem pracuje na prozkoumání a jasném vymezení problému během počátečního rozhovoru.

- 1) Uzavírání dohody – sociální pracovník uzavírá s klientem písemnou dohodu, kde společně odsouhlasí, že budou pracovat na jednom nebo více jasně formulovaných problémech.
- 2) Zpětné posouzení problému a úkolu – u úvodu každého setkání proběhne zhodnocení dosažených výsledků.
- 3) Ukončení – zhodnocení dosažených výsledků, zformulování nových úkolů (Reid, Epsteinová 1978).

Teoretický koncept sociálního fungování

Sociální práce má za cíl pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat jejich sociální fungování (Matoušek, 2010).

Navrátil a Musil (2000) za sociální fungování označují tyto skutečnosti:

- Lidé a prostředí jsou v trvalé interakci.
- Pro prostředí klade na člověka určité požadavky (formuluje očekávání, definuje sociální role) a člověk je nucen na ně reagovat.
- Mezi požadavky prostředí a člověkem je obvykle rovnováha; pokud lidé požadavky prostředí dostatečně nezvládají, rovnováha je rozkolísána a vniká problém.
- Příčinou problémů nebo jejich nezvládnutí může být jak nedostatek dovedností na straně klienta, tak nepřiměřenost požadavků prostředí vůči němu.
- Předmětem intervence sociálního pracovníka je interakce mezi způsobilostí klienta požadavky zvládat a tím, co od něj prostředí očekává. Cílem je podpořit sociální fungování klienta.

Matoušek (2001) poukazuje na to, že pokud se zaměříme na cíl sociální práce jako na podporu sociálního fungování klientů, neměl by sociální pracovník zapomínat na to, že by si měl ujasnit, které faktory sociálního fungování považuje za podstatné a také by se měl seznámit s tím, které situační faktory sociálního fungování sehrály v životě klienta klíčovou roli.

Sociální práce orientovaná na životní svět

V tomto přístupu jde především o hledání nové rovnováhy ve struktuře sociální pomoci s posunem k preventivním a ambulantním službám a zasazuje se o rozvoj nových forem pomoci, které lépe odpovídají individuálním požadavkům daného klienta. Cílem je usilování

o sociální spravedlnost a uschopnění lidí v jejich vztazích takovým způsobem, aby se naučili vnímat samy sebe, jako základní subjekty vztahů. (Thiersch, 2002, in Kuzníková, 2011)

Systémově – procesuální přístup

Podle autorky tohoto přístupu Silvii Staub-Bernasconi (1995) je cílem sociální práce uspokojení lidských potřeb (bio, psycho, sociální) a vybudování uchování lidsky spravedlivé sociální struktury.

Funkce sociální práce dělí na:

- Sociální práce související s individuem – používání zdrojů k uspokojování potřeb a umožňování procesů učení s ohledem na individuální a kulturní vzory jednání a schopnost samostatně vést svůj život;

- Sociální práce v souvislosti se sociálními systémy – vyrovnání vztahů mezi právy a povinnostmi, umožňování spravedlivého urovnání konfliktů, změny mocenských struktur;
- Společenská funkce sociální práce se orientuje na znalosti o lidech a o společnosti.

Sociální pracovníci, klienti i stát se podle autorky musí aktivně účastnit na hledání společných řešení a jejich realizaci. Sociální práci označuje jako sociální problémy. Ty mohou být dvojího typu:

- Individuální sociální problémy – neschopnost dosáhnout svých cílů, uspokojení svých potřeb;
- Sociální problémy ve formě strukturálních a kulturně – společenských podmínek – např. nezaměstnanost, chudoba. (Kuzníková a kol. 2011)

3.3 Metody sociální práce ve zdravotnictví

Tato metoda je v sociální práci se seniory velmi často užívána. Při práci se seniorem se zaměřujeme především na jeho osobnost a z ní vyplývající specifika.

Sociální práce může probíhat s jednotlivcem, skupinami, rodinami a komunitou. V následující podkapitole si rozebereme jednotlivé kategorie a zaměříme se na metody vhodné pro seniory.

3.3.1 Sociální práce s jednotlivcem

V rámci sociální práce s jednotlivcem se používají různé přístupy, z nichž vybíráme pouze ty, které jsou vhodné pro práci se seniorem.

Jedním z těchto přístupů je *přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse*. Tento přístup nalézá vhodné uplatnění hlavně v situacích, které klient vnímá jako bezvýhodné, neřešitelné. Vhodná i v případech, které mnohdy příliš řešení nemají. Např. když je klientovi sdělena nějaká negativní prognóza, sdělení o úmrtí blízkého člověka. Jedná se o obtížné situace, při kterých se klient vyrovnává s onemocněním, jeho důsledky, adaptuje se na novou životní situaci, ale zahrnuje také situaci, kdy si klient problém neuvědomuje nebo jej nevnímá jako vlastní. Jedná se o přístup orientovaný na klienta, který je nedirektivní a postupně učí klient být za svou situaci zodpovědný.

Navrátil (2001) tvrdí, že přístup sociálního pracovníka dle C. Rogerse by neměl být direktivní, měl by se vyhnout jakémukoliv hodnocení a naopak se zaměřit na aktivní naslouchání, empatii a na navazování přátelské atmosféry.

Další metodou využívanou při práci s jednotlivcem je *systematické práce s jedincem*. Tento přístup je ve zdravotnictví stále více využíván. O tomto přístupu jsme se již krátce minili také v kapitole 3.2.1. Systémová práce se nejčastěji využívá u klientů, kteří žijí sami, u klientů, jejichž rodinné vztahy jsou natolik konfliktní, že se nikoho jiného nemohou nebo nechtějí obrátit. Každé onemocnění má svá specifická omezení, které se projevují v rovině zdravotní, psychické a sociální. Jde o identifikaci problémových oblastí klientů je nutná právě mezioborová spolupráce členů zdravotnického týmu. Především sociálního pracovníka, lékaře a sester. (Kuzníková a kol., 2011)

3.3.2 Sociální práce se skupinou

Sociální práce se skupinou se pak blíže zaměřuje na konkrétní skupiny jako je např. práce s rodinou, terapeutickými skupinami či komunitou. Opět se zaměříme pouze na takové metody sociální práce se skupinou, které jsou vhodné pro práci se seniory.

Sociální práce s rodinami

Sociální práce s rodinou má ve zdravotnictví široké uplatnění. V rámci zdravotnických zařízení se může setkat s různorodou klientelou, rozdílným sociálním zázemím. Cílem sociálního pracovníka a klienta by měla být spolupráce s rodinou a návrat do tohoto prostředí. (Kuzníková a kol., 2011)

Sociální pracovníci působící ve zdravotnictví se ojediněle setkávají s celou rodinou. Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou je závislá vždy na aktuální zdravotním stavu klienta. V takovéto situaci se může ocitnout i dospělý člen rodiny, který je postižen akutním či chronickým onemocněním a jehož situace vyžaduje napojení spolupráce sociálního pracovníka a rodiny. Tímto klientem může být právě senior, jehož zdravotní stav znemožňuje návrat do domácí léčby a je nutné mu najít pobytové zdravotní zařízení (např. hospic, LDN) nebo využít terénní pečovatelkou.

Sociální práce s terapeutickými skupinami

Sociální práce se skupinami není obvyklé v našich zdravotnických zařízeních využívána. Většinou bývá aplikována ve specializovaných zdravotnických zařízeních či organizacích (např. psychiatrické kliniky, léčebny)

Nejvýznamnější výhodou sociální práce skupinami ve zdravotnických zařízeních je přínos pro klienta. Klientem je míněna skupina jako celkem se svou skupinovou dynamikou, hodnotami, procesy, atmosférou. Skupinová práce může být efektivní protože, protože se větší množství dotazů jednotlivých členů najednou, členové si předávají zkušenosti, které mohou přispět i k obohacení sociálního pracovníka. Skupinové aktivity mohou vést k lepšímu pochopení klientovy situace. Výhodou je i zpětná vazba, kterou si členové skupiny poskytují navzájem. Velmi cenný je také pocit, že klient je součástí skupiny a není ve své situaci osamocen. Sociální práce se skupinami se ve zdravotnických zařízeních užívá hlavně u klientů s psychiatrickým onemocněním. (Kuzníková a kol., 2011)

3.4 Zdravotnické služby pro seniory

Každá poskytovaná zdravotní služba seniorům začíná u lékaře pro dospělé. Praktický lékař by měl navazovat aktivní spolupráci jak s rodinou, tak s ostatními složkami primární péče, např. s domácí ošetrovatelskou službou, pečovatelskou službou a jinými neziskovými organizacemi. Se seniory se můžeme setkat v několika zařízeních zdravotní péče, které si v následujících řádcích podrobněji rozebereme.

3.4.1 Home care

Pro poskytnutí domácí péče – home care je nezbytné, aby klinický stav seniory byl stabilizovaný, a aby domácí prostředí bylo přizpůsobeno k tomu péči poskytovat. Home care je terénní služba, takže předpokládá velkou spoluúčast rodiny nebo jiného laického pečovatele, při vykrytí části dne, ve které není schopna péči zajistit. Mezi úkoly home care patří např. ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, poskytování fyzioterapie a poradenství o kompenzačních pomůckách. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

3.4.2 Terénní péče ambulantních lékařů

Tuto formu lékařské péče najdeme spíše v zahraničí a poskytují ji lékaři specialisté např. z oboru urologie, neurologie, stomatologie, gynekologie, ortopedie aj. U nás však není terénní péče ambulantních lékařů příliš rozšířená. Důvodem je nedostatek lékařů, kteří by ji byli schopni zajistit. Lékaři vyjíždějí za svými pacienty do přirozeného sociálního prostředí jen velmi výjimečně. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Mohla by to však být cesta k tomu, jak udržet seniora co nejdéle v jeho přirozeném sociálním prostředí a podpořit tak péči rodiny v případě, kdy je péče o nemocného seniora rodinou zajišťována.

3.4.3 Hospicová péče

Hospicová péče je speciálním typem zdravotnické péče. Je zaměřena především na zkvalitnění konce života nemocného. (Svatošová, 1999)

Hospic pomáhá umírajícím a jejich blízkým prožít závěr života pokud možno bez bolesti, v klidu a bezpečí, v přítomnosti druhých lidí, mezi než počítáme především rodinu, profesionální pracovníky, laické dobrovolníky i duchovní. Hospic garantuje, že pacient nebude trpět nesnesitelnými bolestmi a v každé situaci bude respektována jeho důstojná lidská bytost. (Haškovcová, 2007)

Hospicová péče má 3 základní formy:

- 1) Domácí hospicová péče – nelze pochybovat o tvrzení, že umírající člověk se nejlépe bude cítit doma, alespoň po stránce psychické. V určité fázi onemocnění navíc ztrácí nemocniční pobyt smysl. Je to především tehdy, když doporučenou léčbu, směřující k odstranění bolestí a mnoha jiných obtíží nemocného, lze aplikovat v domácích podmínkách (Svatošová, 1999).

Rodinám je nutné poskytnout psychickou i praktickou pomoc a podporu. Některé úkony spojené s ošetřováním se pečující rodina naučí za asistence zdravotníka, některé však musí zdravotníci zajistit sami. (Haškovcová, 2007)

- 2) Stacionární hospicová péče (ambulantní typ hospicové péče) – pacient je přijat ráno a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Dopravu zajišťuje buď rodina nebo hospic. V České republice zatím tento typ poskytování hospicové péče není příliš rozšířen.
- 3) Lůžková hospicová péče – Svatošová (1998) poukazuje na skutečnost, že do lůžkové péče jsou přijímáni lidé, které jejich progredující choroba ohrožuje na životě, a proto jim musí být poskytnuta intenzivní paliativní péče a léčba. Současně však není nutná hospitalizace v nemocnici a nestačí nebo není možná domácí péče. Je kladen velký důraz na kvalitu života. Jako ukázkou uvádíme vyjádření potřeb umírajících v seznamu Charty umírajících, kterou uvádí Haškovcová (2007)

- Mám právo na to, aby semnou až do smrti bylo zacházeno jako s lidskou bytostí;

- Mám právo na naději, a nezáleží na tom, že se moje životní perspektiva mění;
- Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blízké smrti;
- Mám právo podílet se na rozhodnutích, které se týkají péče o mě;
- Mám právo na stálou zdravotnickou péči, přestože se cíl uzdravení mé nemoci mění na zachování pohodlí a kvality života;
- Mám právo nezemřít opuštěn;
- Mám právo být ušetřen bolesti;
- Mám právo na poctivé odpovědi na své otázky;
- Mám právo nebýt klamán;
- Mám právo na pomoc rodiny a na pomoc pro rodinu v souvislosti s přijetím mé smrti;
- Mám právo zemřít v klidu a důstojně;
- Mám právo být ošetřován pozornými, citlivými a zkušenými lidmi, kteří se pokusí porozumět mým potřebám a kteří budou prožívat zadostiučinění z toho, že mi budou pomáhat tváří v tvář smrti.

3.4.4 Léčebny dlouhodobě nemocných

V léčebnách dlouhodobě nemocných (dále jen LDN) se vyskytují pacienti, u nichž je předpokládána lůžková péče delší než tři měsíce. Jedná se o specializovaná zdravotní zařízení pro léčení seniorů a dlouhodobě nemocných lidí. V péči o tyto pacienty je kladen zvýšený požadavek na střední zdravotnický personál a jedná se o práci, při nichž jsou pracovníci vystaveni obrovskému stresu. Do LDN jsou přijímáni nemocní, u nichž nelze pomocí ambulantních služeb zajistit péči a zvládnout tak zhoršující se zdravotní stav, jeho důsledky a jeho negativně působící zdravotně sociální souvislosti. Pacienti jsou přijímáni na základě žádosti obvodních lékařů a lékařů odborných oddělení. (Kupka, 2014)

Autoři knihy Úvod do gerontologie, Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) přinášejí další pohled na dělení zdravotních služeb. Rozdělují zdravotní služby na lůžkovou zdravotní péči, která může být poskytována jako:

- Akutní lůžková péče intenzivní – poskytuje se pacientovi v případech náhlého selhání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy předpokládat;

- Akutní lůžkové péče standardní – poskytuje se při náhlém onemocnění nebo náhlém zhoršení nemoci, která vážně ohrožuje zdraví, ale nevede k bezprostřednímu selhání životních funkcí, za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně, v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná lékařská rehabilitace;
- Následná lůžková péče – poskytuje se pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče;
- Dlouhodobá lůžková péče – poskytuje se pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.

Je třeba také zdůraznit, že se zdravotní péči se můžeme setkat také v zařízeních sociálních služeb. I zde tyto služby vykonává odborný zdravotnický personál. (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016)

4 NÁVAZNOST SOCIÁLNÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE O SENIORY

Je zcela zřejmé, že sociální a zdravotní péči o seniory nelze od sebe oddělovat, v praxi jsou totiž často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak.

V České republice se setkáváme s doposud nevyřešenou situací v oblasti návaznosti zdravotní a sociální péče. Péče zdravotní i sociální je v naší republice rozdělena do dvou rezortů, a to ministerstva práce sociálních věcí (dále jen MPSV) a ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ). Oba tyto typy péče jsou vedle sebe v těsné blízkosti z důvodu jejich společenského cíle, za který je považována snaha o zvýšení kvality života klientů a chování jejich důstojnosti v co největší možné míře. MZ i MPSV jsou také rozdílně financovány a jejich instituce tak řeší odlišné potřeby svých klientů. I při posuzování aktuálního stavu a potřeb jednotlivých klientů jsou využívána různá hodnotící kritéria s důrazem na péči, která je v jejich osobní kompetenci. To, že jsou u nás sociální i zdravotní služby takto striktně oddělovány, může být pro klienty nedostačující a ohrožující. V praxi pak dochází k nedostatkům při poskytování péče pacientům a jejich následnému umístění do zařízené sociální péče či zdravotnických zařízení. Tento proces se neobjede bez dlouhých, složitých a mnohdy i nevyřešených postupů či situací. Někdy se totiž dostává pacient/klient do situace, kdy je nezbytné oba typy péče poskytovat paralelně, a to především osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, či zdravotního stavu, seniorům, osobám trpícím demencí apod. (srov. Mehautová, Misconiová 2002; Závěrečné zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Problematika péče spadající pod oba zmíněné rezorty je v posledních letech řešena ze strany zástupců těchto rezortů, ale i ze stran široké společnosti. Snahy zástupců těchto rezortů v minulosti přinesly plány, jejichž cílem je spojit formy péče pod společný název integrovaná zdravotní a sociální péče. Hlavní myšlenkou této integrované zdravotní a sociální péče by byla skutečnost, že by byla péče poskytována multidisciplinárními týmy kvalifikovaných odborníků, jejichž kvalifikace by byla určena závazným právním rámcem. Tato péče byla financována z více zdrojů. Konkrétně se hovoří o fondu zdravotního pojištění, nově zřízených sociálních fondů, dotací ze státního rozpočtu a úhrady pacienta za poskytnutou péči. (Merhautová, Misconiová, 2002)

O nutnosti multidisciplinárního pojetí zdravotní a sociální péče se zmiňuje také Kuzníková a kol. (2011), která poukazuje na to, že problematika sociální a zdravotní péče je velmi úzce propojena a dotýká se všech pomáhajících profesí. Podle autorky rozdělení rezortů

zdravotního a sociálního stojí v protikladu k mezinárodním snahám o pozitivní a holistické přístupy a prolínání těchto sfér.

Podle autorek Nešporová, Svobodová a Vidovičová (2008) v české společnosti převládá tradiční pojetí péče o nesoběstačného člena rodiny, který předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je primárně odpovědná rodina, přičemž sociální služby bývají využívány až v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí či péči nezvládají. Proto je podle nich velmi důležité vytvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit či dočasně nahradit a podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí. Pobytové sociální služby by pak měli využívat jen ti senioři, které jsou již natolik nesoběstační, že nemohou žít ve svém přirozeném prostředí, a péče ze strany jejich rodinných příslušníků je nedostatečná či úplně chybí.

Jak již bylo zmíněno výše, péče zdravotní i sociální je poskytována v různých zařízeních a institucích, které jsou k tomuto určeny. Současné tendence stále více směřují k pobytu pacientů či klientů ve vlastním sociálním prostředí, podle vlastního uvážení a dle běžného života ve společnosti (srov. Merhautová, Misconiová, 2002; Deinstitutionalizace sociálních služeb, 2013)

4.1 Aktuální situace zdravotní a sociální péče

V současné době se setkáváme s velkým nedostatkem pobytových zařízení pro seniory, osoby se zdravotním postižením, osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku či zdravotního stavu, osoby trpící různými typy demence i mentálně postižené. Stále sice probíhá transformace sociálních služeb, ale v celkovém měřítku by se vlastně dalo říci, že i díky ní se počty míst v takovýchto zařízeních snížil. Myšlenka pobytu těchto jedinců v domácím prostředí je sice velmi žádoucí, ale péči lze jen velmi těžko zajistit. (Kovaříková, 2017)

Dalším důležitým faktorem je také stárnutí populace. Osob, které jsou závislé na péči druhé osoby či osoby vyžadujících zdravotní i sociální služby, stále narůstá. Těmto lidem je zpravidla zajišťování péče zdravotní i sociální v domácím prostředí prostřednictvím terénních sociálních služeb. Často se však vyskytují situace, kdy lidem nelze tyto služby v domácím prostředí zajistit. Z tohoto důvodu jsou tyto osoby často hospitalizovány na odděleních následné péče, nebo se stávají klienty pobytových sociálních služeb. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Česká republika se tak dostala do situace, kdy se setkáváme s nedostatkem pobytových zařízení pro občany vyžadující pomoc druhé osoby. Z tohoto důvodu se neustále snižuje možnost jejich umístění v pobytových zařízeních sociálních služeb. Nejhorší je situace v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem, které jsou většinou beznadějně obsazeny a čekací doby do těchto zařízení jsou i několik desítek let. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Se zmíněným nedostatkem pobytových či terénních služeb je spojena i sociální práce ve zdravotnictví. Zdravotně sociální pracovníci mají na starosti umístování osob závislých na pomoci druhé osoby do pobytových zařízení zdravotních či sociálních služeb. Jejich klienti jsou nejčastěji senioři a osoby závislé na péči druhé osoby. Čekající doby do pobytových zařízení jsou však příliš dlouhé a zde nastávají problémy s propuštěním klientů, neboť ne vždy lze klienty propustit do domácí péče. V tomto smyslu se otevírají možnosti využití agentur domácí péče, které neposkytují své služby pouze seniorů, ale jsou určeny pro všechny věkové kategorie (děti, dospívající, osoby v terminálním stádiu, osoby s chronickým onemocněním apod.)

4.1.1 Sociální lůžka

Sociální lůžka, přesněji sociální hospitalizace, se stala nedílnou součástí některých zdravotnických zařízeních, které tak řeší nedostatky volných míst v pobytových zařízeních sociálních služeb. Sociální hospitalizace je určena jedincům, kteří z lékařského hlediska nepotřebují další hospitalizace, ale jejich zdravotní stav neumožňuje pobyt v domácím prostředí bez pomoci druhé osoby. Tito pacienti většinou nemají žádné příbuzné nebo jejich rodina v zajištění péče odmítne spolupracovat nebo spolupracovat nemůže. Důvody mohou být různé, ale nejčastěji je to z důvodu pracovní vytíženosti a preference výdělků pro obživu rodiny. Tito pacienti pak nemohou být propuštěni do doby zajištění pobytové služby v zařízení sociálních služeb. (Bruthansová, Červenková, 2004)

Sociální hospitalizace má legislativní ukotvení v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle tohoto zákona provozovatel sociálních lůžek je povinen zajistit klientům tytéž služby, jež jsou poskytovány v ostatních pobytových zařízeních sociálních služeb. Mezi těmito činnostmi patří:

- Poskytnutí stravy a ubytování;
- Dopomoc při osobní hygieně nebo vytvoření podmínek pro osobní hygienu;
- Dopomoc při realizaci běžných úkonů péče o vlastní osobu;

- Umožnění kontaktu se společenským prostředím;
- Sociálně – terapeutické činnosti;
- Aktivizační aktivity;
- Pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Sociální lůžka se podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách spadají do sociálních služeb, které jsou poskytovány za úhradu. Klienti těchto služeb si pobyt, stravu i péči hradí ze svých příjmů. Problematikou sociálních lůžek se zabývá také vyhláška č. 505/2006 Sb., která definuje to, jakým osobám mohou být sociální lůžka poskytnuta. Podle této vyhlášky sociální hospitalizace nelze poskytnout:

- Osobám, které trpí infekční nemocí a hrozilo by riziko nákazy ostatních pacientů;
- Osobám, jejichž zdravotní stav je natolik vážný, že vyžaduje odbornou zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení;
- Osobám, které by mohly z důvodů psychického onemocnění narušit pobyt s ostatními.

Vesměs se jedná o podmínky, které by mohly nějakým způsobem ohrozit pacienty či personál a znemožnit vzájemné soužití.

Všechna zdravotnická zařízení si mohou zřídit sociální hospitalizace, ale ne všechny ji poskytují. Velkou roli hrají složitá pravidla pro vykazování péče a uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami. Ve skutečnosti se tak setkáváme se situací, v níž ve zdravotnických zařízeních nejsou sociální lůžka zřízena, anebo pouze v minimálním počtu např. 3 lůžek na celé zdravotnické zařízení. Je zcela zřejmé, že tato kapacita je zcela nedostatečná. (Kovaříková, 2017)

4.1.2 Dlouhodobé ošetřovné

S účinností od 1. 6. 2018 je v právním řádu České republiky nová dávka nemocenského pojištění, která si klade za cíl významně posílit spoluúčast rodiny při péči o nemocnou osobu nebo osobu po úrazu. Touto dávkou je dlouhodobé ošetřovné. Podle této nové legislativy je ošetřovaná osoba osobou, u které nastala závažná porucha zdraví, akutní nemoc, úraz, závažné zhoršení zdravotního stavu, operace a která po ukončení hospitalizace potřebuje několik týdnů poskytování dlouhodobé péče v domácím prostředí. Jednou z podmínek pro získání této dávky je, že minimální délka hospitalizace by měla trvat 7 kalendářních dnů. Další podmínkou je předpoklad, že délka trvání dlouhodobé péče musí trvat alespoň

30 kalendářních dnů. O potřebnosti péče bude rozhodovat ošetřující lékař zdravotního zařízení, kde byla ošetřovaná osoba hospitalizována. Pokud nebudou splněny podmínky pro přiznávání dlouhodobého ošetřovného především kvůli prognóze potřeby délky ošetřování, může pečující osoba požádat o přiznání krátkodobého ošetřovného po dobu 9 (popř. 16) kalendářních dnů. Podmínkou pro přiznání tohoto krátkodobého ošetřovného je existence společné domácnosti pečující a ošetřované osoby (tato podmínka neplatí pro zajištění ošetřování nebo péče dítěti mladšímu 10 let). (Jakešová, 2018)

Nárok na dlouhodobé ošetřovné má pojištěnec, který pečuje o ošetřovanou osobu v domácím prostředí a nevykonává přitom v zaměstnání, z něhož dlouhodobé ošetřovné náleží, nebo v jiném zaměstnání práce (zaměstnanec), ani osobně nevykonává samostatnou výdělečnou činnost (OSVČ). (Jakešová, 2018)

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů vymezuje okruh osob, kterým nárok při splnění dalších podmínek vznikne. V první řadě je po přímé linii – manžel/manželka ošetřované osoby nebo registrovaný partner/partnerka ošetřované osoby. Další skupiny tvoří příbuzní v přímé linii s ošetřovanou osobou nebo její sourozenec, tchýně, tchán, snacha, zeť, neteř, teta nebo strýc. Tento okruh uzavírají druh/družka ošetřované osoby nebo jiná fyzická osoba, která žije s ošetřovanou osobou v domácnosti.

Zákon o nemocenském pojištění (zákon č. 187/2006 Sb.), až na případ ošetřování druhem/družkou či jinou fyzickou osobou, nevyžaduje existenci společné domácnosti pojištěnce a ošetřující osoby. Společnou domácností se pro účely dlouhodobého ošetřovného tvoří fyzické osoby, které spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby. U osoby, která je zaměstnancem, je podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné z pojištěné činnosti část pojištěnce na pojištění alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v posledních

4 měsících bezprostředně předcházejících dni vzniku potřeby dlouhodobé péče nebo dni vzniku potřeby dlouhodobé péče nebo dni prvního převzetí péče. U osoby samostatně výdělečně činné je podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné z pojištění alespoň po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházejících dni vzniku potřeby dlouhodobé péče nebo dni prvního převzetí této péče.

Další podmínkou nároku na dlouhodobé ošetřovné je udělení písemného souhlasu s poskytováním dlouhodobé péče. Souhlas uděluje ošetřovaná osoba pojištěnci na předepsaném tiskopise. Souhlas se nevyžaduje u nezletilých, kteří nenabyli plné svéprávnosti.

Odvolat souhlas poskytováním péče lze pouze písemně s uvedením dne skončení poskytování dlouhodobé péče. Odvolání tohoto souhlasu musí obsahovat podpis pojištěnce, kterým pojištěnec potvrzuje, že byl o odvolání souhlasu informován, a den, kdy byl informován, anebo podpis dvou svědků, kteří tuto skutečnost potvrdí. (Jakešová, 2018)

Nárok na ošetřovné nemají zaměstnanci, kteří pracují na základě dohody o provedení práce. Po dlouhodobé ošetřovné není stanovena ochranná lhůta. To znamená, že se neposkytuje v případech, kdy potřeba ošetřování vznikla až po skončení účasti na nemocenském pojištění. Dlouhodobé ošetřovné může být poskytováno jen jednou a jen jednomu z oprávněných nebo postupně více oprávněným, jestliže se při též potřebě dlouhodobé péče vystřídají. Vystřídání je možné i opakovaně po jednotlivých kalendářních dnech v průběhu 90 kalendářních dnů, po které potřeba trvá. (Jakešová, 2018)

Podpůrčí doby u dlouhodobého ošetřovného začíná prvním dnem vzniku potřeby dlouhodobé péče a končí dnem, v němž končí tato potřeba péče. Podpůrčí doba trvá nejdéle 90 kalendářních dnů. Ošetřovné se vyplácí za dny, v nichž pojištěnec péči skutečně potřebuje. Dávka tedy nenáleží za dny, kdy pojištěnec péči neposkytoval., např. z důvodu nemoci, při čerpání dovolené apod. Výše dlouhodobého ošetřovného činí 60% redukovaného denního vyměřovacího základu. Jeho výše se tak vypočítává stejným způsobem jako v případě ošetřovného krátkodobého nebo nemocenského. Ošetřující lékař může také dlouhodobou péči zrušit i v případě, že se ošetřovaná osoba nedostaví ve stanoveném termínu na kontrolu, pokud neprokáže existenci vážných důvodů, které jí v tomto bránily. (Jakešová, 2018)

Dlouhodobá péče končí uplynutím podpůrčí doby v případě, že dojde ke zlepšení zdravotního stavu ošetřovaného tak, že ošetřovaná osoby již nadále nepotřebuje péči jiné fyzické osoby. Dávku ošetřovného vyplácí příslušná okresní správa sociálního zabezpečení na základě uplatnění nároku pojištěncem na předepsaném tiskopisu. Tiskopis žádosti o přiznání dlouhodobého ošetřovného předá pojištěnec zaměstnavateli, který jej zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení spolu s tiskopisem o souhlasu ošetřující osoby s poskytováním dlouhodobé péče. Doba výplaty dlouhodobého ošetřovného je hodnocena jako vyloučená doba dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Touto vyloučenou dobou může být např. dočasná pracovní neschopnost, evidence na Úřadu práce, doby péče o dítě do čtyř let věku. Smyslem těchto vyloučených dob je předejít rozmělnění průměru výdělku v případě, kdy pojištěnec z objektivních důvodů nemohl být výdělku v případech, kdy pojištěnec z objektivních důvodů nemohl být

výdělečně činný. Dlouhodobé ošetrovné je tedy hodnoceno jako náhradní doba pojištění. (Jakešová, 2018)

4.2 Vize do budoucna

Na to, že by se mohlo smrákat na lepší časy, poukázala nová ministryně práce a sociálních věcí Jaroslava Němcová, která se v časopise Práce a sociální politika (1/2018), zmiňuje o tom, že na místo ministryně nastupuje v době, kdy je velmi důležité věnovat se otázce péče o seniory. Uvádí, že se seniory je třeba aktivně pracovat a věnovat jim pozornost, jakou si zaslouží. Za nezbytnou považuje důchodovou reformu, zvyšování životní úrovně seniorů a valorizace důchodu.

Situace osob vyžadujících souběžné poskytování zdravotních i sociálních služeb, které vyplývá z jejich nepříznivého zdravotního stavu a složité životní situace, je v České republice řešena dlouhodobě. Setkáváme se tak se skutečností, v níž jsou tyto jedinci uživateli sociálních služeb, v nichž nejsou dostatečně naplňovány jejich zdravotní potřeby, anebo jsou tyto jedinci léčeni ve zdravotnickém zařízení, ve kterém však strádají po stránce sociální.

(Kovaříková, 2017)

Jedním z řešení, jak této situaci zabránit by bylo vytvoření uceleného a jednotnějšího systému, který by umožňoval návaznost zdravotní a sociální péče o osoby se sníženou soběstačností, zdravotně postižené či chronicky nemocné, poskytovaného souběžně na jednom místě. Doposud jsme se však setkávali spíše s odmítáním jednotlivých návrhů řešení s odůvodněním, že jsou nevyhovující buďto pro MZ nebo pro MPSV. (Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace, 2015)

Dočasným řešením péče o osoby, které se neobjedou bez pomoci druhé osoby, jsou již zmíněné sociální hospitalizace, které mohou být součástí zdravotních zařízení a terénní ambulantní péče lékařů, která by podpořila pobyt seniora v jeho přirozeném sociálním prostředí. Často jsou pro krátkodobé řešení nepříznivé sociální situace seniora využívány odlehčovací služby, které umožňují přechodný pobyt seniora, než se najde trvalejší řešení. Tím často bývá umístění v jiném pobytovém zařízení sociálních služeb.

Naděje, která se svítila s návrhem novely zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, kterou uveřejnilo MPSV v první polovině roku 2017, upadla stejně rychle, jako se objevila.

Neprošla poslaneckou sněmovnou již v prvním čtení. Poslanecká sněmovna prodloužila termín pro jednání ve výborech na 80 dní a určila, že mimo Výbor pro sociální politiku se návrhem zákona budou zabývat také Výbory ústavně právní a Výbor pro zdravotnictví. Již tento samotný fakt svědčí o velkých pochybnostech poslanců, zda má být takováto novela vůbec přijata. (Krása, 2017)

Cílem navrhované novely zákona o sociálních službách bylo především souběžné poskytování kvalitních zdravotních i sociálních služeb a zajištění efektivní sociální práce s jejich uživateli. Návrh zákona se orientuje na zlepšení návaznosti zdravotně sociálních služeb a na schopnost rychle reagovat na měnící se potřeby klientů v závislosti na demografických podmínkách. Přijetí tohoto návrhu novely zákona o sociálních službách mělo zajistit lepší propojení, sjednocení a celkovou návaznost zdravotně sociálních služeb, které by vystřídal doposud nevyřešenou situaci v dlouhodobé péči o chronicky nemocné a zdravotně postižené klienty.

Situace provázanosti zdravotních a sociálních služeb by mohl pomoci řešit také tzv. komunitní systém integrovaných podpůrných služeb, ve kterém je o to, že dostupnost jednotlivých terénních služeb je v současnosti v ČR stále nedostatečná a především velmi nevyrovnaná, přičemž nejhorší situace je právě v odlehlých oblastech a na pomezí kraj. Navíc prakticky chybí provázanost, ucelenost a také koordinovanost služeb či informovanost klientů a jejich rodin o spektru služeb, které mohou využít. Z tohoto důvodu je žádoucí, aby v obcích, zvláště v obcích s rozšířenou působností (ORP) fungovali místní koordinátoři, kteří by monitorovali situaci, poskytovali poradenství a věnovali se vyhledávání a aktivnímu sledování klientů, kteří jsou závislí na dlouhodobé péči jiné osoby jak periodicky, tak především za krizových situací – např. při velkých vedrech nebo naopak silných mrazech, povodních apod. (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016)

Tento komunitní systém integrovaných podpůrných služeb zahrnuje především následující prvky:

- Samotný klient – jeho vůle k smyslu života a účasti na utváření podmínek života i služeb, respektování vůle klienta při sestavování podpory, pochopení jeho přání a priorit;
- Pečující rodina – podpora pečující rodiny, její akceptace jako významného partnera profesních služeb;

- Sousedská výpomoc – využívání možností a podpora dobrého sousedského vztahu (hodí se např. v zajištění tísňové péče)
- Místní koordinátor komunitních služeb – koordinace, poradenství, depistáž;
- Praktický lékař – systém integrovaných podpůrných služeb by měl být nezbytně propojen s primární lékařskou péčí;
- Home care agentury - v rámci zdravotního pojištění obvykle maximální 3x1 hodina denně;
- Pečovatelská služba – zajišťuje sociální úkony (nákupy, žehlení, základní úklid, vaření, hygiena, doprovázení k osobním aktivitám, na úřady apod.);
- Tísňová péče – „tlačítko“ na náramku či na krku sloužící na přivolání pomoci v rizikových situacích. Na základě signalizování telefonická domluva dispečinku s klientem s případným vysláním sanitky, policie či a aktivováním rodiny, sousedů;
- Osobní asistence – pomoc v sebeobsluze k umožnění aktivního života, do značné míry se překrývá s pečovatelskou službou. Určená především mladším aktivním lidem, několik hodin denně;
- Fyzioterapie – rehabilitace zaměřená na úlevu od bolesti a především na zlepšení hybnosti např. po úrazech, operacích, cévních mozkových příhodách;
- Ergoterapie – rehabilitace zaměřená na zlepšení soběstačnosti jinak než obnovou funkce postižené části těla – přecvičení na nepostiženou končetinu, nácvik používání kompenzačních pomůcek a jejich výběr, návrh úprav domácího prostředí;
- Půjčování kompenzačních a ošetřovatelských zdravotnických pomůcek;
- Komunitní psychiatrie – návštěvní služba psychiatra v domácím prostředí klienta (např. u obtížně pohyblivých lidí se syndromem demence provázených poruchami chování či psychotickými projevy). O této službě jsme se již krátce zmínili v kapitole 3.4.2.
- Sociální práce – poradenství o sociální pomoci;
- Denní centra, stacionáře – respitní služby pro pečující rodiny, překlenují dobu, kdy je rodina mimo domácnost, poskytnutí stravy, hygieny, pohybových aktivit, animací, kognitivní rehabilitace, reminiscenční terapie, navazování sociálních kontaktů;
- Domácí paliativní péče (domácí hospic) – ucelená specializovaná péče o umírající lidi včetně kvalifikovaných lékařských intervencí v domácnosti 7 dní v týdnu, 24 hodin denně;

- Psychoterapie a krizové intervence – pomoc pro klienty i pečující rodiny s adaptací na ztrátu soběstačnosti, na onemocnění, neblahou prognózu, na poskytování domácího dlouhodobého ošetřování;
- Opatrovnictví – při omezení svéprávnosti, kontrola poskytovaných opatrovnických služeb;
- Dobrovolnictví – může fungovat jako zastoupení rodiny při dohledu nad seniorem, intervence osamělosti, krátkodobé intervence při výpadku sociálních služeb;
- Řešení bariér ve veřejném prostoru;
- Geriatrická ambulance – ucelené geriatrické hodnocení s návrhem opatření, řešení;
- Geriatrická nemocniční oddělení pro krátkodobé hospitalizace – lze využít v případech, kdy senior díky zhoršenému zdravotnímu stavu nezvládne pobyt v domácím prostředí. Tato nemocniční oddělení by se dala označit za jakýsi uzel mezi ambulantními a nemocničními službami u geriatrických pacientů;
- Domy s pečovatelskou službou – autonomní bydlení v bezbariérovém prostředí se zajištěním sociálních služeb přímo v domovské obci či v jiném regionu;
- Domovy pro seniory – jako součást veřejného sektoru – propojení pobytových a terénních služeb, „otevření domovů“ do komunity, poskytování přechodných odlehčovacích pobytů;
- Společenství – komerční či dobrovolnické řešení osamělosti;
- Specifická podpora při zrakovém či sluchovém postižení – poradenství, kompenzační pomůcky, volnočasové aktivity. Mezi organizace, které se tímto zabývají, patří např. Tyfloservis pro lidi se zrakovým postižením, Lorm pro osoby hluchoslepé;
- Volnočasové aktivity – pohybové, vzdělávací, klubové;
- Další služby a aktivity. (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016)

4.3 Kvalita péče o seniory

V běžném životě jsme zvyklí hovořit v souvislosti s kvalitou života o jeho délce – kvantitě. Je jasně určena počtem let. Toto se však nedá tvrdit o kvalitě života. Kvalita života je něčím, na co mají různí lidé odlišné názory. Výzkumy zabývající se kvalitou života nejrozličnějších skupin jsou v poslední době poměrně časté. Kvalita života nabývá stále více na významu

a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života. (Dvořáčková, 2012)

Křížová (2005 in Dvořáčková, 2012) uvádí, že v odborné veřejnosti panuje shoda v tom, že pojem kvalita života obsahuje tři hlavní oblasti. Patří mezi ně fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy k druhým lidem. Kvalita života jedince by tak měla být zkoumána v rámci holistického přístupu k osobnosti člověka jeho třídimenzionálního bytí.

Kvalita života úzce spjata i s prostředím, ve kterém člověk žije, se jejich požadavky a potřebami. Může být chápána jako výsledek působení několika faktorů. Je potřeba vzít v potaz sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které jsou ve vzájemné interakci. Součástí jsou také otázky smyslu a pocitu užitečnosti vlastního života i subjektivní hodnocení života v pojmech, osobní svobody a spokojenosti. (Dvořáčková, 2012)

Hrozenská a Dvořáčková (2013) rovněž poukazují na to, že kvalita života je determinována životními podmínkami. Za velmi důležité ale vnímají jeho subjektivní prožívání.

Ukazatele kvality života vnímáme jako jednotu ekonomických, politických a kulturních faktorů. Nabízí se například dělení indikátorů života podle WHO (Světová zdravotnická organizace):

- **Fyzické zdraví** – ovlivňuje energii, únavu člověka, bolest a diskomfort nebo spánek.
- **Psychické zdraví** – vyjadřuje image, pozitivní a negativní city, sebehodnocení, způsob myšlení, učení a pozornost.
- **Úroveň nezávislosti** – pohyb, denní aktivity, pracovní kapacita, závislost na lécích.
- **Sociální vztahy** – jde o osobní vztahy, sociální oporu, sexuální aktivity.
- **Prostředí** – přístup k finančním zdrojům, svoboda, bezpečí, zdravé prostředí, sociální péče, domov, přístup k informacím, účast na rekreaci, cestování.
- **Spiritualita** – osobní víra a přesvědčení, hodnotová orientace (Kováč 2003, in Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Kvalita života je pojem obecně těžko definovatelný. Jsou známa kritéria, jejichž přítomnost nebo nepřítomnost determinuje její stupeň. Kvalita života zahrnuje historické, kulturní a životní vývojové prvky a biologické i vědecké úvahy, které nevyhnutelně vedou k filozofii, k hodnotovému systému člověka. Kvalitu života v seniorském věku ji podmiňuje hlavně zdraví. Jak bylo

zmíněno výše, nejde jen o subjektivní vnímání, ale i o osobní a společenské pochody člověka. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

4.3.1 Důchodová politika a její vliv na kvalitu života

Finanční zajištění neodmyslitelně zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života seniorů. Často se totiž v praxi setkáváme se skutečností, že výše přiznaného důchodu seniorům nestačí na pokrytí základních životních potřeb a často se tak ocitají na hraně chudoby. V této podkapitole se budeme krátce zabývat tím, kdo o důchod může požádat, jaké jsou parametry výpočtu, od kdy vzniká nárok na starobní důchod apod.

Starobní důchod je jedním z pěti druhů důchodu českého důchodového systému (vedle důchodu invalidního, vdovského a sirotčího). Podmínky nároku na starobní důchod stanoví zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Pro nárok na starobní důchod je třeba dosáhnout důchodového věku a zároveň získat potřebnou dobu důchodového pojištění. (Kdy a jak žádat o starobní důchod, 2017)

Jako první je třeba si uvědomit, že odejít do starobního důchodu je právo, nikoliv povinnost. I po vzniku nároku na důchod je možné pokračovat ve výdělečné činnosti bez pobírání důchodu, a částku důchodu si tak navýšit. Výdělečnou činnost lze vykonávat i při pobírání starobního důchodu a po 360 kalendářních dnech požádat o přepočtení důchodu.

Podmínkou je, že musejí získat alespoň 34 let dob důchodového pojištění, tedy odpracovaných let, do nichž se podle zákonných pravidel započítávají náhradní doby pojištění (např. péče o dítě do čtyř let věku, základní vojenská služba, obírání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně, doba péče o osobu závislou na pomoci jiné osoby aj.)

4.3.2 Životní smysl a kvalita života

Nezbytnou podmínkou pro to, aby člověk žil, jednal a prožíval s pocitem smysluplnosti, je mít něco, pro co žít. Hluboký a trvalý nedostatek smyslu v životě působí nejen duchovní utrpení, ale má i negativní účinky projevující se v jeho duševním, společenském a tělesném stavu. Člověk musí být také dostatečně svobodný v uskutečňování zvolených, smysl dávajících hodnot, aby tak mohl činit s vědomím své vlastní odpovědnosti za to. (Balcar, 2005, in Příbyl, 2015)

Životní smysl a kvalita života je úzce spjata se spiritualitou člověka, obzvláště pak u seniorů, kteří prožívají poslední etapu svého života. V tomto smyslu by také mělo být pro seniory otevřeno téma jakýchsi cílů a směřování v životě, měl by zde být prostor pro povídání.

Zatímco některé cíle mohou být každodenním zaměřením (vzdělání, rodina, bydlení, atd.), smysl života je zaměřením celého člověka, např. odkud jsem přišel, proč tu jsou a kam kráčí. Spirituální pohled může být vnímán jako rozšíření chápání kvality života. (Křivohlavý, 2002)

Při hledání smyslu života sehrává výraznou úlohu sebehodnocení a sebepoznání jako způsob reflexe vlastní identity, především v situacích, kdy je život ohrožen. Otázky, které se týkají morálních závazků, které má člověk k sobě samému i k druhým jsou základním humanitním zaměřením ochrany člověka i lidského rodu. (Dvořáčková, 2013)

Jak uvádí Kováč (in Dvořáčková, 2013), Maslow považoval smysl života za vnitřní vlastnost člověka, která se projevuje jako mohutná motivační síla, a to tehdy, pokud jsou uspokojeny nižší životní potřeby. Podle tohoto autora je smysl života vytváření integrací kognitivních, emočních a motivačních potenciálů člověka. Patří zde např. schopnost poznávat sebe sama, hledání optimálních řešení, sebekontrola, pohoda, porozumění druhým, plánování událostí a zvládání náročných životních situací.

Na koncept kvality života lze pohlížet ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci přiklánějí spíše k subjektivnímu hodnocení kvality života. Dvořáčková (2013) uvádí, že k velkému posunu došlo také v medicíně, kde objektivní ukazatele zdraví byl vždy považovány za nejhodnotnější ukazatele. Za objektivní ukazatele kvality života lze považovat ekonomické zajištění, sociální, zdravotní a environmentální podmínky, sociální status a fyzické zdraví. Naproti tomu za subjektivně vnímanou kvalitu života lze považovat jedincovo vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému.

Jeho výsledná spokojenost je závislá na osobních cílech, očekáváních a zájmech. (Vymětal, 2003)

Světová zdravotnická organizace (WHO) rozčlenila jednotlivé oblasti kvality života do čtyř základních okruhů, které vystihují dimenzi lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení. První okruh zahrnuje fyzické zdraví a úroveň samostatnosti (únava, bolest energie, odpočinek, závislost na lékařské pomoci, mobilita, každodenní život, schopnost pracovat atd.). Druhý okruh můžeme nazvat psychické zdraví a duchovní stránka (sebepojetí, sebehodnocení, pozitivní/negativní pocity, paměť, myšlení, víra, spiritualita

td.). Třetí a čtvrtý okruh zahrnuje prostředí (dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, klima, finanční zajištění, bezpečí, příležitost pro získání nových dovedností a vědomostí atd.). (Dvořáčková, 2013).

Jak již bylo zmíněno, hodnocení kvality života vyplývá ze subjektivního vnímání. Přesto můžeme hovořit o skupině faktorů (oblastí), které mají přímý či nepřímý vliv na společenský rozvoj. Jedná se o oblast zdravotní, sociální, ekonomický a environmentální oblasti. Další skupinou pak tvoří faktory, které jsou více konkrétní. Jde např. o věk, pohlaví rodinnou situaci, dosažené vzdělání, hodnotový žebříček jednotlivce, ekonomickou situaci apod. (Dvořáčková, 2013)

Pro seniorskou populaci je nejdůležitějších faktorem ovlivňujícím kvalitu života zdraví. Zdraví je však závislé na mnoha faktorech, které spolu vzájemně souvisejí. Jde např. o interakci prostředí, emocí člověka, nacházení smyslu života, postoje ke smrti, ke stárnutí a stáří apod. (Hrozenská, Dvořáčková, 2011)

Na tom, že zdraví je jednou z nejdůležitějších hodnot člověka se shoduje více autorů. Podle Topinkové (2005) stáří není nemoc, ale většinu seniorů trápí nějaké zdravotní problémy. Postupné ubývání samostatnosti a narůstání nesoběstačnosti je jedním z hlavních rizikových faktorů spojených se stářím. Pro praxi je důležité nejen diagnostikovat a léčit určitou nemoc, ale i posoudit funkční schopnosti a soběstačnost seniora. Příčinu zhoršené soběstačnosti mohou být rizikové faktory, které s medicínou až tolik nesouvisí. Jde především o nevyhovující bytové podmínky, nedostatek finančního zabezpečení, nedostupnost pečovatelské služby či neochota v poskytování péče ze strany rodiny.

Další událostí, která poznamená rodinný život, je odchod dětí z domova. Manželé musí znovu učit žít pouze jeden s druhým. Musí nalézt nový způsob manželského života bez potomků. Změna může partnery sblížit, nebo se naopak mohou objevit trhliny a usadí se prázdnota. Tento stav je často popisován jako „syndrom prázdného hnízda“. Ztráta rodičovské role bývá postupem času nahrazována rolí prarodičů. (Dvořáčková, 2013)

Mezi nejtěžší životní zkoušky patří ztráta staršího partnera. Ovdovění může vést k pocitům opuštěnosti a osobní bezvýznamnosti (Vágnerová, 2007)

Se zvyšujícím se věkem seniora se snižuje také jeho manuální zručnost a začínají se objevovat problémy s orientací. Tento jev bývá někdy označován jako handicap sociální integrace. Znemožňuje seniorovi účastnit se obvyklých sociálních vztahů. (Pacovský in Dvořáčková, 2013)

V případě, kdy senior již není schopen pobývat v domácím prostředí, často přichází na řadu umístění v některém z pobytových zařízení sociálních či zdravotní péče. V těchto případech senioři nejčastěji trpí adaptačním šokem a „syndromem poslední štace“. Dalšími faktory, které ovlivňují kvalitu života jednotlivce patří bezpečnost životního prostředí, ve kterém žije, přístup ke zdravotním a sociálním službám, aktuální psychický stav. Psychosociální určení kvality života může být velmi dlouhý a u konkrétního člověka proměnlivý v závislosti na jeho životním stylu a situaci, ve které se nachází, tak na povaze sociálního kontextu. (Dvořáčková, 2013)

5 SENIOR A JEHO POTŘEBY

Lidské potřeby jsou neodmyslitelně spjaty s kvalitou života. V této kapitole je našim záměrem věnovat se lidským potřebám seniorské populace.

Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnání a obnovení změněné rovnováhy organismu. (Šamánková, 2004)

Uspokojení či neuspokojení má velký vliv na psychickou činnost člověka (pozornost, myšlení, volní procesy) a zásadně se podílí na tvorbě vzorce chování jedince. Je třeba vzít v potaz také sociální povahu potřeb a činnosti, které vedou k jejich začlenění v sociálních sítích jedince. Potřeby nejsou jen základním motivem k udržení rovnováhy mezi člověkem a prostředím. Neodrážejí pouze vztah člověka k sobě samému, k životu, k prostředí, ale jsou také odrazem nároků prostředí na člověka. Potřeba nepředstavuje pouze nedostatek něčeho, ale posouvá člověka k jiným lidem, předmětům činností. Každý člověk prožívá, vyjadřuje a uspokojuje své potřeby individuálně. Jsou výsledkem neustálé interakce hodnot, racionálního i emočního rozhodování. Všichni lidé mají své potřeby, ty však v průběhu života dozrávají a mění se jejich množství i priority. (Příbyl, 2015)

Podle důležitosti pro zachování života dělíme lidské potřeby na:

- Nižší (primární) – slouží k motivaci člověka k péči o své tělo z fyziologického hlediska. V případě neuspokojení těchto potřeb nemůže člověk dlouho žít. Patří zde i potřeba bezpečí. Bez jejich uspokojení není možné uspokojit potřeby vyšší;
- Vyšší (sekundární) – patří zde např. potřeba uznání, sounáležitosti, seberealizace. Jsou to potřeby naučené, získané, které vyžadují komunikaci a společnost jiných lidí. Uspokojování vyšších potřeb je zpravidla dlouhodobým procesem. Tyto potřeby se podílejí na utváření osobnosti a individuality člověka. (Příbyl, 2015)

V následující části kapitoly se podíváme na potřeby optikou třech významných autorů - Henryho Alexandra Murrayho, Abrahama Harolda Maslowa a české psycholožky Heleny Vágnerové.

Potřeby pohledem H. A. Murrayho

H. A. Murray byl americký psycholog a představitel Komplexní teorie motivace. Ve svém díle „Explorations of personality“ z roku 1938 dělí potřeby do dvou hlavních skupin:

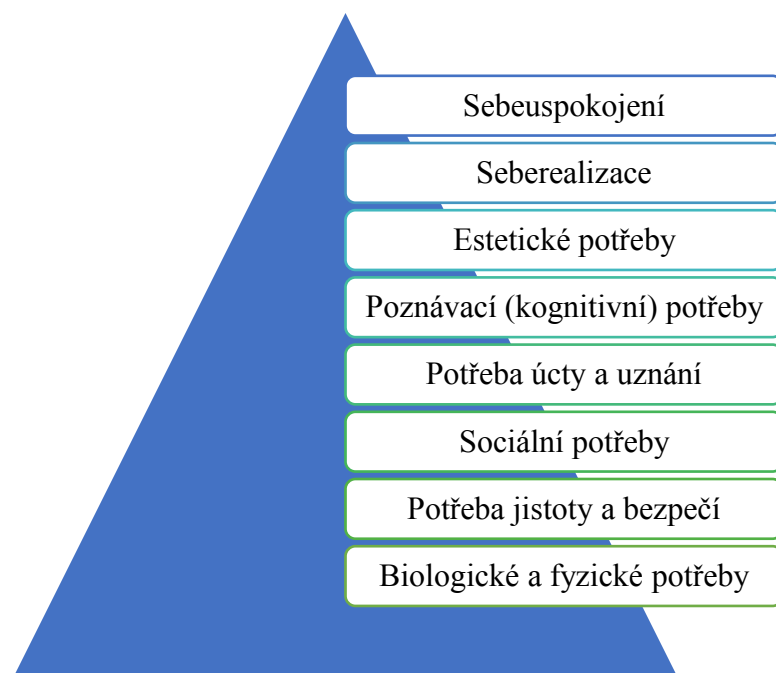
- Viscerogenní (primární potřeby), vrozené – souvisejí především s fyziologickými procesy (potřeba kyslíku, potravy, tekutin);
- Psychogenní (sekundární), získané – tyto potřeby jsou podle autora odehrávány převážně na nevědomé úrovni, tvoří podstatu osobnosti.

Podle Murrayho má zvláštní postavení pouze sexuální potřeba, která se objevuje v opakujících se intervalech mezi viscerogenními a psychogenními potřebami. Oproti známější Maslowově teorii, které se budeme věnovat v následujících řádcích, Murray tvrdí, že se potřebám nepřisuzuje žádné hierarchické uspořádání, ale do popředí jde aspekt situace. (Příbyl, 2015)

Potřeby pohledem A. H. Maslowa

- H. Maslow byl americký psycholog, autor Motivační teorie a zakladatel humanistického proudu v psychologii. Potřeby se dle tohoto autora dělí do dvou hlavních skupin. První z nich jsou potřeby nedostatku (deficitu). Druhou skupinu tvoří potřeby spojené s bytím člověka. Při nedostatečném uspokojení potřeb z první skupiny začíná člověk pociťovat úzkost a snahu nedostatky odstranit nebo některé nahradit. Jak již bylo zmíněno výše, Maslow tvrdí, že potřeby musí být uspokojovány hierarchicky.

Obr. 2 Maslowova pyramida potřeb



Potřeby pohledem M. Vágnerové

Marie Vágnerová je česká psychologka a dělí potřeby do šesti částí:

- *Potřeba stimulace správnými podněty* – základní potřeba pro fungování lidského organismu – potřeba dostávat správné podněty prostřednictvím centrální nervové soustavy (zrak, sluch, chuť a čich);
- *Potřeba smysluplného světa* – k objevení smyslu života je zapotřebí mít nějaký cíl, kterému senior směřuje. Pokud jej nemá je až nemožné smysl života vidět;
- *Potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými* – změny ve stáří mají na rytmus organismu velmi zásadní vliv. U seniorů je nezbytné, aby v největší možné míře navázali na to, co byli zvyklí (rituály, naučené způsoby chování, práce a činnosti, zábava, potřeba času pro sebe sama);
- *Potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti* – všichni lidé chtějí někam patřit, mít své vlastní místo (v zaměstnání, ve společnosti, v rodině). Senioři veškeré změny a ztráty přijímají velmi obtížně. Důležité je utvrzovat je v jejich sociálních rolích v rámci rodiny, poskytovat jim jistotu, že v rodině mají své stále místo;
- *Potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými lidmi* – pro pohodu každého člověka je nezbytné mít svou život pod kontrolou, moci se rozhodovat o svých záležitostech, přijmout sám sebe bez výhrad. Ve stáří a nemoci často dochází k omezení až ztrátě vlastní autonomie, schopnost rozhodovat se;
- *Potřeba otevřené budoucnosti* – tato potřeba je důležitá pro každého bez rozdílu věku či zdravotního stavu. U seniorů tomu není jinak. Senior se potřebuje na něco těšit, byť by se jednalo o drobnosti všedního dne (např. krásné kvetoucí květiny). Senioři často trpí obavami z budoucnosti. Proto ne nutně posilovat jejich víru ve vlastní schopnosti a dávat mu naději a jistotu o pomoci v období, kdy už nebude schopen se sám o sebe postarat. (Vágnerová, 2007)

Chvíli se zastavíme u potřeby smysluplného života. Podle lékařky Jarmily Klímové je smyslem našich činností to, co je hnacím motorem, aktivátorem a dodavatelem energie pro to, abychom ráno vstali z postele a začali dělat něco, co nám právě v tento den smysl dává. Dalo by se tedy říci, že smysl je jistou motivací. Autorka dále uvádí, že s potřebou smysluplného života je neodmyslitelně spjata s potřebou spirituality. Naše společnost pracuje se spiritualitou jen velmi omezeně. Většinou ji známe pouze ve vztahu s nějakým duchovním

nebo náboženským směrem. Každý lidská bytost by měla vědět, pro dělá právě to, co dělá. Pokud se tento význam ztrácí a člověk nemá kde brát energii. (Klímová, 2018)

5.1 Faktory ovlivňující naplňování potřeb

V této kapitole se zabýváme tím, jaké faktory mohou mít vliv na uspokojování jednotlivých potřeb. Nad některými potřebami se člověk nezamýšlí, chápe je jako nutnost nezbytnou pro fungování lidského organismu (dýchání, vyměšování, jídlo, spánek...) Ve stáří si pak mnohem více uvědomujeme jejich důležitost ve vztahu ke zdraví. Potřeby jsou výsledkem interakce hodnotové žebříčku, racionálního a emočního rozhodování, odrážejí vztah člověka k prostředí i vztah prostředí k člověku. V průběhu stárnutí se potřeby i jejich priority mění. Podle Příbyla (2015) mezi faktory, které mají podíl na tom, zda potřeby člověka budou naplněny, řadíme:

- Sociokulturní prostředí, rodinné zázemí, vzdělání, inteligence, společenské postavení;
- Faktory ovlivňující saturaci viditelných potřeb, objektivně hodnotitelných (např. dostatečné množství jídla a tekutin, potřeba pomoci při hygieně);
- Individualita člověka, sebepřijetí či sebenepřijetí;
- Psychické vlastnosti člověka (např. temperament, charakter, schopnosti, postoje);
- Aktuální zdravotní stav;
- Okolnosti vzniku a průběhu nemoci.

Pro uspokojení potřeb je nezbytné si je uvědomit a umět je pojmenovat. Je žádoucí, aby lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, rodinní příslušníci, kteří pečují o své blízké, připraveni na riziko vzniku bariér v uspokojování potřeb. Nejčastěji zmiňované typy bariér, se kterými se v péči o seniora můžeme setkat, jsou:

- Osobní bariéra (např. ostych, obava ze zklamání);
- Psychická bariéra (např. nepřijetí pomoci při naplňování potřeby);
- Jazyková bariéra (např. nevhodně zvolená slova, komunikační šum, neznalost znakového jazyka);
- Fyziologická bariéra (např. tělesné nepohodlí);
- Bariéra prostředí (např. v nemocnicích, neútulné prostředí, chlad nebo příliš komfortní prostředí)
- Neporozumění sdělovanému (např. ostych se znovu zeptat) (Příbyl, 2015)

Aby bylo možné potřeby uspokojovat, je nezbytné je nejdříve identifikovat. Pro seniory, kteří jsou limitováni nemocí, bývá identifikace potřeby složitou záležitostí. Nejlepším, i když časově náročným prostředkem k identifikaci potřeb je komunikace, zejména naslouchání. Sociální interakce je velmi významným aspektem zejména ve stáří. Je důležité si uvědomit si, s kým komunikujeme, jak a kde. Verbální komunikace je spojena se slovy jako nositeli znaků a kódů vedoucích k předávání informací. Nonverbální (mimoslovní) komunikací se rozumí komunikace beze slov. Váže se na verbální komunikaci, kterou může nahradit, zvýraznit nebo měnit její význam. Často je významnější než vlastní obsah a náplň sdělení. Proto je třeba nalézt soulad mezi verbálním a nonverbálním sdělením. Rozlišuje naslouchání pasivní a aktivní. Pasivní je charakterizováno jako příjem informací, který nebývá spojen s porozuměním. Hovořícímu totiž není poskytována žádná zpětná vazba. Pasivní naslouchání slouží k tomu, aby si řečník mohl uspořádat své myšlenky. Naproti tomu pro aktivní naslouchání je nutný aktivní posluchač, který je empatický a dokáže vytušit, rozpoznat, porozumět a popit sdělované a poskytovat hovořícímu zpětnou vazbu. Aktivní naslouchání má svá pravidla, patří mezi ně zaměření na hovořícího, ochota aktivně naslouchat, oční kontakt, otevřený postoj, naklonění k hovořícímu, zapojení nonverbální komunikace, pokládání doplňujících otázek. (Příbyl, 2015)

5.2 Problematika potřeb v seniu

Jak už bylo zmíněno, potřeby seniorů jsou spojeny s kvalitou života a možnostmi péče v nemoci. Není však pravdou, že každý senior je nemocný a nesoběstačný. Odborná literatura nabízí nepřehledné množství definic a vymezení kvality života.

WHO definuje kvalitu života jako *„jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí“* (Vaďurová 2005, in Příbyl, 2015, s. 49)

Je nutné si uvědomit, že struktura potřeb starých lidí je shodná s ostatní populací. Příbyl uvádí, že se neobjevují žádné „speciální potřeby seniorů“. Jediné co se mění je subjektivní význam, stanovení priorit či způsobu uspokojování potřeb. S těmito příčinami je potřeba počítat a přizpůsobit se jim. V seniu některé potřeby ustupují do pozadí, snižuje se jejich důležitost. Mezi takovéto potřeby patří např. snížená potřeba stimulace, učení se, seberea-

lizace. Jiné potřeby zase nabývají na důležitosti. Mezi tyto patří např. potřeba citové jistoty a bezpečí, potřeba otevřené budoucnosti a naděje, být platní a prospěšní. Na potřebu bezpečí pak lze pohlížet z několika hledisek. Psychické bezpečí je spojováno s pocitem jistoty, že se senior může spolehnout na své blízké, jsou to rodinné vztahy. Ekonomické bezpečí souvisí s finančním zajištěním. Senioři touží po vlastní finanční autonomii, vnímají ji jako schopnost materiálně se o sebe postarat. Posledním typem je bezpečí fyzické, které je spojeno zejména s potřebou žít bez bolesti. Jde o fyzickou soběstačnost, která je spojena s potřebou nebýt někomu na obtíž. (Příbyl, 2015)

5.3 Ageismus

Tento pojem můžeme chápat jako věkovou diskriminaci starších lidí. Díky trendu současné společnosti, který preferuje především mládí a krásy s ním spojené se úcta ke stáří a starému člověku odsouvá kdesi do pozadí.

Diskriminace člověka na základě jeho věku se ale nemusí týkat výlučně lidí ve věku 60 a více let. Při uplatňování na trhu práce často dochází k znevýhodňování věku kolem 50 – ti let. Tito lidé jsou pak vnímání jako pomalejší a neprogresivní.

Haškovcová (2010) v této souvislosti konstatuje, že mladá a střední generace dává najevo všem i sobě, že tradice úcty ke starším lidem nadále rozvíjejí a jejich některé nedostatky „přehlídí“. Důsledkem je potom rozporuplný postoj všech vůči všem.

Významnou úlohu v pochopení této problematiky sehrávají zdroje ageismu. Mezi subjektivně – psychologické zdroje ageismu patří především strach ze smrti a stárnutí jako psychosomatického úpadku. Zdrojem těchto obav pak může být především neznalost a nezájem

o proces biologického stárnutí. Vyšší informovanost by mohla negativní pocity výrazně snížit. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

Hrozenská, Dvořáčková (2013) dále poukazují na čtyři hlavní zdroje ageismu, které vedou k negativním stereotypům a mýtům v západních zemích:

- Strach ze smrti;
- Důraz na mládí a fyzickou krásu. Starší lidé jsou ignorováni. Důraz na mládí nespočívá jen v tom, jak jsou senioři vnímání, ale záleží také na tom, jak senioři vnímají sami sebe;
- Produktivita je úzce spojena s ekonomickým potenciálem;

- Způsob, jakým je zjišťován skutečný stav společnosti. Stárnutí by mělo být studováno v domovech pro seniory.

Ageismus má i svůj sociální rozměr. Efekt stárnutí může u starších lidí vyvolat potřebu zastávat jiné hodnoty, než mají mladší lidé. To se pak může projevit v odlišných preferencích. Vzniklé rozdíly mezi generace mohou vyústit do konfliktu hodnot, který nazýváme mezigenerační propad, mezera. Důsledky diskriminace stáří mohou mít několik podob např. stěhování do odděleného bydlení, alkoholismus, zneužívání psychotropních látek, sebevražedné sklony. Postoj k diskriminaci ale může být i aktivní, kdy senior rozpozná pokus o jeho vyloučení ze společnosti a brání se. (Tošnerová, 2002)

Cílem všech iniciativ, hnutí a organizací, kteří se ageismem zabývají, bude do budoucna zvyšování sebevědomí seniorů a jejich nezávislost, podpora jejich aktivní účasti na společenském životě, na takových zájmových činnostech, kde jejich chronické onemocnění nemusí být překážkou. Zajímavým fenoménem, který se v posledních letech začíná objevovat je tzv. „elderspeak“. Jedná se o styl komunikace a výběr slovní zásoby v komunikaci se staršími lidmi. Typickými je jednoduchý obsah projevu, jednoduchá slovní zásoba i struktura vět, pomalejší tempo řeči a hlasitost projevu. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 KVANTITATIVNÍ VÝZKUM

Pro výzkumnou část bakalářské práce jsme použili kvantitativní výzkum. „*Jako je z názvu zřejmé, kvantitativny výskum narába s číselnými údajmi. Zisťuje množství, rozsah alebo frekvenciu výskytu javov, resp. ich mieru (stupeň). Číselné údaje sa dajú matematicky spracovať, možno ich sčítať, vypočítať ich priemer, vyjadriť ich v percentách alebo použiť ďalšie metódy matematickej štatistiky (...). Zástancovia kvantitatívne orientovaného výskumu sú hrdí na možnosť precízneho a jednoznačného vyjadrenia výskumných údajov v podobe čísel.*“

(Gavora, 2010, s. 34) Autor dále uvádí, že tento druh výzkumu prověřuje existující pedagogickou teorii, která je o pedagogickém jevu známá. V našem případě jedná o prověření návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami, které jsou určeny seniorům.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je přispět k hledání vzájemných vztahů mezi zdravotními a sociálními službami, které pracují se seniory a posoudit, zda je stávající vztah těchto dvou resortů efektivní při řešení nepříznivé sociální situace seniora. Obecným cílem je přispění k současným poznatkovým východiskům této oblasti novými dílčími výsledky, na základě realizace vlastní výzkumné studie. Výzkumný cíl jsme tedy stanovili takto: *Je návaznost a spolupráce zdravotních a sociálních služeb dostačující tak, aby byly zajištěny potřeby seniorů?*

Cílem je zjistit, jaké potřeby senioři mají a jak se jim je prostřednictvím veřejných zdrojů daří naplňovat.

- 1) *Jaké jsou příčiny nedostatečné spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami?*
- 2) *Je spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami, tak jak je nyní nastavena efektivní pro zajištění potřeb seniora?*
- 3) *Jakým způsobem je v České republice řešena nepříznivá sociální situace seniorů, kteří se po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení nemohou vrátit do přirozeného prostředí a nemohou využít žádnou pobytovou sociální službu z důvodu obsazené kapacity těchto zařízení?*
- 4) *Jak moc ovlivňuje profesionální zajištění potřeb seniora kvalitu jeho života?*

6.2 Použité metody, výzkumný soubor

Jak již bylo uvedeno výše. Pro účely bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní výzkum. Tento druh výzkumu umožní získat větší množství odpovědí a získané informace se mohou vyčíslit a zanást do tabulek a grafů. V rámci výzkumu pracuji s popisnou statistikou. Budeme popisovat pouze skupinu respondentů a výsledek nebudeme zobecňovat na celé území České republiky. Jako metody výzkumu jsem použila dotazník, o kterém si více řekneme v následující podkapitole.

Respondenty mého výzkumu jsou sociální pracovníci v sociálních službách, zdravotně sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních, veřejní opatrovníci, sociální pracovníci na obcích s rozšířenou působností a městech, sociální kurátoři pro dospělé, sociální pracovníci pro komunitní plánování z celé české republiky. Zaměření na uvedenou skupinu respondentů není náhodné. Všichni tito lidé se totiž často podílí na řešení nepříznivé sociální situace seniorů a jejich vzájemná spolupráce může velmi úzce ovlivnit to, jaký život senior povede. Zvolila jsem tedy záměrný výběr respondentů a budu popisovat pouze svou skupinu a výsledek a výsledek tedy nebudu zobecňovat. Disman (2002) v souvislosti s takovýmto výběrem respondentů hovoří o „účelovém výběru“ s tím, že závěry se při tomto výběru respondentů vztahují jen na jedince z takto definované skupiny a neumožňují nám jejich větší generalizaci, ale to neznamená, že dala nejsou užitečná. Jen při nich nesmíme předstírat, že platí pro každého člověka ve vesmíru. Gavora (2010) zase takovýto výběr respondentů nazývá „dostupným výběrem“. „ *Takto súbor nemá samozrejme zobecňovacie vlastnosti súboru, ale pre mnohé výskumy postačuje.* „ (Gavora, 2010, s. 79).

6.2.1 Dotazník

Hlavním důvodem volby metody dotazníku byla potřeba velkého výzkumného vzorku. Aby byly položky dotazníku dobrým nástrojem měření, je třeba, aby splňovaly základní požadavky, tj. validitu a reliabilitu. Validita dotazníku znamená, že dotazník zjišťuje skutečně to, co zjišťovat má, tj. to co je cílem výzkumu. Reliabilitou dotazníku je jeho schopnost spolehlivě a přesně zachycovat zkoumané jevy (Chrástka, 2007)

Na základě těchto požadavků jsem vypracovala vlastní strukturovaný dotazník, při jehož konstruování jsem vycházela z cílů výzkumu a stanovených výzkumných otázek. Snažila jsem se, aby jednotlivé položky dotazníku byly jasné, srozumitelné a stručné. Dotazníky jsem rozesílala e-mailem, ve kterém se se respondentům představila, stručně jsem popsala

smysl dotazníkového šetření, ujistila respondenty o anonymitě a poděkovala za vyplnění. Součástí e-mailu byl i URL odkazu, prostřednictvím kterého respondenti mohli na jednotlivé položky odpovídat. Dotazník byl vytvořen v Google formulářích. Tento způsob distribuce jsem zvolila hlavně z toho důvodu, abych dokázala oslovit velké množství respondentů. V dotazníku je celkem 27 položek. Z toho 3 jsou uzavřených položek. Nejvíce položek dotazníku bylo polouzavřeného typu, celkem 20. Zbýlými položkami byly škály, ty byly použity v dotazníku čtyřikrát. Vzor dotazníku je přílohou této práce.

Před samotným sběrem dat jsem pro ověření srozumitelnosti a jasnosti otázek provedla pilotáž na malém vzorku 3 respondentů z mého výzkumného souboru. Tento předvýzkum neodhalil žádné nejasnosti, dotazník jsem tedy ponechala v původním znění.

6.3 Sběr dat

Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci březnu 2018 a zúčastnilo se jej 119 respondentů z cca. 500 oslovených. Jak jsem již zmínila v předchozí podkapitole, zvolila jsem elektronickou formu dotazování v online verzi. Zhotovila jsem webovou stránku na serveru Google formuláře a jeho vyplnění jsem respondenty požádala prostřednictvím elektronické pošty. Kontakty na ně jsem si vyhledala na webových stránkách jednotlivých organizací, institucí a zařízení, ve kterém se můžeme se sociálními pracovníky sociálních služeb, zdravotně sociálními pracovníky ve zdravotnických zařízeních, sociálními pracovníci na městech či obcích, sociálními kurátory pro dospělé, sociální pracovníky pro komunitní plánování nebo veřejnými opatrovníky setkat. „*Webový dotazník je synchronny, to znamená odpovede sa priamo prenášajú do databázy, ktorú vytvoril výskumník. Nie je potrebné manuálne ukladanie jako v prípade emailového dotazníka. Je uverejnený v podobe webovej stránky a výskumník musí zabezpečiť jeho prístupnosť – propagovať ho*“ (Gavora, 2010, s. 136).

Webový dotazník může mít několik výhod, na které poukazuje např. Chrástka (2007), který říká, že pro úspěch každého dotazníkového šetření je nezbytná ochota respondentů spolupracovat. Tato ochota je podle autora závislá na tom, jak je vyplňování dotazníku zajímavé a náročné. Elektronickou formou dotazování jsem chtěla podpořit zájem respondentů o časově nenáročný a co nejméně pracný zpracování dotazníků. Další výhodou je to, že respondenti mohli zodpovědět v denním čase, který byl pro ně nejvýhodnější a měli tak dostatek prostoru jej v klidu vyplnit. Tato forma dotazování zároveň vylučuje, že by dotazníky byly vyplnění neúplně či nesprávně, jelikož je tato negativa možné ošetřit.

Elektronická forma on-line dotazování také usnadňuje zpracování získaných dat, jelikož jednotlivé odpovědi z dotazníků se automaticky přenášejí do tabulkového procesoru.

Po ukončení dotazníkového šetření jsem zahájila analýzu dat a interpretaci výsledků výzkumu.

6.4 Interpretace výsledků

Díky elektronické formě dotazníkového šetření, se data po vyplnění dotazníků automaticky zaznamenávají do tabulkového procesoru, ve kterém se data průběžně shromažďovala. Díky elektronickému zpracování je možné prohlédnout si jednotlivě vyplněné dotazníky nebo využít souhrnného zobrazení. Shromážděná data jsem následně analyzovala a jejich analýza je přílohou 1 této práce. Výsledky jsem znázornila pomocí tabulek a grafů, z kterých jsem pak provedla interpretaci získaných dat. Dotazníkového šetření se zúčastnilo **119 respondentů** skládajících se ze sociálních pracovníků sociálních služeb, zdravotně sociálních pracovníků a sociálních pracovníků městských úřadů a obcí s rozšířenou působností.

Položka č. 1 pokládá respondentům otázku, zda souhlasí s tvrzením, že seniorům by měla být v naší společnosti věnována větší pozornost, než které se jim v současné době dostává. Zde se většina respondentů shodla na odpovědi „ano“ (90%). Tuto volbu vybralo 107 zúčastněných. „Ne“ zvolilo 5% a odpověď „nevím“ rovněž 5 %.

Položka č. 2 odpovídala na otázku, kde jsou respondenti zaměstnání. Z odpovědí vyplynulo, že největší skupinou respondentů byli sociální pracovníci sociálních služeb. Nejvíce zastoupení jsou sociální pracovníci domovů pro seniory (54,6%) a domovů se zvláštním režimem (11,8 %). Tato skutečnost není nikterak překvapivá, vzhledem ke zkoumanému tématu. Pracovníci domácí péče a sociální rehabilitace v LDN se výzkumu nezúčastnili vůbec.

Položka č. 3 se zaměřuje na zjištění konkrétní pracovní pozice, kterou v dané organizaci respondenti vykonávají, zároveň slouží jako doplňující otázka k položce č. 2. Jak již bylo naznačeno, nejčastějšími účastníky mého výzkumu byli sociální pracovníci sociálních služeb (76,5 %), zdravotně sociální pracovníci (5,9 %) a sociální pracovníci městských úřadů (5,9%). Nejméně častým respondentem byli sociální kurátoři pro dospělé (0,8 %). Někteří respondenti se na mne při vyplňování této položky obraceli s tím, že jejich pracovní pozice se často kombinují. Problém vznikl hlavně u sociálních pracovníků městských úřadů, kde

sociální pracovník může vykonávat např. funkci sociálního kurátora pro dospělé a veřejného opatrovníka. Jelikož byl tento nedostatek zjištěn až v polovině výzkumu, ponechala možnost výběru pořad stejné, aby byly zachovány stejné podmínky pro všechny.

V rámci *čtvrté položky* jsem zjišťovala, jaká je délka praxe konkrétního pracovníka, na konkrétní pracovní pozici. Výsledky této položky ukázaly, že většina respondentů pracuje na své pozici 0 – 5 let, takto odpovědělo (54,6 %).

Položka č. 5 měla poskytnout informaci o tom, jaká je právní forma zaměstnavatele respondentů. Ukázalo se, že výzkumu se zúčastnilo 58,8 % pracovníků příspěvkových organizací krajů. Možnost OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná) ne zvolil žádný respondent.

V *položce č. 6* jsem se respondentů dotazovala, zda je podle jejich názoru v kraji dostatečně zajištěna síť služeb pro seniory. Nejčastěji odpovídanou možností bylo „ne“ (30,3 %) a „spíše ne“. Tento výsledek tak jasně ukazuje, že respondenti vnímají potřebu se problematikou seniorů zabývat a ztotožňují se s tvrzením, že obecně ve všech krajích není dostupná síť služeb pro seniory dostatečná.

V rámci *sedmé položky* jsem zjišťovala, zda respondenti vnímají dostatek zdrojů a podpory, který by vedl k zlepšení návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami pro seniory. Respondenti se zabývali několika kategoriemi, u kterých měli vždy hodnotit, zda je v této oblasti dostatek zdrojů podpory. První kategorií byly politické strategie. V této oblasti respondenti vnímají spíše nedostatek zdrojů podpory, jak můžeme vidět na zjištěných výsledcích. 40 respondentů se vyjádřilo, že politické strategie spíše nevnímají jako dostatečný zdroj podpory. Poměrně velké množství respondentů odpovědělo v této kategorii neví, což pravděpodobně značí o nedostatku znalostí v oblasti plánová politických strategií. Další hodnocenou kategorií bylo finanční zajištění. I zde se přikláněli spíše k negativním hodnocením. 41 respondentů odpovědělo spíše ne, 26 pak jednoznačně ne. V kategorií kvalifikovaní pracovníci naopak považují za dostatečnou. „Spíše ano“ tady odpovědělo 53 respondentů. Podobně respondenti hodnotili i kategorii poradenské služby, kde 65 dotazovaných odpovědělo spíše ano. Mezi další kategorie patřilo vzdělání, kurzy. I tuto oblast respondenti hodnotí převážně kladně. 66 respondentů odpovědělo spíše ano, 25 respondentů ano. Poslední 2 kategorie byly věnovány dostupnosti odborné literatury a informací z internetu, které by mohly být pro seniory užitečné. I zde se respondenti při-

kláněli ke kladným opovědím. Ze získaných dat vyplývá, že rezervy vidí respondenti v oblasti politických strategií a finančního zajištění zdrojů.

Položka č. 8 měla poskytnout informaci o tom, od koho senioři nejčastěji dozvědí o možných zdrojích pomoci. 63 respondentů se domnívám, že nejčastějším zdrojem informací je pro seniory rodina, pak následující přátelé a známí. Tento výběr určilo 45 respondentů. Pouze jeden z dotazovaných respondentů odpověděl, že informace senior nejčastěji čerpá z médií.

Cílem *položka č. 9* bylo zjistit, s kým senioři nejčastěji svou nepříznivou sociální situaci řeší. I v této položce byla nejčastější odpovědí rodina. Takto odpovědělo více než $\frac{3}{4}$ respondentů (75,6 %). Zde se nabízí otázka. Když se senioři nejčastěji dozívají o možných zdrojích pomoci od rodiny a rodina také nejčastěji řeší nepříznivou sociální situace seniora, co by se dalo udělat proto, aby informace které prostřednictvím rodiny k seniorům putují, byly efektivnější?

V rámci *10. položky* jsem se zabývala otázkou, jak moc je podle respondentů důležitá vzájemná informovanost a komunikace s kolegy z jiných institucí. Čili jak vnímají potřebnost multidisciplinárního spolupráce při řešení nepříznivé sociální situace seniora. Respondenti tuto otázku hodnotili na škále 1 – 5, kdy číslo jedna znamenalo nejvyšší možnou dostupnost. Tato položka ukazuje, že otázku vzájemné spolupráce vnímá většina respondentů (71,4 %) jako velmi důležitou. Žádný respondentů neohodnotil tuto otázkou číslem 5. Pouze jeden z dotazovaných hodnotil číslem 4.

V *položce č. 11* hledám nejčastější způsob předávání informací s kolegy z jiných organizací, institucí. Mezi nejčastější způsob komunikace patří telefonní hovor (63,9%) a elektronická pošta (22, 7%).

Na předchozí položku navazuje *položka č. 12*, která se zabývá tím, jaká je četnost vyhledávání kontaktu s kolegy. Např. z důvodu žádosti o radu, pomoc, podporu. K dispozici měli respondenti několik možností výběru. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že nejčastěji volenou odpovědí bylo občas (56, 3%). Druhou nejčastější variantou bylo často, takto odpovědělo 21 % dotazovaných. Je tedy zřejmé, že sociální pracovníci napříč rezorty a institucemi spolu komunikují poměrně často. Pouze 3 respondenti odpověděli, že kontakt s kolegy nevyhledávají vůbec.

Otázkou však zůstává, jak kvalitní informace jsou předávány. Na tuto otázku jsem hledala odpověď v *položce č. 13*, kde se měli respondenti vyjádřit k tomu, jak spokojeni

s informace, které od kolegů získávají. 70,6 % respondentů odpovědělo spíše spokojen/a a 16% dotazovaných respondentů se nepřiklonila ani k jedné straně.

V *položce č. 14* se věnuji důležitosti spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami. Zde měli respondenti ohodnotit, jak moc toto téma vnímají jako důležité. Nejvíce respondentů ohodnotilo tuto problematiku číslem tři. Tzn., střední důležitost (48,7%). Dalším nejčastějším hodnocením bylo č. 4. Z výsledků této položky vyplývá, že respondenti toto téma nepovažují za nikterak důležité.

Položka č. 15 mělo respondenty vtáhnout do konkrétního případu seniora a respondenti se zamýšleli nad tím, jak je nejčastěji řešena sociální situace seniora, který na základě zhoršení zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby a má být propuštěn ze zdravotnického zařízení. Respondenti měli v nabídce několik možností a zároveň mohli doplnit ještě svou vlastní. Výsledky respondentů v této položce odpovídají skutečné praxi. Nejvíce respondentů (29, 4 %) se přiklonilo k možnosti, že sociální pracovník seniorovi poskytne podporu při zprostředkování odlehčovací služby. Toto řešení je však vnímáno jako dočasné a rodina dál pokračuje v hledání dlouhodobého řešení. Druhou nejčastější odpovědí byla podpora při hledání pobytové sociální služby (25,2 %)

V *položce č. 16* jsem hledala odpověď na otázku, co by podle respondentů mohlo přispět k lepší provázanosti zdravotních a sociálních služeb na území České republiky. Na výběr bylo opět několik kategorií, které měli respondenti hodnotit čísly 1 – 5 (1 – nejdůležitější oblast). Mezi zkoumané kategorie patřila provázaná legislativa, lepší komunikace, efektivnější metodické vedení, pravidelné setkávání, zřízení profesní komory. Výsledky této položky ukazují, že za nejdůležitější oblast považují respondenti provázanou legislativu (56 respondentů) a lepší komunikaci mezi rezorty (54 respondentů). Naopak za nejméně důležitou kategorii zvolili zřízení profesní komory sociálních pracovníků (33 respondentů).

V *položce 16* jsem se snažila najít možnosti, které by mohly přispět k lepší provázanosti sociálních a zdravotních služeb. V *položce č. 17* se naopak snažím najít důvody nízké návaznosti mezi zdravotními službami. Výsledkem této položky je zjištění, že respondenti vnímali jako nejzásadnější důvod častých rozkolů mezi MPSV a MZ v odlišných prioritách ve financování (45, 4 %). Na což navazuje i druhá nejuváděnější položka nedostatečná legislativa (28,6%).

V *položce č. 18* jsem se věnovala sociálním událostem seniorů a hledala jsem ty, které jsou podle názoru dotazovaných, pro seniora nejvíce zatěžující. Respondenti měli opět

k dispozici několik možností, kde kterým měli přidělit čísla od 1 – 7, od nejvíce zatěžujících událostí, po nejméně zatěžující události. Na výběr byly tyto sociální události: odchod do důchodu, ztráta příjmu, manželství v senu, nemoc v senu, úmrtí a samota, smrt, senior a instituce. Z výsledků této položky vyplynulo, že podle názoru respondentů je pro seniora nejobtížnější vyrovnat se s úmrtím partnera a samotou (1 - 55 respondentů). Naopak jako nejméně zatěžující událost uvedli manželství v senu (7 – 42 respondentů). Někde uprostřed se nachází ztráta příjmů (32 respondentů) a nemoc ve stáří (22 respondentů).

V rámci *položky č. 19* se dotazují respondentů, jaké potřeby jsou pro seniora významné. Respondenti měli vybírat ze čtyř podkategorii a u každé vybrat potřebu, kterou považují pro seniora nejvýznamnější. Rozdělení jednotlivých kategorií vychází z Maslowovy pyramidy potřeb. Oblast 19.1 odpovídá špičce Maslowovy pyramidy potřeb. Zde respondenti volili nejčastěji životní potřeby (71 respondentů). V podkategorii 19.2. byla nejčastější odpověď poznávání, pochopení (28 respondentů) a sebeúcta (28 respondentů). V další podkategorii byla nejčastěji volenou odpovědí rodina (64 respondentů). Výsledky poslední podkategorie, která odpovídá prvnímu stupni Maslowovy pyramidy potřeb, ukazují, že velmi důležitou potřebou je zdraví (43 respondentů). Možnosti informace a podněty, které byly rovněž součástí možnosti poslední podkategorie, neuvedl žádný z respondentů.

V *položce 20* se respondentů dotazují, na koho se senioři nejčastěji obracejí se svými potřebami. Z výsledků této položky jasně vyplynulo, že podle názoru respondentů, senioři nejčastěji řeší své potřeby s rodinou (89,1 %) nebo přáteli (5 %).

Následujícími dvě položky měly poskytnout informaci o tom, jaké hodnoty senioři postrádají v zařízeních sociálních a zdravotních služeb. Nejdříve *položka 21* zjišťuje situaci v sociálních službách. Výsledky této položky jsou poměrně logické vzhledem k tomu, že nejčastějšími respondenty byli sociální pracovníci pobytových sociálních služeb, které zajišťují seniorům 24 hod péči, ale zároveň odloučení od rodiny. Volbu přátel a rodiny uvedlo 38,7 % respondentů. Druhou nejčastější hodnotou, kterou respondenti v sociálních službách postrádají je soukromí (32,8 %). *Položka 22* zjišťuje totéž téma, ale orientuje se na zdravotní služby. Zde respondenti nejčastěji uváděli, že senioři ve zdravotních službách postrádají soukromí (44,5 %).

V *položce 23* jsem se respondentů dotazovala, zda se v praxi někdy setkali s tím, že některé potřeby seniora jsou v zařízeních zdravotních i sociálních služeb přehlíženy. Více než $\frac{3}{4}$ respondentů (80,7 %) uvedlo, že ano. 5% zvolilo odpověď nevím a 17 % se jasně vy-

mezilo, že se v praxi s touto situací nesetkali. Výsledky této položky jsou jednoznačné. Zajímalo by mne, co je důvodem tohoto přehlížení ?(nedostatečná kapacita zařízení, nedostatečná výkonová kapacita, neochota personálu...) Tuto otázku jsem bohužel do svého dotazníku nepoužila. Věřím však, že by přinesla velmi zajímavá zjištění.

V rámci *položky 24* jsem zjišťovala, v jakém kraji respondenti pracují. Pro účely dotazníkového šetření byli osloveni sociální pracovníci sociálních služeb, zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci městských úřadů či obcí s rozšířenou působností. Tento výzkumný vzorek byl osloven ve všech 14 krajích České republiky. Největší ochotu zúčastnit se mého výzkumu projevili respondenti v kraji Vysočina (17,6 %). Dále pak z kraje Moravskoslezského (14,3 %) a Zlínského kraje (13,3 %). Nejméně respondentů bylo z kraje Plzeňského (1,7 %) a Královéhradeckého (1,7 %).

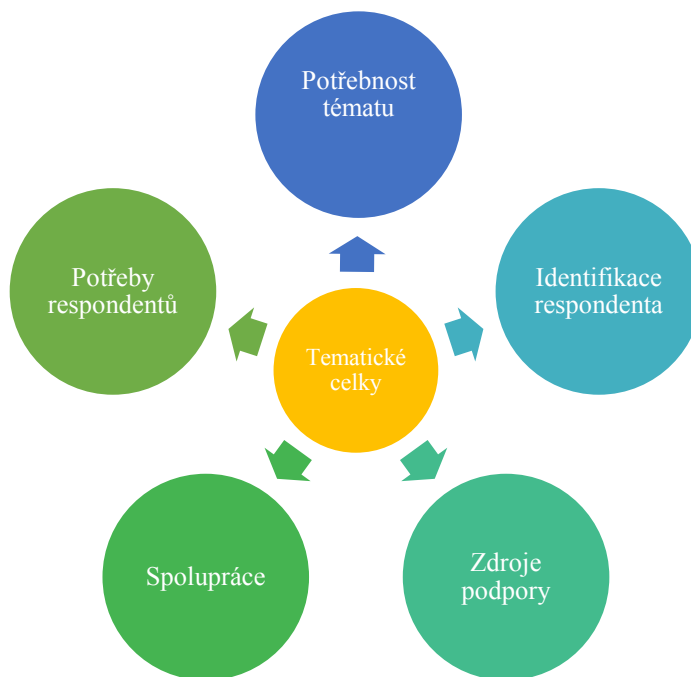
V *položce 25* jsem zjišťovala věk respondentů. Pro účely výzkumu jsem zvolila 4 věkové kategorie. Nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 31 – 41 let (39,5 %). Nejméně respondentů pak ve věkové kategorii 56 – 65 let (1,7%).

Poslední *položka č. 26* zjišťuje pohlaví respondentů. Výsledky ukazují, že výzkumu se zúčastnila převážná většina žen (93,3 %). Výzkumu se zúčastnilo pouze 6,7% mužů. Tento výsledek není nikterak překvapující, protože obecně lze říci, že v sociálních službách pracují převážně ženy

6.5 Shrnutí výsledků

Jednotlivé položky dotazníku jsem seřadila do tematických celků, které si v této kapitole rozebereme.

Obr. 3 Tematické okruhy položek dotazníku



Potřeba tématu

Tento tematický celek obsahuje položky č. 1, 6, 14, 16 a 17. Prostřednictvím těchto položek jsem se zabývala otázkami, jejichž společným jmenovatelem je potřeba a důležitost daného zvoleného tématu. Většina respondentů se shodla na tom, že seniorům není ve společnosti věnována taková pozornost, jaké by se jim mělo dostávat. Další položky toto zjištění jen potvrdily, protože se v nich respondenti shodli na tom, že v krajích není dostatečně zajištěna síť služeb pro seniory. Zajímavé však je, že respondenti tak vysoce nehodnotili položky zaměřené na důležitost spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami. Z těchto výsledků usuzuji, že se respondenti nijak zásadně nedomnívají, že by tato spolupráce byla klíčová pro efektivnější řešení nepříznivých situací seniorů. Zároveň respondenti uvedli, že provázanost legislativy a lepší komunikace MPSV a MZ, by mohly přispět k zlepšení návaznosti. Mezi nejčastěji uváděné důvody nízké návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami patří odlišné priority financování a nedostatečná legislativa.

Identifikace respondenta

Tento celek zahrnuje položky č. 2, 3, 4, 5, 24, 25, 26 a nazvala jsem jej „Identifikace respondenta“. Spadají zde položky, které sdělují určité informace o respondentech. Tyto položky se týkají např. toho, kde pracovníci pracují, jakou pracovní pozici vykonávají, jaká je právní forma zaměstnavatele, jak dlouho na své pozici pracují, v kterém kraji pracují a dotazovala jsem se také na věk a pohlaví respondentů. Výzkumu se zúčastnilo nejvíce sociálních pracovníků sociálních služeb, jejichž zřizovatelem je kraj (příspěvkové organizace). Více než polovina respondentů pracuje na své pozici méně než 5 let a není asi velkým překvapením, že přes 90% respondentů byly ženy. Co se týče zastoupení respondentů v jednotlivých krajích, mého výzkumu se zúčastnilo nejvíce respondentů z kraje Vysočina.

Zdroje podpory

V tomto tematickém celku jsou obsaženy položky č. 7, 8, 9, 20. Nazvala jsem jej „Zdroje podpory“. Jak již sám název napovídá, cílem těchto položek bylo zjistit, jak respondenti pohlížení na dostupné zdroje pomoci, která by zkvalitnila život seniorů. Dále jsem zkoumala, kdo se seniorům pomáhá najít vhodné řešení jejich nepříznivé sociální situace, ve které se mnohdy ocitli z důvodu nemoci, ztráty příjmů, ztráty blízké osoby apod. Z výsledku dotazníkového šetření je jednoznačně patrné, že podle názoru respondentů, nejčastěji senioři využívají jako zdroj podpory vlastní rodinu. Ať už v otázce získávání informací nebo podporou v konkrétní situaci, zajištění určité potřeby.

Zároveň se respondenti shodli na tom, že nedostatek zdrojů podpory vnímají v oblasti politických strategií. Překvapivé pro mne bylo, že poměrně velké množství respondentů se v oblasti politických strategií nedokázalo přiklonit ani k odpovědi „ano“, či odpovědi „ne“ a zvolili volbu „nevím“.

Spolupráce

Tímto tematickým celkem se zabývaly položky č. 10, 11, 12, 13. V těchto položkách hledala odpovědi na to, jak funguje multidisciplinární spolupráce respondentů, napříč rezorty. Zajímalo mne, jakým způsobem spolu pracovníci komunikují, jak často tento vzájemný kontakt vyhledávají, jak kvalitní informace se k nim dostávají a jak jsou pak použitelné v praxi. Výsledky těchto položek ukázaly, že respondenti považují kontakt s kolegy z jiných organizací, institucí za velmi důležitý. Za méně důležité však považují nutnost vzájemné spolupráce zdravotních a sociálních služeb, která by vedla k efektivnějšímu zajištění potřeb

seniorů, jak je uvedeno v kapitole 6.5.1. Ze získaných informací si dovoluji soudit, že respondenti vnímají spolupráci jako velmi důležitou, nikoliv však v souvislosti se zajištěním potřeb seniorů.

Potřeby seniorů

Poslední tematický celek nese název „Potřeby seniorů“. Zabývají se jím položky č. 15, 18, 19, 21 a 23. Jejich výsledky si nyní rozebereme.

Nejvíce zatěžující sociální událostí, se kterou se mohou respondenti je podle respondentů úmrtí a samota. V sociálních službách seniorům chybí nejčastěji rodina a přátelé. Ve zdravotních službách pak ztrátu soukromí. Většina respondentů se také v praxi setkala s tím, že potřeby seniorů byly v zařízeních zdravotních a sociálních služeb přehlíženy. Zajímalo by mne, co je toho příčinou? Zda se jedná o nedostatečnou lůžkovou kapacitu zařízení, nedostatečnou výkonovou kapacitu nebo jen neochota a pohlednost personálu? Tuto otázku jsem bohužel do dotazníku neuvedla. Věřím, však by byla zdrojem zajímavých zjištění.

Jedna z položek tohoto tematického celku, konkrétně položka č. 15 měla respondenty vtáhnout do konkrétního případu seniora. V této položce jsem hledala nejběžnější postup řešení situace seniora, který na základě zhoršení zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby

a má být propuštěn ze zdravotnického zařízení. Nejvíce respondentů se přiklonilo k možnosti, že seniorovi byla zajištěna podpora při zprostředkování odlehčovacích služeb. Toto řešení je však vnímáno pouze jako dočasné, protože odlehčovací služby mohou být poskytovány nejdéle po dobu 3 kalendářních měsíců. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. sice neupravuje četnost těchto krátkodobých pobytů v průběhu kalendářního roku, ale i tak toto řešení nelze považovat za dostatečné. V potaz musíme vzít i skutečnost, jak složitá je někdy pro seniory adaptace na nové prostředí.

Podle názoru respondentů jsou pro seniora nejvýznamnější hodnoty: životní potřeby, poznávání, pochopení, sebeúcta, rodina a zdraví.

V přípravné fázi výzkumu byly položeny výzkumné otázky, které si v následujících řádcích zodpovíme.

1) *Jaké jsou příčiny nedostatečné spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami?*

Obecně jsem se o příčinách nedostatečné spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami zmínila již v předchozí kapitole. Respondenti prostřednictvím dotazníkového šetření potvrdili, že mezi nejčastější příčiny nedostatečné spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami, které se zabývají pomocí seniorům, patří nedostatečné politické strategie a finanční zajištění. Prvopočátek všech problémů však můžeme nalézt v tom, že MZ a MPSV jsou dva odlišné rezorty, které spolu legislativně nikterak nesouvisejí, praxe však ukazuje na zcela něco jiného. Další uváděnou příčinou je nedostatečný počet kvalifikovaných pracovníků, kteří by tuto péči zajistili.

2) *Je spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami, tak jak je nyní nastavena efektivní pro zajištění potřeb seniora?*

Efektivnost spolupráce s kolegy z jiných institucí, napříč rezorty MPSV a MZ vnímají respondenti jako velmi důležitou. Přesto z výsledků vyplývá, že kontakt s ostatními kolegy respondenti vyhledávají jen občas a rozhodně tak nemůžeme hovořit o nějakém systémovém a pravidelném informování, které by mělo přinést očividné výsledky. Téměř vymizela možnost osobního setkání jako takového, nebo metodických setkání v rámci okresu. Když už si respondenti s kolegy informace předávají, tak prostřednictvím telefonu nebo e – mail. Tento způsob komunikace se však obzvláště u služeb, které se snaží o podporu seniorům, jeví jako nedostatečné. O důvodech nízké komunikace mezi sociálními pracovníky napříč rezorty můžeme jen spekulovat. Je třeba se zaměřit i na subjektivní problémy, které mohou souviset s jistou pohodlností, neochotou sociálních pracovníků. Obecně však můžeme říci, že nedostatečná komunikace mezi sociálními pracovníky sociálních služeb, zdravotně sociálními pracovníky a sociálními pracovníky městských úřadů, spočívá také v jejich nedostatečnosti, což má za následek omezené možnosti komunikace a raději je volena varianta rychlejší a levnější. Zajímavé však je, že v oblasti kvality získávaných informací, jsou respondenti se získávanými informacemi spokojeni.

3) *Jakým způsobem je v České republice řešena nepříznivá sociální situace seniorů, kteří se po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení nemohou vrátit do přirozeného prostředí a nemohou využít žádnou pobytovou sociální službu z důvodu obsazené kapacity těchto zařízení?*

Tato výzkumná otázka reaguje na nejběžnější případ, s kterým se v praxi setkáváme v oblasti zajištění potřeby seniorů, kterou je nutné řešit prostřednictvím zdravotních a následně

i sociálních služeb. Získané výsledky odpovídají mým vlastním zkušenostem z praxe. Nepříznivá sociální situace seniora, který se po ukončení hospitalizace ve zdravotnickém zařízení nemůže vrátit do svého přirozeného prostředí, protože jeho zdravotní stav je již natolik zhoršen, že není schopen se sám o sebe postarat a nedaří se takto rychle zajistit vhodnou pobytovou sociální službu, protože jejich kapacity jsou plně obsazeny, je nejčastěji řešena tak, že zdravotně sociální pracovník zdravotnického zařízení zajistí seniorovi podporu při zprostředkování odlehčovacích služeb, kde však praxe naráží na několik nesrovnalostí. Jednak se jedná pouze o dočasné řešení nepříznivé sociální situace seniora (nejdéle na 3 měsíce) a za druhé můžeme také narazit na to, že odlehčovací služby by podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách měly být poskytovány osobám, kteří jinak žijí v přirozeném sociálním prostředí a péči zajišťuje rodina. Tato podmínka se pak vylučuje, pokud je zhoršení zdravotního stavu seniora natolik závažné, že je nutné situaci řešit již ze zdravotnického zařízení, ve kterém je hospitalizován. Nejčastěji je tedy tato situace v České republice opravdu řešena prostřednictvím odlehčovacích služeb, které tak poskytují své služby na hraně zákona.

4) *Jak moc ovlivňuje profesionální zajištění potřeb seniora kvalitu jeho života?*

Výsledky výzkumu jednoznačně ukázaly, že vliv profesionálního zajištění potřeb seniora je zásadní pro jeho kvalitnější žití. Mezi nejnáročnější události v životě seniora patří je úmrtí, samota a nemoc. Všechny tyto životní situace jsou pro seniora nesmírně náročné a profesionální zajištění jeho potřeb, může mít zásadní vliv na to, jaký život senior povede dál. Nikterak překvapující není ani skutečnost, že senioři se nejčastěji se svými potřebami obracejí na rodinu. To, jaké informace rodina získává od odborníků, je velmi zásadní a domnívám se, že práva na toto téma by v naší společnosti měla být mnohem větší osvěta, než která je doposud. Jít spíše cestou prevence, než čekat, až se situace vyřeší sama. Samozřejmě jsou hodnoty, která ani při té největší vůli pracovníků není možné splnit. Jednou

z takovýchto hodnot je například soukromí, která seniorů chybí obzvláště ve zdravotních službách. Naopak v sociální službách je to rodiny a přátelé.

Provedený výzkum prokázal výše uvedené a to skutečnost, že problémy v návaznosti zdravotní a sociální péče, jsou důsledkem nedostatečné komunikace a spolupráce v rámci zdravotní a sociální péče nebo problematika rozdělení MZ a MPSV do dvou samostatných rezortů, které spolu zdánlivě vzájemně nesouvisejí.

Situace, která nyní v České republice vládne v problematice návaznosti zdravotních a sociálních služeb určeným se seniorům je výsledkem neefektivní organizace a nastavení systému zdravotních a sociálních služeb v naší zemi. Jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách, jedná se především o nesprávné nastavení rezortů MZ a MPSV. Jejich působnost zákon odlišuje přesto, že jejich činnost je propojená. Tato skutečnost se pak odráží i to, jak funguje jejich vzájemná spolupráce. Za další kámen úrazu můžeme považovat financování a priority obou rezortů.

Zlepšení situace v těchto problematických oblastech by mohlo být výsledkem efektivnější návaznosti zdravotních a sociálních služeb v souvislosti se zajištěním potřeb seniorů a zdokonalení ve všech dalších problematických sférách, které s tímto souvisejí.

Dalším zásadním krokem k zlepšení stávající situace je potřeby výstavby zařízení poskytujících celodenní péče seniorům je potřeba výstavby zařízení poskytujících celodenní péči i rozšíření terénních služeb, a to nejlépe ve státní sféře. Jak můžeme v poslední době zaznamenat, vzrůstává počet výstavby nových soukromých zařízení, což přináší problémy s financováním těchto služeb ze strany klientů. Setkáváme se i s nesmyslnými podmínkami soukromých i státních zařízení na příspěvek na péči, což by mělo také zajímat obě ministerstva. Problémy přináší i probíhající transformace pobytových sociálních služeb, která má vliv na snižování kapacity v domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem a domovech pro osoby se zdravotním postižením. Přestože je na nedostatečný stav v pobytových zařízeních neustále upozorňováno i v médiích, situace se nelepší.

Dalším faktorem, který má vliv na návaznost zdravotních a sociálních služeb je stárnutí populace. Počet osob, které jsou závislé na péči druhé osoby či osoby vyžadující sociální a zdravotní služby stále narůstá. Fenomén stárnutí populace ohrožuje naši společnost čím dál tím rychleji a intenzivněji. Ruku v ruce se stárnutím populace jde také čím dál častější neplodnost mladých párů. Malá naděje svítla po schválení dlouhodobého ošetřovného. Tato dávka, která nabývá účinnosti 1. 6. 2018 si klade za cíl významně posílit spoluúčasť

rodiny při péči o nemocného člena rodiny. Je tedy vidět jistá snaha o nabídku řešení, kterou lidé mohou v těchto svízelných situacích využít.

Smutné je, že novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kterou navrhovalo MPSV pod vedením ministryně Michaely Marksové, byla smetena ze stolu. Nepochybně měla mnoho nedostatků, ale jedním z cílů této novely byla především snaha o souběžné poskytování kvalitních zdravotních i sociálních služeb a zajištění efektivní sociální práce s jejich uživateli. Novela tak měla pružněji reagovat na změny potřeb osob. Situaci by také mohl pomoci tzv. komunitní systém integrovaných podpůrných služeb, který uvádí autoři Čeledová, Kalvach, Čevela (2016). Cílem tohoto systému je zrychlení provázanosti, ucelenosti

a také koordinovanosti služeb či informovanost klientů a jejich rodin o nabídce služeb, kterou mohou jejich příbuzní využít.

Domnívám se, že tématy, kterými by se vláda měla v souvislosti s nutností stále rostoucí péče o seniory intenzivně zabývat, jsou:

- Systém domácí péče – efektivního propojení zdravotní a sociální péče – HOMECARE – pečovatelská služba;
- Systém zdravotně sociálních lůžek – lůžka následné péče a lůžka léčeben pro dlouhodobě nemocné a lůžka v pobytových sociálních službách;
- Přístupem revizních lékařů – posudková služba indikace zdravotní péče;
- Systémem zdravotního a nemocenského pojištění – systém dávek a jejich využití;
- Systém propustnosti sítě – kontinuální zajištění klienta ve spolupráci s rodinou;
- Systém regulace a ochrany klientů – klient nástrojem systému;
- Multifunkčností velkých areálů a jejich využití.

Jako nezbytné vidíme také vytvoření a přijetí nové novely zákona o sociálních službách, ve které bude problematika provázanosti péče o seniory mnohem lépe řešena a bude vycházet z praktických poznatků pracovníků.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo přispět k hledání vzájemných vztahů mezi zdravotními a sociálními službami, které se zabývají pomocí seniorům a posoudit, zda je stávající vztah dostačující proto, aby byly dostatečně zajištěny potřeby seniora. Abychom tento cíl práce mohli naplnit, byli osloveni sociální pracovníci sociálních služeb, zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci městských úřadů a obecních úřadů s rozšířenou působností v každém kraji České republiky. Celkový počet oslovených respondentů přesahoval 500 osob. Celkový počet respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, pak byl pouze 119. Přestože jsme oslovili i několik typů zdravotních zařízení, které jsou v jednotlivých krajích dostupné, jako např. nemocnice, psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných či hospice, dotazníkového šetření se zúčastnila minimální množství respondentů z oblasti zdravotnictví.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že seniorům není v naší společnosti věnována dostatečná pozornost, zároveň ale respondenti nepovažují za natolik důležité zabývat se tématem návaznosti zdravotních a sociálních služeb vedoucích k efektivnímu zajištění potřeb. O důvodech tohoto mínění můžeme jen spekulovat, určitou roli hraje nepochybně osobní zkušenost respondenta.

Nynější nastavení spolupráce mezi rezorty MPSV a MZ hodnotím jako nedostačující a nevyhovující, podle čehož usuzuji i z výpovědí sociálních pracovníků na otázku důležitosti vzájemné spolupráce sociálních pracovníků napříč rezorty.

Co se týče dostupnosti zdrojů podpory seniorům, nepochybně nejvíce respondentů se obrací na své problémy na rodinu. Teprve pokud ta ji není schopna zajistit, obrací se senior na veřejně dostupné služby a informace, případně zjišťuje více u svých známých a přátel, kteří se již s podobnou nepříznivou sociální událostí setkali. I v zajišťování péče o seniora se tak řídíme principem subsidiarity.

Také spolupráce sociálního pracovníka s ostatními zařízeními či institucemi se v mnoho ohledech jeví stále jako neuspokojivá, a to především z důvodu nedostatečné kapacity lůžek spolupracujících zařízení. Z výzkumu vyplynulo, že spolupráce se sociálními pracovníky je zcela nedostatečná. Sociální pracovníci spolu komunikují jen občas, přesto ale sami vnímají, že důležitost vzájemné spolupráce s ostatními kolegy je nezbytná. Můžeme se tedy ptát, tak pro spolu nekomunikují? Důvodů může být jistě několik a o těch skutečných můžeme jen spekulovat. Osobně se však domnívám, že kromě objektivních důvodů, kterým je např.

přetíženost sociálních pracovníků, musíme brát v potaz i subjektivní důvody, kterými může být např. nechuť k práci, lenost, nedostatek motivace, syndrom vyhoření a jiné. A jakou formou nejčastěji probíhá spolupráce sociálních pracovníků s ostatními zařízeními. Ve většině případů jde hlavně o telefonickou domluvu, dále také písemnou či osobní.

Pracovníci sociálních i zdravotních by se měli naučit pohlížet na potřeby seniora mnohem komplexněji, než pouhou optikou „pečovatele o tělo“. Senior má stejně široké spektrum potřeb jako každý z nás, jen jejich preference se s ohledem na věk mění. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že většina respondentů se v praxi opravdu setkala s tím, že některé potřeby seniora byly ze strany personálu zdravotních nebo sociálních služeb přehlíženy. Ale co je toho příčinou? Bohužel v dotazníku jsem tyto informace nezjišťovala, ale domnívám se, že by přinesly další zajímavá poznání.

Při vyhodnocování praktické části jsem zjistila, že jednotlivé položky dotazníku jsem mohla věnovat mnohem více úsilí, což by se jistě odrazilo i v kvalitě získaných informací. Práce na bakalářské práci pro mne měla kromě získaných výsledků i velký osobní význam.

Závěrem můžeme říci, že návaznost a spolupráce zdravotních a sociálních služeb nedostačují v současné době natolik, aby dokázaly efektivně zajistit potřeby seniorů.

Věříme, že tato práce přinese lepší pohled na současnou problematiku návaznosti zdravotní a sociální péče, kterou se vláda snad začne konečně více zabývat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BRNULA, Peter, 2013. Sociální práce: dejiny, teorie a metody. 2. vyd. Bratislava: Iris. ISBN 978-80-89238-77-4.
- [2] ČELEDVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. 1. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-2463-404-3.
- [3] ČELEDVÁ, Libuše, Rostislav ČEVELA, Jan HOLČÍK, Zdeněk KALVACH a Pavel KUBŮ. *Sociální gerontologie*. 1. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- [4] ČEVELA, Rostislav, Libuše ČECHOVÁ, Zdeněk KALVACH, Jan HOLČÍK a Pavel KUBŮ. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve starší*. 1. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.
- [5] ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDVÁ. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.
- [6] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. Karolinum, 2002. ISBN 978-80-246-0139-7.
- [7] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [8] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. Praha: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
- [9] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- [10] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [11] JAKEŠOVÁ, Romana. Dlouhodobé ošetrovné. *Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2018, **2018**(1), 2. ISSN 1803-7348.
- [12] JANDOUREK, Jan. Sociologický slovník. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- [13] KELLER, Jan. *Tři sociální světy: Sociální struktura postindustriální společnosti*. 2. Praha: SLON, 2010. ISBN 978-80-7419-044-5.

- [14] KOVAŘÍKOVÁ, Lada. *Návaznost zdravotní a sociální péče pohledem sociálních pracovníků ve zdravotnictví*. Zlín, 2017. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
- [15] KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. Pardubice: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- [16] KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3843-7.
- [17] KUZNÍKOVÁ A KOL., Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [18] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- [19] LEVICKÁ, Jana, 2004. *Základy sociální práce*. Trnava: ProSocio. ISBN 80968952-3-0.
- [20] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- [19] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- [21] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- [22] MATOUŠEK A KOL., Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [23] NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- [24] NAVRÁTIL, Pavel a Libor MUSIL. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. Brno: Fakulta sociálních studií Brněnské univerzity, 2000.
- [25] NĚMCOVÁ, Jaroslava. Slovo ministryně. *Právo a sociální politika*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, **15**(1), 1.
- [26] ONG, Walter. J. *Technologizace slova*. 1. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 802-461-124-4

- [27] PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [28] REID, William James a Laura EPSTEIN. *Task - centered practice*. 1. New Yourk: Columbia University press, 1978. ISBN 978-023-103-466-1.
- [29] SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.
- [30] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic slovem a obrazem*. 1. Praha: Ecce Homo, 1998. ISBN 80-9020-491-0.
- [31] SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic a umění doprovázet*. 1. Praha: Ecce Homo, 1999. ISBN 80-9020-491-0.
- [32] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby se zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [33] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [34] VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X.
- [35] TOPINKOVÁ, Eva, *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- [36] TOŠNEROVÁ, Tamara, *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- [1] BRUTHANSOVÁ, Daniela a Anna ČERVENKOVÁ, 2004. Zdravotně sociální služby v kontextu nového územního uspořádání [online]. Praha: VÝZKUMNÝ ÚSTAV PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: <http://www.vupsv.cz/>
- [2] Demografické ročenky. *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ, 2016 [cit. 2018-02-08]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky-2016>
- [3] KLÍMOVÁ, Jarmila. Zdrojem a jádrem smyslu vyhoření je ztráta smyslu bytí. *Svobodné universum: Kupředu do minulosti* [online]. 16. 1. 2018 [cit. 2018-02-08]. Dostupné z: <https://www.kupredudominulosti.cz/klimova-jarmila-1d-zdrojem-jadrem-syndromu-vyhoreni-ztrata-s/>
- [4] MERHAUTOVÁ, Iva a Blanka MISCONIOVÁ, 2002. *Zdravotní a sociální péče v České republice*. Bulletin [online]. Bulletin, 2002(11) [cit. 2018-01-18]. Dostupné z: http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/11_2002/pece.html
- [5] Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace [online], 2015. Praha [cit. 2018-01-18].
- [6] NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VÚPSV, 2008 [cit. 2018-01-18]. ISBN 978-80-87007-96-9.
- [7] *Kdy a jak žádat o starobní důchod* [online]. Praha: ČSSZ, 2017, (1) [cit. 2018-02-03].
- [8] KRÁSA, Václav. *Národní rada osoba se zdravotním postižením ČR* [online]. [cit. 2018-02-19]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1771-informace-c-49-2017-zvyseni-pnp-ve-iv-stupni-neni-asi-realne.html>

ZÁKONY

[1] *Zákon o sociálních službách*. In: . Praha: Zákony pro lidi, 2006, ročník 2006, číslo 108. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

[2] *Vyhláška: kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. In: . Praha: MPSV, 2006, ročník 2006, číslo 505. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf

[3] *Zákon o nelékařských zdravotních povoláních: Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů*. In: . Praha: Zákony pro lidi, 2004, ročník 2004, číslo 96. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

[4] *Zákon o důchodovém pojištění*. In: . Praha: Zákony pro lidi, 1995, ročník 1995, číslo 155. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-155>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AMS	Advanced Multi Systemic approach – mustidisciplinární přístup v sociální práci
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 <i>Sociální práce ve zdravotnictví</i>	28
Obr. 2 <i>Maslowova pyramida potřeb</i>	57
Obr. 3 <i>Tematické okruhy položek dotazníku</i>	73

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 <i>Pozornost věnovaná seniorům</i>	92
Tab. 2 <i>Zaměstnání respondentů</i>	93
Tab. 3 <i>Pracovní pozice respondenta</i>	94
Tab. 4 <i>Délka pracovního poměru</i>	95
Tab. 5 <i>Právní forma zaměstnavatele</i>	95
Tab. 6 <i>Dostatečnost sítě služeb pro seniory</i>	96
Tab. 7 <i>Zdroje podpory</i>	98
Tab. 8 <i>Způsob předání informací o zdrojích pomoci</i>	98
Tab. 9 <i>Kdo řeší nepříznivou sociální situaci seniora</i>	99
Tab. 10 <i>Důležitost informovanosti a komunikace</i>	100
Tab. 11 <i>Způsob předávání informací</i>	101
Tab. 12 <i>Kontakt s kolegy</i>	102
Tab. 13 <i>Spokojenost se získávanými informacemi</i>	103
Tab. 14 <i>Důležitost spolupráce</i>	104
Tab. 15 <i>Propuštění z hospitalizace</i>	106
Tab. 16 <i>Hodnocení kategorií</i>	107
Tab. 17 <i>Důvody nízké návaznosti</i>	108
Tab. 18 <i>Sociální události seniora</i>	109
Tab. 19 <i>Hodnoty seniory</i>	110
Tab. 20 <i>Podpora při zajištění potřeb seniora</i>	111
Tab. 21 <i>Hodnoty, které seniorům chybí v sociálních službách</i>	112
Tab. 22 <i>Hodnoty, které seniorům chybí ve zdravotních službách</i>	113
Tab. 23 <i>Přehlížení potřeb</i>	114
Tab. 24 <i>Kraj respondenta</i>	115
Tab. 25 <i>Věk respondentů</i>	116
Tab. 26 <i>Pohlaví respondentů</i>	116

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 <i>Demografický vývoj obyvatelstva</i>	17
Graf 2 <i>Pozornost věnovaná seniorům</i>	92
Graf 3 <i>Zaměstnání respondentů</i>	93
Graf 4 <i>Pracovní pozice respondenta</i>	94
Graf 5 <i>Délka pracovního poměru</i>	95
Graf 6 <i>Právní forma zaměstnavatele</i>	96
Graf 7 <i>Dostatečnost sítě služeb pro seniory</i>	97
Graf 8 <i>Zdroje podpory</i>	98
Graf 9 <i>Způsob předání informací o zdrojích podpory</i>	99
Graf 10 <i>Kdo řeší nepříznivou sociální situaci seniora</i>	100
Graf 11 <i>Důležitost informovanosti a komunikace</i>	101
Graf 12 <i>Způsob předávání informací</i>	102
Graf 13 <i>Kontakt s kolegy</i>	103
Graf 14 <i>Spokojenost se získávanými informacemi</i>	104
Graf 15 <i>Důležitost spolupráce</i>	105
Graf 16 <i>Propuštění z hospitalizace</i>	106
Graf 17 <i>Hodnocení kategorií</i>	107
Graf 18 <i>Důvody nízké návaznosti</i>	108
Graf 19 <i>Sociální události seniora</i>	109
Graf 20 <i>Hodnoty seniora</i>	111
Graf 21 <i>Podpora při zajištění potřeb seniora</i>	112
Graf 22 <i>Hodnoty, které seniorům chybí v sociálních službách</i>	113
Graf 23 <i>Hodnoty, které seniorům chybí ve zdravotních službách</i>	114
Graf 24 <i>Přehlížení potřeb</i>	114
Graf 25 <i>Kraj respondenta</i>	115
Graf 26 <i>Věk respondentů</i>	116
Graf 27 <i>Pohlaví respondentů</i>	117

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I. : *Analýza dat*

Příloha P II: *Etický kodex sociálních pracovníků*

Příloha P III. : *Charta práv umírajících*

Příloh P IV : *Dotazník*

Příloha P I: ANALÝZA DAT**Položka č.1: Souhlasíte s tvrzením, že seniorům by měla být v naší společnosti věnována větší pozornost, než které se jim dostává?**

V této položce jsem zjišťovala, zda respondenti vůbec vnímají potřebnost zabývat se problematikou seniorů. Na otázku, zda souhlasí s tvrzením, že seniorům by v naší společnosti měla být věnována větší pozornost, než které se jim dostává, měli jednoznačně odpovědět prostřednictvím variant ano, ne, nevím. Tato položka jednoznačně ukazuje, že většina respondentů s tímto tvrzením souhlasí, celým 107 dotazovaných (89,9 %).

Tab. 1 Pozornost věnovaná seniorům

Možnosti	Počet respondentů	%
Ano	107	89,9
Ne	6	5
Nevím	6	5

Graf 2 Pozornost věnovaná seniorům**Položka č. 2: Kde jste zaměstnán/a?**

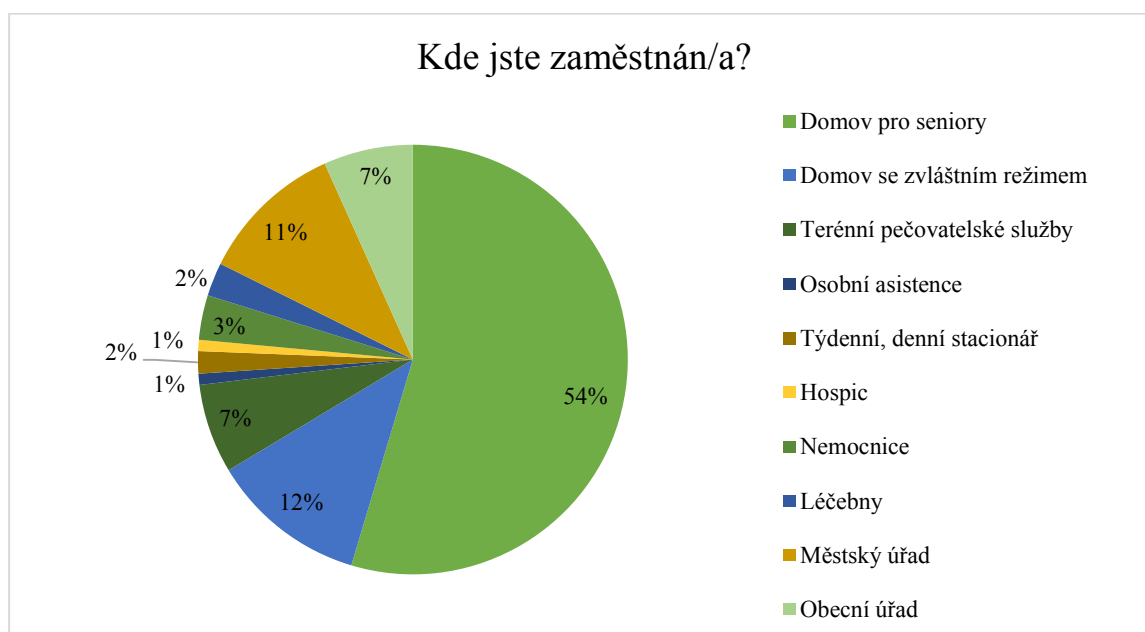
Tato položka zjišťovala, kde respondenti pracují. Jak můžeme vidět v následující tabulce, sociální pracovníci sociálních služeb se výzkumu zúčastnili nejvíce. Získaná data vycházejí z faktu, že byli nejvíce oslovanou skupinou. Celkově však lze říci, že sociální pracovníci sociálních služeb projevovali největší ochotu zapojit se do výzkumu. Výzkumu se tedy zúčastnilo 65 sociálních pracovníků domovů pro seniory (54,6%). Následovali sociální pracovníci domovů se zvláštním režimem 14 (11,8%) a pracovníci Městských úřadů (10,9%). Zde se mohlo jednat o sociální pracovníky, sociální pracovníky pro

komunitní plánování, sociální kurátory pro dospělé nebo veřejné opatrovníci. Specifikaci konkrétní pracovní pozice zjišťuje další položka dotazníku.

Tab. 2 Zaměstnání respondentů

Možnosti	Počet respondentů	%
Domov pro seniory	65	54,6
Domov se zvláštním režimem	14	11,8
Dům s pečovatelskou službou	0	0
Terénní pečovatelské služby	8	6,7
Osobní asistence	1	0,8
Týdenní, denní stacionář	2	1,7
Domácí péče	0	0
Sociální rehabilitace v LDN	0	0
Hospic	1	0,8
Nemocnice	4	3,4
Léčebny	3	2,5
Městský úřad	13	10,9
Obecní úřad	8	6,7

Graf 3 Zaměstnání respondentů



Položka č. 3: Jakou pozici ve své organizaci vykonáváte?

Jak jsem předestřela již u komentáře položky č. 2, položka č. 3 zjišťuje, jakou pracovní pozici respondenti ve své organizaci vykonávají. Výsledky této položky ukazují, že nejčetnější skupinou, která se výzkumu zúčastnila, byli sociální pracovníci sociálních služeb (76,5 %), dále následovala skupina zdravotně sociálních pracovníků 5,9 % a sociálních pracovníků městských úřadů (5,9%). Respondenti se mne při vyplňování této položky obraceli s tím, že jejich pozice při městských úřadech

často kombinují. Mohou např. vykonávat pozici sociálního kurátora a veřejného opatrovníka zároveň. Tyto varianty jim v nabídce možností chyběly. Bohužel tento nedostatek nebyl objeven v rámci předvýzkumu, proto jsem i po zjištění problému nabídku položek ponechala tak, aby byly zachovány stejné podmínky pro všechny respondenty.

Tab. 3 Pracovní pozice respondenta

	Počet respondentů	%
Sociální pracovník soc. služeb	91	76,5
Zdravotně sociální pracovník	7	5,9
Sociální pracovník MěÚ	7	5,9
Sociální pracovník OÚ	5	4,2
Sociální pracovník - komunitní plánování	3	2,5
Sociální kurátor pro dospělé	1	0,8
Veřejný opatrovník	5	4,2

Graf 4 Pracovní pozice respondenta



Položka č. 4: Jak dlouho na své pozici pracujete?

V této položce jsem zjišťovala, jaká je délka praxe konkrétního pracovníka, na konkrétní pracovní pozici. Rozložení odpovědí zobrazuje následující tabulka a graf. Tato položka ukazuje, že většina respondentů pracuje na své pozici 0 - 5 let (54, 6%), v další kategorii byla 6 – 10 let (27, 7%) a poslední kategorií bylo rozmezí 11 – více let (17,6%).

Tab. 4 Délka pracovního poměru

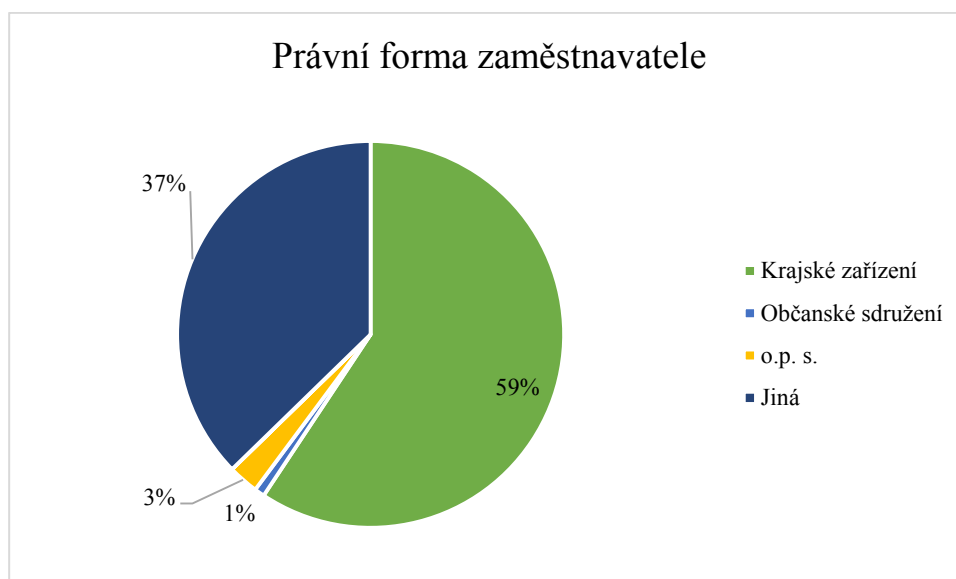
	Počet respondentů	%
0-5 let	65	54,6
6-10 let	33	27,7
11 - více let	21	17,6

Graf 5 Délka pracovního poměru**Položka č. 5: Jaká je právní forma Vašeho zaměstnavatele?**

Tato položka zjišťovala, jaká je právní forma zaměstnavatele respondentů. Rozložení jednotlivých možností ukazuje následující tabulka a graf. Nejčastěji zastoupenou formou zaměstnavatele byly příspěvkové organizace zřizované kraji (58,8%). Další nejčtenější odpovědi, byli jiné (37%).

Tab. 5 Právní forma zaměstnavatele

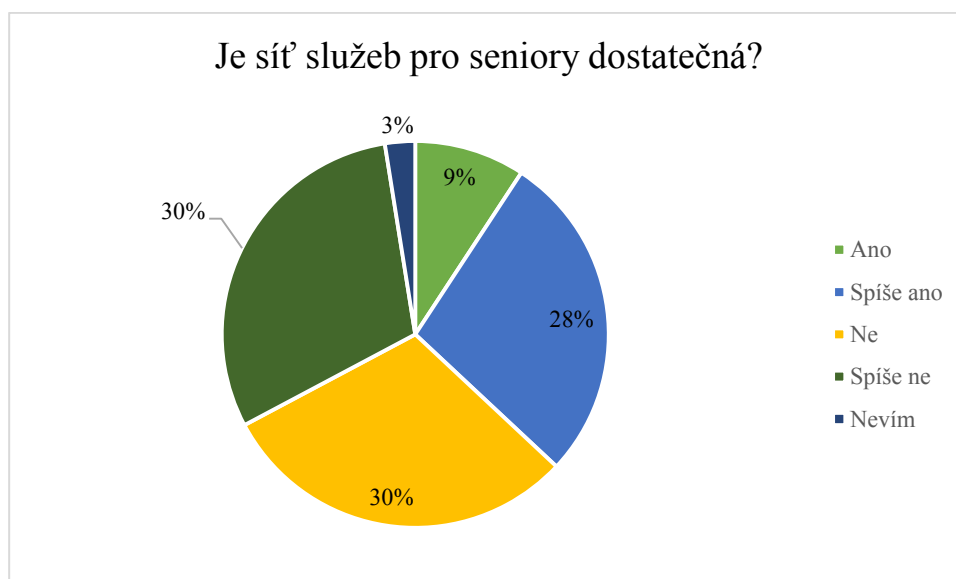
	Počet respondentů	%
Krajské zařízení	70	58,8
Občanské sdružení	1	0,8
o.p. s.	3	2,5
OSVČ	0	0
Jiná	44	37

Graf 6 Právní forma zaměstnavatele**Položka č. 6: Je podle Vás v kraji dostatečně zajištěna síť služeb pro seniory?**

Položka č. 6 se zabývá tím, zda je v kraji, kde respondent pracuje dostatečně zajištěna síť dostupných služeb pro seniory. Rozložení odpovědí ukazuje následující tabulka a graf. Respondenti měli možnost hodnotit tuto dostatečnost na škále odpovědí ano, spíše ano, ne spíše ne. Ze získaných dat vyplývá, že respondenti 30,3 % odpověděli na tuto položku „ne“ a 30,3 % spíše ne, respondenti se tak ve většině případů ztotožňují s tvrzení, že v daném kraji není síť služeb pro seniory dostatečná.

Tab. 6 Dostatečnost sítě služeb pro seniory

	Počet respondentů	%
Ano	11	9,2
Spíše ano	33	27,7
Ne	36	30,3
Spíše ne	36	30,3
Nevím	3	2,5

Graf 7 Dostatečnost sítě služeb pro seniory

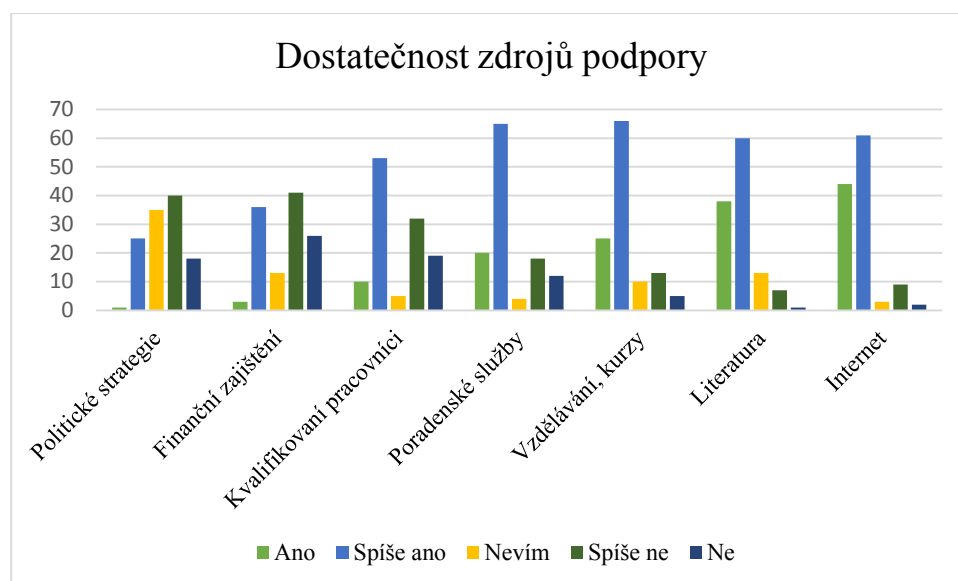
Položka č. 7: Existuje podle Vás dostatek zdrojů a podpory pro zajištění návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami ve Vašem regionu?

V této položce jsem zjišťovala, zda respondenti vnímají dostatek zdrojů a podpory, které by vedly k zlepšení návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami pro seniory. Respondenti hodnotili několik kategorií na škále odpovědí ano, spíše ano, nevím, spíše ne, ne, dle kterých jsem zjistila, zda se přiklání spíše ke kladné či záporné odpovědi. První kategorií byly politické strategie. V této oblasti respondenti vnímají spíše nedostatečnou podporu pro seniory (40 respondentů). Další kategorií bylo finanční zajištění. I zde se respondenti přikládali spíše k negativním odpovědím. 41 respondentů odpovědělo spíše ne, 26 pak jednoznačně ne. V kategorii kvalifikovaní pracovníci je situace zcela jiná. 53 respondentů odpovědělo, že dostatečnost podpory ze strany kvalifikovaných pracovníků vnímají jako dostatečnou. Podobně byla respondenty vnímána i kategorie poradenský služby, kde 65 dotazovaných odpovědělo spíše ano, jednoznačně pro kladnou odpověď se vyslovilo 20 zúčastněných. Další kategorií bylo vzdělávání, kurzy. I v této oblasti respondenti vnímají převážně dostatek zdrojů podpory pro seniory (66 respondentů – spíše ano, 25 respondentů – ano). Poslední 2 kategorie byly zaměřeny na dostupnost odborné literatury a informace z internetu. I zde se respondenti častěji přiklínili k tomu, že tyto zdroje podpory jsou dostačující. Konkrétní data u jednotlivých kategorií jsou uvedeny v následující tabulce a grafu.

Tab. 7 Zdroje podpory

	Ano	Spíše ano	Nevím	Spíše ne	Ne
Politické strategie	1	25	35	40	18
Finanční zajištění	3	36	13	41	26
Kvalifikovaní pracovníci	10	53	5	32	19
Poradenské služby	20	65	4	18	12
Vzdělávání, kurzy	25	66	10	13	5
Literatura	38	60	13	7	1
Internet	44	61	3	9	2

Graf 8 Zdroje podpory

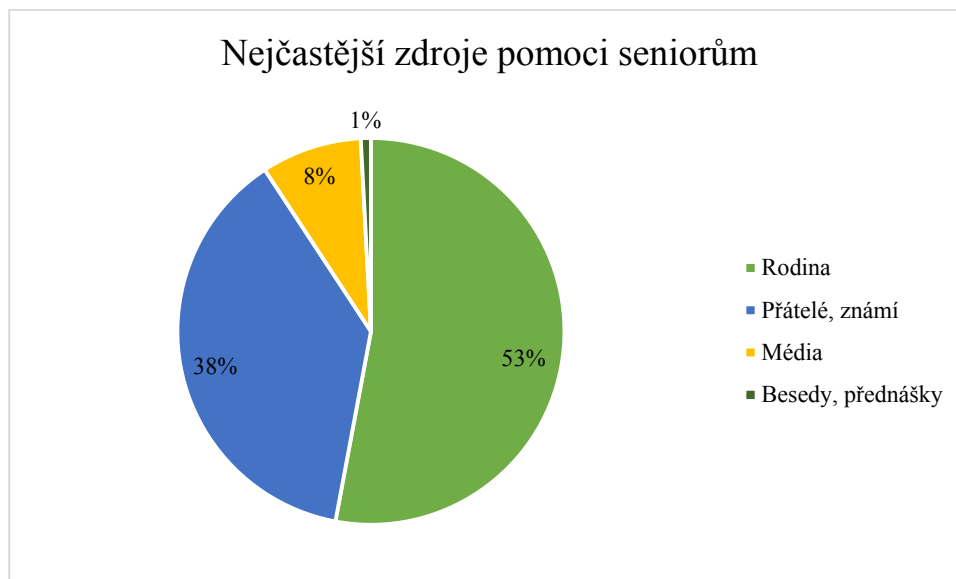


Položka č. 8: Jakým způsobem se podle Vašeho názoru senioři nejčastěji dozvědí o možných zdrojích pomoci?

V této položce jsem zjišťovala, jakým způsobem nebo od koho se senioři nejčastěji dozvídají o možných zdrojích pomoci. Tato položka ukazuje, že senioři se nejčastěji dozvídají o zdrojích pomoci od své rodiny (52,9%) nebo přátel (37,8%). Pouze jeden z dotazovaných respondentů odpověděl, že informace senior čerpá z přednášek, besed.

Tab. 8 Způsob předání informací o zdrojích pomoci

	Počet respondentů	%
Rodina	63	52,9
Přátelé, známí	45	37,8
Média	10	8,4
Besedy, přednášky	1	0,8

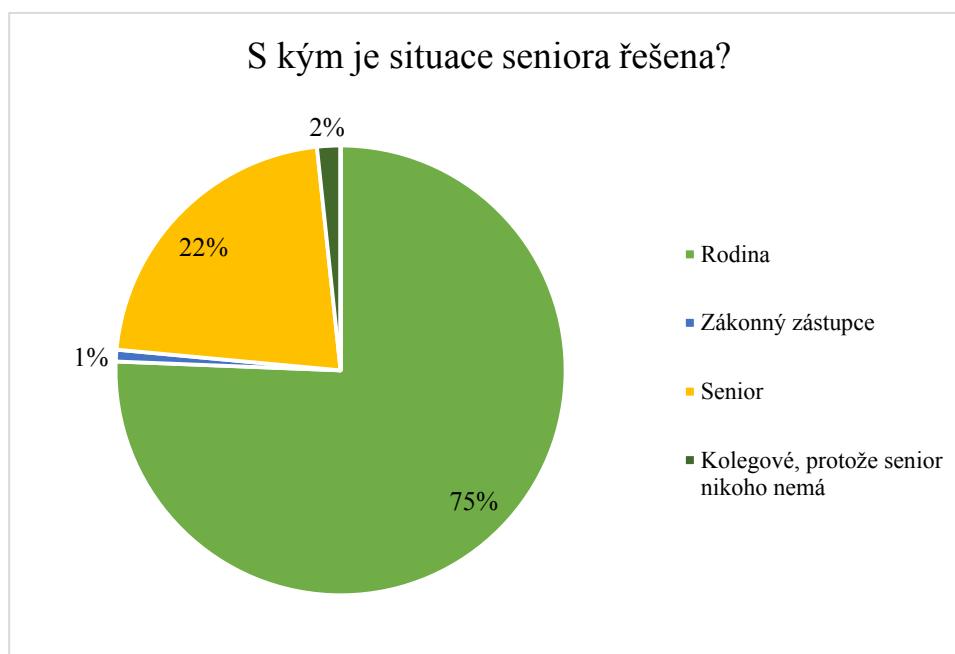
Graf 9 Způsob předání informací o zdrojích podpory**Položka č. 9: S kým nejčastěji nepříznivou sociální situaci seniora řešíte?**

Tato položka zjišťovala, s kým senioři nejčastěji řeší svou nepříznivou sociální situaci. Respondentům bylo v dotazníku nabídnuto několik variant. Jak vyplývá z níže uvedených, nejčastěji senioři řeší svou nepříznivou sociální situaci s rodinou. Tento výběr určilo 90 respondentů (75,6%). Další nejčtenější odpovědí bylo, že senior se snaží svou situaci řešit sám. Takto odpovědělo 21,8% respondentů.

Tab. 9 Kdo řeší nepříznivou sociální situaci seniora

	Počet respondentů	%
Rodina	90	75,6
Zákonný zástupce	1	0,8
Senior sám	26	21,8
Kolegové, protože senior nikoho nemá	2	1,7
Kolegové, protože rodina nemá zájem	0	0

Graf 10 Kdo řeší nepříznivou sociální situaci seniora

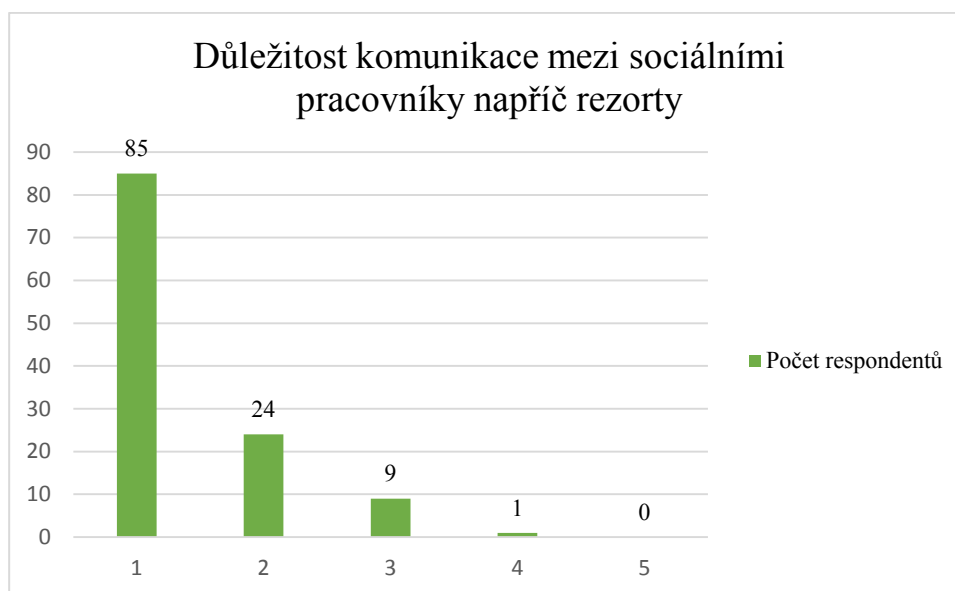


Položka č. 10: Jak moc je důležitá vzájemná informovanost a komunikace sociálních pracovníků v sociálních službách, ve zdravotních službách a sociálních pracovníků městských úřadů v souvislosti se zajištěním potřeb seniorů? Číslo 1 značí nejvyšší důležitost.

Tato položka se zabývala otázkou, jakou důležitost kladou respondenti vzájemné informovanosti a komunikace sociálních pracovníků v sociálních službách, ve zdravotních službách a sociálních pracovníků městských úřadů v souvislosti se zajištěním seniorů? Jinými slovy se zajímá o nutnost multidisciplinární spolupráce. Respondenti měli v této položce ohodnotit tuto důležitost na škále 1 – 5, kdy číslo 1 představovalo nejvyšší důležitost. Tato položka ukazuje, že otázku vzájemné spolupráce vnímá většina respondentů jako velmi zásadní (71,4 %). I z následujících hodnot můžeme vidět, že respondenti vzájemnou spolupráci vidí, jak velmi důležitou.

Tab. 10 Důležitost informovanosti a komunikace

Důležitost	Počet respondentů	%
1	85	71,4
2	24	20,2
3	9	7,6
4	1	0,8
5	0	0

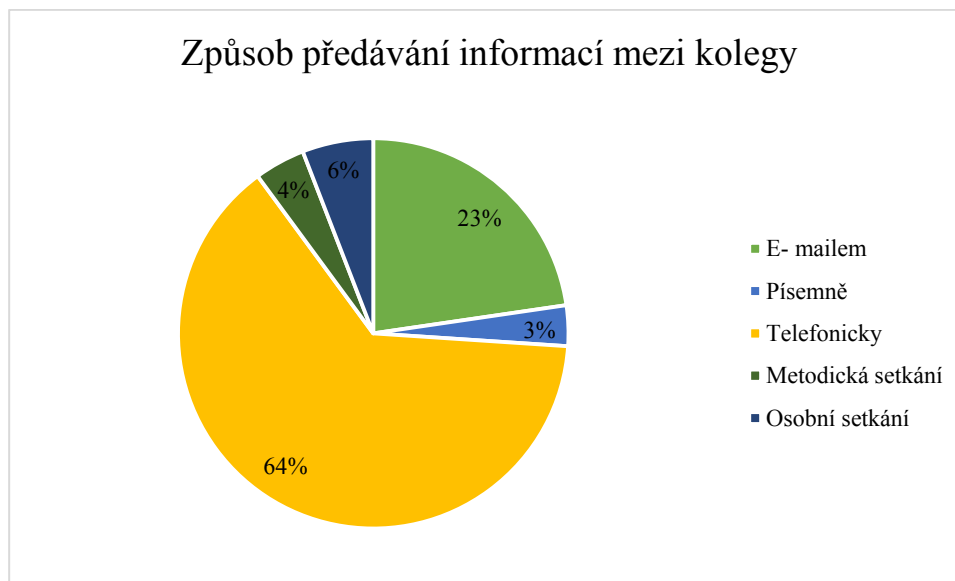
Graf 11 *Důležitost informovanosti a komunikace*

Položka č. 11: Jakým způsobem si nejčastěji předáváte informace s kolegy z jiných organizací, institucí?

Tato položka zjišťuje, jakým způsobem spolu sociální pracovníci sociálních služeb, zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci městských úřadů nejčastěji komunikují a předávají si informace. Ze získaných dat jsem zjistila, že nejčastěji probíhá komunikace prostřednictvím telefonu (63,9%), druhý nejčastější způsob komunikace je e-mailem (22,7%), třetí preferovanou možností je osobní setkání (5,9%).

Tab. 11 *Způsob předávání informací*

	Počet respondentů	%
E- mailem	27	22,7
Písemně	4	3,4
Telefonicky	76	63,9
Metodická setkání	5	4,2
Osobní setkání	7	5,9

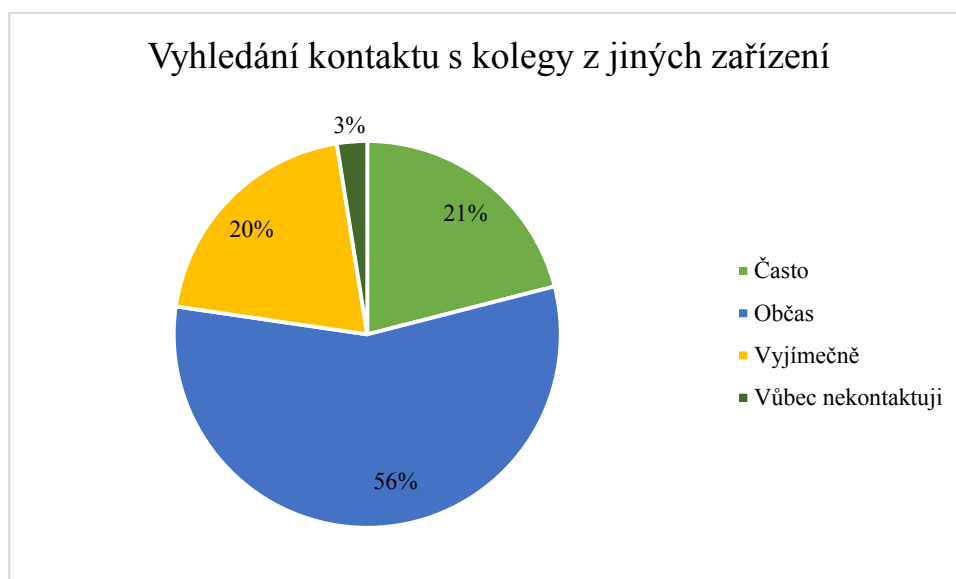
Graf 12 Způsob předávání informací

Položka č. 12: Jak často kontaktuje kolegy z jiných organizací, institucí s žádostí o radu, pomoc, podporu, konzultaci konkrétního případu?

V této položce jsem zjišťovala rámcovou častost vyhledávání kontaktu s pracovníky jiných organizací, institucí s žádostí o pomoc, radu, podporu, konzultaci. Respondenti měli na výběr z několika možností výběru často, občas, výjimečně nebo vůbec nekontaktují. Nejčastěji odpovídanou možností bylo občas (56, 3%). Často odpovědělo 21% respondentů a 20,2 % respondentů výjimečně. Tři respondenti se vyjádřili tak, že vůbec pomoc ostatních kolegů nevyhledávají.

Tab. 12 Kontakt s kolegy

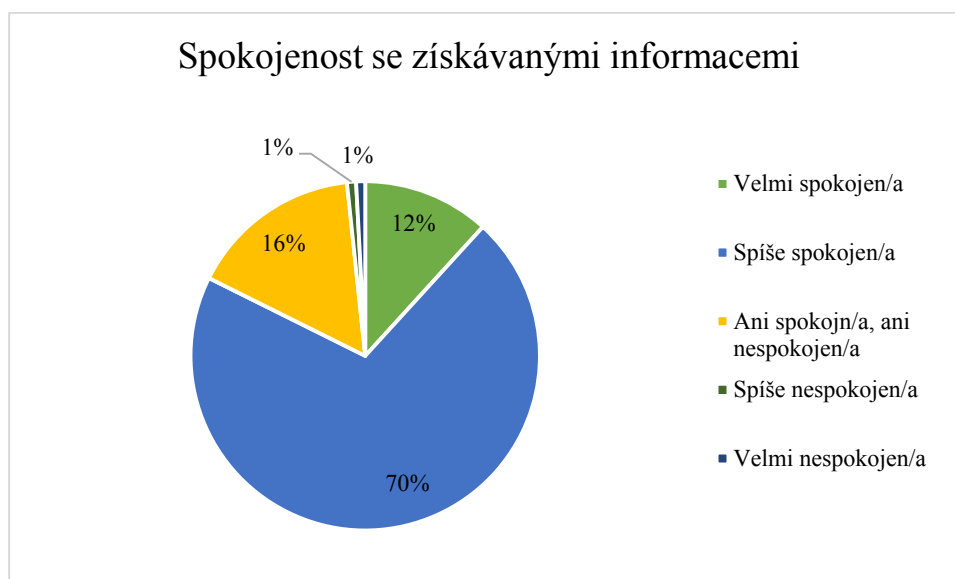
	Počet respondentů	%
Často	25	21
Občas	67	56,3
Výjimečně	24	20,2
Vůbec nekontaktují	3	2,5

Graf 13 *Kontakt s kolegy***Položka č. 13: Jak jste spokojeni s informacemi, které od kolegů získáváte?**

Položka č. 13 navazuje na předchozí položky a zabývá se kvalitou informací, kterou od kolegů respondenti získávají. Respondentům byla k dispozici škála možností. Obecně lze ze získaných dat vyčíst, že u respondentů převládá spokojenost se získávanými informacemi. Spíše spokojen/a odpovědělo 70,6% respondentů a velmi spokojen/a 11,8%.

Tab. 13 *Spokojenost se získávanými informacemi*

	Počet respondentů	%
Velmi spokojen/a	14	11,8
Spíše spokojen/a	84	70,6
Ani spokojn/a, ani nespokojen/a	19	16
Spíše nespokojen/a	1	0,8
Velmi nespokojen/a	1	0,8

Graf 14 Spokojenost se získávanými informacemi

Položka č. 14: Spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami v souvislosti se zajištěním potřeb seniorů vnímám jako (číslo 1 = nejvyšší důležitost)

V této položce zjišťují, jak respondenti vnímají důležitost spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami v souvislosti se zajištěním potřeb seniorů. Respondenti měli na škále 1 -5 určit, jak důležité toto téma z jejich pohledu je. Nejčastěji odpovídanou variantou bylo č. 3 (48,7%) a 4 (29,4%). Ze získaných dat lze vyčíst, že otázku nutnosti spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami, respondenti nevnímají jako zásadní pro efektivní zajištění potřeb seniorů.

Tab. 14 Důležitost spolupráce

Důležitost	Počet respondentů	%
1	1	0,8
2	18	15,1
3	58	48,7
4	35	29,4
5	7	5,9

Graf 15 Důležitost spolupráce



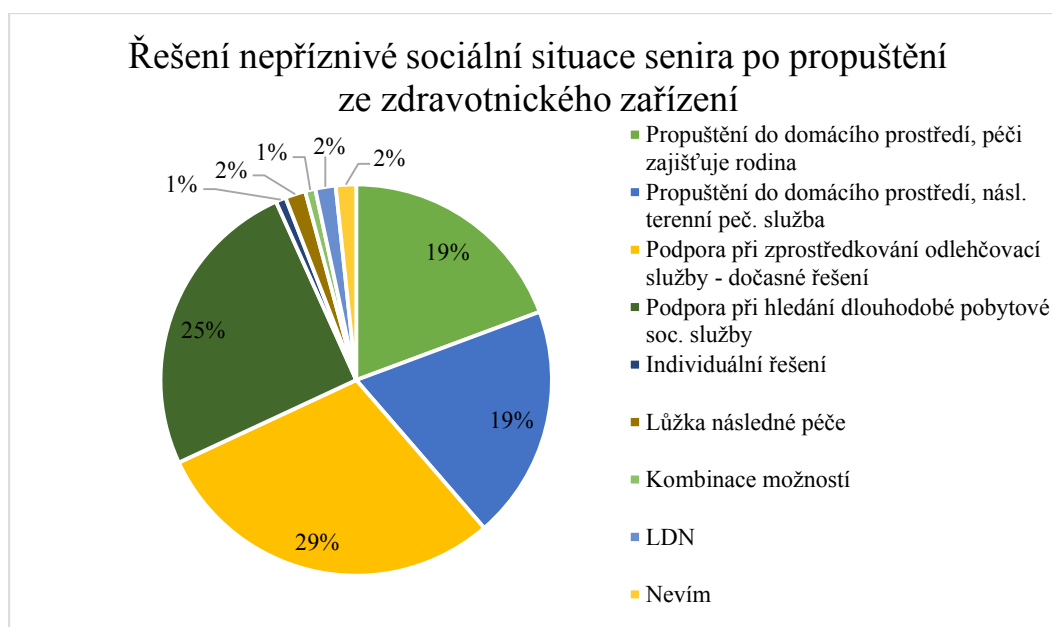
Položka č. 15: Jak je nejčastěji řešena sociální situace seniora, který na základě zhoršení zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby a má být propuštěn z hospitalizace ve zdravotnickém zařízení?

V této položce jsem se respondentů dotazovala na to, jakým způsobem je podle nich v praxi nejčastěji řešena sociální situace seniora, který na základě zhoršení zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby a má být propuštěn z hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Respondenti měli na výběr z několika nabízených možností. Rozdíly mezi nejčastější a nejméně častou odpovědí nejsou tak výrazné jako u předchozích položek. Přesto byla nejvíce častou odpovědí podpora při zprostředkování odlehčovací služeb, které je vnímáno jako dočasné řešení, takto odpovědělo 29,4 %. Druhou nejčastější odpovědí byla podpora při hledání dlouhodobé pobytové sociální služby (25,2%). Dále pak propuštění do domácího prostředí s následnou péčí rodiny (19,3%) a propuštění do domácího prostředí a následné podpora terénní pečovatelské služby (19,3%).

Tab. 15 Propuštění z hospitalizace

	Počet respondentů	%
Propuštění do domácího prostředí, péči zajišťuje rodina	23	19,3
Propuštění do domácího prostředí, násl. terenní peč. služba	23	19,3
Podpora při zprostředkování odlehčovací služby - dočasné řešení	35	29,4
Podpora při hledání dlouhodobé pobytové soc. služby	30	25,2
Individuální řešení	1	0,8
Lůžka následné péče	2	1,6
Kombinace možností	1	0,8
LDN	2	1,6
Nevím	2	1,6

Graf 16 Propuštěn z hospitalizace



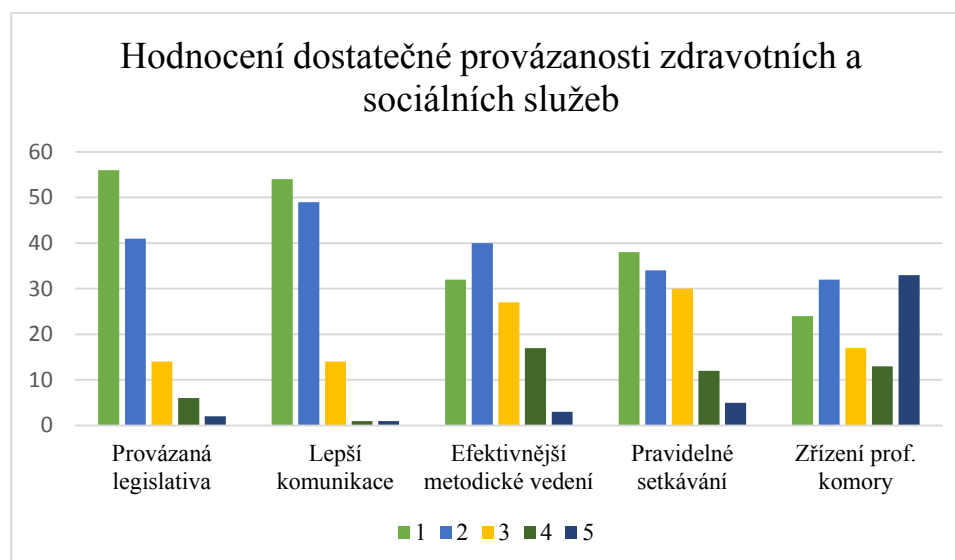
Položka č. 16: Co by podle Vás mohlo přispět k lepší provázanosti zdravotních a sociálních služeb v České republice? Ohodnoťte následující možnosti dle důležitosti (1 - nejdůležitější) přičemž každé z čísel může být zvoleno jen jednou.

Položka č. 16 zjišťuje, co by mohlo přispět k lepší provázanosti zdravotních a sociálních služeb. Respondenti měli hodnotit několik kategorií a zvolit čísla 1 – 5 podle subjektivní důležitosti. Číslo 1 přiřazovali respondenti nejčastěji k provázané legislativě. Takto odpovědělo 56 respondentů. Dalšími kategoriemi, které respondenti hodnotili č. 1 byly lepší komunikace (54 respondentů) a pravidelné setkávání (38 respondentů).

Tab. 16 Hodnocení kategorií

Kategorie	Hodnocení				
	1	2	3	4	5
Provázaná legislativa	56	41	14	6	2
Lepší komunikace	54	49	14	1	1
Efektivnější metodické vedení	32	40	27	17	3
Pravidelné setkávání	38	34	30	12	5
Zřízení prof. komory	24	32	17	13	33

Graf 17 Hodnocení kategorií



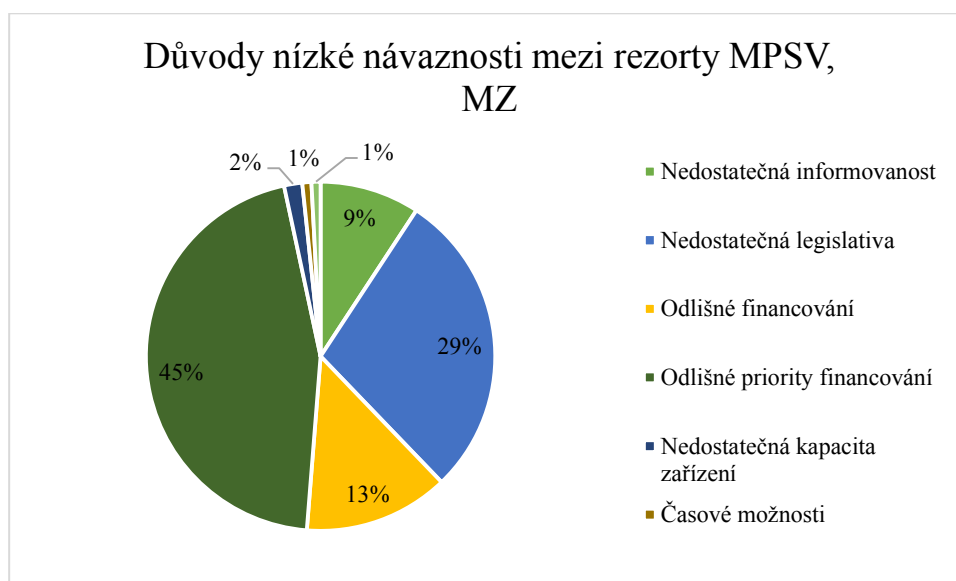
Položka č. 17: Co je důvodem nízké návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami v souvislosti se zajištěním péče o seniora? Vyberte prosím tu z možností, která je podle Vašeho názoru nejzásadnější.

V této položce se respondenti měli zamyslet nad tím, co je důvodem nízké návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami v souvislosti se zajištěním péče o seniora. Na výběr měli z několika nabídek možností. Mezi nejčastěji uváděné důvody nízké návaznosti respondenti uvedli odlišné priority financování (45,4%) a nedostatečnou legislativu, která by návaznost propojila.(28,6 %).

Tab. 17 Důvody nízké návaznosti

	Počet respondentů	%
Nedostatečná informovanost	11	9,2
Nedostatečná legislativa	34	28,6
Odlíšné financování	16	13,4
Odlíšné priority financování	54	45,4
Nedostatečná kapacita zařízení	2	1,6
Časové možnosti	1	0,8
Každá z uvedených možností	1	0,8

Graf 18 Důvody nízké návaznosti



Položka č. 18: Které sociální události seniora jsou pro něj nejvíce zatěžující? K jednotlivým položkám vždy přiřadte čísla 1 - 7 dle náročnosti. Přičemž každé z čísel může být zvoleno pouze jednou. Číslo jedna je nejnáročnější událost.

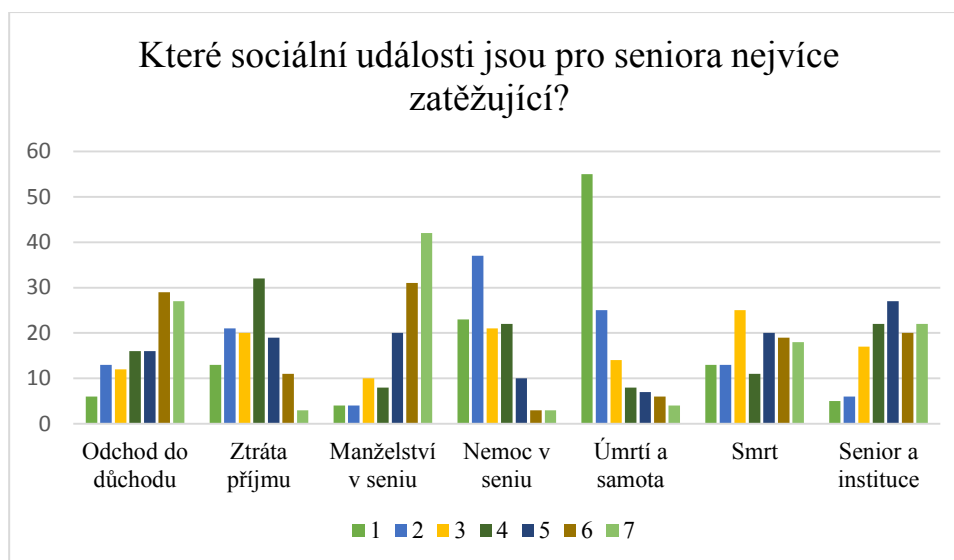
V položce č. 18 se respondenti měli vyjádřit k tomu, jakou sociální událost vnímají v životě seniora jako nejzásadnější. K dispozici měli několik možností, které hodnotili

číslly 1 – 7 dle náročnosti události. Získaná data zobrazuje následující tabulka a graf. Respondenti považují za nejnáročnější situaci, se kterou se senioři musí vyrovnat úmrtí a samotu (55 respondentů), další nejvíce zatěžující událostí je nemoc (23 respondentů). Naopak nejméně zatěžujícími událostmi jsou manželství v séniu (42 respondentů) a odchod do důchodu (27 respondentů).

Tab. 18 Sociální události seniora

Kategorie	Hodnocení						
	1	2	3	4	5	6	7
Odchod do důchodu	6	13	12	16	16	29	27
Ztráta příjmu	13	21	20	32	19	11	3
Manželství v seniu	4	4	10	8	20	31	42
Nemoc v seniu	23	37	21	22	10	3	3
Úmrtí a samota	55	25	14	8	7	6	4
Smrt	13	13	25	11	20	19	18
Senior a instituce	5	6	17	22	27	20	22

Graf 19 Sociální události seniora



Položka č. 19: Které z uvedených potřeb jsou pro seniora nejvíce významné?

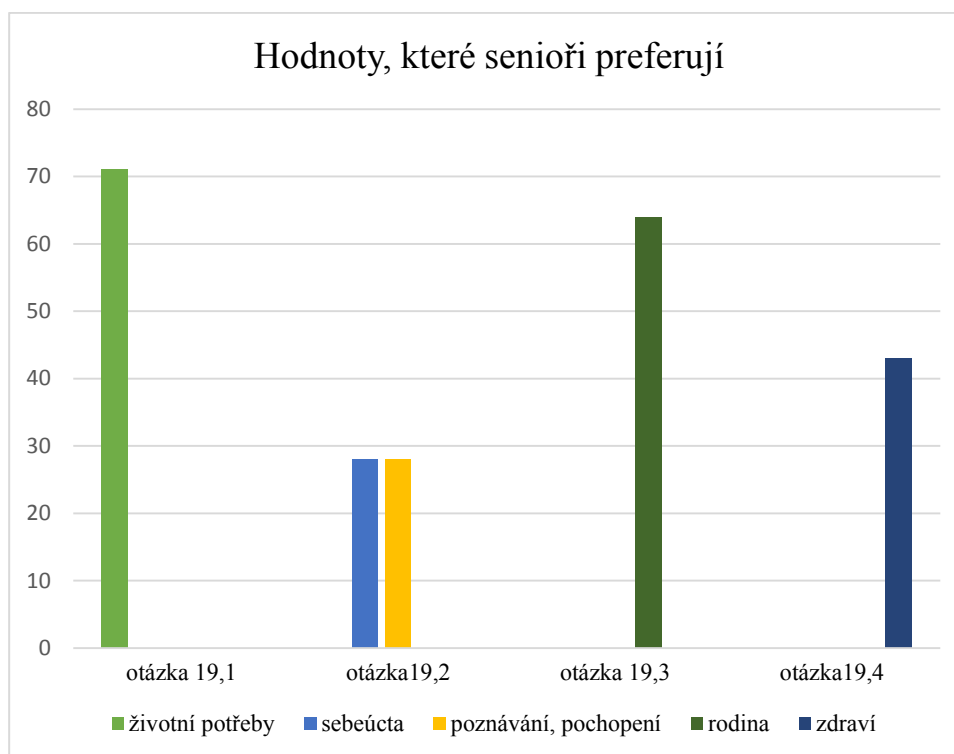
V této položce jsem se zabývala potřebami seniorů. V dotazníku byla položka č. 19 rozdělena na 4 podotázky. Každá podotázka obsahovala několik možností výběru. Rozdělení jednotlivých možností výběru vychází z Maslowovy pyramidy potřeb. Respondenti volili u každé z nich oblasti (např. 19.1.) potřebu, která je z jejich pohledu nejvýznamnější. V oblasti 19.1., která odpovídá špičce Maslowovy pyramidy potřeb respondenti jako nejvýznamnější zvolili životní potřeby. Takto odpovědělo 71 respondentů. V další oblasti 19.2. respondenti nejčastěji volili sebeúctu (28 respondentů) a poznávání, pochopení

(28 respondentů). Jako nejvýznamnější potřebou v oblasti 19.3. respondenti vnímají rodinu a v oblasti 19.4 zdraví. Tato poslední oblast odpovídá první příčce Maslowovy pyramidy a uzavírá tak tuto položku.

Tab. 19 Hodnoty seniory

19.1	seberealizace.	sebeaktualizace	životní potřeby	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	pracovní potřeby	kulturní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
	32	3	71	0	6	1	0	0	6
19.2	sebeúcta	sebepojetí	úspěch, uznání	neudělat ostudu	intimita	poznávání, pocho- pení	autonomie	moc	submise
	28	8	13	3	20	28	19	0	0
19.3	láska	sounáležitost	důvěra	kommunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
	7	13	16	15	64	0	0	2	2
19.4	zdraví	bezpečí pomoci	sociální a ekonomické jistoty	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír, klid	potřeba struktury, řádu
	43	25	14	33	1	0	0	3	0

Graf 20 Hodnoty seniora

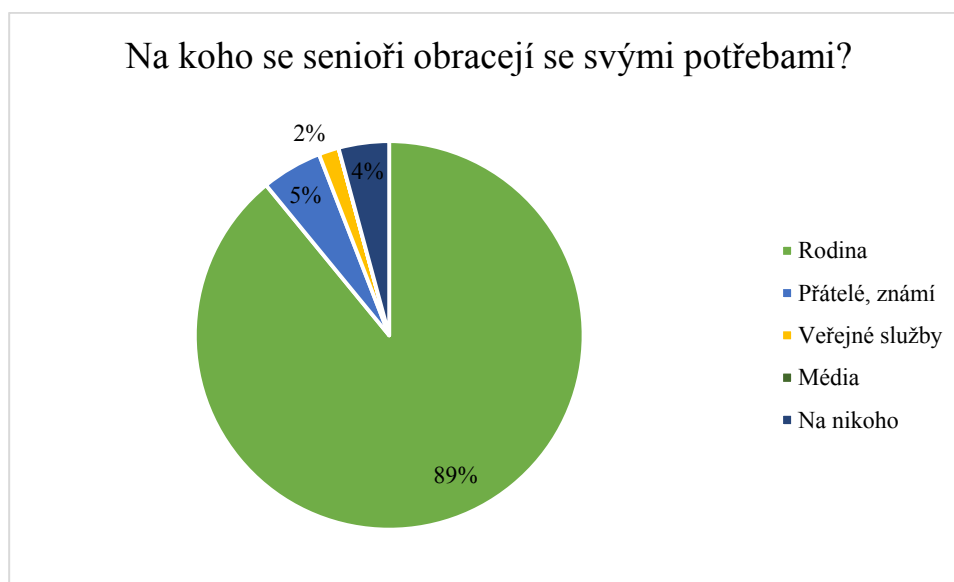


Položka č. 20: Na koho se senioři nejčastěji obracejí se svými potřebami?

Cílem položky č. 20 bylo zjistit, na koho se senioři se svými potřebami nejčastěji obracejí. Z dat získaných prostřednictvím dotazníkového šetření vyplynulo, že senioři nejčastěji řeší své potřeby s rodinou (89,1 %) nebo přáteli (5%). Variantu média neodpověděl nikdo z dotazovaných.

Tab. 20 Podpora při zajištění potřeb seniora

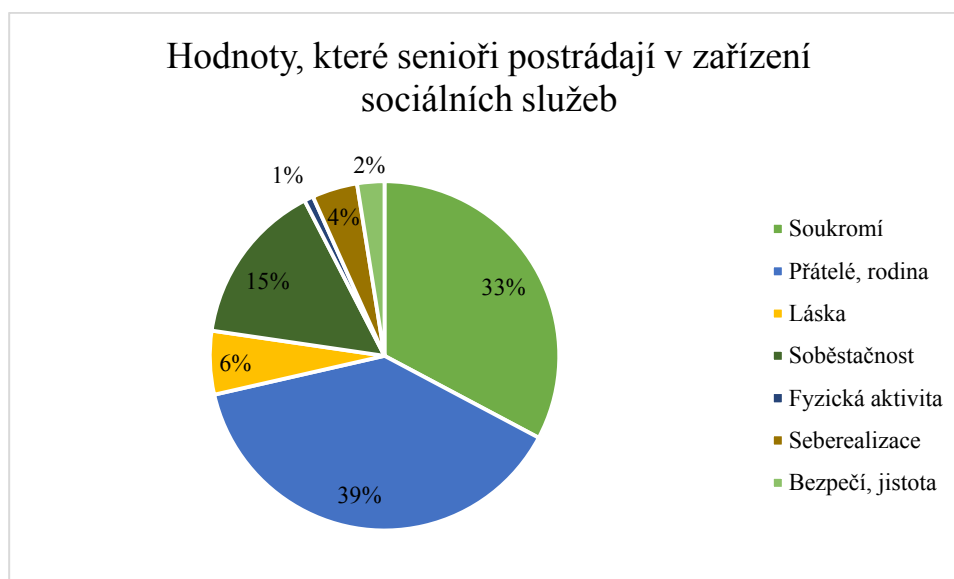
	Počet respondentů	%
Rodina	106	89,1
Přátelé, známí	6	5
Veřejné služby	2	1,7
Média	0	0
Na nikoho	5	4,2

Graf 21 Podpora při zajištění potřeb seniora**Položka 21: Jaké hodnoty podle Vás senioři postrádají v zařízení sociálních služeb?**

V této položce jsem zjišťovala, jaké potřeby senioři postrádají v zařízeních sociálních služeb. Rozdělení odpovědí respondentů zobrazuje následující tabulka a graf. Tato položka ukazuje, že dle názoru respondentů, seniorům v zařízeních sociálních služeb nejčastěji chybí rodina, přátelé (38,7%) a dostatek soukromí (32,8%). Třetí nejčtenější položkou je nedostatek soběstačnosti (15,1%).

Tab. 21 Hodnoty, které seniorům chybí v sociálních službách

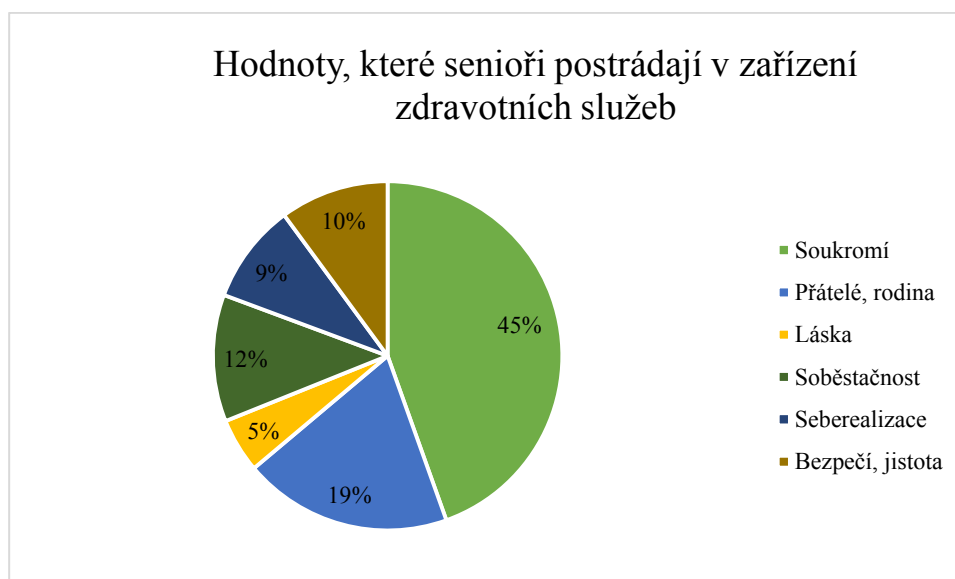
	Počet respondentů	%
Soukromí	39	32,8
Přátelé, rodina	46	38,7
Láska	7	5,9
Soběstačnost	18	15,1
Fyzická aktivita	1	0,8
Seberealizace	5	4,2
Bezpečí, jistota	3	2,5

Graf 22 Hodnoty, které seniorům chybí v sociálních službách**Položka č. 22: Jaké hodnoty podle Vás senioři postrádají v zařízení zdravotních služeb?**

V této položce jsem zjišťovala, jaké potřeby senioři postrádají v zařízeních zdravotních služeb. Rozdělení odpovědí respondentů zobrazuje následující tabulka a graf. Tato položka ukazuje, že dle názoru respondentů, seniorům v zařízeních zdravotních služeb nejčastěji chybí soukromí (44,5%). Dalšími častými odpověďmi byli přátelé, rodina (19,3%) a soběstačnost (11,8%).

Tab. 22 Hodnoty, které seniorům chybí ve zdravotních službách

	Počet respondentů	%
Soukromí	53	44,5
Přátelé, rodina	23	19,3
Láska	6	5
Soběstačnost	14	11,8
Seberealizace	11	9,2
Bezpečí, jistota	12	10,1

Graf 23 Hodnoty, které seniorům chybí ve zdravotních službách

Položka 23: Setkáváte se v praxi s tím, že některé potřeby seniora jsou v zařízeních zdravotních a sociálních služeb přehlíženy?

V této položce jsem zjišťovala, zda se respondenti v praxi někdy setkali s tím, že některé potřeby seniorů jsou v zařízeních sociálních a zdravotních služeb přehlíženy. Z položky č. 23 vyplývá, že 80,7 % respondentů se v praxi s touto skutečností setkalo.

Tab. 23 Přehlížení potřeb

	Počet respondentů	%
Ano	96	80,7
Ne	17	14,3
Nevím	6	5

Graf 24 Přehlížení potřeb

Položka č. 24: V jakém kraji pracujete?

Jak už bylo uvedeno, pro účely dotazníkového šetření byli osloveni sociální pracovníci sociálních služeb, zdravotně sociální pracovníci zdravotnických zařízení a sociální pracovníci městských úřadů či obcí s rozšířenou působností různé pracovní pozice. Tento výzkumný vzorek byl osloven ve všech 14 ti krajích České republiky, přibližně ve stejném počtu. Následující tabulka a graf zobrazují, jaká byla účast na dotazníkovém šetření v jednotlivých krajích. Respondenti z kraje Vysočina projevili největší ochotu zúčastnit se mého výzkumu. Z celkového počtu respondentů se jich z Kraje Vysočina zúčastnilo 21 (17,6 %). Dále pak Moravskoslezský kraj (17 respondentů, 14,3 %) a Zlínský kraj (16, 13,3%).

Tab. 24 Kraj respondentů

	Počet respondentů	%
Hlavní město Praha	8	6,7
Středočeský kraj	3	2,5
Jihočeský kraj	9	7,6
Plzeňský kraj	2	1,7
Karlovarský kraj	4	3,4
Královéhradecký kraj	2	1,7
Pardubický kraj	9	7,6
Kraj Vysočina	21	17,6
Jihomoravský kraj	12	10,1
Olomoucký kraj	9	7,6
Moravskoslezský kraj	17	14,3
Zlínský kraj	16	13,3
Liberecký kraj	3	2,5
Ústecký kraj	4	3,4

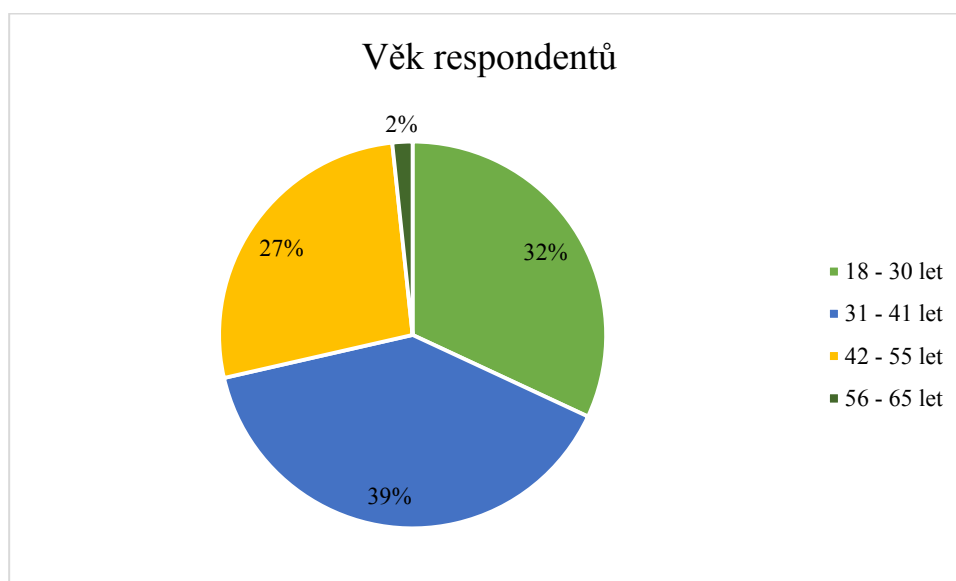
Graf 25 Kraj respondentů

Položka 25: Kolik Vám je let?

V této položce jsem zjišťovala věk respondentů. Pro účely tohoto výzkumu jsem zvolila 4 věkové kategorie. Rozložení odpovědí zobrazuje následující tabulka a graf. Tato položky ukazuje, že nejvíce respondentů bylo ve věkové kategorii 31 – 41 let (39,5 %). Následovala věková kategorie 18-30 let (31,9, %) a nejméně respondentů bylo z věkové kategorie 56 – 65 let (1,7 %).

Tab. 25 *Věk respondentů*

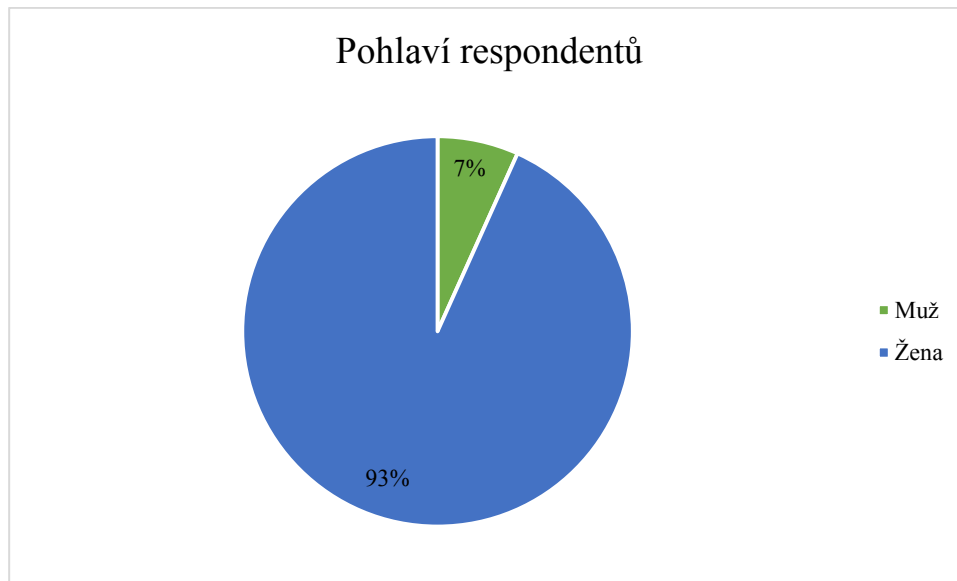
	Počet respondentů	%
18 - 30 let	38	31,9
31 - 41 let	47	39,5
42 - 55 let	32	26,9
56 - 65 let	2	1,7

Graf 26 *Věk respondentů***Položka 26: Jaké je Vaše pohlaví?**

V poslední položce dotazníku jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Jak vyplývá z níže uvedené tabulky a grafu, dotazníkového šetření se zúčastnila převážně většina žen (93,3 %). Tento výsledek není obecně nijak překvapující, protože je všeobecně známo, že v sociálních i zdravotních službách pracuje převážná většina žen. Mého výzkumu se zúčastnilo 8 mužů (7 %).

Tab. 26 *Pohlaví respondentů*

Pohlaví	Počet respondentů	%
Muž	8	6,7
Žena	111	93,3

Graf 27 Pohlaví respondentů

Příloha II: ETICKÝ KODEX**Etický kodex sociálního pracovníka
České republiky****Preambule**

1. Sociální práce je profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu, sociální rozvoj, řešení problémů v mezilidských vztazích, sociální rovnost, posílení a zmocnění osob v nepříznivé sociální situaci. Ústředními jsou pro sociální práci principy sociální spravedlnosti, respektování lidských práv, osobnosti jedince, rozmanitosti skupin a jejich specifik.
2. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky (dále jen kodex) vychází z Všeobecné deklarace lidských práv, z Listiny základních práv a svobod České republiky, ze Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a navazuje na zásady etiky sociální práce definované Mezinárodní federací sociální práce.
3. Je nejen posláním, ale i povinností sociálního pracovníka vykonávat sociální práci svědomitě, zodpovědně, iniciovat spolupráci multidisciplinárních týmů a dodržovat při výkonu této profese nejvyšší možné standardy profesionality v souladu s právními předpisy a dostupnými vědeckými poznatky.
4. Závazek k respektování etiky sociální práce je základním aspektem kvality výkonu sociální práce. Etické povědomí je zásadní a neoddělitelnou součástí profesní činnosti každého sociálního pracovníka.
5. Hlavním cílem kodexu je snaha o naplnění sociální práce, tak jak je uvedena v mezinárodní definici Mezinárodní federace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce (IFSW/IASSW) z roku 2014. Kromě toho kodex upravuje pravidla zodpovědnosti a etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke:
 - klientovi sociální služby;
 - zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci;
 - kolegům v sociální práci;
 - profesi a odbornosti sociálního pracovníka;
 - společnosti.
6. Respektování a dodržování kodexu je v zájmu rozvoje etiky sociální práce jako profese a odborného růstu každého sociálního pracovníka bez ohledu na členství ve výše uvedených profesních organizacích.

Hodnoty sociální práce

Sociální práce je dynamicky se rozvíjející profese založena na hodnotách sociální změny, sociální rovnosti, lidské důstojnosti a mezilidských vztazích.

Lidská důstojnost

Sociální pracovník přistupuje ke každé osobě důstojně, s ohledem na individuální rozdíly a v kontextu respektování a dodržování lidských práv. Podporuje vlastní zodpovědnost a autonomii každé osoby s ohledem na nejen individuální potřeby osoby, ale i její možnosti, schopnosti a dovednosti.

Sociální změna

Sociální pracovník zajišťuje každé osobě rovný přístup ke srozumitelným informacím a potřebným zdrojům. Podporuje osobu v procesu rozhodování, dosažení sociální změny a vyřešení nepříznivé sociální situace. Vytváří každé osobě rovné podmínky pro poskytování a využívání sociální služby.

Sociální rovnost

Sociální pracovník zajišťuje rovnost každé osobě bez ohledu na původ, barvu pleti, rasu, etnickou příslušnost, národnost, jazyk, věk, pohlaví, rod, sexuální orientaci, zdravotní stav, náboženské vyznání, politické přesvědčení, manželský a rodinný stav a sociálně-ekonomický status. Přispívá k odstranění projevů a příčin sociální nespravedlnosti, diskriminace, útlaku a bariér vedoucích k sociálnímu vyloučení.

Mezilidské vztahy

Sociální pracovník chápe důležitost mezilidských vztahů klienta a podporuje jej v udržování, utváření a podílí se na řešení problémů. Taktéž buduje a rozvíjí profesionální vztahy s kolegy a spolupracuje s odborníky z dalších institucí a profesí.

Mlčenlivost a diskrétnost

Pro sociálního pracovníka platí při výkonu své profese pravidlo mlčenlivosti a diskrétnosti úkonů sociální služby. Povinností mlčenlivosti je zavázán a platí i po skončení poskytování sociální služby nebo ukončení pracovního poměru.

Etická zodpovědnost

Hodnoty sociální práce jsou vyjádřeny při výkonu profese eticky zodpovědným rozhodováním a konáním. Etická zodpovědnost sociálního pracovníka se projevuje vůči klientovi sociální služby, zaměstnavateli, u kterého vykonává sociální práci, kolegům v sociální práci, profesi i vlastní odbornosti a společnosti. Prvořadá je zodpovědnost sociálního pracovníka vůči klientovi.

Etická zodpovědnost ke klientovi sociální služby

- Podporuje klienta k vědomí vlastní odpovědnosti.
- Jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva klienta.
- Vyvaruje se jakékoliv diskriminace klienta.
- Chrání klientovo právo na soukromí.
- Zaměřuje se na klientovy silné stránky a podporuje jej při řešení dalších sfér jeho života.
- Nepoškozuje klienta, nevyjadřuje se o něm hanlivě, neznevažuje jeho osobu ani nepříznivou životní situaci.
- Jedná s klientem bezúhonně, s účastí, respektem, vytváří s ním vztah založený na důvěře.
- Respektuje klientovu příslušnost k sociálním skupinám, národnosti i jeho etnickou a kulturní různorodost.

PŘÍLOHA P III: CHARTA PRÁV UMÍRAJÍCÍCH

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti

Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby

Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného

Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči

Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích

Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží

Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli

Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících

Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)

Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli

Umírání o samotě a v zanedbání

Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží

Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů

Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech

aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči

aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče

aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně

aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta

aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající

aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy

aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti

aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na seburčení a že pro to přijmou nutná opatření:

aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován

aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího

aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem

aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností

aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“

uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo pro

PŘÍLOH P IV. DOTAZNÍK

Vážené respondentky, vážení respondenti,

jsem studentkou 3. ročníku Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, obor sociální pedagogika a obracím se na Vás s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „Návaznost zdravotních a sociálních služeb v souvislosti s efektivním zajištěním potřeb seniorů“. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám nezabere více než 5 minut. Vámi zvolenou odpověď prosím vždy zakroužkujte, pokud není v otázce uvedeno jinak.

Velmi děkuji za spolupráci.

Monika Škrobová, DiS.

1) Souhlasíte s tvrzením, že péči o seniory by měla být v naší společnosti věnována větší pozornost, než které se jim dostává?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

2) Kde jste zaměstnán/a ?

- a) Domov pro seniory
- b) Domov se zvláštním režimem
- c) Dům s pečovatelskou službou
- d) Terénní pečovatelské služby
- e) Osobní asistence
- f) Týdenní, denní stacionář
- g) Domácí péče
- h) Sociální rehabilitace v LDN
- i) Hospic
- j) Nemocnice
- k) Léčebny
- l) Městský úřad – odbor sociálních věcí a zdravotnictví
- m) Obecní úřad obce s rozšířenou působností

3) Jakou pozici ve své organizaci vykonáváte?

- a) Sociální pracovník v sociálních službách
- b) Zdravotně sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení
- c) Sociální pracovník na městském úřadě
- d) Sociální pracovník obce s rozšířenou působností
- e) Sociální pracovník pro komunitní plánování
- f) Sociální kurátor pro dospělé
- g) Veřejný opatrovník

4) Jak dlouho na této pozici pracujete?

- a) 0 – 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 10 – více let

5) Jaká je právní forma vašeho zaměstnavatele?

- a) Zřizovatelem je MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí)
- b) Zřizovatelem je MZ (Ministerstvo zdravotnictví)
- c) Krajská zařízení
- d) Občanské sdružení
- e) Obecně prospěšná společnost
- f) Obchodní společnost
- g) OSVČ
- h) Jiná (Uveďte prosím jaká)

6) Je podle Vašeho názoru v kraji zajištěna dostatečná síť služeb pro seniory?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

7) Existuje podle Vás dostatek zdrojů a podpory pro zajištění návaznosti mezi zdravotními a sociálními službami ve Vašem regionu?

	Ano	Spíše ano	Ne	Spíše Ne	Nevím
Politické strategie					
Finanční zajištění					
Kvalifikovaní pracovníci					
Poradenské služby					
Vzdělání, kurzy					
Odborná literatura					
Internet					

8) Jakým způsobem se podle Vašeho názoru senioři nejčastěji dozvědí o možných zdrojích pomoci?

- a) Prostřednictvím rodiny
- b) Prostřednictvím přátel, známých
- c) Prostřednictvím médií (tisk, televize, rozhlas)
- d) Besedy, přednášky na témata

9) S kým nejčastěji nepříznivou sociální situací seniora řešíte?

- a) S rodinou
- b) Zákonných zástupcem seniora, v případě omezení svéprávnosti
- c) Se seniorem samotným
- d) Hledáme řešení s kolegy multidisciplinárním, protože senior již nemá nikoho, kdo by mu mohl pomoci nebo rodina nejeví zájem.

10) Jak moc je důležitá vzájemná informovanost a komunikace sociálních pracovníků v sociálních službách, zdravotních službách a sociálních pracovníků na městských úřadech v souvislosti s efektivním zajištěním potřeb seniora? Vyberte na škále 1 – 5. Číslo jedna na této škále značí vysokou důležitost, číslo 5 pak velmi nízkou důležitost.

1 2 3 4 5

11) Jakým způsobem si předáváte informace s kolegy z ostatních služeb, institucí?

- a) Nejčastěji e-mailem
- b) Písemně, poštou
- c) Telefonicky
- d) Metodická setkání
- e) Osobní setkání

12) Jak často kontaktuje kolegy z jiných organizací, institucí s žádostmi o radu, pomoc, podporu, konzultaci konkrétního případu?

- a) Často
- b) Občas
- c) Výjimečně
- d) Vůbec je nekontaktuji. Nepotřebuji to.

13) Jak jste spokojeni s informacemi, které od kolegů získáváte?

- a) Velmi spokojen/a
- b) Spíše spokojen/a
- c) Ani spokojen/a, ani nespokojen/a
- d) Spíše nespokojen/a
- e) Velmi nespokojen/a

14) Spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami v souvislosti se zajištěním potřeby seniorů vnímám jako

Naprosto dostatečnou 1 2 3 4 naprosto nedostatečnou

15) Jak je nejčastěji řešena sociální situace seniora, který na základě zhoršení zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby a má být propuštěn z hospitalizace ve zdravotnickém zařízení?

- a) Propuštění do domácího prostředí, péči zajišťuje rodina
- b) Propuštění do domácího prostředí, rodina si zajistí terénní pečovatelskou službu
- c) Podpora při zprostředkování odlehčovacích služeb, než se podaří rodině najít vhodnou pobytovou sociální službu, která by situaci řešila komplexněji
- d) Hledání vhodné pobytové sociální služby (domova pro seniory, domova se zvláštním režimem), prozatím umístěn na sociálních lůžkách
- e) Hledání vhodné pobytové sociální služby (domova pro seniory, domova se zvláštním režimem), prozatím umístěn v léčebně dlouhodobě nemocných

16) Co by podle vás mohlo přispět k lepší provázanosti zdravotních a sociálních služeb v České republice? Seřadte prosím možnosti dle důležitosti od 1 – 5, kdy jednička znamená velmi vysokou důležitost.

- Provázaná legislativa
- Lepší komunikace mezi rezorty
- Efektivnější metodické vedení sociálních pracovníků
- Pravidelné setkávání sociálních pracovníků z obou rezortů
- Zřízení profesní komor sociálních pracovníků

17) Proč je v České republice nedostatečná návaznost mezi zdravotními a sociálními službami v souvislosti s péčí o seniora? Vyberte tu možnost, která je podle Vašeho názoru nejzásadnější.

- a) Nedostatečná informovanost sociálních pracovníků v obou rezortech
- b) Nedostatečná legislativa, která by návaznost podpořila
- c) Odlišné financování
- d) Odlišné priority rezortů

18) Které sociální události seniora pro něj jsou nejvíce zatěžující? K jednotlivým položkám vždy přiřaďte čísla od 1 – 7 dle důležitosti, kdy číslo jedna je nejvíce důležitá položka.

- Odchod do důchodu
- Nedostatek finančních prostředků
- Manželství v seniu
- Nemoc ve stáří
- Úmrtí partnera a samota
- Smrt
- Senior a instituce

19) Které z uvedených potřeb jsou pro seniora nejvíce významné? Z každého řádku prosím vyberte jednu, která je z Vaše pohledu pro seniora nejvýznamnější.

seberealizace	sebeaktualizace	životní potřeby	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	pracovní potřeby	kulturní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebepojetí	úspěch, uznání	neudělat ostudu	intimita	poznávání, pochopení	autonomie	moc	submise
Láska	sounáležitost	důvěra	komunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
Zdraví	bezpečí pomoci	sociální a ekonomické jistoty	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír, klid	potřeba struktury, řádu

20) Na koho se senioři nejčastěji obracejí se svými potřebami?

- a) Rodina
- b) Přátelé známí
- c) Veřejné služby (odborné zdravotní či sociální služby)
- d) Média
- e) Na nikoho
- f) Jiné

21) Jaké hodnoty podle Vás senioři postrádají v zařízení sociálních služeb?

- a) Soukromí
- b) Přátelé, rodina
- c) Láska
- d) Soběstačnost
- e) Fyzická aktivita
- f) Seberealizace
- g) Bezpečí, jistota
- h) Víra

22) Jaké hodnoty podle Vás senioři postrádají v zařízení zdravotních služeb?

- a) Soukromí
- b) Přátelé, rodina
- c) Láska
- d) Soběstačnost
- e) Fyzická aktivita
- f) Seberealizace
- g) Bezpečí, jistota

23) Na jaké potřeby se při práci se seniory nejčastěji zaměřujete?

- a) Fyziologické potřeby
- b) Potřeby jistoty a bezpečí
- c) Společenské potřeby
- d) Potřeby uznání, ocenění
- e) Potřeby seberealizace

24) Setkáváte se v praxi s tím, že některé potřeby seniora jsou v zařízeních sociálních a zdravotních služeb?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

25) V kterém kraji pracujete?

- a) Hlavní město Praha
- b) Středočeský kraj
- c) Jihočeský kraj
- d) Plzeňský kraj
- e) Karlovarský kraj
- f) Královéhradecký kraj
- g) Pardubický kraj
- h) Kraj Vysočina
- i) Jihomoravský kraj
- j) Olomoucký kraj
- k) Moravskoslezský kraj
- l) Zlínský kraj

26) Kolik Vám je let?

- a) 18 – 30 let
- b) 31 – 41 let
- c) 42 – 55 let
- d) 56 – 65 let

27) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena