



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Pečující rodiny v systému sociálních a zdravotních služeb**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE A SOCIÁLNÍ POLITIKA**

**Autor:** Alexandra Dědovská

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Adéla Mojžíšová Ph.D.

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Pečující rodiny v systému sociálním a zdravotním*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12.8.2020

.....

Alexandra Dědovská

## **Poděkování**

Děkuji doc. PhDr. Adéle Mojžíšové Ph.D. za odbornou pomoc, konzultace, cenné rady a přístup při zpracování mé bakalářské práce. Velice si cením přístupu sociálních pracovníků i pečující osoby pro jejich přístup k poskytnutí rozhovoru. Děkuji i mé rodině, která mi umožnila studium na vysoké škole a tvořila podporu po celou dobu studia.

## **Pečující rodiny v systému sociálních a zdravotních služeb**

### **Abstrakt**

Má bakalářská práce se zabývá tématem sociálního a zdravotního systému v České republice. Dále se zabývá pečujícími rodinami a pohledem na tyto dva systémy z jejich perspektivy. Obsahuje i pohledy sociálních pracovníků na problematiku sociálního a zdravotního systému včetně služeb těchto systémů. Pohledy slouží jako názory odborníků, kteří se v daných systémech pohybují. V práci jsou shrnuty otázky nejen proč pečovat a tudíž i pomáhat. Ale zejména se zajímá o pohledy těchto rodin na uvedenou problematiku, zajímá se o otázky domácí péče a shrnuje názory odborníků – sociálních pracovníků, na sociální a zdravotní systém v České republice. Cílem této práce je zjistit a shrnout pohledy pečující osoby, která v práci vystupuje jako zástupkyně pečující rodiny. A shrnout pohledy sociálních pracovníků na systém sociální a zdravotní. Dále práce obsahuje shrnutí spokojenosti s danými systémy u pečující rodiny a i z pohledu sociálních pracovníků. Zároveň jsou zde vysvětleny i klíčové pojmy, o které se práce opírá. Jsou zde obsaženy otázky v etické rovině a fakta, která mohou mnohým pečujícím usnadnit život. Proto doufám i v její praktické použití v pečujících rodinách.

V teoretické části je obsažena hlavní otázka „Proč pečovat“ a to společně s některými dilematy péče v rodině. Zabývám se současným zdravotním i sociálním systémem v České republice.

Za využití teoretické části pro plnění cílů mé bakalářské práce, je v praktické části využito kvalitativního výzkumu. Pro jeho strukturu jsem zvolila metodu hloubkového individuálního rozhovoru. Tato část obsahuje rozhovory s osobou pečující a se třemi sociálními pracovníci Nemocnice Tábor a.s. v současné době. Popisuje jejich pohled na péči, pohled na systém sociální zdravotní.

Výstupní částí bakalářské práce jsou popsány pohledy pečující osoby a sociálních pracovníků na systém zdravotní a sociální v České republice. A současně i spokojenosti všech těchto osob s těmito systémy. Je tedy shrnut stav pečující rodiny prostřednictvím výpovědi pečující osoby a stav sociálních pracovníků v systému sociálním a zdravotním. Závěry jsou na podkladech výzkumných prostřednictvím rozhovorů, a potvrzují situaci a možnosti pečující rodiny a sociálních pracovníků v systému sociálním a zdravotním.

Bakalářská práce může být použita jako studijní materiál pro studenty sociálních a zdravotních oborů. Zároveň může být poskytnuta jako potřebný materiál i pro pracující v této problematice. Zejména však jako příručka pro pečující rodiny a širší veřejnost.

#### **Klíčová slova**

rodina; pečující; sociální systém; zdravotní systém; sociální a zdravotní služby

## **Caring families in the system of social and health services**

### **Abstract**

My bachelor thesis deals with the topic of the social and health care system in the Czech Republic. It also deals with caring families and a look at these two systems from their perspective. It also contains the views of social workers on the issues of the social and health care system, including the services of these systems. Views serve as the views of experts who move in the given systems. The work summarizes the questions not only why care and therefore also help. But he is especially interested in the views of these families on this issue, he is interested in home care issues and summarizes the views of experts - social workers, on the social and health care system in the Czech Republic. The aim of this work is to find out and summarize the views of the caregiver, who acts at work as a representative of the caring family. And to summarize the views of social workers on the social and health system. Furthermore, the work contains a summary of satisfaction with the systems in the caring family and from the perspective of social workers. At the same time, the key concepts on which the work is based are explained. It contains ethical questions and facts that can make life easier for many caregivers. That is why I hope for its practical use in caring families.

The theoretical part contains the main question "Why care", along with some dilemmas of care in the family. I deal with the current health and social system in the Czech Republic.

Using the theoretical part to meet the objectives of my bachelor's thesis, the practical part uses qualitative research. For its structure, I chose the method of in-depth individual interview. This part contains interviews with the person caring and with three social workers of the Tábor a.s. Hospital. currently. It describes their view of care, a view of the

social health system.

The output part of the bachelor's thesis describes the views of the caregiver and social workers on the health and social system in the Czech Republic. And at the same time the satisfaction of all these people with these systems. Thus, the state of the caring family is summarized through the statement of the carer and the state of social workers in the social and health system. The conclusions are based on research through interviews, and confirm the situation and possibilities of caring families and social workers in the social and health system.

The bachelor thesis can be used as a study material for students of social and health disciplines. At the same time, it can be provided as a necessary material for workers in this field. Especially as a guide for caring families and the general public.

**Key words**

family; caregiver; social system; health system; social and health services

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>15</b>
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>15</b>
1.1 Současný stav.....	15
1.1.1 Proč pečovat.....	19
1.1.2 Zátěž pečovatele.....	21
1.1.3 Podpora rodin státem.....	23
1.2 Současný zdravotní systém v České republice.....	24
1.3 Současný sociální systém v České republice.....	26
<b>2 VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>28</b>
2.1 Cíl práce .....	28
2.2 Výzkumná otázka.....	28
2.2.1 Operacionalizace pojmů.....	29
<b>3 METODIKA.....</b>	<b>30</b>
3.1 Metoda sběru dat.....	30
3.2 Technika sběru dat.....	30
3.3 Výzkumný soubor.....	30
3.4 Realizace výzkumu.....	31
<b>4 VLASTNÍ PRÁCE.....</b>	<b>31</b>
4.1 Hlubkové individuální rozhovory.....	31
4.1.1 Shrnutí hlubkových individuálních rozhovorů.....	40
<b>5 VÝSLEDKY.....</b>	<b>41</b>
<b>6 DISKUZE.....</b>	<b>43</b>
<b>7 ZÁVĚR.....</b>	<b>45</b>
<b>8 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>46</b>
<b>9 PŘÍLOHY.....</b>	<b>47</b>



## ÚVOD

Tato problematika je v současné době velmi probíraným tématem. Ačkoliv je v České republice velký počet domovů pro seniory, stacionářů a dalších pobytových služeb. Je stále velký počet i rodin, které se o své blízké chtějí starat sami. Je to do určité míry komplikovanější, protože je potřeba mít přehled o uplatňování svých práv na služby, které jsou často poskytovány zdarma. Velká většina lidí mnohdy ani neví o příspěvcích a službách, které by mohly využívat. Zkrátka je dobré mít přehled a i s tímto záměrem tuto práci píše.

Na toto téma se dá pohlížet z roviny etické, psychologické, právní a mnoha dalších. Důležitým prvkem ale není jen počet poskytovaných služeb, možné příspěvky a jejich výše. Je třeba se podívat na kvalitu jejich poskytování a mít srovnání nejen s ostatními zeměmi, ale především mezi jednotlivými rodinami v jednom státě - České republice. Jsou velké rozdíly mezi spokojeností s poskytováním a mezi využitím všech těchto prostředků potřebnými rodinami.

Nelze proto říci, že jsou služby v systému sociálním a zdravotním využívány dobře nebo špatně. Lze jen zjistit, jestli jsou poskytovány těm, kdo je potřebují, zda ti, co je potřebují o všech službách vědí a zda jsou s poskytováním spokojeni.

## 1 TEORETICKÁ ČÁST

### *1.1 Současný stav*

Důležitým tématem je podle Milfaita (2013) lidskoprávní vzdělávání. Je potřeba se dohodnout na platných měřítkách pro bezpečné soužití lidí. Taková měřítko pomohou různým kulturám ukazovat jejich mravní bohatství, rozvíjet se a prohlubovat (Milfait, 2013). S tím souvisí i péče o zdravotní stav, který je dle Davidové et. al. (2010) v souvislosti s minoritami problémem nejen menšin, České republiky, ale je problémem celoevropským. Důležitá je v tomto ohledu lékařská péče na jejíž kvalitu působí především kulturní bariéra vztahu lékař – pacient, kulturně podmíněný způsob projevu a problémy terapie při neznalosti sociálního pozadí (Davidová et. al., 2010). Kulturní

bariérou myslí Davidová et. al. (2010) rozdílné zvyky a tradice, vztah k nemoci samé a způsob života.

Podle Chvály a Trpkové (2014) přibývá možností pojištění a ubývá pocitu zajištění v osobních záležitostech. Mezi přibývajícimi možnostmi pojištění jsou pojištění proti krádeži, pokutám, úrazu, živelným pohromám, atd. (Chvála a Trpková, 2014). Podle Chvály a Trpkové (2014) dokáží v nejistých situacích hledat řešení rodinní terapeuti spolu s rodinami. Pocitem zajištění myslí Chvála a Trpková (2014) základní důvěru. Pojem „základní důvěra“ popisuje Matoušek (2003) jako postoj k lidem, vybudovaný ve vztahu k jedné pečující osobě. Přičemž tento vztah je bezpečný a později je vybudován k ostatním členům rodiny. Tento postoj ovlivňuje vztahy ke všem lidem i v dospělosti (Matoušek, 2003).

Také organizace sociální práce se v současné době nacházejí v nelehké situaci vyznačující se snižováním veřejných výdajů na sociální oblast (Holasová, 2014). Podle Holasové (2014) je důležité, aby organizace poskytovaly služby hospodárně a kvalitně. Je potřeba velký rozvoj sociálních pracovníků, rozvoj standardů kvality a to všechno v souladu s požadavky inspekcí a auditů (Holasová, 2014). Současná situace, kdy je často prostřednictvím organizací vykonávána sociální práce, je paralyzující (Elichová, 2017).

Díky financování těchto organizací skrze systém sociálních služeb totiž vyplývají podle Elichové (2017) minimálně dva paralyzující účinky. První ten, že systém financování nemá zájem na obhajování svých klientů a na změně jejich životního prostředí. Tím pádem organizace, byť jsou pomáhajícími se obhajoby klientů spíše bojí. Protože jsou závislé na těch, kdo je financují. Druhým je podle Elichové (2017) zavedení tržních mechanismů do sociálního systému. Například pokud si klient ve větším městě může vybrat organizaci pro poskytnutí sociální služby. Je tím posílená pozice klienta, ale zvýšen tlak na poskytnutí kvalitních sociálních služeb. Jiná je situace, kdy je poskytována objednávka zadavatele. Což může být obecní úřad, krajský úřad nebo

magistrát. V takovém případě zápasí o jedny peníze více takových organizací, které pracují se stejnými nebo často podobnými klienty (Elichová, 2017). Pro určení cílů kvality jsou pro poskytovatele sociálních služeb důležité vztahy nejen ke klientovi, ale k zadavateli služeb (Holasová, 2014). Zadavatelem může být obec apod. Jako zadavatel služeb je označován ten, kdo sociální služby organizuje, zřizuje a platí. V širším pojetí může být klient zákazníkem a zadavatelem služeb (Holasová, 2014). Holasová (2014) dále upravuje, že poskytovatel služeb je osoba nebo organizace, která služby poskytuje. A v sociální oblasti jsou takové služby poskytovány soukromoprávními nebo veřejnoprávními organizacemi (Holasová, 2014).

Tuto situaci popisuje Matoušek et al. (2008) v jednom z cílů sociální práce v knize „Metody a řízení sociální práce“. Kde klade důraz na zprostředkování kontaktu klienta s organizacemi, ale zároveň upozorňuje na humánní a efektivní podporu klientů. Tudiž, že profesionální sociální systém dokáže vyplodit špičkové sociální pracovníky, kteří mohou zastávat roli poskytovatele, organizátora, supervizora, ale zejména obhájce svých klientů. Práce s rodinou a tedy pomoc rodině může mít podobu úžeji zaměřených aktivit, buď pouze pro jednu domácnost nebo více takových domácností. Mezi tyto aktivity řadíme např. poradenství rodinám při adopci dětí nebo osvětové skupiny pro rodiče, jejichž děti experimentují s drogami (Matoušek et al., 2008). Důležité je si uvědomit, že sociální pracovník určuje tvář poskytované kvality sociální práce (Elichová, 2017). Podle Elichové (2017) jsou dále praktická východiska sociálních pracovníků, produktem toho kontextu, ve kterém vznikla. Podle ideálů Kolektivu autorů (2010) knihy „Pečovatelská služba v České republice“ by bylo snem pořádání společných seminářů pro praktické lékaře a poskytovatele domácí péče. Které by pořádala nemocnice a za předpokladu, že by nemocnice umožňovala koordinátorce z agentury domácí péče účast na vizitách daného lůžkového oddělení (Kolektiv autorů, 2010). Podle Kolektivu autorů (2010) by navíc mohl být v nemocnici i prostor pro školení zdravotních sestřiček domácí péče na odpovídajícím lůžkovém oddělení.

Při práci s rodinou pracujeme s tzv. rodinnou dimenzí, kdy je doporučeno respektovat

vztahovou síť. Je doporučeno zapojit do práce i osoby, které nejsou „oficiální“ součástí rodiny, ale jsou pro rodinu osoby blízké. Je potřebné respektovat nesezdaná partnerství, registrované partnery a v případě nemocného dítěte i jeho sourozence. Vše ale za respektování legislativy České republiky (Kuzníková et al., 2011). Matoušek (2003) popisuje rodinu jak v užším, pokrevním příbuzenství. Tak i v právním pojetí, čímž je myšlen sňatek nebo adopce. Matoušek (2003) ale uvádí, že ve státech USA a některých zemích EU se za rodinu začíná považovat i skupina lidí, která se za rodinu považuje jen díky vzájemné náklonnosti. Navíc podpora rodin z hlediska sociálního pracuje s přístupem zvaným Empowerment. Který se přímo rodiny týká a je založený na dvou principech – každý člověk je kompetentní zvládnout těžké životní situace a každý člověk je na různých úrovních bezmocný (Kuzníková et al., 2011). Smyslem pomoci je dle Kuzníkové et al. (2011) posilování pro zvládnutí stavu bezmoci díky vlastnímu potenciálu klienta. Což svým způsobem tvrdí i Matoušek (2003), který říká, že hlavními soudobými funkcemi rodiny jsou dále také výchova dětí a hlavně emocionální podpora.

Rodina je podle Kajanové (2014) nejdůležitější a původní společenská instituce a skupina. Je to forma solidárního, dlouhodobého soužití osob. A tyto osoby jsou spojené příbuzenstvím. Matoušek (2003) popisuje, že v některých fázích svého vývoje rodina obvykle sdílí společnou domácnost. Popisuje pojem „nukleární rodina“ a „rozšířená rodina“. Přičemž nukleární je dvougenerační a rozšířená zahrnuje více než dvě generace. Pro rodinu jsou důležitou složkou i rodiče, kteří jsou podle Payna (2009) každým dnem architektky života své rodiny. Payne (2009) popisuje, že rozhodnutí o tom co a jak budeme v rodině dělat společně, budujeme strukturu těm které milujeme. A nejvyšší princip lásky vidí Prekopová (2010) v poznání vlastních chyb a v předsevzetí milovat ostatní právě tak jako sebe. Láska je podle Prekopové (2010) lidská potřeba, pod kterou se skrývají i jiné potřeby jako respektovat a být respektován, naslouchat a být naslouchán, prosadit se a dopřát to i druhým. Strukturou tedy Payne (2009) myslí udávání rytmu dní a tempa. Payne (2009) vysvětluje, že podle každodenních činností rodiny můžeme poznat co je pro rodinu důležité.

Pro současný stav pečujících rodin je důležité se podívat i na životní styl. Který popisuje Dahlke (2017) ve své knize „Životní krize jako vývojové šance“ a ukazuje možnosti šetření lidské energie. Dahlke (2017) v této knize popisuje vývojová stádia a zdravotní problémy s nimi spjaté. Upozorňuje jak těmto problémům předcházet a to právě tak přirozenou a jednoduchou cestou jako dodržování určitého času pro spánek a vstávání v danou hodinu. Tímto způsobem se dá předcházet mnoha onemocněním, která řeší nejen pečující rodiny, ale i velká část západní populace (Dahlke, 2017).

S tématem pečující rodiny je samozřejmě spojen i proces socializace, což je velmi komplexní téma procesu přeměn. Přičemž začínají osvojováním základních kulturních návyku, později mluvením, až po ztotožněním s rolí svého pohlaví. Pokračují orientací ve světě hodnot a jejich zvnitřňováním (Nakonečný, 2009). Socializace ale nekončí dospělostí, ale je to celoživní proces (Kopecká, 2015). A v jeho průběhu podle Kopecké (2015) poznává jedinec svá práva a povinnosti ve společnosti. Rozeznání hodnot je podle Prekopové (2010) základem pro porozumění, vědomí, myšlení, jednání, etiku a svědomí.

### ***1.1.1 Proč pečovat***

Proti sobě je dnes postavena očividná smrt hladem a zdánlivě neviditelná hrozba smrti intoxikací (Beck, 2011). Podle Becka (2011) jsou navíc ochranné a bezpečnostní předpisy často nedostatečně rozpracovány. A pokud již někde existují, zůstávají na papíře (Beck, 2011). Jako pečující lidé ale můžeme ovlivnit např. pečovatelskou službu pro své rodiče ve stáří, můžeme zvolit domácí péči namísto ústavní ovlivnit zda budou rodiče závislí na pomoci státu či nikoliv (Bertini, 2013).

Bertini (2013) poukazuje na fakt, že dost dobré rodičovství má rituály, kterými přenáší laskavost a dává každému svému členovi smysl být. Podle Bertini (2013) jsou rodiče těmi, kteří dávají svým dětem touhu dělat dobré věci díky prostředí ve kterém žijí. Tato touha pomáhat se později projevuje jako smysl každého z nich. Bertini (2013) tedy staví rodinu na absolutní první místo při otázkách vlastních hodnot, cílevědomosti a

činnosti každého jejího člena. Rodina založená na lásce, kdy si členové rodiny pomáhají má smysl. A tento smysl je pozitivní životní silou (Bertini, 2013).

Pro pečování je tedy důležité i získání životního stylu, kde využije člověk svobodu, do které je podle Balona a Petruska (2011) člověk vržen. Tento stav je popsán již v šedesátých letech dvacátého století jako „vrženost člověka do svobody“. Je tedy důležité mít smysl a cíl, kterým je v ideálním případě pomoc ostatním. A tento smysl předává pozitivní naladění všem, kteří si umí podle Bertini (2013) určit hranice a přiměřeně se chválí. Balon a Petruska (2011) upozorňují na nutnost mít takové strategie, které člověka vyvedou z pocitů zoufalství a úzkostí. Neboť paradoxně tyto pocity nastávají, když je člověk svobodný, ale neví, jak se svou svobodou naložit. Jean-Paul Sartre tuto situaci popsal: *„člověk je vržen do svobody, z něhož vyplývá nejen pocit všemohoucnosti, ale především stav úzkosti, opuštěnosti, zoufalství a odpovědnosti za sebe sama“* (Jean-Paul Sartre).

Podle Bertini (2013) je s přibývajícím věkem téma smrti stále aktuálnější. Mnoho dospělých si uvědomí, že ztrácí rodiče, schopné se o ně starat. A jakmile tento fakt pochopí, musí najít způsob jak se se ztrátou vyrovnat (Bertini, 2013). Berg (2013) popisuje, že pomáhat rodinám se dá i při práci dokonce s jediným členem rodiny. Pečovat je podle Berga (2013) důležité protože každá rodina nám nabízí příležitosti a možnost učení být vděční stejně jako pokoře a pocitu úspěchu. Je podle něj hlavní analyzovat úspěch a chybu a úspěch použít v dalších případech řešení problémů s rodinou (Berg, 2013). Pečovat je důležité i z toho hlediska, že pro společnost je potřeba zdravích, psychicky i fyzicky odolných jedinců (Halířová, 2014).

Na to navazuje i Balon a Petruska (2011), že společnost, ve které si vystačíme sami se sebou a doplní nás občas jen mediální kontakty, dává vzniku fenoménu Já, a. s. Což je v překladu „moje akciová společnost“. Je popsána jako stále větší skupina lidí, kde je každý sám pro sebe a ve které ztrácí zájem o své blízké a nejbližší (Balon a Petruska, 2011).

Jedním z možných způsobů pečování je podle Nováka (2011) asertivita, kterou se zabývá ve své publikaci „Asertivita v manželství a v rodině“. Popisuje v této knize, že asertivita by měla zlepšit schopnost chovat se, vyjednávat, nerozčilovat se a posílit i své vlastní rozhodnutí pro respektování zákonů. Říká, že asertivita dává druhému možnost napravit chyby, aniž bychom výčitkami blokovali jeho aktivitu. Že touto schopností je možné mírnit hněv a rozčilení a díky ní můžeme bez pocitů viny sdělit i nepříjemná rozhodnutí. Která mohou být podle zákonů, jsou tedy správná, ale těm, kterým je říkáte se příliš nelíbí (Novák, 2011).

V současné době je podle Kopecké (2015) problémem mimo jiné rozvodovost. V současnosti také uvádí, že moderní doba s sebou přináší rozvodovost a neochotu mladých lidí vstupovat do manželství. Důvodem rozvodu je podle Kopecké (2015) nedorozumění mezi partnery. Navíc velká část partnerů po rozvodu trpí tzv. Postrozvodovým traumatem, který se projevuje právě trvajícím nedorozuměním partnerů, majetkovými spory a a také spory o děti (Kopecká, 2015).

### ***1.1.2 Zátěž pečovatele***

Kurucová (2016) popisuje devět příznaků zátěže pečovatele. Prvním je snaha o zlehčování stavu a namlouvání, že situace není tak vážná (Kurucová, 2016). Druhým příznakem podle Kurucové (2016) je hněv. Třetí uvádí Kurucová (2016) izolaci od přátel a oblíbených činností z důvodů vyčerpanosti. Čtvrtý příznak je strach z budoucnosti, pátý je beznaděj (Kurucová, 2016). Šestým příznakem je únava, sedmým porucha spánku a osmým popudlivost a náladovost z trvalého napětí (Kurucová, 2016).

Jak popisuje Kopecká (2015), zátěž spojená s těžkou životní situací je takovou zátěží, že naše adaptační organismy nestačí udržet rovnováhu s okolním prostředím. Matoušek (2003) popisuje pečující osobu jako tu která pečuje o příbuzného, přítele neb souseda bez nároku na odměnu a bez formální smlouvy. Ale jak Matoušek (2003) píše, pečujícími osobám jsou především ženy v e středním věku. Pečování ji může do určité míry uspokojovat, ale může přetěžovat psychicky, fyzicky, finančně. A omezovat její možnost

pracovního uplatnění včetně společenských kontaktů (Matoušek, 2003).

Bertini (2013) upozorňuje, že pokud není zdravý a šťastný pečovatel, není zdravý a šťastný ani ten o koho pečuje. Často si pečovatelé nenajdou čas na sebe ani na partnera a jsou zvyklí upřednostňovat potřeby ostatních před svými (Bertini, 2013). Důležité na co Bertini (2013) upozorňuje je oddanost pečovatele až do té míry, kdy pořád dává, jeho citová studna vyschne a nakonec už má málo co dát. Clark (2012) rozepisuje pět schopností, které mohou pomoci při zvládnání svých pocitů. První je schopnost poznat a označit své emoce, druhá zvládat a uklidňovat je, třetí rozpoznat emoce druhých, čtvrtá je zvládnání vztahu s druhými a pátou schopností je motivování sebe sama k dosažení svých cílů (Clark, 2012). Clark (2012) definuje schopnost označovat pocity jako první krok k tomu, jim porozumět. Navíc podle Clarka (2012) je potřeba trénovat tyto schopnosti již v dětství, protože děti, které tuto schopnost ovládají, lépe zvládají vztahy s druhými.

Kurucová (2016) píše, že zátěž a stres vznikají pokud je míra stresorů vyšší než míra jedince danou situaci zvládnout. Přičemž stres popisuje Matoušek (2003) jako stav, který je vyvolaný jakýmkoliv vnějším vlivem. Ale na který nemá člověk potřebnou adaptační kapacitu.

Obecně vycházíme z předpokladu, že pečovatele může vykonávat přítel nebo nejbližší příbuzný. V našich podmínkách tuto práci vykonává obvykle jedna osoba, která podporována přáteli a širší rodinou (Kurucová, 2016). Krom toho Bužgová (2015) uvádí, že podpora rodinných příslušníků musí být v rámci péče přiměřená. Existují rodiny, které jsou schopny péči zvládnout sami a pomoc nechťejí nebo ji odmítají (Bužgová, 2015)



### ***1.1.3 Podpora rodin státem***

V České republice upravuje zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění také ošetřování člena domácnosti a péči o něj, nařízenou karanténu, nemocenské pojištění, dočasnou pracovní neschopnost, mateřství, těhotenství, plus organizaci a provádění pojištění. Přičemž pod pojmem provádění se rozumí i posouzení zdravotního stavu pro pojištění, jak uvádí Přib a Ženíšková (2016).

Z pojištění se navíc podle Přiba a Ženíškové (2016) poskytují tyto dávky:

- nemocenské
- peněžitá pomoc v mateřství
- ošetřovné
- a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství.

V případě rodin, které řeší paliativní léčbu může také pomoci specializovaná ambulance. Která je zřízena nemocnicí, ale je poskytována rodinám v jejich domácím prostředí a nebo v zařízení pro sociální služby. Tyto ambulance působí v rámci nemocnice i samostatně na odděleních paliativní léčby, v domácí paliativní léčbě a v hospicích (Bužgová, 2015).

Dalším faktem je, že pokud se jedná např. o seniory bydlící se zbytkem rodiny a využívající pečovatelskou službu. Dochází často ke zneužívání takové služby ze strany rodiny i v činnostech jako je úklid prostorů využívaných rodinou (Kolektiv autorů, 2010).

V případě rodin řešících zdravotní postižení je zásadním zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Podle tohoto zákona mají osoby se zdravotním postižením nárok na příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Daná osoba má ale podle tohoto zákona nárok na dávku v případě, že je hlášena v České republice k trvalému pobytu nebo osoba která má trvalý pobyt na území České republiky. Dále pak zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, říká, že nárok má také: osoba, které byl udělen azyl, cizinec bez trvalého pobytu, kterému nárok zaručuje mezinárodní smlouva. Občan Evropské Unie, který má dobu pobytu v Čechách delší než

tři měsíce. Rodinný příslušník občana Evropské Unie, který má dobu pobytu také delší než tři měsíce. A cizinec, který je držitelem povolení k trvalému pobytu (Zákon č. 329/2011 Sb. O poskytování dávek osobám se zdravotním postižením).

Problémem zabezpečení může být podle Bužgové (2015) hodnocen v rovině finanční a v rovině své rodiny. Finanční zabezpečení osob závislých na jiných osobách zajištěno podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je poskytováno prostřednictvím příspěvku na péči, což je pravidelná měsíční dávka. Je poskytována osobám, které z důvodu svého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby. Podle stupně závislosti se určuje výše dávky, přičemž stupně závislosti určuje vyhláška č. 505/2006 Sb. (Bužgová, 2015).

### ***1.2 Současný zdravotní systém v České republice***

V současné době dochází ke zkracování ošetrovací doby, a nemocnice jsou podle Kolektivu autorů (2010) knihy Pečovatelská služba v České republice motivovány ke krátkodobým pobytům. Pro nemocnice je motivací obsazování lůžek a udržení rozpočtu, tyto důvody přinutily nemocnice k produkci výkonů na úrovni minulého roku. V dnešní době jsou tedy v nemocnicích vítáni pacienti nenároční na odbornou péči a zdravotnický materiál. Za absurdní považují autoři zprávu VZP o léčebnách dlouhodobě nemocných, kde zjistili, že velká většina pacientů nebyla dlouhodobě ošetřena odborně. Z čehož podle autorů vyplývá, že důvody pro pobyt v těchto léčebnách nejsou zdravotní.

Navíc by pobyt v nemocnici měl být brán jako „diskomfort“, pokud se o pacienta může postarat rodina. Ale to neplatí, protože rodina tím výrazně ušetří a pacient si neztěžuje. A to i s ohledem na poplatek za denní pobyt v nemocnici. Důvody jsou buď, že rodina nechce pečovat o blízkého a zejména jí k tomu nic nenutí. Ani praktický lékař v dnešní době nedokáže rozhodnout, zda je lepší domácí či nemocniční péče (Kolektiv autorů, 2010). Jasně ale je, že rodinní pečovatelé poskytují péči osobám s chronickým onemocněním a tím snižují náklady na komunitní péči. Navíc poskytují péči často na úkor svého zdraví (Kurucová, 2016). Pečovatelská služba, která je poskytována buď na ambulantních pracovištích nebo v domácnosti klienta je nejčastěji poskytována:

- seniorům
- osobám se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, které přijímají plný invalidní důchod
- a rodinám, kterým se současně narodilo 3 a více dětí do věku čtyř let

Tato služba pomáhá tedy zejména výše uvedeným cílovým skupinám a její pomoc je při zvládnutí úkonů o vlastní osobu, při osobní hygieně, při poskytování stravy, při zajištění chodu domácnosti a také zprostředkovává společenský kontakt (Kolektiv autorů, 2010).

Pokud se podíváme na pacienty v době blížící se smrti, Klíčový je strach z opuštění a strach z dlouhé a protahované péče (Bužgová, 2015). Je podle Bužgové (2015) důležité zajištění spolehlivé a předem naplánované péče, která respektuje „normy slušnosti“.

Veřejné zdravotnictví je soustavné úsilí pro komplexní poznání zdravotního stavu populace a snaží se o vybudování sítě odpovídajících zdravotnických služeb (Matoušek, 2003). Zdravotní politika se uskutečňuje v souvislosti se sociální, ekonomickou a zdravotní situací (Duková, 2013). Podle Dukové (2013) je v současnosti vysoký počet civilizačních chorob, na které jsou vynaloženy vysoké náklady na jejich léčbu. Zdravotní systém se v současnosti potýká s výzvami jako stárnutí populace a zvyšující se finanční náročnost léčby (Matoušek, 2003).

Zdravotní pojišťovny podle Kolektivu autorů (2010) domácí péči příliš nepodporují. A to z důvodů finančních, kdy podporou domácí péče podle tvrzení pojišťoven nic neušetří (Kolektiv autorů, 2010). Je ale důležité si uvědomit nadbytečnou kapacitu lůžek v nemocnicích, která jsou často neefektivně využívána a uvědomit si spokojenost pacientů. Přičemž naprostá většina pacientů jí vnímá pozitivně (Kolektiv autorů, 2010). Navíc pokud ten, kdo poskytuje pečovatelskou v rodině disponuje i možností ošetrovatelské služby. Umožní ošetření v domácím prostředí a tím často i zdraví uživatele. Neboť často v nemocničním prostředí dochází ke zhoršení fyzické i psychické kondice a rehabilitace jak uvádí Kolektiv autorů (2010). A tím pádem vychází toto ošetření nákladnější než domácí ošetrovatelská péče (Kolektiv autorů, 2010). Překážkou kombinace poskytování

domácí ošetrovatelské a pečovatelské služby je ale podle Kolektivu autorů (2010) neuzavření smluv ze strany zdravotních pojišťoven.

### ***1.3 Současný sociální systém v České republice***

Důležitý je fakt, že českým legislativním rámcem jsou jako sociální služby brány pouze ty, které má v kompetenci Ministerstvo práce a sociálních věcí (Halasová, 2014). Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je pojímána sociální služba jako soubor činností nebo činnost, která zajišťuje pomoc a podporu buď pro účel sociálního začlenění nebo pro účel prevence sociálního vyloučení.

Od roku 2014 do roku 2017 proběhla novelizace státní sociální podpory zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Hlavními body, které mají výrazně pomoci rodinám jsou vyšší čerpání rodičovského příspěvku, vyšší přídavky na děti i pro více rodin a zvýšení daňového zvýhodnění pro první dítě o 150 korun.

Výhodou je podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, možnost zvolit si rychlejší čerpání rodičovského příspěvku. Čímž se pozitivně ovlivní příjmy rodiny a budou i podporou pro otce, který do rodiny přispívá. Navíc podle novely tohoto zákona je nejkratší doba pro vyčerpání rodičovského příspěvku 220 000 korun šest měsíců. Podle tohoto zákona se dále zavádí i možnost vyššího čerpání rodičům, kterým nelze stanovit denní vyměřovací základ. Což jsou zejména studenti, osoby samostatně výdělečně činné a také nezaměstnaní. Ti si nehradí nemocenské pojištění. Nově si tedy budou moci podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře zkrátit čerpání rodičovského příspěvku o tři roky a navýšit jeho čerpání až do výše 7600 korun. Novinkou tohoto zákona je i vyšší příravek na dítě. Přídavky se zvýší o 300 korun těm rodinám, kde rodiče pracují, čerpají dávky nemocenského pojištění nebo podporu v nezaměstnanosti. Přídavky se podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře zvýší podle věku dítěte na 800, 910 nebo 1000 korun měsíčně. Navíc rodiny s vícero dětmi získají vyšší celkovou částku příspěvku, která se zvýší ze 220 000 korun na 330 000 korun.

Vývoj našeho sociálního systému má prapůvod již v kmenových kulturách, kde byla poskytována pomoc nemocným, potřebným a starým v rámci kmene (Duková, 2013). Ve starověku byla podle Dukové (2013) hlavní institucí rodina, další byli sousedé a náboženské celky. Byla zřizována azylová zařízení, útulky a lékařská péče. (Duková, 2013). Duková (2013) popisuje i situaci ve středověku, kdy byly zřizovány špitály, chudobince, sirotčince a azyl pro chudé v kláštorech. V novověku (osmnácté a začátek devatenáctého století) dochází k přesunu lidí do měst, rozvoji průmyslu a s tím spojený nárůst sociálních problémů (Duková, 2013).

Současný sociální systém České republiky je postaven na třech pilířích – pojištění, podpoře, pomoci. Sociální pojištění zahrnuje důchodové pojištění, nemocenské pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti (Matoušek, 2003). Podle Matouška (2003) státní sociální podpora upřednostňuje rodiny početné a je zaměřena na rodiny s nízkými příjmy. Matoušek popisuje, že příjmy a výdaje státního sociálního zabezpečení jsou součástí státního rozpočtu. Orgány sociálního zabezpečení jsou podle Matouška (2003) Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady a obce.

V souvislosti s mírou nezaměstnanosti dochází ke snižování objemů příspěvků do systému pojištění a zvýšení čerpaných prostředků ze systému (Duková, 2013). Podle Dukové (2013) dochází ke stigmatizaci a zneužívání poskytovaných dávek, což s sebou nese negativní pohled veřejnosti na jejich poskytování politicky slabým menšinám chudých. Duková (2013) popisuje, že v České republice dochází v porovnání s Evropskou unií k deficitu v oblasti školství a vzdělání. Podle Dukové (2013) se vysokoškolské studium stává problémem z důvodu nedostatku financí.

Poskytovatel sociální služby má písemně zveřejněny a definovány cíle, poslání, zásady poskytování sociální péče a okruh osob, pro které je služba určena (Chloupková, 2013). Podle Chloupkové (2013) je nutné ověřit, jestli zájemce o službu spadá do cílové skupiny. Zároveň jak uvádí Kolektiv autorů (2010) je klíčové jednání se zájemcem o službu. Je to označováno jako první krok dobrého vztahu mezi zájemcem a poskytovatelem sociální služby. Od prvního jednání do realizace zpravidla zájemce o pobytovou službu čeká i

několik měsíců. Naopak u žádosti o pečovatelské služby je tato služba poskytnuta bezprostředně po vyřízení administrativních záležitostí a jednání (Kolektiv autorů, 2010). Kolektiv autorů vymezil pojmy „zájemce“ a „zprostředkovatel“, se kterými pracuje. Za zájemce je brán potencionální uživatel sociální služby. Kdež to zprostředkovatel je osoba, která vstupuje do jednání o zavedení služby především v první fázi. Kdy se služba zprostředkovává a vyjednává. Zprostředkovatelem může být osoba, která není přímo budoucím uživatelem, ale osobou blízkou uživatele nebo cizí. Což je např. soused, lékař, sociální pracovnice (Kolektiv autorů, 2010).

Zákazníkem sociální služby je ten, kdo si za službu zaplatí. V případě sociálních služeb se ale ne vždy platí přímou platbou a tyto služby jsou většinou financovány z daní či dávek (Holasová, 2014).

## **2 VÝZKUMNÁ ČÁST**

### ***2.1 Cíl práce***

Mou bakalářskou práci píši s cílem zmapovat pohledy pečující osoby a sociálních pracovníků na systém sociální a zdravotní v České republice. Svůj výzkum provádím ve městě Tábor.

Prvním dílčím cílem je opodstatnit roli a náplň sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s., včetně opodstatnění jeho pohledu na systém sociální a zdravotní v České republice.

Druhým dílčím cílem je opodstatnění přínosu práce sociálního pracovníka Nemocnice Tábor a.s., vedoucí k lepší orientaci pečujících rodin v systému sociálním a zdravotním.

Třetím dílčím cílem je zmapování pohledu pečující osoby na sociální a zdravotní systém České republiky.

### ***2.2 Výzkumná otázka***

Dle zadání mé bakalářské práce jsem stanovila jednu hlavní výzkumnou otázku a tři

výzkumné otázky dílčí.

**Hlavní výzkumná otázka:** Jaký je pohled sociálních pracovníků žijící v České republice na český systém sociální a zdravotní?

**1. Dílčí výzkumná otázka:** Jaká je role a náplň sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s. a jeho pohled na systém sociální a zdravotní České republiky?

**2. Dílčí výzkumná otázka:** Jaká je podstata přínosu práce sociálního pracovníka Nemocnice Tábor a.s., která vede k lepší orientaci rodin v systému sociálním a zdravotním?

**3. Dílčí výzkumná otázka:** Jaký má pohled pečující osoba na systém sociální a zdravotní v České republice?

### ***2.2.1 Operacionalizace pojmů***

**Péče:** Pojem péče je pak dle Chaloupkové chápán jako omezení individuální autonomie, která v případě žen působí jako překážka při seberealizaci v zaměstnání.

**Rodina:** Dle Jandourka (2001) je rodina sociokulturně podmíněna a znamená formu dlouhodobého solidárního soužití osob, které jsou spojeny příbuzenstvím. Takové příbuzenství dle Jandourka zahrnuje přinejmenším rodiče a děti.

**System sociální:** Jsou dle Jandourka (2001) osoby nebo organizace ve vzájemné integraci. Tyto osoby a organizace usilují co největší uspokojení svých potřeb.

**Stát:** Je dle Jandourka (2001) organizace společnosti a sociokulturní společenství na určitém území, které má monopol pro tvorbu zákonů, použití donucovací moci, vybírání daní a suverénní vystupování vůči jiným státním orgánům.

**Stav:** Je dle Jandourka (2001) formou sociální stratifikace společnosti, která je zakotvená zákonem.

**Zátěž:** Je dle Kurucové (2016) chápána jako přehnaně vysoké nároky na psychickou.

**Sociální práce:** Je dle Jandourka (2001) práce zaměřená na sociální postavení chudých

lidí a nebo lidí deviantních, s cílem zlepšit jejich sociální postavení.

**Resocializace:** Jandourek (2001) popisuje resocializaci jako snahu o znovuzapojení jedince do života. Jde o jedince, který již socializačním procesem prošel a z nějakého důvodu byl ze společnosti vyřazen.

**Status:** Jsou dle Jandourka (2001) hlediska, která určují sociální postavení jedince ve společnosti.

### **3 METODIKA**

#### ***3.1 Metoda sběru dat***

K naplnění cíle jsem zvolila kvalitativní výzkum. V rámci kvalitativního výzkumu jsem položila i výzkumné otázky. Na konci mé práce je obsaženo zhodnocení a okomentování výsledků, které by měly odpovídat na mé výzkumné otázky.

#### ***3.2 Technika sběru dat***

Pro zpracování praktické části mé bakalářské práce jsem použila jednu techniku sběru dat, a to hloubkový individuální rozhovor. Hloubkové individuální rozhovory byly vedeny s dlouhodobě pečující osobou, která pečovala po dobu tří let o svou nemocnou matku. A dále byly rozhovory vedeny se sociálními pracovníci Nemocnice Tábor a.s. Zkušenosti a úroveň vzdělání odpovídajících pracovníků a zkušenosti pečující osoby, se kterou byl rozhovor veden, mi umožnili celistvější a objektivní uchopení tématu. Měla jsem tímto možnost nahlédnout na problematiku tohoto tématu z jiné perspektivy, která je dle mého názoru nesmírně cenná, zvláště před nástupem do praxe a počátkem výkonu profese sociálního pracovníka. Rozhovory byly vedeny se sociálními pracovníci nemocnice Tábor a.s. a s dlouhodobě pečující osobou o svou nemocnou matku po dobu tří let.

#### ***3.3 Výzkumný soubor***

Výzkumným souborem pro mou bakalářskou práci byl individuální hloubkový rozhovor se sociálními pracovníci z nemocnice Tábor a.s. a s dlouhodobě pečující osobou o svou nemocnou matku. Ohled při zpracovávání mé bakalářské práce, jsem samozřejmě při



realizaci brala i na etické aspekty.

### ***3.4 Realizace výzkumu***

Při zpracovávání své bakalářské práce jsem se seznámila s různými aspekty poskytování sociální práce a možnostmi jak k sociální práci přistupovat. Svou práci jsem zaměřila na pečující rodiny. Nedílnou součástí k tématu mé bakalářské práce je pozice sociálních pracovníků, kteří v odvětví zdravotním i sociálním plní nezaměnitelnou funkci. Pro zpracování mé teoretické části jsem proto nahlédla jak do odborné české literatury, tak do literatury zahraniční.

## **4 VLASTNÍ PRÁCE**

### ***4.1 Hlubkové individuální rozhovory***

V této části mé bakalářské práce se budu věnovat hloubkovým individuálním rozhovorům. Tyto rozhovory jsem vedla se sociálními pracovníci Nemocnice Tábor a.s. a s dlouhodobě pečující osobou. Rozhovory jsem zrealizovala ve městě Tábor.

Uskutečněné rozhovory jsou se sociálními pracovníci Nemocnice Tábor a.s., které mají pracovní kompetence na Oddělení následné péče I a II, dále na oddělení Psychiatrie a Neurologie. Tyto pracovníce jsem si vybrala s cíleně, neboť pracují s pečujícími rodinami a pohybují se v systému sociálním i zdravotním. Navíc díky širokému pokrytí různých oddělení, dokáží zhodnotit rozlišnost přístupu k individuálním rodinám a klientům. Rozhovor s dlouhodobě pečující osobou, která se podobu tří let každodenně stará o svou nemocnou matku, byl pro mě také velmi hodnotný. Vybrala jsem tuto osobu z důvodu nahlédnutí na systém sociální a zdravotní z pohledu pečujícího. Jde také o odraz celkové spokojenosti a pocitu, jak se pečující osoba v této roli cítí. V rozhovorech se samozřejmě soustředím na pohled pečujícího, jako osoby, která se sociálními pracovníky velmi úzce spolupracuje. Dále se zaměřuji na to, jak je tato osoba spokojena s celkovou péčí a spoluprací s pečující osobou či rodinou. Z druhého pohledu také zhodnocuji situaci

a postavení sociálních pracovníků a jejich pohled na spokojenost se spoluprací s pečující osobou, či rodinou a jejich pohled na systém sociální a zdravotní v České republice. Výběr respondentů pro rozhovory k mé bakalářské práci byl tedy založen na pohledu na zdravotní a sociální systém z pozice sociálního pracovníka a pečující osoby. Zmíněnou pečující osobu jsem využila jako zástupce, který vypovídá za pečující rodinu. Jeho názory a výpovědi jsou tedy promítnutím názorů a stanovisek zbývajících členů rodiny.

### **1. Bc. Jana Pufrová, Dis. – sociální pracovnice Nemocnice Tábor a.s.**

Paní Pufrová pracuje na pozici sociální pracovnice několik let a za dobu svého působení na této pozici má již mnoho zkušeností. Ty profesní se rozhodla sdílet i se mnou pro účely mé bakalářské práce.

Dle jejího názoru je systém jak sociální, tak i zdravotní neustále v rozvoji a dochází k velkému posunu pozice sociálního pracovníka jako takového. Jako sociální pracovnice ve zdravotnickém zařízení vnímá i součinnost a mnohdy i komunikační šum mezi jednotlivými složkami personálu. Sama ale říká, že je takovýto šum běžný i na jiných pracovištích. Přiznává ale důležitost rychlého a přesného sdělování informací zrovna na tomto pracovišti. Dle jejích slov, rychlejší součinnost zlepšuje celkovou kvalitu péče jak klientově rodině, tak i klientovi. Paní Pufrová má na své pozici široké pokrytí nemocničních oddělení, která jsou lůžková. Přichází proto do styku jak s klienty, tak i jejich rodinami. Součástí její práce je nejen zprostředkování lůžka, ale také provedení kvalitního sociálního šetření v rámci hospitalizace. Jak jsem již naznačila, paní Pufrová se jako sociální pracovnice stýká v nemocnici i s lékaři. Hovořila se mnou i o častých domněnkách laické společnosti vzhledem k postavení lékaře a sociálního pracovníka. Jde totiž dle jejích slov o vztah, kdy je lékař nadřazen sociálnímu pracovníkovi, ačkoliv nemá pravomoc jeho funkci vykonávat. Toto přirozené postavení i vzhledem k širokému záběru pravomocí lékaře vede k domněnce, že lékař se přirozeně povyšuje nad sociálního pracovníka. Paní Pufrová ale reaguje na tuto domněnku poněkud pohotově. Říká, že dle své zkušenosti na takový přístup naráží občasně, ale že se takový přístup objevuje. Vzhledem k potřebě rychlosti a vstřícnosti při spolupráci pak tvrdí, že takový přístup ve

snaze uhájit svou pozici, spíše práci zpomaluje a snižuje její efektivitu. Je to dle jejích slov jedna z příčin diskomfortu jak to personál, klienta, tak i jeho rodinu. Dle jejích slov se tento rys chování objevuje zejména u mladých a čerstvě vystudovaných lékařů, kteří potřebují vzbuzovat určitou úctu a respekt. Při mém studování odborné literatury pro účely mé bakalářské práce jsem také narazila na podobnou výpověď MUDr. Milana Kubka, prezidenta České lékařské komory. Ten se ve své práci zabýval právě zmíněnou povýšeností u čerstvě vystudovaných lékařů. Tento fakt paní Pufrová zmiňuje z důvodu, že ačkoliv jde zdravotní systém neustále kupředu a zdokonaluje se. Je toto chování výraznou brzdou, ale dle jejích slov asi neodmyslitelnou součástí zdravotního systému. Problémem, o kterém paní Pufrová při rozhovoru hovořila, je součinnost sociálního a zdravotního systému. Jedná se tedy o provázanost těchto dvou složek. Přičemž při zpomalování a komplikování systému zdravotního, se tato skutečnost odrazí i na systému sociálním. Může dle svých dlouholetých zkušeností vypovědět, že se na součinnosti těchto systému podepisuje jak změna negativní, tudíž zmíněná povýšenost, tak také změna pozitivní. Názor sociální pracovnice Nemocnice Tábor a.s., paní Pufrové, je tedy založen na dlouhodobém pozorování součinnosti personálu a propojenosti obou systémů. Co se týče systému sociálního, hovořila paní Pufrová o spolupráci zejména s Úřady práce, azylovými domy, ubytovnami, domovi pro seniory atd. Tento typ spolupráce mezi zejména nemocnicí a dalšími zařízeními je občas velmi komplikovaný. Nemůže si ale stěžovat na rychlost řešení situací. Ve své funkci zajišťuje následné pobyty a bydlení klientům téměř denně. Zažila si tedy spolupráci, při které je potřeba velké trpělivosti i spolupráci, která běžela hladce. Dle jejích slov má sociální systém velké nedostatky. Zejména se jedná o velmi dlouhé čekací lhůty do jednotlivých pobytových zařízení. A to ať už jde o domov pro seniory či Alzheimer centrum. Na oddělení následné péče se navíc objevují nezdárka i klienti s těžkým zdravotním postižením, kteří jsou celodenně odkázáni na pomoc druhé osoby. Dle jejích slov je pro klienty, kteří potřebují celodenní péči a lůžko, velmi těžké takové místo sehnat. Jedná se dle jejích slov právě o ten typ zařízení, která mají velice dlouhou čekací lhůtu s řadou klientů, kteří by takové místo brali také. V souvislosti s tímto faktem, je pak důležitá domácí péče, o které paní Pufrová také hovořila. Neboť sociální práci také ve své práci zmiňuji, bylo pro mě přínosné o otevření

tohoto tématu. Paní Pufrová zastává názor, že jsou situace, kdy klientovi nedokáže za daných okolností a v daném čase, sehnat adekvátní umístění. Rodina je pak tím prvkem, který přichází na řadu, co se týče péče o klienta. Dle slov paní Pufrové, je potřebné brát v potaz i finanční situaci rodiny. Je samozřejmé, že rodina, která má tři členy, kteří řeší dluhy či jinou finanční zátěž, je těžké zatěžovat ještě každodenní péčí o člena rodiny. Je to dle situace občas i nemožný stav, neboť se dané osoby práce díky financím vzdát nemohou i kdyby chtěli. Je to jeden z možných a velmi častých modelů následného řešení situace při nemožném umístění klienta. Dalším modelem, který sociální pracovnice uvádí, je finančně dobře zajištěná a stabilní rodina, která ovšem nechce pečovat o člena rodiny. Takováto situace je dle paní Pufrové pochopitelná z důvodu odlišnosti přístupu k člověku a jeho potřebám. Jsou dle pracovnice lidé, kteří opravdu nedokáží pečovat o hygienu člena rodiny a takovouto situaci berou i jako ponížení klienta. Jde dle pracovnice samozřejmě o velký životní zlom, zejména co se úcty týče. Klient sám si situaci dobře uvědomuje a je mu to nepříjemné. Nechce se často prosit o pomoc, natož o pomoc hygienou. Otázka i samotné intimity je v takovýchto situacích velmi aktuální. Přístupy klienta k sobě samému jsou rozhodující. Jsou dle pracovnice klienti, kteří dokáží situaci uchopit a pojmout ji jako nutnou součást života, která se v dohledné době zřejmě nezmění, ale žijí dál. A snaží se o co nejlhodnotnější život. Dále pracovnice líčí i případy, kdy poměrně mladí lidé skončí upoutáni na lůžko s potřebou takovéto péče a psychicky tuto situaci nezvládnou. A to je u těchto klientů často i vidina návratu k běžnému životu. Je pak dle sociální pracovnice, na základě těchto zkušeností, možné pozorovat různorodost práce a potřebu sociálních pracovníků, jako podporu celého sociálního a systému a těchto klientů samotných.

Role sociálního pracovníka je tedy dle sociální pracovnice Pufrové, v součásti zdravotnického personálu. Role samotného sociálního pracovníka je zde nepostradatelná. Je to mezičlánek mezi lékařem, psychologem, psychiatry, pečovateli i sestřičkami. V Nemocnici Tábor a.s., zastává tato role a pozice své místo. Je dle slov pracovnice potřeba spatřovat cennost, kterou klientům tato role přináší i bez ohledu na finanční ohodnocení sociálních pracovníků. Role představuje důslednost, přesnost, flexibilitu a

vstřícnost. Je nedílnou součástí fungování celého sociálního systému. Náplní sociálního pracovníka je tedy sociální šetření, zajišťování potřebné agendy, spolupráce s rodinami i klienty, řešení těžkých životních situací s vyhledáním možné alternativy, odkázání klientů či jejich rodin na příslušné odborníky, spolupráce se zdravotnickým personálem vůbec, spolupráce a azylovými domy, s domy s pečovatelskou službou, nadacemi, s možnými donátory i rehabilitačními a Alzheimer centry. Sociální pracovnice navíc i poučují klienty a jejich rodiny o možnosti podání žádosti o různé druhy příspěvků, na které mají za daných okolností nárok. Sociální pracovnice vyřizují i předání důchodů klientům. Dle slov sociální pracovnice jde o častou neinformovanost klientů. V důsledku takovýchto chyb, pak klienti přichází i o možnou finanční pomoc od státu, kterou mohou využít. V případech, kdy o klienty nejeví zájem ani rodinní příslušníci je pak řešení takových situací náročné. Sociální pracovnice se snaží svou práci vykonávat naplno. Ale dle slov sociální pracovnice je občas součinnost rodin potřebná a práci často usnadní. Sociální pracovnice tedy v Nemocnici Tábor a.s. umožňují klientům a jejich rodinám lepší orientaci v sociálním a zdravotním systému, který je velmi komplikovaný. Často ale takováto pomoc vede ke zlepšení sociální situace klienta a ke zmenšení finanční zátěže rodiny. Tato složitá práce tedy časově velmi zaměstnává. A ačkoliv je to dle slov sociální pracovnice velmi zvláštní, jsou konkrétně na celou Nemocnici Tábor a.s. pouze tři sociální pracovnice, zajišťující takovouto práci.

## **2. Bc. Věra Prokešová, Dis. – sociální pracovnice Nemocnice Tábor a.s.**

Paní Prokešová pracuje na pozici sociální pracovnice již několik let. Má i zkušenost s působením i v jiných zdravotnických zařízeních na stejné pozici. Proto má paní Prokešová bohaté zkušenosti nejen jako sociální pracovnice Nemocnice Tábor a.s.

Z hlediska dlouholetých zkušeností hodnotí paní Prokešová celkovou situaci a pohled na systém sociální a zdravotní s odstupem a nadhledem. Pohled na tyto systémy má vcelku velmi podobný pohledu paní Pufrové. Každým rokem dle jejích slov, nastává řada změn a právní rámec, který upravuje postavení sociálních pracovníků je neustále novelizován.

Je proto velmi obtížné se orientovat ve spleťtých situacích, kdy změny přichází takřka ze dne na den. Paní Prokešová hovoří i o zmiňovaném komunikačním šumu, který se uplatňuje zejména při spolupráci s orgány státní správy. Neustálé změny, o nichž mnohdy sociální pracovníci ví jako ti poslední, velmi komplikují výkon jejich práce. Dle výpovědi paní Prokešové jde o změny týkající kupříkladu důchodů a jejich vybírání. Jako poslední příklad, který paní Prokešová uvádí, je příklad České pošty, která do nemocnice běžně posílala své pracovníky s úředními doklady, čekajícími na podpis klientů. Tito klienti si sami na poštu nedojdou a sociální pracovníci si musí v již tak vytíženém čase, vypůjčit vozík a převést klienty z lůžka až k přepážce České pošty. Tyto neustálé změny a z pohledu paní Prokešové snahy o ulehčení a zjednodušení práce ale mají své vady. Jedna z nich je popsána ve zmíněném příkladě. Paní Prokešová uvádí, že pokud se takovéto změny budou dít ve větším rozsahu a bez zkoumání dopadů na práci sociálních pracovníků či jiného zdravotnického personálu, podepíše se to na činnosti tohoto personálu. Pokud dle jejích slov, budou nastávat neustálé změny, které nebudou přinášet efektivní výsledky. Bude práce sociálního i zdravotního systému spíše v rozkladu než na vzestupu. Je proto dle slov paní Prokešové, být neustále v obraze a schopný se přizpůsobovat změnám, které přichází. Paní Prokešová uvádí, že z jejich pozice je možnost ovlivnit fungování spolupráce úřadů se zdravotnickými zařízeními téměř nemožná. Jejich práce je tím ovlivněna, ale musí se změnám přizpůsobit. Systémové změny musí dle jejích slov přijít v legislativě a řídicích pozic jednotlivých zařízení. Paní Prokešová je přesvědčená o provázanosti a spojení systému sociálního a zdravotního. Jde to dle jejích slov ruku v ruce a není možné tyto systémy oddělovat. Součinnost je základem efektivního fungování a zkvalitňování již zavedených principů a postupů. Pro oba systémy je ale dle ní, kromě metodiky potřebná i lidskost. Je to dle jejího názoru základ pro správné fungování.

Rolí sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s., je dle jejího názoru, být součástí práce s klientem a podporou při těžkých životních situacích. Hledat řešení a být tím, na koho se klienti i jejich rodiny mohou obrátit, když už neví kudy kam. Rolí je tedy dle paní Prokešové, být zejména součástí a podílet se na práci s klientem a dávat mu smysl práce i

sám na sobě. Paní Prokešová tvrdí, že i když na to mnohdy opravdu není čas, je potřebné dávat klientům smysl proč se sebou chtějí pracovat a motivaci i k dalším malým krůčkům. Paní Prokešová dále uvádí, že náplní práce sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s., je sociální šetření, komunikace s orgány státní správy, účast na lékařských vizitách, každodenní návštěva lůžek a zjišťování stavu klientů, jejich orientace v čase a prostoru. Dále uvádí i komunikaci a schůzky s rodinami klientů, zařizování a telefonické spojování se sociálními zařízeními. Pohled paní Prokešové na systém sociální a zdravotní je více rozebrán již výše. Ve shrnutí ale uvedla, že nynější systém je ve srovnání s jinými zeměmi Evropy vyspělý. Ačkoliv země jako je Německo či Holandsko jsou oproti nám, v souvislosti s domácí péčí na úplně jiné úrovni. Stále ale zmiňuje, že si nemůžeme ztěžovat a věří v rozkvět. Jako přínos její práce, jakožto práce sociálních pracovníků vůbec. Hodnotí paní Prokešová propojování součinnosti oblasti sociální a zdravotní v zařízením jak sociálních, tak zdravotních. Propojení, které sociální pracovníci zajišťují je dle jejích slov hlavně díky správné komunikaci a přesnosti, která je nezbytnou součástí jejich práce. Stejně jako paní Pufrová, tak i paní Prokešová hovoří o přínosu prostřednictvím informací klientům a jejich rodinám. Paní Prokešová za dobu svého působení ví, že nepříznivá finanční situace a stres, který způsobuje, zhoršuje práci s klienty. Často zdánlivě neřešitelné situace se dají při správné komunikaci s příslušnými pracovníky zvládat daleko lépe. Nehledě na fakt, že se tyto případy nakonec řešit dají, a to právě za podpory různých příspěvků. I paní Prokešová uvádí, že je ve společnosti těchto lůžkových zařízení, velká míra dezinformací a nedostatku pravdivých a potřebných informací. Práce sociálního pracovníka jako takového pak nabírá dle jejích slov úplně jiný rozměr a přidává to na jeho hodnotě. Paní Prokešová tedy závěrem uvádí, že jako přínos své pozice vidí spojkou mezi nemocnicí a úřady. Ulehčuje tím práci pečujícím rodinám a šetří potřebný čas, který rodina věnuje do jiných aktivit.

### **3. Bc. Vendula Máchová**

Paní Máchová pracuje v Nemocnici Tábor a.s. necelý rok a proto si svou práci nedovoluje příliš hodnotit. Má ale bohaté zkušenosti i z jiných zdravotnických zařízení a pohled na

system sociální a zdravotní má ucelený.

Paní Máchová zastává názor, že situace v České republice není pro klienty vůbec špatná. Porovnává přístup sociální a zdravotní péče ke klientům s odlišnými zeměmi světa a sama uvádí, že je potřeba nesrovnávat pouze s evropskými státy. Dle jejího názoru máme v České republice tendence vidět situace velmi špatně a nevede to k pozitivnímu posunu. Je dle paní Máchové potřeba situaci jak sociální, tak zdravotní posuzovat z odlišných úhlů pohledu, a diskutovat o určitých otázkách jak s odborníky, tak laickou společností. Do systému sociálního a zdravotního by dle ní měla patřit i určitá forma edukace, která by měla začínat již na středních školách. Paní Máchová uvádí, že se při své práci totiž již několikrát setkala s neporozuměním a opovržením, navzdory práci, kterou jako sociální pracovník odvádí. Paní Máchová uvádí, že si takový přístup a chování, často z řad laické společnosti nijak zle nevysvětluje. Pouze jde o snižování postavení sociálních pracovníků z důvodu neinformovanosti a způsobu výkladu, kterým je její pozice již na školách podávána. Tvrdí, že edukace by měla být základním kamenem, který by kromě i jiných faktorů, měl měnit přístup a tvořit změny. Bez správné edukace, kritického myšlení, pokory, respektu a přemýšlení, nebude možné tvořit ty správné změny, vedoucí k pokroku. Pokrok je dle jejích slov nevyhnutelný a zároveň je nutné propojení jak teoretických znalostí, tak praxe. Jedná se dle ní o dva světy, přičemž by v sociální práci neměl převažovat ani jeden z nich. Pohled paní Máchové na systém sociální zdravotní je tedy uveden zejména s důrazem na edukaci a její smysl při tvorbě změn v těchto systémech. Při propojení stránky teoretické a praktické pak dle jejího názoru může dojít k optimálnímu propojení obou systémů. Rolí sociálního pracovníka, tedy její pozice v Nemocnici Tábor a.s. je dle jejích slov složka zajištění veškeré administrativy ohledně klientů a jejich rodin. Rolí sociálního pracovníka je být připraven, informována a být důsledný. Jako náplň práce sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s. uvádí zajištění umístění klientů z lůžek na odděleních následné péče I a II, dále zajištění agendy, zajištění doplnění zdravotnické dokumentace, vyřizování důchodů, informování klientů a jejich rodin o možnostech dalšího umístění, dalšího zaměstnání, dalších kroků po propuštění z nemocnice. Přínos práce sociálního pracovníka paní Máchová spatřuje v již zmíněných



faktech své práce. Přínos ale závěrem zmiňuje v propojení právě systému sociálního a zdravotního ve své práci.

#### **4. Pavla Dědovská – dlouhodobě pečující osoba**

Paní Dědovská pod dobu tří let pečovala o svou nemocnou matku, upoutanou na lůžko. Paní Dědovská má tedy tříleté zkušenosti jak s každodenní péčí o rodinného příslušníka, tak i s pohledem pečující osoby na celkovou situaci sociální a zdravotní. Má řadu zkušeností s oběma systémy, ve kterých se po dobu péče o svou matku, musela umět aktivně pohybovat. Paní Dědovská rozhovor přijala s tím, že bude hovořit za celou pečující rodinu, která se na péči o její matku podílela dlouhodobě také.

Paní Dědovská v našem rozhovoru uvádí, že vychází ze své situace, kdy její matka byla po dobu tří let plně upoutána na lůžko. Byla teda potřeba zajištění každodenní hygieny a neustálé péče. Dle slov paní Dědovské se jednalo o osobu nesvéprávnou, s absolutní závislostí na druhé osobě a tudíž neschopnou pohybu. Časem klientka i po dlouhotrvající rehabilitaci přestala používat druhou polovinu těla. Co se týče pohledu paní Dědovské na systém sociální a zdravotní, zastává názor, že finanční podpora je pro pečující rodiny v tomto ohledu nedostatečná. Sama paní Dědovská po hospitalizacích své matky přešla na domácí typ péče, který byl i doporučen lékařem. Vzhledem k pacientčině stavu fyzickému i psychickému. Psychický stav se v nemocnici nezlepšoval a proto bylo potřeba mít pacientku v domácím prostředí. To samozřejmě vyžadovalo neustálou péči a celodenní dohled na pacientku. Paní Dědovská se na úkor domácí péče o svou nemocnou matku vzdala svého dosavadního zaměstnání. Svého rozhodnutí dodnes nelituje. Považuje převzetí matky do domácí péče za jeden z aspektů prodloužení života matky. Dokazuje se tímto případem i pojednání, které uvádím ve své teoretické části bakalářské práce. Pojednání se týká vlivu domácí péče na celkové zlepšení pacienta, ke kterému v tomto případě došlo, i přes následné znehybnění poloviny těla. Stav klientky se po návratu do domácího prostředí zlepšil. Prokázat to jde na příkladě, že se snížil počet léků, které klientka každodenně užívala. Následně se zlepšily kognitivní funkce klientky a

celková orientace časem a prostorem. Dle paní Dědovské hraje velkou roli při spolupráci se sociálním i zdravotním, systémem, lidský faktor. Lidský faktor upřesňuje respondentka ve významu péče jak ze strany zdravotnického či sociálního zařízení, tak ze strany pečující osoby v domácím prostředí. Empatii a lidský přístup dle jejích slov nelze nahradit a musím být nedílnou součástí práce s klienty i jejich rodinami. Tento faktor zmiňují i v rozhovorech se sociálními pracovníci, které zastávají podobný názor. Tudíž faktor lidskosti a vstřícnosti by neměl v žádném případě chybět při práci v sociálním i zdravotnickém zařízení. Paní Dědovská závěrem uvádí, že i při výběru zaměstnanců na tyto pomáhající pozice, by mělo být přihlíženo jejich charakterovým vlastnostem.

#### ***4.1.1 Shrnutí hloubkových individuálních rozhovorů***

Z uvedených rozhovorů jsem získala odpovědi na svou hlavní i další dílčí výzkumné otázky. Odpovědi mi byly zodpovězeny plněm rozsahu. Odpovědi mi byly zodpovězeny od sociálních pracovníků Nemocnice Tábor a.s. a od pečující osoby, která dlouhodobě pečovala o svou matku.

Tím, že byly rozhovory vedeny samostatně s každou osobou zvlášť. Bylo možné získat objektivní výsledky. Chtěla jsem zamezit ovlivňování jednotlivých osob a proto jsem vedla rozhovor s každým respondentem individuálně. S cílem zmapovat pohledy na systém sociální a zdravotní jak z pohledu sociálního pracovníka, tak pečující rodiny, jsem zvolila tyto čtyři respondenty. Respondentka v pozici pečující osoby hovořila za členy celé pečující rodiny. V rámci vedených hloubkových rozhovorů jsem získala podrobné informace o fungování sociálních pracovníků v Nemocnici Tábor a.s., o jejich náplni práce, roli a pohledu na sociální a zdravotní systém. Paní, která hovořila z pozice pečující osoby o svou nemocnou matku, mi poskytla detailní informace zase z pohledu pečujícího. I vzhledem k faktu, že zmíněné sociální pracovníce pracují na stejných pozicích a ve stejné nemocnici. Objevily se odlišné přístupy k práci a celkové vnímání pojetí sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s. Respondentky hovořily i o srovnání sociálního a zdravotního systému v České republice ve vztahu k okolním státům.

## 5 VÝSLEDKY

Bakalářskou práci jsem zpracovala pomocí techniky hloubkového individuálního rozhovoru. Odpověď jsem hledala na hlavní výzkumnou otázku: „Jaký je pohled pečující osoby a sociálních pracovníků žijící v České republice na český systém sociální a zdravotní?“ a tři otázky dílčí. Přičemž první dílčí otázka byla: „Jaká je role a náplň sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s. a jeho pohled na systém sociální a zdravotní České republiky?“ Druhá dílčí otázka byla: „Jaká je podstata přínosu práce sociálního pracovníka Nemocnice Tábor a.s., která vede k lepší orientaci rodin v systému sociálním a zdravotním?“ A třetí dílčí otázka byla: „Jaký má pohled pečující osoba na systém sociální a zdravotní v České republice?“ Kombinací rozhovorů sociálních pracovníků a pečující osoby, jsem získala pohled na vztah mezi personálem a pečující osobou.

V rozhovorech byly ze strany sociálních pracovníků zjištěny různé pohledy na situaci dvou systémů v České republice. Sociální pracovníce se ale navzájem ve výpovědích shodovaly ve faktu, že je systém zdravotní i sociální navzájem propojen. Jedna z pracovníků dokonce uvádí, že není možné tyto dva systémy oddělit a je potřeba přistupovat k nim komplexně. Všechny pracovníce se shodují v tom, že je v otázkách těchto dvou systémů pozice sociálního pracovníka nepostradatelná. Sociální pracovníce mají každá zajímavý pohled na situaci a odlišný přístup ke své práci. Bylo zajímavé pozorovat, jak každá oceňuje jinou hodnotu jejich práce, která ale patří do každodenní rutiny každé z nich. Myslím, že personál, který je složen z pracovníků stejné pozice, zastávající v zásadě stejný názor, na který pohlíží z odlišného úhlu pohledu, je velmi nevšední a cenný. V odpovědi na mou hlavní otázku se tedy pracovníce shodly ve faktu, že systém sociální a zdravotní je spojený systém, ke kterému je potřeb přistupovat jako k celku. Ohledně první dílčí otázky se sociální pracovníce vzájemně shodly na pozici pracovníka, který je důsledný a flexibilní. Jde o práci, která dle jejich slov zahrnuje mnoho kompetencí a je i časově náročná. Co se náplně sociálního pracovníka týče, shodly se sociální pracovníce na sociálním šetření, vyřizování důchodů, agendě, práci s klienty ohledně jejich umístění i ohledně práce s pečujícími rodinami. Co se týče druhé dílčí

otázky, tak se odpovědi týkaly zejména zapojení lidskosti a vstřícnosti. Hlavním přínosem, zmiňovaným všemi pracovníci je informovanost, které dle výpovědí mnoho nebývá. Informovanost dle jejich výpovědí totiž dokáže měnit finanční a tím i sociální situace klientů díky možným příspěvkům. U odpovědi na mou třetí dílčí otázku, pečující osoba na systémy pohlíží jako na jakousi opěrnou berlu, která by zde měla být v nepříznivých situacích plně funkční. Jedná se dle ní o propojení dvou složek, které k sobě neodmyslitelně patří. Shoduje se tedy v tomto se sociálními pracovníci a tvrdí také, že tyto dva systémy nelze oddělit a je potřeba je brát jako celek. Ve shrnutí lze tedy říci, že dle výpovědí sociálních pracovníků jsou v těchto systémech neustálé změny, které nevedou vždy k efektivnímu výsledku. Je proto potřeba mapovat při plánování změn i jejich důsledky, které lze v danou dobu předpokládat. Další složkou těchto systémů je i určitá nadřazenost, která je dle pracovníků jejich nedílnou součástí. Je sice součástí, ale jedná se pouze o osobní potřebu lékaře, která se dále bohužel nelibě podepisuje na stanovené práci. Práci personálu tyto výkyvy zpomalují a snižuje se i kvalita. Provázanost mezi systémem zdravotním i sociálním je nezpochybnitelná a je potřeba mít na vědomí, že je tyto dva systémy potřeba udržovat v určité rovnováze. V rozhovorech se objevila pojednání o domácí péči či dlouhých čekacích lhůtách na lůžková zařízení. Dle sociálních pracovníků je domácí péče něčím, co je mnohdy nezbytné. Rodina si bohužel mnohdy nemůže takovou péči dovolit i kdyby chtěla, a to zejména z finančních důvodů a z důvodu ušlého výdělku. Dalším modelem který se dle pracovníků často objevuje, je model, kdy rodina péči o rodinného příslušníka odmítá, ačkoliv by pečovat mohla. V obou případech se ale řeší budoucnost a další umístění klienta. S tím souvisí i další bod, o kterém píšete, a to problematika dlouhých čekacích lhůt na dané umístění. Nedostatek lůžek a jakýsi nezájem o klienty právě v těchto lůžkových zařízeních, kteří potřebují celodenní péči, popisují i sociální pracovníci. Zároveň se jedná o problematiku, která je řešitelná a vzhledem k rychlému pokroku v systémech a častým změnám lze předpokládat i postupný rozvoj řešení tohoto problému. V závěru sociální pracovníci mají pozitivní náhled na celou situaci a věří v rozkvět posun kupředu.

## 6 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit odpovědi na jednu hlavní otázku a tři dílčí otázky. Snažila jsem se zmapovat pohledy sociálních pracovníků a pečující osoby, na systém sociální a zdravotní v České republice. Zároveň jsem se zabývala i otázkami náplně práce sociálních pracovníků, jejich role a přínosem, který pečujícím rodinám poskytují. Rozhovory jsem vedla se sociálními pracovníci Nemocnice Tábor a.s. a s pečující osobou o svou nemocnou matku. Odpovědi na mé otázky jsem hledala formou kvalitativního výzkumu při použití hloubkového individuálního rozhovoru jako výzkumné techniky.

Jako zkoumaná oblast mi posloužilo město Tábor, ve kterém se nemocnice nachází a ve kterém trvalý pobyt i zmíněná pečující osoba. Rozhovory byly vedeny se třemi sociálními pracovníci Nemocnice Tábor a.s. a s pečující osobou o svou nemocnou matku po dobu tří let. Pečující osoba rozhovor poskytla za celou pečující rodinu a poskytla možnost pohlédnout na problematiku z úhlu pečujícího. Sociální pracovníci poskytly náhled z pohledu profesního a vytvořil se tím komplexnější náhled na celou situaci pečujících rodin i sociálních pracovníků v systému sociálním a zdravotním.

Ještě před zahájením výzkumu jsem zjistila z odborné literatury, že postavení pečujících rodin, stejně jako pečujících samotných, je velmi omezeno vysokou mírou dezinformací. Jedná se o z části informace nepravdivé a z části informace neúplné. Tyto rodiny pak přichází často i o možnost finanční podpory v často těžké situaci. Tento náhled, podaný odbornou literaturou, se v praxi následně potvrdil. I dle shrnutí z rozhovorů se sociálními pracovníci vyplynulo, že mezi klienty a pečujícími rodinami není příliš velká informovanost o možnostech různých druhů příspěvků či finanční podpory. Pokud není rodina správně informována, pokud si relevantní zdroje nehledá nebo není schopna obstarat, přichází na řadu edukace ze strany sociálních pracovníků. Tito pracovníci rodinu poučí o možnostech zažádání o různé druhy příspěvků, zároveň uvedou podmínky, za kterých tak může být žádostem vyhověno. V souvislosti s finanční situací se pak nadále řeší i další umístění klienta a možnost případné domácí péče. Domácí péče je sice

položkou velmi potřebnou a dle uvedených odborných informací i prospívá zlepšení zdravotního a duševního stavu klienta. Bohužel není vždy možná. Pro mnohé pečující rodiny je domácí péče velice energeticky i časově náročná. I v souvislosti s faktem, že se za dané situace veškerá pozornost upírá na klienta, je pozice pečujících v pozadí. Je potřeba ale předcházet i syndromu vyhoření a dbát o své vlastní duševní a fyzické zdraví, což zmiňuji i v teoretické části mé bakalářské práce. Co se tedy pohledu sociálních pracovníků a pečujících na systém sociální a zdravotní týče, jde z jejich pohledu o velice složitý proces vyjednávání jakýchkoliv změn a dlouhodobou práci. Systém potřebuje dle respondentů změny, ale takové, které přináší efektivní pomoc a neztěžují práci ani jedné straně. Z hlediska pečujících rodin, je dle rozhovorů potřeba větší informovanosti a edukace jak pečujících, tak i klientů. Z hlediska sociálních pracovníků, jde o potřebu zachování rychlosti a důslednosti. Je dle rozhovorů s nimi potřeba změny plánovat i s jejich důsledky do budoucna.

Z výzkumu jsem tedy získala odpověď na mou hlavní výzkumnou otázku, kdy odpovědi bylo ve shrnutí, že **system sociální i zdravotní změny potřebuje, ale zároveň je potřeba brát ohled na důsledky, které z nich vyplývají. Sociální pracovníci zastávají názor, že se z hlediska systémů jedná o problematiku, ve které je nezbytné se umět pohybovat a neustále být v obraze.** Tyto systémy a jejich správné fungování přispívají k zlepšení orientace pečujících v systému sociálním i zdravotním. Dále změny i orientace v této složité problematice šetří čas i samotným sociálním pracovníkům a urychlují zajištění požadavků klientů a jejich rodin. Na druhou dílčí otázku mi sociální pracovníci odpověděly již v průběhu rozhovorů, které jsou v mé práci zaznamenány. Jejich rolí bylo ve shrnutí **zajišťovat jakýsi spojovací prvek mezi zdravotním a sociálním systémem, zároveň být součástí zdravotnického personálu v Nemocnici Tábor a.s.** Pohledy byly u každé z pracovníků jiné, ale v závěru se **všechny shodovaly na potřebě správné edukace a informovanosti pečujících i klientů.** Je to z hlediska sociálních pracovníků nezbytné pro správné fungování těchto systémů. **A jak již bylo zmíněno, je nutná i změna, která ale musí být řádně promyšlena.** Jako přínos své práce vidí sociální pracovníci **vnesení lidskosti a vstřícnosti** do problematiky sociálního a zdravotního

systemu. Opakuje se i zmíněná **edukace se zlepšením orientace v systémech**, s čímž souvisí i **zlepšení sociální a finanční situace** klientů a pečujících. Na třetí dílčí otázku, týkající se pečující osoby byla odpověď jasná. Dle jejího názoru by měla nastat **podpora domácí péče a zlepšení všeobecné informovanosti i pro osoby, kterých se tato problematika netýká. Finanční podpora je z jejího hlediska stále nedostačující**. Neodpovídá dle respondentky časovým, energetickým a finančním nákladům, které by měla pokrývat. Vše je ale dle respondentky individuální a odlišné dle diagnózy klienta. Orientace v systémech je totiž dle pečující osoby nutná pro každého. Neboť řešení problematiky domácí péče či lůžkových zařízení se bude v dohledné době týkat každého z nás.

## 7 ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: „Jaký je pohled sociálních pracovníků žijící v České republice na český systém sociální a zdravotní?“ A na tři dílčí výzkumné otázky. Přičemž první dílčí výzkumná otázka byla: „Jaká je role a náplň sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s. a jeho pohled na systém sociální a zdravotní České republiky?“ Druhá dílčí výzkumná otázka zněla: „Jaká je podstata přínosu práce sociálního pracovníka Nemocnice Tábor a.s., která vede k lepší orientaci rodin v systému sociálním a zdravotním?“ A třetí dílčí výzkumná otázka zněla: „Jaký má pohled pečující osoba na systém sociální a zdravotní v České republice?“ Odpovědi jsem získávala pomocí hloubkových individuálních rozhovorů se sociálními pracovnicemi Nemocnice Tábor a.s. a s pečující osobou o svou nemocnou matku po dobu tří let.

Bakalářská práce je rozvržena na dvě části, a to na část teoretickou a na část praktickou. V teoretické části je zahrnuto vysvětlení současného stavu, dále je pojednání o tématu proč pečovat, obsaženo je i rozpracování textu o zátěži pečujícího. Dále se pak věnuji jednotlivým systémům, tedy sociálnímu a zdravotnímu v jednotlivých kapitolách. Rozpracované je zde i téma podpory rodin státem. V jednotlivých kapitolách se zabývám problematikou domácí péče, pohledu na lidskoprávní vzdělávání a cituji odbornou literaturu, určenou k danému tématu. Porovnávám zde i hodnoty pojištění a zároveň

sociálního zabezpečení. Zabývám se ve své teoretické části i veřejnými výdaji, jejichž vydávání na sociální oblast se dle dostupné literatury neustále snižuje.

V praktické části jsem použila kvalitativní výzkum a technikou sběru dat byl hloubkový individuální rozhovor. Pomocí hloubkových individuálních rozhovorů jsem zjistila odpovědi na mou hlavní výzkumnou otázku a tři dílčí výzkumné otázky. Rozhovory byly vedeny se třemi sociálními pracovníci Nemocnice Tábor a.s. a s dlouhodobě pečující osobou o svou nemocnou matku. Výzkum plně odpověděl na mé výzkumné i dílčí otázky.

### **3. Seznam použitých zdrojů:**

1. BALONY, J., PETRUSEK, M., 2011. *Společnost naší doby*. Praha: Academia. 156 s. ISBN 978 80-200-1965-3.
2. BECK, U., 2011. *Riziková společnost*. 2. vydání. Praha: SLON. 419 s. ISBN 978-80-7419-047-6.
3. BERG, I., 2013. *Posílení rodiny*. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-262-0500-5.
4. BERTINI, K., 2013. *Sendvičová rodina*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-262-0478-7.
5. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
6. CLARK, L., 2012. *SOS Pomoc pro rodiče*. Brno: CPress. 223 s. ISBN 978-80-264-0021-9.
7. DAHLKE, R., 2017. *Životní krize jako vývojové šance*. Brno: CPress. 203 s. ISBN 978-80-264-1631-9.
8. DAVIDOVÁ et al., 2010. *Kvalita života a determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice*. Praha: TRITON. 256 s. ISBN 978-80-7387-428-5.
9. DUKOVÁ, I., 2013. *Sociální politika*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.
10. ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce – aktuální otázky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4.
11. HALÍŘOVÁ, G., *Sladění pracovních a rodinných rolí zaměstnanců pečujících o děti*. Praha: Leges. 192 s. ISBN 978-80-87576-92-2.



12. HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
13. CHALOUPKOVÁ, S., 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4.
14. CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L., 2014. *Žena a muž v rodině*. Praha: Vyšehrad. 240 s. ISBN 978-80-7429-479-2.
15. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
16. KAJANOVÁ, A., 2014. *Sociální patologie – vybrané kapitoly*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta. 88 s. ISBN 978-80-7394-449-0.
17. KOLEKTIV AUTORŮ., 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 425 s. ISBN 978-80-904668-0-7.
18. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
19. KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5707-0.

## 9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Seznam otázek pro respondenty.....	46
Příloha č. 2 Informovaný souhlas pro respondenty.....	47

**Příloha č.1 Seznam otázek pro respondenty zúčastněných na hloubkových individuálních rozhovorech.**

1. Jak dlouho se práci sociálního pracovníka věnujete?
2. Jakého člena rodiny máte v péči?
2. Jak dlouho pečujete o svou nemocnou matku?
3. Co tvoří náplň Vaší práce?
4. Co tvoří roli Vaší práce a jaký přínos si myslíte, že má?
5. Jaký si myslíte, že má Vaše práce přínos pro orientaci pečujících rodin v systému sociálním a zdravotním?
6. Jaký máte z pozice sociálního pracovníka pohled na systém sociální a zdravotní v České republice?
7. Jaký máte pohled z pozice pečující osoby na systém sociální a zdravotní v České republice?
8. Jsou nějaké skutečnosti, které byste si přála v těchto systémech změnit?

## **Příloha č. 2 Informovaný souhlas pro respondenty**

Vážená paní,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci při zpracovávání mé bakalářské práce na téma *Pečující rodiny v systému sociálním a zdravotním*. Provádím výzkum, s cílem zmapovat pohledy sociálních pracovníků a pečující osoby na systém sociální a zdravotní v České republice. Při zkoumání využívám kvalitativní výzkum a jako techniku využívám hloubkové individuální rozhovory. Hloubkové individuální rozhovory s Vámi pak slouží jako odpovědi na mé výzkumné otázky. Zvolila jsem jednu hlavní výzkumnou otázku a tři dílčí výzkumné otázky. V rámci jich se ptám hlavní výzkumnou otázkou: „Jaký je pohled sociálních pracovníků žijící v České republice na český systém sociální a zdravotní?“ A dílčími otázkami: „Jaká je role a náplň sociálního pracovníka v Nemocnici Tábor a.s. a jeho pohled na systém sociální a zdravotní České republiky?“ Dále: „Jaká je podstata přínosu práce sociálního pracovníka Nemocnice Tábor a.s., která vede k lepší orientaci rodin v systému sociálním a zdravotním?“ A: „Jaký má pohled pečující osoba na systém sociální a zdravotní v České republice?“ Výhodou výzkumu jsou výsledky výzkumu a jejich možnost uplatnění v praxi. Rizika z účasti na výzkumu neplynou.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na uvedeném výzkumu. Byla jsem studentkou obeznámena o náplni hloubkových individuálních rozhovorů, jejich cílech a postupech. Souhlasím se zpracováním mých výpovědí z rozhovorů pro účely této bakalářské práce s názvem *Pečující rodiny v systému sociálního a zdravotním*. Měla jsem možnost si účast na rozhovorech zvážit a byla jsem obeznámena s výhodami i riziky, které z rozhovorů plynou. Na mé dotazy jsem dostala srozumitelnou a relevantní odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních údajů a údajů, poskytnutých v rámci tohoto rozhovoru.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý má platnost originálu, z nichž jeden obdrží účastník výzkumu a druhý studentka.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu:

---

V:

---

Dne:

---

Jméno, příjmení a podpis studentky:

---