

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

## **Návaznost sociálních služeb na pobyt v LDN**

Bakalářská práce

Autor: Petra Černá

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.



## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Petra Černá

Studium: U1497

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

**Název bakalářské práce:** **Návaznost sociálních služeb na pobyt v LDN**

Název bakalářské práce AJ: Social Services Subsequent to Stay in Long - Term Care Hospital

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Práce "Návaznost sociálních služeb na pobyt v LDN" bude zasazena do Léčebny dlouhodobě nemocných v Hořicích. Bude se zabývat příčinami, které vedou k umístění pacientů na lůžka dlouhodobé péče, dále pak vhodností dalších zařízení a jejich dostupností. V metodické části bude práce mapovat pohyb všech pacientů v Léčebně dlouhodobě nemocných v Hořicích za období jednoho roku (např. věk pacientů, délku pobytu v LDN, odchody do navazujících zařízení) a dále dostupností sociálních služeb pro pacienty propuštěné do domácího ošetřování. Bude použita kombinace metod kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

Metody a řízení sociální práce - Oldřich Matoušek a kol. Lidský vztah jako součást profese - Karel Kopřiva Hospice a umění doprovázet - Marie Svatošová Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči - Helena Haškovcová, Jindra Pavlicová Sociální péče o seniory - Martina Hrozenská, Dagmar Dvořáčková Sociální gerontologie - Helena Haškovcová

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky,  
Ústav sociální práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne..... Petra Černá.....

## **Poděkování**

Děkuji doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za odborné vedení a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Mé poděkování patří též Ing. Romanu Bečvářovi, řediteli Městské nemocnice v Hořicích, za poskytnutí dat pro výzkumnou část bakalářské práce.

## **Abstrakt**

Bakalářská práce „Návaznost sociálních služeb na pobyt v LDN“ je zasazena do městské nemocnice v Hořicích, ve které jsou lůžka pro dlouhodobě nemocné pacienty. Protože byl v roce 2015 průměrný věk pacientů, kteří léčebnou prošli, 80 let, věnuje se teoretická část práce gerontologii a geriatrii, její historii a současnosti. Dále pak fázím lidského života, stáří, pohledu na dnešní rodinu, možnostem domácí či ústavní péče o seniory a ošetřujícím v geriatrii.

V praktické části bude použit kvantitativní i kvalitativní výzkum. V kvantitativním výzkumu bude výzkumným nástrojem sběr dat, v kvalitativním výzkumu bude výzkumným nástrojem polostrukturovaný rozhovor.

**Klíčová slova:** gerontologie, stárnutí, ošetřovatelství, rodina, sociální služby

## **Abstrakt**

The Bachelor thesis titled “Social Services Subsequent to Stay in Long-Term Care Hospital” addresses the situation in the Municipal Hospital in Hořice where patients receive long-term care. In 2015, the average age of patients staying in the long-term care hospital was 80 years. The theoretical part of the thesis, therefore, deals with gerontology and geriatrics, their past and present. It further discusses the phases of human life, old age, the family of today, possibilities of home or facility care for old people, and people providing care in geriatrics.

In the practical part of the thesis, both quantitative and qualitative research will be used. Data collection will be the research tools for the quantitative research while semi-structured interviews will be used in the qualitative research.

Key words: Gerontology, ageing, nursing, family, social services

## Obsah:

Úvod .....	9
1 Gerontologie a geriatrie.....	10
1.1 Základy gerontologie a geriatrie v České republice.....	11
1.1.1 Geriatrické sestry .....	11
1.1.2 Resort geriatrie v současnosti .....	12
1.1.3 Geriatrizace medicíny.....	12
1.1.4 4xD.....	13
1.2 Fáze lidského života.....	13
1.2.1 Stárnutí a stáří .....	14
1.2.2 Onemocnění spojená se seniorským věkem .....	15
1.2.3 Funkční potenciál ve stáří.....	15
1.2.4 Ageismus .....	16
2 Rodina dnes .....	17
2.1 Senior a rodina.....	17
2.1.1 Domácí nebo ústavní péče o seniory.....	18
2.1.2 Respitní neboli úlevová péče .....	18
2.1.3 Problém závislosti a autonomie .....	19
2.1.4 Autonomie v sociální gerontologii.....	20
2.2 Pomáhající profese.....	20
2.2.1 Ošetřující v geriatrii .....	21
2.2.2 Riziko syndromu vyhoření u pomáhajících profesí .....	21
2.2.3 Komunikace v ošetrovatelské rovině .....	22
2.2.4 Základy komunikace se seniory.....	22
3 Léčebny dlouhodobě nemocných.....	24
3.1 Historie a současnost Městské nemocnice v Hořicích .....	24
3.1.1 Dobrovolnictví.....	25
3.1.2 Délka hospitalizací pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných.....	26
3.1.3 Hospitalismus.....	27
3.1.4 Sociální služby pro seniory na Hořicku .....	28
3.2 Sociální práce ve zdravotnictví.....	29
3.2.1 Klienti sociálního/zdravotně sociálního pracovníka .....	29
3.2.2 Sociální služby pro seniory.....	30
3.2.3 Problém stárnutí populace .....	31

3.2.4	Příspěvek na péči .....	32
4	Shrnutí teoretické části .....	33
5	Výzkumné šetření.....	34
5.1	Popis všech informantů za rok 2015 .....	35
5.2	Popis informantů, se kterými byly vedeny rozhovory .....	42
5.3	Transformační tabulka – shrnuje, jak se jednotlivé tazatelské otázky vztahují k dílčím cílům výzkumu .....	43
5.4	Interpretace výzkumné části .....	44
5.5	Shrnutí výzkumné části .....	52
6	Závěr práce .....	54
	Přílohy .....	55
	Seznam tabulek.....	60
	Seznam grafů.....	60
	Seznam použité literatury:.....	61



## Úvod

Bakalářská práce „*Návaznost sociálních služeb na pobyt v LDN*“ je zasazena do Léčebny dlouhodobě nemocných v Hořicích. V roce 2015, který mapuje výzkumná část práce, byl průměrný věk pacientů 80 let.

Stáří je přirozenou součástí lidského života. Dnešní společnost je již dostatečně informovaná o možných zdravotních komplikacích, které s sebou vysoký věk přináší. Je však dostatečně informovaná o možnostech řešení problému, které s sebou tyto zdravotní komplikace nesou? A jak opravdu přistupovat ke starým lidem? Samozřejmě, že s respektem a úctou, a to nejen ke stáří, ale k člověku, která je živou bytostí.

Téměř každý člověk má ve své rodině staršího člověka, ať jsou to rodiče či prarodiče. Přejde čas, kdy buď postupně, nebo náhle tento senior ztratí soběstačnost a zůstane odkázán na pomoc jiné fyzické osoby. Zde je poté na zvážení rodiny, zda zvolit ústavní či domácí péči pro svého blízkého.

V první části bakalářské práce se věnuji geriatrii a gerontologii, jejím základům v České republice až po současnost. Dále pak stárnutí, fázím lidského života a onemocněním, která jsou spojená se seniorským věkem.

Ve druhé části bakalářské práce se věnuji pohledu na dnešní rodinu, vhodnosti domácí či ústavní péče o seniory a autonomii v sociální gerontologii. Dále pak ošetřujícím v geriatrii nebo riziku syndromu vyhoření u pomáhajících profesí.

Ve třetí části bakalářské práce se věnuji léčebnám dlouhodobě nemocných, podrobněji LDN Hořice, délce hospitalizací a sociální práci ve zdravotnictví. Dále problému stárnutí populace, sociálním službám pro seniory a možnosti příspěvku na péči.

Praktická část bakalářské práce bude kombinovat kvantitativní a kvalitativní výzkum.

**Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování sociálních služeb, které využívají pacienti odcházející z Léčebny dlouhodobě nemocných v Hořicích do domácího ošetřování.**

Symbolickým cílem bakalářské práce je přiblížení pohledu na stáří, které s sebou přináší změny v životě nejen samotného seniora, ale které se dotýkají celé jeho rodiny.

Aplikačním cílem bakalářské práce je zmapování sociálních služeb v regionu Hořic a jejich finanční dostupnost pro osoby odcházející z ústavní péče do péče domácí.

Výzkumná část bakalářské práce je rozdělena do dvou částí. V první části jde o přiblížení pohledu na pacienty hospitalizované v roce 2015 v LDN. Ve druhé části se práce zabývá návazností sociálních služeb u pacientů, kteří byli v roce 2015 v LDN hospitalizováni a následně propuštěni do domácího ošetřování.

## 1 Gerontologie a geriatrie

Gerón (z řečtiny stařec) je starší označení pro seniora; dnes se již prakticky nepoužívá. Od tohoto pojmu se ovšem odvozuje věda zvaná gerontologie. V historických odborných textech se ale s pojmem gerón můžeme setkat (Haškovcová, 2012).

Gerontologie neboli věda o stárnutí a stáří je uznávanou vědeckou disciplínou. Samotný vznik termínu gerontologie se datuje do 30. let 20. století. Gerontologie je klasicky dělena na gerontologii experimentální, gerontologii sociální a gerontologii klinickou, neboli geriatrii.

Gerontologie experimentální se zabývá mechanismy biologického procesu stárnutí buněk, orgánů a organismů, tkání. Studuje procesy biologického a psychologického stárnutí člověka. Získává poznatky o mechanismech stárnutí, což je důležité, protože na jejich základě lze cíleně, i když jistě omezeně, doporučovat postupy, které proces stárnutí mohou zeslabit nebo oddálit.

Gerontologie sociální zabývá se dopady stárnutí na stáří člověka. Všímá si společenských a sociálních faktorů, jež procesy stárnutí ovlivňují. Mapuje a kategorizuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí, prosazuje zdravé neboli úspěšné stárnutí s cílem udržet praktickou soběstačnost seniorů.

Gerontologie klinická neboli geriatrie je řádný lékařský obor zabývající se zvláštnostmi chorob ve stáří a specifickými aspekty léčby starých lidí. Za zvláštnost je považován především výskyt více chorob současně, jejich atypický průběh, chronicita a časté komplikace (Haškovcová, 2010).

*„Pro geriatrickou medicínu je charakteristické, že celá řada onemocnění probíhá odlišně a atypicky na rozdíl od chorob vyskytujících se v mladším věku. Je to způsobené fyziologickými změnami, které postihují jednotlivé orgánové systémy, ale také ztrátou funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů”* (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 32).

Mezi odvětví gerontologie patří gerontopsychiatrie a gerontopsychologie.

Gerontopsychiatrie je součástí psychiatrie a zabývá se zvláštnostmi psychických onemocnění ve vyšším a vysokém věku. Zakladateli české gerontopsychologie jsou psychiatři Quido Kümpel a Miloš Vojtěchovský.

Gerontopsychologie je součástí psychologie a zabývá se zvláštnostmi psychiky starších a starých lidí. Nejenže příslušní odborníci mohou pomoci jednotlivým seniorům, ale poznatky z tohoto oboru se uplatňují v celospolečenském kontextu. Mohou je dobře využít výrobci spotřebního zboží, jako např. mobilní telefony pro seniory s většími písmeny. Znalosti gerontopsychologů jsou využívány také v kurzech trénování paměti (Haškovcová, 2012).

## **1.1 Základy gerontologie a geriatrie v České republice**

První přednášky o nemocech vyššího věku uskutečnil v roce 1843 Josef Hamerník na lékařské fakultě v Praze. Podstatné bylo, že přednášky byly doplňovány demonstracemi u lůžka, a to konkrétně ve dvou pokojích v chorobinci na Karlově, který byl otevřen v roce 1789 s kapacitou 300 lůžek. Vznikla zde první geriatrická klinika, ovšem bez oficiálního potvrzení, protože administrativní udělení souhlasu bylo na tehdejší dobu složité (Haškovcová, 2010).

*„Tradice zdravotní péče a lékařského zájmu o staré lidi v Čechách je pestrá a samozřejmě se prolíná s péčí sociální“* (Haškovcová, 2010, s. 205).

Samotný lékařský obor geriatrie byl v tehdejší Československu ustanoven v roce 1983 a jeho lůžkovou základnou se staly Léčebny pro dlouhodobě nemocné (Haškovcová, 2012).

### **1.1.1 Geriatrické sestry**

Institut geriatrických sester vznikl v 70. letech 20. století. Jeho hlavním smyslem bylo umožnit nemocnému nebo nesoběstačnému senioru co nejdelší pobyt ve své vlastní domácnosti. Znamenalo to, že každý obvodní (dnes praktický) lékař měl nejen svou „běžnou“ zdravotní sestru, ale dva lékaři dohromady měli ještě jednu, a to geriatrickou sestru navíc. Tato sestra docházela do domácností potřebných seniorů, které podle indikace lékaře ošetřovala. Geriatrické sestry měly střední zdravotnickou školu, ke které ještě obvykle absolvovaly postgraduální kurs z geriatrie. S privatizací ordinací praktických lékařů, která byla v roce 1991, institut geriatrických sester zanikl a byl nahrazen systémem domácí péče. Pracovníci domácí péče se starají nejen o seniory, ale o potřebné občany všech věkových kategorií. Bohužel tyto pracovníci zpravidla nemají (a ani nejsou požadovány) specifické znalosti a dovednosti pro práci s nemocnými seniory. V dnešní době se uvažuje o zavedení institutu komunitních sester, které by byly

zařazeny do systému domácí péče a do jisté míry by náplň práce někdejších geriatrických sester převzaly (Haškovcová, 2012).

### **1.1.2 Resort geriatrie v současnosti**

*„Geriatrie je nadále opomíjena, a proto je neatraktivní, a protože je neatraktivní, je opomíjena”* (Haškovcová, 2010, s. 277).

(Haškovcová, 2010) upozorňuje na důležitost lámání tohoto bludného a nesmyslného sevření oboru geriatrie, jak v rámci resortu, tak i mimo něj.

V resortu geriatrie přetrvávají problémy s financováním péče, nebo také s motivací zdravotníků pro specifickou práci s nemocnými seniory. Celé zdravotnictví, a geriatrie především, trpí výrazným nedostatkem zdravotních sester a ošetřovatelek. Jedním z důvodů je nedostatečná prestiž práce právě v geriatrii a její finanční ohodnocení. Další vysvětlení je třeba hledat v systému profesionálního vzdělávání zdravotníků ve všech kategoriích. Vzdělávací systém je totiž zaměřen především na budoucí zápas s nemocí a výrazně méně se věnuje problematice týkající se nemocných starých lidí potřebujících dlouhodobou nebo trvalou odbornou péči (Haškovcová, 2010).

### **1.1.3 Geriatrizace medicíny**

Geriatrizace medicíny, ke které dochází v posledních letech, znamená, že staří nemocní lidé využívají služeb všech zdravotních zařízení a také všech lékařských oborů.

Akutní lůžka jsou vysoce specializovaná a také drahá, takže je logické a správné, pokud jsou nemocní následně doléčováni či ošetřováni na lůžkách jiných. Problém ale tkví v tom, že počet „geriatrických lůžek”, tedy lůžek, které se nacházejí především v léčebnách dlouhodobě nemocných, je citelný nedostatek. Nepoměr mezi lůžky akutními a chronickými je příčinou toho, že mnoho pacientů seniorů blokuje akutní lůžka, a nebo jsou odmítáni k přijetí k hospitalizaci. Vyskytuje se také tzv. „ping pongová strategie”, kdy je pacientovi ve zdravotnickém zařízení doporučován překlad do sociálního ústavu s odkazem na kompenzaci zdravotních problémů, tam je ovšem navrhováno zdravotnické zařízení pro zdravotní dekompenzaci, a naopak. Zdravotní a sociální problémy starých lidí jsou neoddelitelné, protože jejich dominance se pravidelně střídají nebo překrývají (Haškovcová, 2002).

„V současnosti se považuje za zcela samozřejmé, že starý člověk potřebuje nejen pomoc sociální, ale také zdravotní, často obě, buď střídavě nebo současně” (Haškovcová, 2010, s. 201).

#### **1.1.4 4xD**

Základní strategie, která byla navržena na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982, bývá označována jako **4xD** a zahrnuje:

- Demedicinalizaci: problematiku starých lidí je potřeba odmedicinalizovat. Znamená to, že komplexní zajištění starých lidí nevyřeší medicína. Odpovědnost medicíny je jasně definována a její kompetence jsou omezeny. Péče o staré a staré nemocné občany musí být přenesena především do ambulantních režimů zdravotních a sociálních služeb.
- Deinstitutionalizaci: péče o staré a staré nemocné občany nemůže být realizována výhradně na lůžku, tedy v institucích, ať již v rámci rezortu zdravotnictví nebo sociálních věcí. Je nutné podpořit starající se rodiny, rozvinout domácí a komunitní formy péče a také posílit partnerskou roli samotných seniorů.
- Deprofesionalizaci: o starého člověka se může starat prakticky každý, a proto ten, kdo je schopný a ochotný se podílet na péči o staré a staré nemocné občany, má být přizván ke spolupráci. Jinými slovy, nikomu nemá být bráněno na její participaci.
- Deresortizaci: každý z resortů lidské činnosti může udělat něco pro seniorskou populaci. Zdraví a ekonomicky činní lidé by měli alespoň rámcově znát potřeby svých starých spoluobčanů. Zde se hovoří o celospolečenské prostoupenosti seniorské problematiky (Haškovcová, 2002).

#### **1.2 Fáze lidského života**

(Hrozenská, Dvořáčková, 2013) upřednostňují kategorizaci věku podle Světové zdravotnické organizace:

- 0-14 let, dětský věk
- 15-29 let, mladý věk
- 30-44 let, dospělý věk

- 45-59 let, střední věk
- 60-74 let, starší věk neboli presenium
- 75-89 let, starý věk neboli senium
- nad 90 let, dlouhověkost

(Hegyí dle Hrozenská, Dvořáčková, 2013) uvádějí dělení věku člověka podle těchto aspektů:

- chronologický věk: je věkem kalendářním, který odpovídá skutečně prožitému času bez ohledu na stav organismu;
- biologický věk: je důsledkem geneticky řízeného programu. Jedná se o působení zevního prostředí, způsobu života a přítomnosti chorob nebo úrazů;
- funkční věk: odpovídá funkčnímu potenciálu člověka. Je daný souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních;
- psychologický věk: je důsledkem funkčních změn, které přicházejí v průběhu stárnutí, individuálních osobnostních rysů a subjektivního věku;
- sociální věk: zahrnuje přítomnost či nepřítomnost životního programu. Do určité míry závisí na důchodovém věku.

### 1.2.1 Stárnutí a stáří

Každý člověk stárne samozřejmě již od narození a každý člověk stárne jinak. Proces stárnutí je diskontinuitní, to znamená, že v některých fázích svého života člověk stárne rychleji, v jiných pomaleji. Z praktických důvodů lze hovořit o tom, že rané stáří reprezentují „mladí senioři“, a teprve od věku 75 let lze hovořit o skutečném stáří. V běžném životě je za starého člověka považován každý, kdo dosáhl penzijního věku. I přes více či méně rozdílné penzijní systémy jednotlivých států je jím většinou občan, který dosáhl věku 65 let. Postupným zvyšováním věkové hranice odchodu do penze se posunuje i věkové pásmo, které označuje období stáří. To je také důvod zařazení začínajícího či raného stáří do věkového pásma 65-74 let, což odpovídá představě „mladých seniorů“. V odborné literatuře se právě pro mladé seniory vyskytuje označení „young old“ nebo pouze „old“, termín „old old“ je rezervován pro „staré staré“, tedy pro osoby starší 75 resp. 80 let. Ti, kteří překročili hranici 85 let, jsou označováni jako „very old old“, tedy „velmi staří staří“, nebo také dlouhověcí. Tato terminologie má vědecké opodstatnění. Zatímco u mladých seniorů je aktuální problematika

penzionování, možnosti aktivit a seberealizace ve „volném čase“, pro staré seniory jsou v popředí pozornosti častější zdravotní obtíže a nemoci nebo osamělost (Haškovcová, 2010).

*„Stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonností jedince”* (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 12).

### **1.2.2 Onemocnění spojená se seniorským věkem**

Prevalence chorob je u seniorů dvoj- až trojnásobně vyšší v porovnání s dospělými členy populace. Starší lidé jsou dvakrát tak často a dlouho hospitalizováni a spotřeba léků je u nich mnohonásobně vyšší. Špatný zdravotní stav vede nejen ke zhoršení kvality života a někdy k předčasné úmrtnosti, ale v neposlední řadě také ke zvýšeným výdajům na péči o tyto vrstvy populace. Cílem snažení politiků, lékařů, sociálních pracovníků a ostatních pomáhajících profesí by měla být snaha zvolit takovou strategii a koncepci ochrany pomoci, která by vedla ke snižování nákladů na péči a zvyšování kvality života seniorů (Hrozenská, Dvořáčková, 2012).

*„Nemocní senioři jsou křehcí pacienti. Jejich choroby bývají zřetězeny a mají různé zvláštnosti, kterým se věnují geriatři”* (Haškovcová, 2012, s. 29).

Celá řada onemocnění v geriatrické medicíně má odlišný a atypický průběh, na rozdíl od chorob vyskytujících se v mladším věku. Je to způsobené především fyziologickými změnami, které postihují jednotlivé orgánové systémy, ztrátou funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

### **1.2.3 Funkční potenciál ve stáří**

Jedním z nejčastějších stereotypů je představa stáří spojená se ztrátou funkčnosti orgánů, chronickými chorobami a fyzickou bolestí, která přispívá ke snížení rozdílu mezi stářím a nemocí. (Alessio dle Kubalčíková a kol., 2015) definují „nemoc” jako specifický stav, jehož charakter je určen lékařskými kritérii a prostřednictvím adekvátních postupů a intervencí je buď odstraněn, nebo zmírněn. Ve vztahu k nemoci rozlišujeme mezi tzv. „normálním” a „patologickým” stářím. Patologické stáří je skutečně doprovázeno vleklými zdravotními neduhy a polymorbiditou. Naproti tomu normální stáří, které prožívá většina seniorské populace, představuje soubor obvyklých

a nevyhnutelných změn organismu. Jeho hlavní charakteristikou je, že tyto změny jsou stabilní v čase, nedochází tedy k dramatictějším výkyvům.

(Pacovský dle Kubalčíková a kol., 2015) uvádí, že senioři trpí stejnými nemocemi jako ostatní. Často jsou to onemocnění chronická, které si člověk do stáří přinese a která stárnou společně s ním. K posilování nebo vzniku závislosti dochází díky tomu, že při zhoršení zdravotního stavu, nebo případně rozvinutí nové choroby, bývá přístup k potížím seniora ovlivněn obecnou zkušeností s celou cílovou skupinou, tedy tzv. skupinovým stigmatem stáří.

#### **1.2.4 Ageismus**

Ageismus (od slova „age“, v angličtině znamená věk) poprvé použil americký gerontolog a psychiatr Robert Butler koncem 60. let minulého století. Myslel tím diskriminaci lidí pro jejich vyšší věk, a to zejména v americkém zdravotnictví. Robert Butler, kterého od dětství vychovávali prarodiče, si všiml, že společnost očekává od starších lidí automaticky charakteristiky jako špatné zdraví nebo senilitu a jednají s nimi nerovným způsobem. Reakcí na to byly výzkumy, které dokázaly, že senilita je projev nemoci, jež není přirozenou součástí stáří, anebo že vztah mezi stárnutím a špatným zdravím není rozhodně tak jednoduchý ([www.socioweb.cz](http://www.socioweb.cz)).

Trend preference mládí a krásy před stářím sahá až do období 19. století. Úcta ke starším a stáří nebyla součástí „výbavy“ člověka a stáří se začalo stávat přítěží. Za starého člověka byl v tomto období považován jedinec, který se dožil padesáti let věku. Tento stav bohužel přetrvává dodnes. Starší lidé nejsou ceněni a jejich názory nemají takovou váhu, ačkoliv jsou podloženy zkušenostmi, na rozdíl od reprezentantů střední generace. Ageismus můžeme chápat jako věkovou diskriminaci starších lidí, nebo dokonce jako averzi vůči starším lidem. Ageisticky laděné chování nebo výroky můžeme někdy pozorovat i u seniorů, kteří se identifikují s výroky, které zesměšňují je samotné. Takovéto zkreslení v hodnocení vlastního života staršími lidmi pod vlivem těchto tendencí je ambivalentní a i přes relativně klidný a plnohodnotný život je vnímají jako mizerný (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

K neutěšené situaci seniorů přispívá současný ideál mládí a od něj odvozená praxe, podle které je nejdůležitější rychlý životní styl bezstarostného a kreativního mládí, které je třeba využít, než se ke slovu přihlásí vysoký a vyšší věk (Haškovcová, 2010).



## **2 Rodina dnes**

Rodina je kotvou jistoty pro obyčejného člověka, ve svých funkcích i základní struktuře ve svém dnešním stavu se významně neliší od toho, jak vypadala na počátku naší civilizace. S rozumnou mírou jistoty můžeme předpokládat principiálně stejné fungování a strukturu rodiny třeba i v dalším století dynamického vývoje moderních společností (Možný, 2011).

V rámci sociálních vztahů sehrávají rodinní příslušníci významné místo a mají specifické postavení, a to i přes hojně rozšířený mýtus o vzájemném odcizení starých lidí a mladších generací. Představa zúženého anebo zmenšeného zázemí starších lidí je většinou usuzována ze skutečnosti, že během posledních sto padesáti let docházelo k rozpadu pospolitosti trojgenerační rodiny (Morgan, Kunkel dle Kubalčíková a kol., 2015).

Dřívější propojení generací mělo svůj konkrétní obsah, protože rodina představovala základní výrobní jednotku. Pospolitosť byla hlavním předpokladem jejího fungování, a zároveň eliminovala existenční tlaky. Rytmus a tempo práce jednotlivých členů se měnily podle jejich fyzických a psychických sil. Člověk se mohl přizpůsobit svým aktuálním možnostem a stárnul nepozorovaně, protože neztrácel svoji rodinu, když v určitém čase vyměnil jednu výrobní funkci za jinou (Haškovcová dle Kubalčíková a kol., 2015).

### **2.1 Senior a rodina**

(Matoušek dle Dvořáčková, 2012) uvádí, že muži mají kratší život a vývoj rodiny tedy obvykle končí vdovstvím. Polovina žen v České republice tedy žije sama. Společenskou roli, kterou v současné společnosti zaujímají senioři, je okrajová. Naše kultura vyznává kult dětství a mládí. I přes to se může senior uplatnit vůči mladším generacím své rodiny jako partner a pomocník.

Významným faktorem, který ovlivňuje životní postoj a aktivní přístup k životu, je partnerské soužití. Oproti tomu jsou vztahy s dětmi či dalšími příbuznými menší oporou například proti osamělosti. V kombinaci subjektivních a objektivních determinant pocitů osamělosti hrají rozhodující roli zdravotní a rodinný stav, ke kterým se jako kompletní faktor připojuje celkový styl života. Kvalita života ve stáří v nejširším slova smyslu záleží na tom, nakolik a jak se na něj člověk připravoval. Toto lze chápat např.

dosaženým vzděláním, spořicí strategií nebo pěstováním nepracovních aktivit, kterým se lze ve stáří věnovat (Dvořáčková, 2012).

(Vidovičová, Rabušic dle Dvořáčková, 2012) upozorňují, že silně paternalistická tendence v české populaci předpokládá v péči o seniory hlavní garanci státem. V jejich výzkumu senioři ale nepřenesají odpovědnost za kvalitní stáří na profesionály a ani na rodinu, avšak zdůrazňují svoji osobní nezávislost, samostatnost a odpovědnost. Pomoc druhých připouštějí pouze v případech nezbytnosti.

### **2.1.1 Domácí nebo ústavní péče o seniory**

Poskytování pomoci starým lidem prostřednictvím formální péče je často percipováno jako selhání jejich vlastní rodiny, nezáměr, vypočítavost nebo neochota. Takovéto přístupy ze strany rodinných příslušníků nelze vyloučit. (Pacovský dle Kubalčíková a kol., 2015) upozorňuje, že na situaci rodiny je potřeba nahlížet komplexně, a zároveň je nutno posoudit potenciál rodiny pro zajištění péče. Rodina seniora je mnohdy poklesem jeho funkčního potenciálu zaskočena, přesněji řečeno není zcela připravena novou situaci zvládat a nastupují negativní pocity, jako např. úzkost ze smrti a ztráty rodiče nebo strach z nesplnění úkolu.

Pokud se soběstačnost starého člověka natolik sníží, že není možné, aby žil sám ve své původní domácnosti, a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující, či chybí úplně, pak přichází na řadu institucionální péče. Je důležité zamezit nevhodnému umístění seniorů do institucionální péče v případech, kdy to není nezbytně nutné. Limitováním života seniorů v původním prostředí může být nedostatečná nabídka terénních a ambulantních služeb nebo mnohdy nedostatečná informovanost o těchto způsobech zajištění péče (Průša dle Dvořáčková, 2012).

*„Rodinný příslušníci žijí v domnění, že za určitých okolností „předají“ svého seniora profesionálům, kteří se budou starat „do roztrhání těla“ (Haškovcová, 2010, s. 278).*

### **2.1.2 Respitní neboli úlevová péče**

Dlouhodobá péče o nemocného starého člověka v domácnosti je mimořádně namáhavá, a to jak fyzicky, tak psychicky. Fyzická zátěž je lépe snášena než psychická. Pokud pečujeme o malé dítě, každý den pozorujeme proces, jehož podstatou je osamostatňování se. Ovšem pokud pečujeme o starého člověka, jsme svědky stabilní

nebo narůstající závislosti. Pečující se ocitá v náročné životní situaci a ve většině případů rezignuje na svůj vlastní život. Má pocit, že se nachází v bludném kruhu, nedělá nic jiného, než se stará, a v nezávidění hodné situaci jsou i ostatní členové rodiny. Je morální povinností společnosti, aby pečujícím rodinám pomohla rozvojem respitních neboli úlevových služeb (Haškovcová, 2010).

### **Participální hospitalizace**

Participální hospitalizace znamená převzetí instituce na dohodnutý čas nemocného do své péče. Rodina má zde jistotu, že péče je kvalifikovaná. Vznikne zde prostor pro zaslouženou dovolenou, společné trávení volného času a oddych nejvíce zatíženého člena rodiny. Institucionální výpomoc je nutná také v případech, kdy nemoc postihne samotného pečujícího.

Participální hospitalizace u nás fungovala již v průběhu osmdesátých let minulého století, ale na zapřenou. Rodina se jednoduše domluvila s ředitelem léčebny dlouhodobě nemocných, který umožnil pobyt na dohodnutou dobu, zpravidla 14 dní až měsíc (Haškovcová, 2010).

### **2.1.3 Problém závislosti a autonomie**

Jakkoli je, a to zcela bez výjimky, každý člověk závislý na druhých lidech, podmínkách prostředí, je svoboda jeho rozhodování a jednání vždy relativní. Při úvahách o autonomii bývá na jednom z předních míst právě aspekt fyzické soběstačnosti, jako požadavek úplného fungování těla, včetně jeho mentálních funkcí. Řadu rutinních aktivit můžeme realizovat právě a především díky své tělesnosti. Být schopen si sám s využitím vlastního těla zajistit své potřeby (např. jíst, mýt se, vstát, sedět, používat toaletu) znamená nejen být nezávislý, ale také, a to hlavně, nebýt vydán na milost druhým, jejich časovým, fyzickým a prostorovým limitům, ochotě, náladám, paternalismu či naopak nezájmu. Mít plně funkční tělo znamená nebýt na obtíž, nezatěžovat či neomezovat druhé. Jedná-li se o dospělého člověka v období senia, dochází ke změně zdravotní kondice jednak spontánně a jednak se přidružují onemocnění či úrazy, který přirozený fyziologický úbytek zdravotní kondice z důvodu degenerativních změn spojených se stárnutím organismu může navíc posilovat. Do řešení situace seniorů, kterých se závažná změna zdravotní kondice týká, se zpravidla

zapojují resort zdravotnictví, resort sociálních věcí a méně, pokud vůbec, resort práce (Krhutová, 2013).

#### **2.1.4 Autonomie v sociální gerontologii**

Pravděpodobnost, že člověk bude potřebovat pomoci s běžnými činnostmi každodenního života nebo s osobní péčí, se ve stáří zvyšuje. Fyzické kapacity ohraničují individuální zkušenost, určují rozsah a kvalitu komunikace jedince s druhými lidmi, ovlivňují kompetenci k vykonávání různých aktivit, působí na identitu, stav psychické pohody a životní spokojenost. Určují také způsoby a možnosti zvládnání stáří. Zejména pak nesoběstačnost vážně nemocných, nejstarších starých (tzv. „oldest old“) a imobilních jedinců implikuje omezení osobní kontroly jejich života a její delegování na druhé, na členy rodiny nebo instituce (Spirduso, Gilliam-MacRea dle Sýkorová, 2007).

Někteří senioři při zformulování definice autonomie odkazovali na svoji osobní situaci a vysvětlovali na sobě samých, co to znamená být autonomní. Nejčastěji prezentovali své pojetí autonomie jako samostatné zvládnání běžných každodenních činností, tedy jako fyzickou soběstačnost, která je výrazně podmiňována zdravím. Autonomii především spojovali se zabezpečením základních potřeb, jako jsou osobní hygiena, jídlo a s obstaráním vlastní domácnosti (Sýkorová, 2007).

#### **2.2 Pomáhající profese**

Existují povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci. Na rozdíl od jiných povolání existuje v těchto profesích velmi podstatný prvek, a to lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Pacient potřebuje věřit svému lékaři či cítit lidský zájem od své pečovatelky. V těchto profesích je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost (Kopřiva, 2013).

(Kopřiva dle Kopřiva, 2013) provedl dotazníkové šetření v domovech důchodců na otázku: Jaké tři nejdůležitější schopnosti či vlastnosti sester či ošetřovatelek by pro vás byly nejdůležitější, kdyby Vám někdo blízký se ocitl v domově důchodců? Získal odpovědi od 266 sester a 107 sociálních pracovníků.

- |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 64% sester zařadilo na první místo náklonnost</li> <li>• 42% sester vcítění</li> <li>• 24% sester trpělivost</li> <li>• 41% sester odbornost</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 62% sociálních pracovníků zařadilo na první místo náklonnost</li> <li>• 47% trpělivost</li> <li>• 42% vcítění</li> <li>• 36% odbornost</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

První tři kategorie zachycují vztah mezi sestrou a obyvatelem, a teprve čtvrtá znalosti a dovednosti, kterými má disponovat zdravotní sestra nebo ošetrovatelka. Není tedy pochyb, že vztah ke klientovi v pomáhajících profesích je podstatnou složkou povolání (Kopřiva, 2013).

*„Nemocný přehlédne nevhodné slovo či „nešikovnou“ formulaci, ale neodpustí nezájem“* (Haškovcová, Pavlicová, 2013, s. 27).

### **2.2.1 Ošetřující v geriatрии**

Důležité je uvědomit si, že ani lékařská věda není všemocná. Lpění na nereálném cíli musí nutně dříve či později skončit zklamáním. To se netýká pouze pacienta a jeho rodiny, ale i zdravotnického personálu. Není výjimkou, kdy mladý nezkušený lékař smrt svého pacienta chápe jako osobní prohru, a to i přes to, že to jinak skončit nemohlo. Cíl je nutno naprosto jasně formulovat. Může jím být např. úplné uzdravení; snášení útrap chronického onemocnění nebo důstojné a klidné umírání (Svatošová, 2011).

*„V podmínkách geriatrické péče musejí ošetřující hledat satisfakci opravdu v jiných polohách než výhradně v rovině návratu k plnému či praktickému zdraví. Předpokladem pro to, aby se jim to zdařilo, je nejen rozumět potřebám nemocných seniorů, ale vytvořit si k nim adekvátní, profesně i lidsky vstřícný vztah“* (Haškovcová, 2010, s. 275).

### **2.2.2 Riziko syndromu vyhoření u pomáhajících profesí**

*„Burnout“ je odborný termín, který se objevil v psychologii a psychoterapii v sedmdesátých letech 20. století. Použil jej poprvé Hendrich Freudenberg. Označil tím jev, který byl dobře znám. Freudenberg ho však pojmenoval a mnoho dalších psychologů začalo tento jev současně studovat* (Křivohlavý, 2012, s. 58).

Syndrom vyhoření je soubor typických příznaků, který vzniká u pracovníků pomáhajících profesí, a to v důsledku nezvládnutého stresu. Pracovníkem je míněn jak profesionál, tak dobrovolník. Syndrom vyhoření patří nevyhnutelně k pomáhajícím profesím a prakticky každý pracovník má po určité době některé jeho projevy (Matoušek, 2013).

(Křivohlavý, 2012) uvádí přehled nejvíce ohrožených profesí syndromem vyhoření:

- lékaři: zvláště pracující v hospicích, onkologických odděleních, jednotkách intenzivní péče
- zdravotnický personál
- psychoterapeuti a psychologové
- psychiatři
- sociální pracovníci

Dále (Křivohlavý, 2012) upozorňuje, že syndrom vyhoření se může objevit i u člověka, který kromě běžného zaměstnání má doma těžce nemocného či zdravotně postiženého rodinného příslušníka, o kterého pečuje.

### **2.2.3 Komunikace v ošetrovatelské rovině**

Dobré komunikační dovednosti a s nimi spojená schopnost účinné sociální interakce vedoucí k posílení a motivování dalších jedinců k podpoře a péči o zdraví by měly být klíčovou kompetencí nejen profesionálních, ale také laických pečovatелů v multidisciplinárním kontextu ošetrovatelské péče. Efektivní komunikace se stává zásadním prvkem účinně poskytované péče vzhledem k nutnosti odpovídající identifikace potřeb u osob, kterým je péče poskytována.

Důležitým a nesporným ovlivňujícím činitelem je aspekt časové tísně a následující kontextuální determinanty (např. osobní zainteresovanost na cíli komunikačního procesu – potřeba dosáhnout předání informací a vzájemného porozumění). Zjednodušeně řečeno, má-li pečující zájem se dorozumět, existuje větší šance, že se mu to podaří, než v případě, že se dorozumět nechce (Pokorná, 2010).

### **2.2.4 Základy komunikace se seniory**

Komunikace se seniory má svá zvláštní specifika a všeobecné rysy. To většinou souvisí s diagnostikovanou narušenou komunikační schopností a involučními změnami, které

provázejí stáří. Jedná se například o poruchy zrakového sluchového analyzátoru, kognitivní poruchy, neurologická onemocnění nebo psychiatrické choroby. Při vzájemné komunikaci je důležité přizpůsobit se rytmu a požadavkům starého člověka. Senior si potřebuje povídat a diskutovat, je nutné mu umět naslouchat a vytvořit si k němu kladný vztah. Senioři jsou velmi citliví k aspektům neverbální komunikace, všimnou si každého nesouladu mezi verbální a neverbální složkou. Při komunikaci se seniory je nutností brát ohled na případné onemocnění, které se může projevit formou řečových poruch, nebo progredující degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy. Je nutné věnovat seniorům čas a ukázat jim, že o komunikaci s nimi opravdu stojíme (Minibergerová, Dušek dle Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

### **Obecné zásady komunikace s nemocnými seniory**

- zvolit komunikaci, která bude adekvátní formě i stavu klientova postižení;
- s každým seniorem zacházet a jednat úměrně jeho věku, a nikoli mentalitě;
- udržovat oční kontakt se seniorem, používat gesta, mimiku, zvolit vhodný postoj;
- mluvit směrem k seniorovi, a to i v případě, pokud má doprovod;
- zeptat se, ze které strany senior lépe slyší, a z té potom přistupovat;
- mluvit dostatečně nahlas, srozumitelně a pomalu, umět mlčet;
- nedoplňovat za seniora slova dopředu při jeho pomalejším vyjadřování;
- mluvit vlídným, klidným hlasem, projevovat zájem a použít pochvalu;
- aktivně naslouchat, vcítit se do situace seniora, udělat si na rozhovor čas;
- s ohledem na zvýšenou psychickou citlivost seniorů tolerantněji přijímat jejich náladovost, hrubost nebo netaktnost;
- nelítovat seniora kvůli případnému postižení, snižuje to jeho psychický komfort;
- snažit se pochopit chování nemocného seniora a věřit jeho světu (Linhartová dle Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

### **3 Léčebny dlouhodobě nemocných**

#### **3.1 Historie a současnost Městské nemocnice v Hořicích**

Od první myšlenky v roce 1862 vybudovat nemocnici uplynulo 26 let, než byla slavnostně otevřena. Město Hořice postavilo nemocnici z vlastních prostředků a ze sbírek občanů. Nemocnice musela být nejdříve vysvěcena, a teprve poté mohla být prohlášena za otevřenou. Dne 16. ledna 1889 po ranní mši svaté se duchovní spolu se členy okresního výboru a dalšími hosty odebrali do nemocnice, kterou důstojný děkan a biskupský vikář Bohumil Hakl vysvětil. Dne 21. ledna 1889 byli do hořické nemocnice – otevřené pod názvem Všeobecná veřejná okresní nemocnice Františka Josefa I. v Hořicích přijímáni první pacienti.

Nemocnice byla ve své době na vysoké úrovni, a to především díky lékaři MUDr. Evženu Levitovi (1850-1900), který vybuřoval v Hořicích vzornou antiseptickou nemocnici. Lékaři a sestry se museli před operací koupat, používat sterilní operační košile, nástroje byly před operací vařeny 45 minut v karbolové vodě. Také pacienti se museli před plánovanou operací dva dny koupat a čistit. V této době lékaři v Praze nebo Paříži operovali ještě ve fraku. MUDr. Levit také provedl jako první na venkově laparotomii. Z pověřivosti nikdy neměnil své sestry, za jeho působení se u operací vystřídal pouze dvě, které patřily do pražského řádu Šedých sester.

Mezi další nástupce MUDr. Evžena Levity patřili například MUDr. Alois Tomsa, který byl starostou města a v roce 1899 zavedl v Hořicích vodovod, MUDr. Augustin Erban, lékař chudých dělníků, MUDr. Karel Voňka, který přenesl do Hořic moderní praxi z Nemocnice Na Bulovce, operatér MUDr. František Kykal, nebo MUDr. Karel Neumann, který přežil pobyt v koncentračním táboře.

V roce 1997 vznikla léčebna s koncepcí oboru gerontologie a geriatrie, která se transformovala z původní městské nemocnice. V současnosti je kapacita léčebny dlouhodobě nemocných 120 lůžek, z nichž je 9 lůžek vyčleněno na pobytové zařízení sociálních služeb. Do LDN jsou přijímáni především dlouhodobě nemocní pacienti, geriatričtí pacienti, a nejsou výjimkou ani pacienti s paliativní péčí a pacienti v terminálním stadiu onemocnění.

Městská nemocnice v Hořicích poskytuje mimo lůžkové části LDN také ambulantní péči. Jedná se především o chirurgickou ambulanci, kde funguje nepřetržitý provoz,



a další ambulance (interní, gynekologická). Dále zde mají své ordinace privátní lékaři (pediatři, diabetolog, urolog, neurolog, plastický lékař). Nemocnice má také k dispozici oddělení klinické biochemie, které provádí základní i specializované vyšetření biologických materiálů humánního původu ([www.nemocnicehorice.cz](http://www.nemocnicehorice.cz)).

### **Historie léčeben dlouhodobě nemocných**

Klinickým zázemím geriatric se staly 1. ledna 1974 léčebny dlouhodobě nemocných. K tomuto datu bylo na území tehdejšího Československa 31 léčeben s kapacitou 2601 lůžek. Vznikaly transformací z léčeben pro nemoci vnitřní nebo z interních oddělení II. typu, tzv. „odkladových interen“. Tyto „odkladové interny“ byly budovány v letech 1954 – 1957 a měly charakter azylové ústavní péče, stejně jako kdysi chorobince. V této době byly sice léčebny zdravotnickým zařízením, ale plnily i sociální funkce (Haškovcová, 2010).

*„Samozřejmě že léčebny byly a jsou určeny pro všechny dlouhodobě nemocné bez ohledu na věk. Faktem je, že právě nemocní senioři potřebují na své (byť třeba jen částečné) uzdravení delší dobu, a je nasnadě, že byli v léčebnách dlouhodobě nemocných hospitalizováni především oni ”* (Haškovcová, 2010, s. 212).

#### **3.1.1 Dobrovolnictví**

Dobrovolnictví nás provází od nepaměti. Každý člověk byl někdy v životě dobrovolníkem. Velmi těžko se hledá hranice mezi pomocí příbuzným nebo sousedům, cizím kolemjdoucím nebo dobrovolnou pomocí pro školu. Pro tyto formy vzájemné pomoci můžeme použít termín „občanská výpomoc“. Tyto formy dobrovolné občanské spolupráce se vyznačují znaky jako nečekání odměny a spontánnost. Většina lidí se v situaci občanské výpomoci či zájmové činnosti necítí být dobrovolníkem a nemá ani potřebu být tímto slovem označována. Dobrovolnictví má řadu znaků shodných s občanskou výpomocí či zájmovou činností, ale zároveň se vyznačuje znaky dalšími. Role dobrovolníka je vymezena, aby se příjemce dobrovolnické pomoci na ni mohl spolehnout v dohodnutém rámci. Partnerem dobrovolníka je většinou organizace, která mu nabídne příležitost k této činnosti.

Ještě v devadesátých letech 20. století nebylo dobrovolnictví zakotveno v žádném obecně platném právním dokumentu ČR. V roce 2003 vstoupil v platnost zákon

o dobrovolnické službě. Jedná se o zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě), ze dne 24. dubna 2002.

Během dalších let se díky tomuto zákonu stala dobrovolnická služba uznávanou a známou. Zákon zavádí v Evropě obvyklé pojmy jako přijímací a vysílající organizace, v procesu akreditace kontroluje a sleduje výběr dobrovolníků a jejich připravenost, zda a jaká rizika může jejich činnost představovat a jak jsou proti těmto rizikům chráněni (např. pojištěním nebo kontrolou jejich činností). Platná akreditace umožňuje žádat o dotaci zejména na vybavení a služby týkající se přímo dobrovolníků (Matoušek, 2013).

### **Dobrovolníci ve zdravotnictví**

Rozvoj dobrovolnictví v nemocnicích vyústil v Metodické doporučení pro zavedení dobrovolnického programu v nemocnicích, jež bylo uveřejněno ve Věstníku MZ ČR č. 6/2009 a na informačním portálu MZ ČR (Matoušek, 2013).

Nejen zdravotnictví, ale především hospicová péče se neobejde bez dobrovolníků. Dobrovolníci zde mají velkou zásluhu na tom, že se prostředí hospice podobají více než nemocnici domovu. Dobrovolníci jsou plnohodnotnými členy hospiců a jejich práce je vysoce společensky ceněna. Mezi dobrovolníky zpravidla nejsou zdravotní sestry a ošetrovatelky. První zásada je, že žádný z dobrovolníků nesmí být přetížen, každý se zaváže pouze k tomu, co bez problémů dát může a chce. Druhá zásada je, že na dobrovolníka musí být stoprocentní spolehnutí. Rozpisy služeb jsou závazné stejně jako v zaměstnání. Pokud zájemce o dobrovolnictví uvede v dotazníku, že bude docházet, jak se mu to hodí, je odmítnut. Například v Británii si zájemce o dobrovolnictví v hospici pokládají za velikou čest a je běžné, že existuje pořadník zájemců o tuto službu (Svatošová, 2011).

#### **3.1.2 Délka hospitalizací pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných**

Úhrada pobytu v LDN i jiných zdravotnických zařízení je vázána Smlouvou o poskytování a úhradě zdravotní péče, která je uzavřena mezi VZP (popřípadě jinou zdravotní pojišťovnou) a daným zdravotnickým zařízením. Zdravotní péče není obecně časově limitována, pokud jsou přijetí a pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení prokazatelně indikovány ze zdravotních důvodů. V těchto případech je pobyt kompletně

hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a to bez časového omezení, a pojištěnec se nijak nepodílí na úhradě.

VZP ČR kontroluje mimo jiné odůvodněnost a oprávněnost vykazování zdravotní péče právě v zařízeních LDN, a to z důvodu pravděpodobnosti výskytu tzv. sociálních hospitalizací. Sociálními hospitalizacemi rozumíme hospitalizace, které nemají medicínskou indikaci, ale pacienta není možno z jiných důvodů propustit do domácího ošetřování. Tyto hospitalizace nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Pokud jsou při kontrole takovéto hospitalizace zjištěny, zařízení tuto péči vykázalo a pojišťovna ji zaplatila, je požadováno vrácení úhrady.

Existují ale určité podmínky, za kterých pojišťovna hradí zdravotní péči u sociálních pobytů ve zdravotnických zařízeních. Zdravotnické zařízení musí mít na tuto péči dodatek ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče. Pokud tedy má zdravotnické zařízení tento dodatek se zdravotní pojišťovnou, pak po skončení zdravotnické indikace hospitalizace pacienta může pojištěnec zůstat na lůžku LDN, pokud pojištěnce není možné propustit do jeho vlastního sociálního prostředí nebo předat do pobytového zařízení sociálních služeb. U pobytů na těchto tzv. zdravotně sociálních lůžkách hradí pojišťovny indikovanou zdravotní péči, ošetrovatelskou a rehabilitační péči, léčiva a zdravotnické prostředky předepisovaná na recept nebo poukaz ve stejné výši jako v ambulantním režimu. Znamená to, že pacient si např. hradí případné doplatky na léky. Pobytové sociální služby, které dané zdravotnické zařízení poskytuje, jsou hrazeny z jiných zdrojů, než je veřejné zdravotní pojištění. Pacient se podílí úhradou částky až 300,-Kč na den a zdravotnickému zařízení náleží i případný příspěvek na péči, pokud ho má pacient přiznaný ([www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)).

### **3.1.3 Hospitalismus**

Jedná se o souhrn psychických poruch způsobených dlouhodobým pobytem v nemocnici. Hospitalismus byl popsán a zaznamenán nejdříve u dětí a později v mírnější formě i u dospělých. Dlouhodobě hospitalizované děti ztrácely zájem o druhé lidi a okolí, ztrácely elán. Stávalo se, že trpěly syndromem „špitálního dítěte“, když jim v nemocnici bylo subjektivně lépe než „venku“, kde už ničemu nerozuměly a zřejmě ani rozumět nechtěly. U dospělých, zejména starších pacientů byly analogie popsány např. v léčebnách dlouhodobě nemocných. V dnešní době je fenomén hospitalismu na ústupu, a to nejen proto, že se doba hospitalizací výrazně zkrátila, ale především byly zavedeny

kontinuální návštěvy. Zatím co možnost denně se stýkat se svým dítětem využívají téměř všichni rodiče, návštěvy nemocných seniorů kolísají v návaznosti na kvalitu rodinných vztahů. Někdy je rodina nefunkční, někdy chybí, přátelé z řad vrstevníků mohou být také nemocní nebo již zemřeli a seniora opravdu nemá kdo navštívit. Zde je na místě možnost rozptýlení pomocí různých společenských a volnočasových aktivit. Velkou roli zde hrají dobrovolníci, kteří osamělé seniory navštěvují (Haškovcová, 2012).

#### **3.1.4 Sociální služby pro seniory na Hořicku**

Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší: domov pro osoby se zdravotním postižením poskytuje prostřednictvím sociální služby pomoc a podporu osobám, které jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a sociální situaci převážně nebo úplně závislé na pomoci jiné osoby a nemohou žít ve svém přirozeném prostředí. Tato služba je určena osobám starším 18 let.

Sociální poradna Centra domácí hospicové péče: odborné sociální poradenství je určeno všem, kterým zasáhlo do života závažné onemocnění, které již nevede k uzdravení.

Městská nemocnice Hořice: službami poskytovanými ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou pobytové sociální služby hospitalizovaným pacientům, kteří již nevyžadují ústavní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se nejsou schopni obejít bez pomoci jiné osoby a nemohou být propuštěny do domácího ošetřování.

#### **Sociální služby města Hořice zajišťují pro seniory tyto služby:**

Pečovatelská služba: je určena osobám, které mají zejména z důvodu věku, chronického onemocnění a zdravotního postižení sníženou schopnost soběstačnosti. Tato služba je určena pro občany Hořic a spádových obcí.

Domov pro seniory: je určen osobám starší 65 let, které vzhledem ke svému věku, chronickému onemocnění nebo zdravotnímu postižení nemohou žít ve svém přirozeném prostředí.

Domov se zvláštním režimem: je určen osobám starší 60 let z Královéhradeckého kraje, které se nejsou schopny se sami o sebe postarat z důvodu onemocnění stařeckou demencí.

Domov pro seniory (sociální služby obce Chomutice): poskytuje celoroční pobytovou sociální službu seniorům, kteří k řešení nepříznivé sociální situace potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Dům s pečovatelskou službou (Město Miletín): poskytuje pečovatelskou službu občanům města Miletín a přilehlých obcí starším 27 let ([www.horice.org](http://www.horice.org)).

### **3.2 Sociální práce ve zdravotnictví**

Sociální práce ve zdravotnictví zejména pomáhá pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí zmírňovat nebo odstraňovat negativní následky nemoci. Hlavním úkolem sociální práce je využití vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží a motivaci k léčbě, spolupráci a zkvalitnění života pacienta/klienta. Zdůrazňuje komplexní péči v souladu s posláním oboru sociální práce a daného zdravotnického zařízení. Praktické činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví vycházejí z důkladné sociální anamnézy.

V České republice sociální a zdravotně sociální pracovníky zaměstnávají přímo nemocnice. Zdravotní služby včetně nemocniční péče jsou financovány systémem zdravotního pojištění a zaměstnávání zdravotně sociálních pracovníků závisí zcela na managementu zdravotnických zařízení, který rozhoduje, zda bude z rozpočtu nemocnice financovat sociální služby (Kuzníková, 2011).

*„Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení má významnou úlohu v zahájení složitěho procesu zdravotně sociální rehabilitace”* (Kuzníková, 2011, s. 47).

#### **3.2.1 Klienti sociálního/zdravotně sociálního pracovníka**

Mezi nejčastější klienty sociálního/zdravotně sociálního pracovníka patří:

- senioři se sníženou soběstačností, a to především tehdy, pokud jejich návrat z nemocnice do domácího prostředí není možný. Je nutné zprostředkovat následné zdravotní zařízení či sociální péči o nesoběstačného seniora. Za ideální stav je považováno navrácení seniora do domácího prostředí, avšak u této kategorie klientů bývá řešení jejich situace nelehké. Situaci často nelze vyřešit ani zajištěním pečovatelské služby, proto sociální pracovník hledá jiná řešení této životní situace, a to zejména zprostředkování následné péče po propuštění z nemocnice.

- onkologicky nemocní pacienti, kteří bývají hospitalizováni jak na onkologických klinikách, tak na ostatních odděleních, kde je jim poskytována paliativní péče.
- těžce nemocní pacienti, kteří jsou natrvalo postiženi úrazem či nehodou, nebo „chroničtí pacienti“ jakékoli věkové kategorie. Jedná se o pacienty s diagnostikovanou chorobou, která bude trvat hodně dlouho a jejichž prognóza a naděje na vyléčení je mizivá.
- pacienti gynekologicko-porodnických a novorozeneckých klinik, zejména novorozené opuštěné děti, rodiče s postiženým novorozencem, svobodné matky samoživitelky s novorozencem, nebo rodičky závislé na návykových látkách a novorozenci drogově závislých matek.
- dětské pacienti, kteří jsou hospitalizováni na pediatrických klinikách, nebo na specializovaných pracovištích, jako jsou chirurgie, neurologie nebo infekční oddělení.
- pacienti závislí na návykových látkách hospitalizováni na detoxikačních odděleních. Detoxikace je hlavním předpokladem pro přijetí pacienta do odvykacího programu psychiatrických léčení (Kuzníková, 2011).

### **3.2.2 Sociální služby pro seniory**

V současném pojetí poskytování sociálních služeb je kladen důraz na poskytování takových sociálních služeb, kde je dbáno na dodržování lidských práv osob při individuální poskytování služeb, je respektována svobodná vůle osob, zajišťován jejich důstojný život a sociální začleňování klientů. Při naplňování principů sociálního začleňování je upřednostňován běžný způsob života a jsou vyrovnávány příležitosti na uplatnění ve společnosti. Poskytovatelé vytvářejí takové podmínky, aby klienti mohli žít život obvyklého rytmu a způsobu jako jejich vrstevníci, kteří nevyužívají sociální služby. Obecným cílem sociálních služeb je zajistit takovou míru podpory klientů, která povede k samostatnému a důstojnému životu (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

(Burcin, Kučera dle Dvořáčková, 2012) uvádějí, že v souvislosti s populačním vývojem lze očekávat dožití ve vyšším věku. Otázka je, kolik z této doby života připadne na dožití v dobrém zdravotním stavu. Starší populace bude sice zdravější, ovšem bude ve větším rozsahu postižena chronickými a degenerativními chorobami, které sice nepovedou k úmrtí, ale budou se projevovat ztrátou soběstačnosti. To povede ke

zvýšení společenských nákladů na zdravotnictví a sociální služby. Jedním z cílů vyspělé společnosti by mělo být zajištění důstojného života ve stáří, nejen po stránce finanční.

### **3.2.3 Problém stárnutí populace**

Demografické stárnutí populace zasahuje v různé míře všechny státy světa a stalo se jednou z nejvíce diskutovaných otázek posledních let. Projekce v ČR předpokládá do roku 2050 zlepšování úmrtnostních poměrů, mírné zvyšování úrovně plodnosti a zachování kladného salda zahraniční migrace. I přes to se celkový počet obyvatel ČR sníží. Počet obyvatel v základních věkových skupinách se bude vyznačovat mírným snižováním podílu osob mladších 15 let, a naproti tomu nárůstem osob starších 65 let. Kritická situace ovšem bude v podílu osob tzv. ekonomicky aktivních. Zde se očekává výrazné snižování (www.mpsv.cz).

*„Proces stárnutí populace (a někde dokonce jejího vymírání) se projevuje s rostoucí intenzitou v řadě evropských zemí. Počet osob starších šedesáti let se neustále zvyšuje a spolu s tím se zhoršuje početní nepoměr mezi lidmi ekonomicky aktivními a těmi, kdo jsou v postaktivním věku” (Keller, 2009, s. 30).*

Počet obyvatel ve věku 65 let a více se očekává nejvyšší v padesátých letech 21. století. V této době by mohl být až dvojnásobný ve srovnání se současným stavem. Podle střední varianty Projekce 2013 bude ke dni 1. 1. 2051 počet osob ve věku nad 65 let 32,5 % oproti 16,8 %, který byl ke dni 1. 1. 2013. Relativně nejrychleji se přitom bude zvyšovat počet osob starších 85 let, a to 4 krát více oproti současnému stavu (www.mpsv.cz).

(Možný, 2008, s. 280) uvádí: *„Stárnout nebude jenom česká populace. Na stejný vývoj má založeno celá Evropa. V západních státech, kde došlo k dramatickému poklesu porodnosti o dvacet let dříve než u nás, je dnes situace horší, nežli je zatím v České republice. Právě silné kohorty ze sedmdesátých let však způsobí, že se Česká republika z poměrně uspokojivého pořadí na 22. místě v Evropě bude na žebříčku gerontizace společnosti výrazně posouvat nahoru: v roce 2050 už budeme mít šestý nejvyšší podíl lidí nad 65 let.”*

### 3.2.4 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je sociální dávka určená osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Z tohoto poskytnutého příspěvku poté osoby, jimž byl příspěvek poskytnut, hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovatel sociálních služeb, nebo speciální zdravotnické zařízení hospicového typu.

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném Ministerstvem práce a sociálních věcí. Žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce.

**Tabulka č. 1:** Výše příspěvku na péči (platná od 1. srpna 2016)

Pro osoby <b>do 18 let</b> věku za kalendářní měsíc:	Pro osoby <b>starší 18 let</b> za kalendářní měsíc:
3 300,- Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)	880,- Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
6 600,- Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)	4 400,- Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
9 900,- Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)	8 800,- Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
13 200,- Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)	13 200,- Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

Zdroj: [www.portal.mpsv.cz](http://www.portal.mpsv.cz)



#### 4 Shrnutí teoretické části

Na zdravotní komplikace spojené se stářím je jen málokdo z nás připraven, a když se objeví u osoby nám blízké, bývá to jev nový, nečekaný. Pokud tyto zdravotní komplikace přijdou náhle, může být určitým, avšak dočasným řešením, hospitalizace seniora na lůžkách LDN. Po stabilizování stavu seniora přichází otázka, co bude dál, jak vyřešit tuto novou situaci? Zda je v našich silách se o seniora postarat v jeho domácnosti, v jeho přirozeném prostředí, či by byla možnost přestěhovat seniora do naší domácnosti, pokud by ovšem na tuto volbu přistoupil, nebo zda zvolit ústavní péči. Pokud se tedy rozhodneme pro domácí prostředí, ať už v přirozeném prostředí seniora, či v domácnosti naší, zřejmě se neobejdeme bez sociálních služeb a příspěvku na péči, což je dávka sociální péče určená k pokrytí nákladů právě na tyto sociální služby.

V teoretické části práce jsem přiblížila gerontologii a geriatrii, stárnutí a onemocnění spojená se seniorským věkem, ale také například ošetřující v geriatrii a riziko syndromu vyhoření, nebo přiblížila pohled na léčebny dlouhodobě nemocných.

V praktické části nejprve formou kvantitativního výzkumu, sběrem dat ze zdravotní dokumentace, přiblížím složení pacientů, kteří Léčebnou dlouhodobě nemocných v Hořicích v roce 2015 prošli. Formou kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaného rozhovoru budu zjišťovat dostatečnost a využití navazujících sociálních služeb na pobyt v LDN, a to jak ze stránky pokrytí sociálních služeb v regionu, informovanosti o sociálních službách, tak jejich finanční dostupnosti.

## 5 Výzkumné šetření

**Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování sociálních služeb, které využívají pacienti odcházející z Léčebny dlouhodobě nemocných v Hořicích do domácího ošetřování.**

Výzkumná část bakalářské práce je rozdělena do dvou částí.

V první části výzkumu je použita kvantitativní metoda. Jedná se o sběr dat ze zdravotní dokumentace, která je o jednotlivých pacientech vedena. Tento typ výzkumu je zvolen z důvodu popisu informantů v kontextu celku.

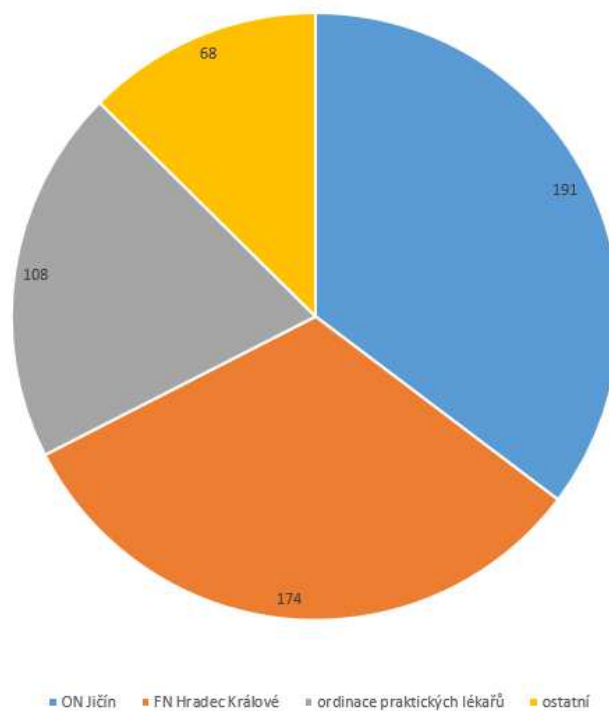
Ve druhé části výzkumu je použita kvalitativní metoda formou polostrukturovaného rozhovoru. Zde byli kontaktováni pacienti, kteří byli v roce 2015 v LDN hospitalizováni a následně propuštěni do domácího ošetřování. V daném roce se jednalo o 192 pacientů, kteří byli po hospitalizaci následně propuštěni do domácího ošetřování. I přes to, že počet pacientů propuštěných do domácího ošetřování byl celkem vysoký, nebylo jednoduché z tohoto počtu sehnat osoby ochotné podělit se o svoje zkušenosti s péčí v domácím prostředí. Naprostá většina z nich se obávala „pustit si do baráku cizí osobu“, nebo nezachování anonymity a následného „popotahování s úřady“. S rozhovory nakonec souhlasilo 6 osob žijících samostatně a 6 osob v péči svých rodinných příslušníků. Druhá výzkumná část je rozdělena do dvou dílčích cílů. První dílčí cíl zjišťuje využití, dostupnost a informovanost o sociálních službách v regionu. Druhý dílčí cíl zjišťuje finanční možnosti osob v domácí péči v souvislosti s využíváním sociálních služeb.

## 5.1 Popis všech informantů za rok 2015

Celkově v roce 2015 prošlo Léčebnou dlouhodobě nemocných v Hořicích 541 pacientů.

Průměrná délka hospitalizace jednoho pacienta byla v roce 2015 67 dnů.

**Graf č. 1:** Přehled zařízení, ze kterých byli pacienti přijati k hospitalizaci

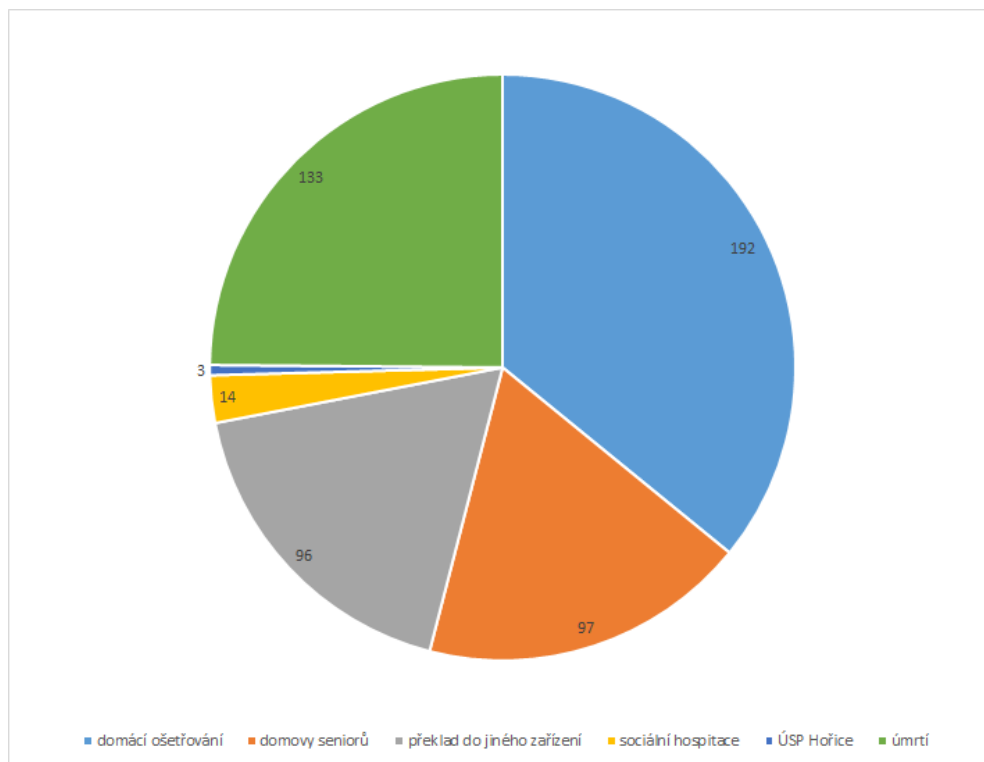


Zdroj: vlastní

**V roce 2015 byli pacienti k hospitalizaci přijati z těchto zařízení:**

- 191 pacientů z Oblastní nemocnice Jičín
- 174 pacientů z Fakultní nemocnice Hradec Králové
- 108 pacientů z ordinací praktických lékařů
- 68 pacientů z ostatních zařízení

**Graf č. 2:** Přehled zařízení, kam byli pacienti propuštěni

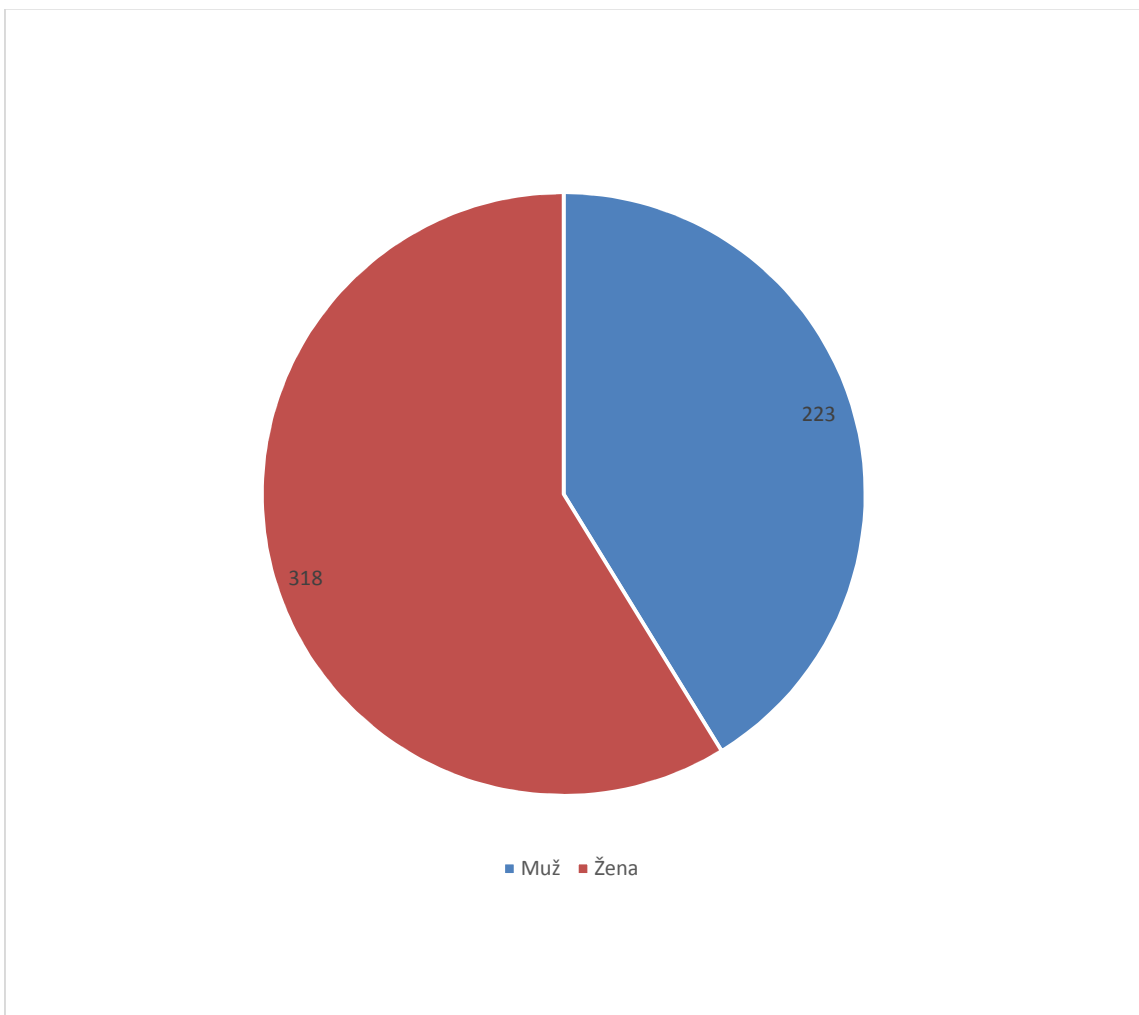


Zdroj: vlastní

**V roce 2015 byli pacienti propuštěni do těchto zařízení:**

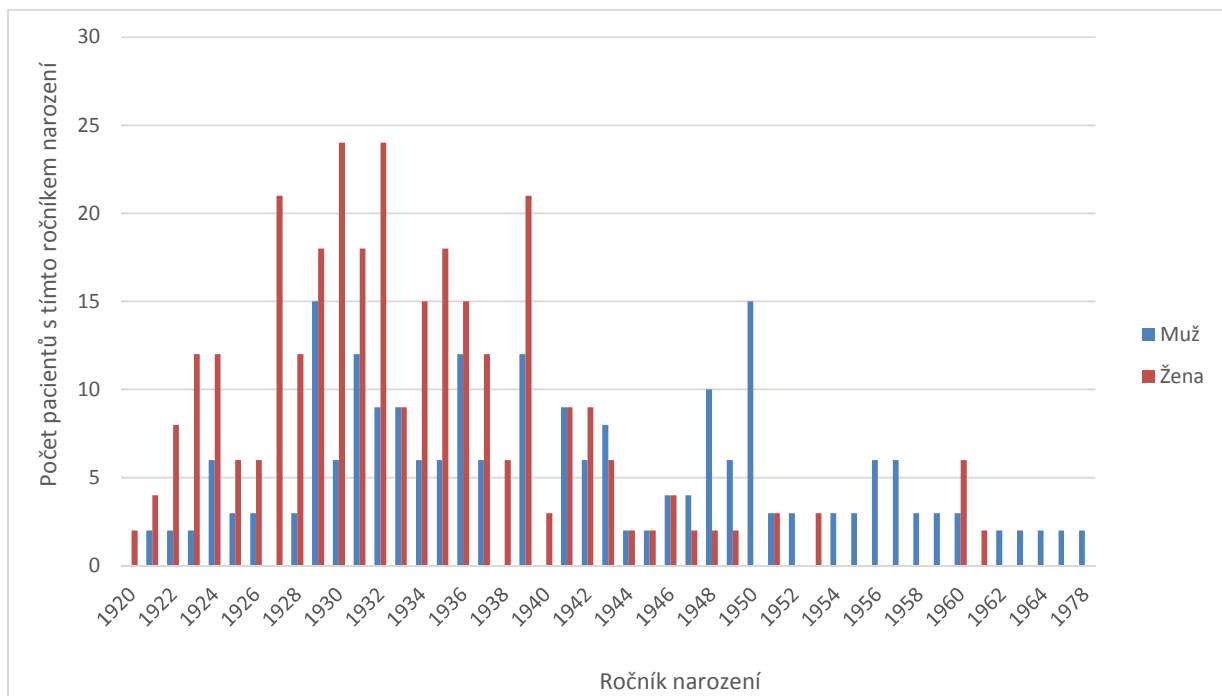
- 192 pacientů do domácího ošetřování
- 97 pacientů do domovů seniorů
- 96 pacientů do jiných zdravotnických zařízení
- 14 pacientů sociální hospitalizace
- 3 pacienti Ústav sociální péče Hořice
- 133 pacientů zemřelo

**Graf č. 3:** Poměrné zastoupení pacientů podle pohlaví



Zdroj: vlastní

**Graf č. 4:** Poměrné zastoupení pacientů podle ročníku narození a pohlaví



Zdroj: vlastní

## Kategorie pacienta podle VZP

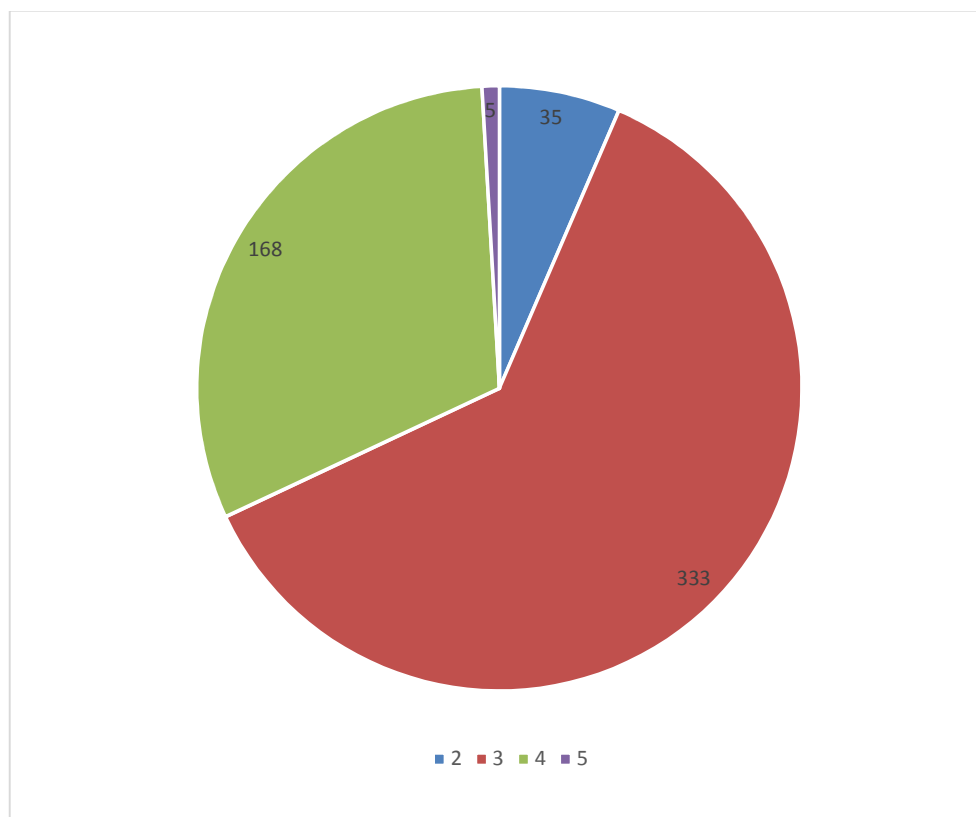
Při příjmu pacienta do ústavní péče lékař mimo např. diagnózy pacienta stanoví také kategorii pacienta. Podle kategorie pacienta vyplácí zdravotní pojišťovna platby za jednotlivé pacienty zdravotnímu zařízení poskytující zdravotní nebo sociální služby.

**Tabulka č. 2:** Kategorie pacienta

1	Pacient soběstačný, nezávislý na základní ošetrovatelské péči; soběstačné dítě nad 10 let věku, novorozenec na novorozeneckém oddělení.
2	Pacient částečně soběstačný, sebeobsluha s dopomocí, schopen pohybu mimo lůžko, samostatně na invalidním vozíku; dítě nad 6 let do 10 let věku.
3	Pacient vyžadující zvýšený dohled, lucidní neschopný pohybu mimo lůžko ani s dopomocí či samostatně na invalidním vozíku, vyžadující téměř úplnou obsluhu, psychicky alternovaný pacient, u něhož je nutný zvýšený osobní dohled, případně nutné přechodné omezení pohybu či farmakologické zklidnění; dítě nad 2 roky do 6 let věku.
4	Pacient imobilní nesoběstačný, lucidní zcela imobilní, inkontinentní, vyžadující ošetrovatelskou pomoc při všech i nejběžnějších úkonech; dítě od 0 do 2 let věku, kromě novorozence na novorozeneckém oddělení.
5	Pacient v bezvědomí.

Zdroj: [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)

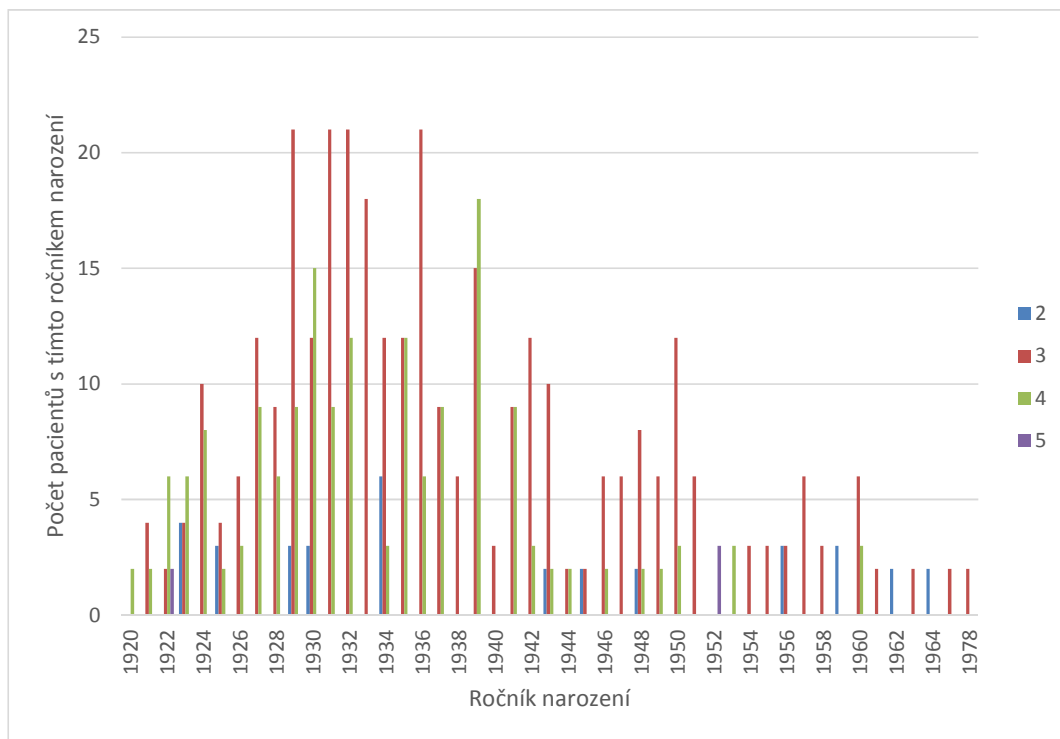
**Graf č. 5.** Poměrné zastoupení pacientů podle kategorie



Zdroj: vlastní



**Graf č. 6:** Poměrné zastoupení pacientů podle ročníku narození a kategorie



Zdroj: vlastní

## 5.2 Popis informantů, se kterými byly vedeny rozhovory

Celkově v roce 2015 prošlo Léčebnou dlouhodobě nemocných v Hořicích 541 pacientů, z toho bylo 192 propuštěno do domácího ošetřování. Bylo kontaktováno 28 pacientů nebo jejich rodinných příslušníků, s rozhovorem souhlasilo 6 osob žijících samostatně a 6 osob v péči svých rodinných příslušníků.

**Tabulka č. 3:** Osoby, se kterými byly vedeny rozhovory

<b>Osoby žijící samostatně</b>	<b>Osoby v péči svých rodinných příslušníků, žijících s nimi ve společné domácnosti</b>
1. žena, rok narození 1927	7. muž, rok narození 1929
2. muž, rok narození 1929	8. žena, rok narození 1932
3. žena, rok narození 1948	9. žena, rok narození 1936
4. žena, rok narození 1937	10. muž, rok narození 1939
5. žena, rok narození 1939	11. muž, rok narození 1941
6. žena, rok narození 1947	12. žena, rok narození 1949

Zdroj: vlastní

**5.3 Transformační tabulka – shrnuje, jak se jednotlivé tazatelské otázky vztahují k dílčím cílům výzkumu**

DC I. Zjistit využití, dostupnost a informovanost o sociálních službách v regionu.	DC I. 1. Zjistit bližší informace o rodině osoby v domácí péči.	TO 1. Jste v příbuzenském vztahu k osobě, o kterou pečujete, nebo jste sám/sama osobou využívající péči? TO 2. Jakou máte formu bydlení?
	DC I. 2. Zjistit využívání sociálních služeb v rodině osoby v domácí péči.	TO 1. Jaké sociální služby využíváte? TO 2. Kde jste se o možnosti využívání sociálních služeb dozvěděl/a? TO 3. Postrádáte v regionu některé ze sociálních služeb? TO 4. Má místo Vašeho bydliště vliv na dostupnost sociálních služeb?
DC II. Zjistit finanční možnosti osob v domácí péči v souvislosti s využíváním sociálních služeb.	DC II. 1. Zjistit informovanost o možnosti pobírání sociálních dávek.	TO 1. Jaké sociální dávky pobíráte, nebo jste v minulosti využil/a? TO 2. Kde jste se o možnosti této formy pomoci dozvěděl/a?
	DC II. 2. Zjistit stupeň závislosti a tedy výši dávky příspěvek na péči v souvislosti s využíváním sociálních služeb.	TO 1. Jaký stupeň závislosti byl u Vás, nebo osoby o kterou pečujete posouzen? TO 2. Které ze sociálních služeb, které využíváte, hradíte z příspěvku na péči?
	DC II. 3. Zjistit zatížení rodinného rozpočtu v souvislosti s využíváním sociálních služeb.	TO 1. Jaké jiné zdroje využíváte k financování sociálních služeb? TO 2. Jsou některé sociální služby, které si nemůžete finančně dovolit?

## 5.4 Interpretace výzkumné části

### TO 1. Jste v příbuzenském vztahu k osobě, o kterou pečujete, nebo jste sám/sama osobou využívající péči?

6 osob využívajících péči žije samostatně.	6 osob je v péči svých rodinných příslušníků, jedná se nejčastěji o rodiče.
--------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------

### TO 2. Jakou máte formu bydlení?

Čtyři osoby žijící samostatně bydlí v rodinných domech, 2 osoby v bytě. U všech osob v rodinných domech a jedné osoby žijící v bytě se jedná o jejich původní domácnosti.	Šest osob žije společně s rodinnými příslušníky, kteří o ně pečují. Čtyři osoby bydlí v rodinných domech, jedna osoba v zahradním domku a jedna osoba v bytě.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### DC I. 1. Zjistit bližší informace o rodině osoby v domácí péči.

V rámci výzkumného šetření vyšlo najevo, že osoby žijící samostatně mají hluboký vztah ke svému domovu. Jsou to většinou rodinné domy, kde informanti prožili se svými partnery podstatnou část svého života a i přes nepříznivý zdravotní stav chtějí ve svých domovech setrvat.

U osob v péči svých rodinných příslušníků žijí 3 osoby ve svých původních domácnostech, 2 osoby opustily své původní domácnosti a přestěhovaly se do domácností svých dětí. Jedna osoba byla nucena vlivem okolností opustit svou původní domácnost a odstěhovat se do zahradního domku.

To, že senioři mají hluboký vztah ke svému domovu, potvrzuje (Haškovcová, 2010), která uvádí, že každý člověk je rád doma a senior není výjimkou. I on chce co nejdéle zůstat ve svém domě či bytě. Tam, kde prožil své životní úspěchy i prohry, své lásky i svá zklamání. Tam, kde zapustil kořeny, kde ho těší pohled na každou obyčejnou věc, kde vzpomínky žijí.

### **TO 1. Jaké sociální služby využíváte?**

<p>Všechny osoby žijící samostatně využívají sociální služby minimálně 3x denně, a to především služby pečovatelské, dále donášku obědů a občasné služby spojené s péčí o domácnost.</p>	<p>Osoby v péči svých rodinných příslušníků využívají sociální služby maximálně 2x denně, a to v případech, kdy je rodinný příslušník zaměstnán. V případech, kdy se rodinný příslušník věnuje pouze péči o svého blízkého, využívají sociální služby pouze výjimečně, a to v případech nemoci, dovolené nebo odlehčení.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **TO 2. Kde jste se o možnosti využívání sociálních služeb dozvěděl/a?**

<p>Vzhledem k předchozí hospitalizaci byly všechny osoby před propuštěním do domácího ošetřování o možnosti využívání sociálních služeb informovány sociální pracovnící zaměstnanou v LDN.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **TO 3. Postrádáte v regionu některé ze sociálních služeb?**

<p>Osoby žijící samostatně nepostrádají v regionu žádnou sociální službu.</p>	<p>U osob v péči svých rodinných příslušníků postrádají rodinný příslušníci odlehčovací služby, jako například denní stacionář pro seniory. Pokud chtějí rodinný příslušníci využít odlehčovací službu, je jedinou možností pobyt seniora na lůžkách LDN, kdy praktický lékař indikuje k přijetí na tzv. respitní pobyt; délka tohoto pobytu by neměla přesáhnout 3 týdny.</p>
-------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **TO 4. Má místo Vašeho bydliště vliv na dostupnost sociálních služeb?**

U osob žijících samostatně má místo jejich bydliště vliv na dostupnost sociálních služeb především z důvodu ceny poskytované služby. Pokud osoba nebydlí přímo v Hořicích, musí k ceně poskytnuté služby zaplatit také náklady na dopravu.	U osob v péči svých rodinných příslušníků má místo jejich bydliště vliv na dostupnost sociálních služeb také z důvodu ceny služby. U rodinných příslušníků, kteří mají mimo péči o osobu blízkou ještě svá zaměstnání, se nejedná o problém k ceně pečovatelské služby připočítat cenu za dopravu.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **DC I. 2. Zjistit využívání sociálních služeb v rodině osoby v domácí péči.**

V rámci výzkumného šetření vyšlo najevo, že osoby žijící samostatně využívají sociální služby v daleko větší míře, než je tomu u osob v péči svých blízkých. Na to má samozřejmě vliv zapojení rodinných příslušníků v péči o seniora. Všechny osoby byly o možnosti využívání sociálních služeb dostatečně informovány sociální pracovnící, která je zaměstnaná v LDN Hořice, kde právě tyto osoby byly hospitalizovány. Osoba, která je propuštěna z nemocnice do domácího ošetřování, musí být ve stabilizovaném stavu, aby mohla setrvat ve svém domácím prostředí.

(Hrozenská, Dvořáčková, 2013) uvádějí, že pro seniora v domácí péči je nezbytné, aby jeho klinický stav byl stabilizovaný a aby domácí prostředí umožňovalo poskytovat péči, která předpokládá zapojení rodiny nebo jiného pečovatele i během dne.

Osoby žijící samostatně nepostrádají v regionu žádnou ze sociálních služeb oproti rodinám osob v péči svých blízkých, které postrádají v regionu sociální službu typu denního stacionáře.

(Matoušek, Koldinská dle Hrozenská, Dvořáčková, 2013) uvádějí, že některá centra denních služeb poskytující tzv. odlehčovací službu mohou být terénní, ambulantní, nebo pobytová a jsou schopna zajistit odvoz i rozvoz uživatelů služby.

#### **DC I. Zjistit využití, dostupnost a informovanost o sociálních službách v regionu.**

V rámci výzkumného šetření vyšlo najevo, že většina osob v domácí péči má natolik hluboký vztah ke svému domovu, že i přes různé zdravotní handicapy chtějí setrvat ve

svých původních domácnostech. Tyto osoby se neobejdou bez sociálních služeb, a to především služeb pečovatelských.

Pečovatelská služba v domácnosti osoby spočívá ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péčí o jejich domácnost nebo zajišťování sociální pomoci (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

(Haškovcová, 2010) uvádí, že společná nabídka domácích zdravotních a sociálních služeb pro seniory žijící ve své domácnosti je stále nedostatečná.

Toto tvrzení v regionu Hořic není zcela pravdivé. Výzkumné šetření ukázalo, že pokud se jedná o služby zdravotní a ze sociálních služeb především služby pečovatelské, jsou zcela dostačující. Problém zde nastává u služby typu denního stacionáře pro seniory.

Výzkumné šetření dále ukázalo, že z hlediska dostupnosti fungují sociální služby v regionu Hořic dobře. Problémem zde se ukázala, a to hlavně u osob žijících samostatně, úhrada pohonných hmot při poskytování sociálních služeb.

Setrvání seniora trvale závislého na pomoci druhé fyzické osoby v jeho přirozeném prostředí je podmíněno dobře fungujícími sociálními službami (Kubalčíková dle Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

## TO 1. Jaké sociální dávky pobíráte, nebo jste v minulosti využil/a?

Všechny osoby žijící samostatně pobírají dávku Příspěvek na péči. Jedna z osob žijících samostatně v minulosti využila dávku Příspěvek na zvláštní pomůcku, jednalo se o stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC.	Všechny osoby v péči svých rodinných příslušníků pobírají dávku Příspěvek na péči. V minulosti některé z těchto osob využily dávku Příspěvek na zvláštní pomůcku, jednalo se o příspěvek na motorové vozidlo, stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC, nájezdovou ližinu.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## TO 2. Kde jste se o možnosti této formy pomoci dozvěděl/a?

Vzhledem k předchozí hospitalizaci byly osoby žijící samostatně informovány o možnostech sociálních dávek sociální pracovníci zaměstnanou v LDN.	U osob v péči svých rodinných příslušníků byly všechny osoby o možnostech pobírání sociálních dávek informovány při propuštění z LDN sociální pracovníci a svými blízkými, kteří mají tyto informace především z internetu.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## DC II. 1. Zjistit informovanost o možnosti pobírání sociálních dávek.

V rámci výzkumného šetření vyšlo najevo, že pokud se jedná o dávku Příspěvek na péči, jsou dobře informovány jak osoby žijící samostatně, tak osoby v péči svých rodinných příslušníků. Pokud se jedná o dávku Příspěvek na zvláštní pomůcku, kterou využily v minulosti především osoby v péči svých rodinných příslušníků, je informovanost o této dávce právě především v okruhu pečujících.

Dávka Příspěvek na zvláštní pomůcku spadá do dávek pro osoby se zdravotním postižením stejně jako příspěvek na mobilitu a průkaz osoby se zdravotním postižením. Tyto dávky upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Kompetence v přidělení této dávky má Úřad práce České republiky a Ministerstvo práce a sociálních věcí.



Dávku Příspěvek na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

(www.portal.mpsv.cz)

### **TO 1. Jaký stupeň závislosti byl u Vás nebo osoby, o kterou pečujete, posouzen?**

U osob žijících samostatně byl u čtyř osob posouzen stupeň závislosti č. 3, u dvou osob stupeň č. 2.	U osob v péči svých rodinných příslušníků byl u jedné osoby posouzen stupeň závislosti č. 2, u tří osob stupeň č. 3, u dvou osob stupeň č. 4.
------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **TO 2. Které ze sociálních služeb, které využíváte, hradíte z příspěvku na péči?**

Osoby žijící samostatně financují sociální služby, které využívají, z celé částky příspěvku na péči, ovšem výše částky příspěvku je mnohdy nedostačující.	U osob v péči svých rodinných příslušníků je výše příspěvku na péči dostačující z důvodu jeho méně častého využívání.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **DC II. 2. Zjistit stupeň závislosti, a tedy výši dávky Příspěvek na péči v souvislosti s využíváním sociálních služeb.**

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že nejčastějším stupněm závislosti osob v domácí péči v souvislosti s výší příspěvku na péči je stupeň č. 3, tedy výše příspěvku činí 8 800,- Kč. U osob žijících samostatně byl zaznamenán ještě stupeň závislosti č. 2, u kterého výše příspěvku činí 4 400,- Kč. U osob v péči svých rodinných příslušníků byl zaznamenán také stupeň závislosti č. 2 a stupeň č. 4, u kterého činí výše příspěvku 13 200,- Kč.

Dále bylo zjištěno, že osoby žijící samostatně mají velký problém se svým měsíčním rozpočtem. Za cenu setrávání ve svých domovech žijí často na hranici únosnosti, což dokazuje nejen dotazníkové šetření, ale mohou to potvrdit ze svých návštěv v domácnostech těchto osob. Domácnosti osob žijících samostatně byly vybaveny velmi

skromně a bohužel zde ani nebylo příliš čisto. To bylo většinou z důvodu nemohoucnosti seniorů a nemožnosti si dovolit zaplatit úklid u pečovatelky. Z mého pohledu je to paradoxní situace, protože osoby žijící samostatně jsou nuceny využívat sociální služby v daleko větší míře než osoby v péči svých rodinných příslušníků, a při posuzování dávky příspěvku na péči na toto není brán zřetel.

### **TO 1. Jaké jiné zdroje využíváte k financování sociálních služeb?**

<p>Všechny osoby žijící samostatně se snaží využívat pouze ty sociální služby, na které stačí příspěvek na péči. V případech, kdy náklady na sociální služby přesáhnou částku výše příspěvku na péči, doplácí sociální služby ze svých důchodů.</p>	<p>U osob v péči svých rodinných příslušníků ve většině případů pokryje dávka příspěvku na péči náklady na sociální služby.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **TO 2. Jsou některé sociální služby, které si nemůžete finančně dovolit?**

<p>Osoby žijící samostatně udávají nejčastěji, že si nemohou dovolit služby spojené s provozem domácnosti v takové míře, která by odpovídala jejich představám.</p>	<p>Osoby v péči svých rodinných příslušníků ve většině případů neudávají žádnou službu, kterou si nemohou finančně dovolit. Pouze jedna rodina udává, že si nemůže dovolit např. denní stacionář pro seniory nebo donášku obědů.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **DC II. 3. Zjistit zatížení rodinného rozpočtu v souvislosti s využíváním sociálních služeb.**

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že osoby žijící samostatně mají velmi omezené finanční možnosti a i přes využívání pouze nejnужnějších sociálních služeb je jejich měsíční finanční rozpočet velmi zatížen. Naproti tomu osoby, které jsou v péči svých rodinných příslušníků a sociální služby využívají oproti osobám žijícím samostatně podstatně méně, zatížení rodinného rozpočtu v souvislosti s využíváním sociálních služeb ve většině případů téměř nepocítují.

Na tuto problematiku reaguje také (Haškovcová, 2010), která upozorňuje na rizikové seniory, kteří žijí osaměle, a ty, kteří ve svém vyšším věku dlouhodobě pečují o svého nemocného partnera. Tito senioři většinou pobírají minimální důchody a mají celkově slabé nebo problematické materiální zázemí.

## **DC II. Zjistit finanční možnosti osob v domácí péči v souvislosti s využíváním sociálních služeb.**

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že informovanost o možných sociálních dávkách je lepší u osob v péči svých rodinných příslušníků oproti osobám žijícím samostatně, a to z důvodu většího kontaktu se společností právě skrze své blízké. Osoby žijící samostatně opravdu žijí samy až na dobu, kdy je u nich pečovatelka, a vzhledem k finančnímu zatížení jejich rozpočtu se snaží, aby ta doba byla co možná nejkratší. Tyto osoby jsou ohroženy sociální exkluzí.

To potvrzuje (Haškovcová, 2012), která uvádí, že senioři pobírající starobní důchod jsou nezřídka separováni od mladších generací, které jim navíc dávají najevo svůj ostentativní nezájem a neskrývaný despekt, jehož společným jmenovatelem je i postoj „musíme vás živit“. Pokud senioři žijí sami, sociální exkluzi způsobuje ztráta kontaktů jak s vrstevníky, tak s reprezentanty mladších věkových kategorií.

Výzkumné šetření dále ukázalo, že finanční zatížení rodinného rozpočtu v souvislosti s využíváním sociálních služeb je u osob žijících samostatně oproti osobám v péči svých rodinných příslušníků mnohonásobně větší. Osoby žijící samostatně jsou nuceny sociální služby využívat ve větší míře než osoby v péči svých rodinných příslušníků a žijí ve velmi skromných podmínkách, ale i přes to nechtějí vyměnit své domovy za ústavní péči.

(Haškovcová, 2010) upozorňuje na rizikové seniory, o kterých je potřeba vědět a v případě potřeby jim účinně a včas pomoci. Dříve byla povinnost vyhledávat a poté sledovat rizikové seniory součástí pracovní náplně okrskových, později geriatrických sester. Dnes tato povinnost není uložena nikomu.

## 5.5 Shrnutí výzkumné části

V úvodu výzkumné části byli přestaveni všichni informanti. Jednalo se o 541 pacientů, kteří v roce 2015 prošli Léčebnou dlouhodobě nemocných v Hořicích, a dále 12 osob, se kterými byly vedeny rozhovory. Následovala Transformační tabulka, která shrnuje jednotlivé dílčí cíle výzkumu a tazatelské otázky, které se k těmto dílčím cílům vztahují. Dalším krokem byla interpretace výzkumné části.

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že osoby, které byly hospitalizovány v Léčebně dlouhodobě nemocných v Hořicích a následně propuštěny do domácího ošetřování, mají hluboký vztah ke svému domovu, kde i přes svůj nepříznivý zdravotní stav chtějí setrvat. Všechny osoby byly při propouštění z LDN informovány sociální pracovníci o možnostech využívání sociálních služeb. Sociální služby v domácím prostředí využívají ve větší míře osoby žijící samostatně, oproti osobám v péči svých rodinných příslušníků. Sociální služby v regionu Hořic jsou pro osoby žijící samostatně dostačující. U osob v péči svých blízkých postrádají rodinný příslušníci odlehčovací službu typu denního stacionáře pro seniory.

Dále z výzkumného šetření vyšlo najevo, že informovanost o možnosti pobírání sociálních dávek, pokud jde o dávku Příspěvek na péči, je velmi dobrá, protože o této formě pomoci byly všechny osoby informovány sociální pracovníci zaměstnanou v LDN. Pokud se jedná o jiné formy pomoci, jako např. dávky pro osoby se zdravotním postižením, je informovanost především u osob pečujících o své blízké. U osob v domácí péči je nejčastějším stupněm v souvislosti s příspěvkem na péči posouzen stupeň č. 3, u něhož činí výše příspěvku částku 8 800,- Kč. U osob žijících samostatně je životní úroveň na daleko nižší úrovni oproti osobám v péči svých rodinných příslušníků, a to z důvodu finančního zatížení měsíčního rozpočtu právě v souvislosti s využíváním sociálních služeb.

Sociální péče, která je určena osobám ve složité životní situaci, již nejsou schopny sami zvládnout, měla původně charitativní podobu (lidumilství a nejrůznější formy dobročinnosti ze strany bohatých jednotlivců a církví). Později sociální péči o potřebné převzaly obce a pak stát. V roce 1952 bylo v Československu zrušeno domovské právo a od té doby sociální péči plně garantoval socialistický stát. Od roku 1989 opět nabývá na významu činnost obcí a krajů. Dnes zůstává zachována státní garance kvalitního

systemu sociální péče, ovšem existují mezi kraji i v rámci krajů velké rozdíly v kvalitě, dostupnosti i finanční náročnosti sociálních služeb (Haškovcová, 2012).

## 6 Závěr práce

Bakalářská práce „*Návaznost sociálních služeb na pobyt v LDN*“ byla zasazena do Léčebny dlouhodobě nemocných v Hořicích, do roku 2015. V tomto roce byl průměrný věk pacientů, kteří léčebnou prošli, 80 let.

Člověk, který se dožívá 80 let, je oficiálně považován za starého a tato poslední část života s sebou přináší mnoho změn spojených se stářím. Pokud žije starý člověk ve fungující rodině, není pochyb o tom, že i komplikace, které s sebou stáří přináší, dokáže rodina zvládat daleko lépe než osamělý člověk. A právě tito osamělí senioři, senioři bez rodinného zázemí, kteří v důsledku funkčních změn ve stáří ztratili schopnost postarat se sami o sebe, potřebují pomoc svého okolí nejvíce. Ano, jedná se prvoplánově o pomoc oficiálních institucí, ale nezapomínejme na pomoc člověka člověku, pomoc nezištnou. Tato bakalářská práce jasně potvrzuje fakt, že právě senioři žijící osaměle, odmítající ústavní péči, jsou ti nejpotřebnější.

Zajisté je nemalá část seniorů, kteří jsou i ve svém vysokém věku naprosto soběstační, ale většina starých lidí kolem nás je odkázána na pomoc svého okolí.

Říká se, že o kultuře dané společnosti nejvíce vypovídá úroveň, s jakou se společnost dovede postarat o handicapované, duševně nemocné a staré lidi. Nehledme proto na staré lidi jako na balvany u našich nohou. Berme staré lidi jako své partnery, dopřejme jim pocit užitečnosti. Samozřejmě se chovejme ke starým lidem s úctou, ale především slušně. V každém starém a nemocném člověku hledejme člověka až do úplného konce. Nejen proto, že stárneme každý.

*„V kontextu zdravotního postižení se člověk nezřídka ocitá v pozici reálné či připsané závislosti na druhých. Ta může ovlivnit pocit jeho nedůstojnosti, sebehodnocení a sebeúcty, může zvyšovat pochybnost a nedůvěru ve schopnost měnit podmínky svého života.“* (Krhutová, 2013, s. 120).

## **Přílohy**

**Příloha č. 1:** Rozhovor s informantem č. 6 (žena ročník narození 1947, žijící samostatně v rodinném domě)

**Jste v příbuzenském vztahu k osobě, o kterou pečujete, nebo jste sám/sama osobou využívající péči?**

*„Jsem sama, mně je už 70 roků, měla jsem dva syny. Jeden zemřel v ústavu, byl postižený, ale udělal si to sám, nebojoval. On nebyl jako já, kdybych na všechno myslela, spadnu na dno. Když mně bylo 42 roků, musela jsem do invalidního důchodu, já nechtěla, chtěla jsem dělat, ale nešlo to. Mám roztroušenou sklerózu. No a druhý syn, ten pije a teď se rozvedl, ale snacha mě stejně neměla ráda, chtěla mě připravit o tenhle barák.“*

**Jakou máte formu bydlení?**

*„Bydlím sama v domě po rodičích, je to můj domov. Nesnesla bych se s někým jiným, ani se synem, natož s ostatníma bábama. Já v létě jezdím okolo důchod'áku, a když je tam vidím venku sedět, ne, to radši umřu.“*

**Jaké sociální služby využíváte?**

*„Třikrát denně ke mně chodí pečovatelka, v poledne mně ještě přivezou oběd. Ráno mě umyje, přebalí, obleče a posadí tady do křesla. Já jsem ráno vzhůru od čtyř hodin, ale musím čekat do osmi. V poledne jenom přebalí, když je hezky, tak mě ještě v poledne po přebalení posadí do vozíku. Ten nájezd, co mám před barákem, ale není originál, vyrobil ho pro mě soused, ale pečovatelky mě odmítají po něm vozit. Že prý není certifikovaný. Takže když chci jet ven, přijde sousedka a sveze mě. Když už se dostanu ven, jsem úplně soběstačná. No a večer v šest mě přijdou uložit, takže když jsem venku, musím se včas vrátit. Večer na přebalení a ukládání chodí chlapi, ty mě po nájezdu vyvezou, to jsou mladý kluci, těm je to jedno. A pak zase čekám na ráno. Taky si musím hlídat, abych měla dost nabitou baterku u vozíku, abych se mohla vrátit večer domů a někde nezůstala.“*

### **Kde jste se o možnosti využívání sociálních služeb dozvěděl/a?**

*„Prostě o nich vím. Já jsem v tomhle stavu už dvacet let. Ale když jsem byla v nemocnici, tak než jsem šla domů, přišla za mnou sociální a sama mi nabízela, že to zařídí.“*

### **Postrádáte v regionu některé ze sociálních služeb?**

*„Ne, podívejte se, mně umřela maminka, když mi bylo šestnáct roků, a táta pil. Já se musela postarat sama o sebe. Neměla jsem na nic peníze, žila jsem skromně. A teď je to stejný, služby musí stačit, na víc nejsou peníze.“*

### **Má místo Vašeho bydliště vliv na dostupnost sociálních služeb?**

*„Ano, protože bydlím přímo v Hořicích. Ony teď pečovatelky sídlí v domově důchodců, to je kousek od mého baráku a chodí za mnou pěšky. Kdybych bydlela na vesnici, musela bych platit ještě za benzín, už teď je to 120 korun na hodinu. Já si to hlídám, aby jim to se mnou moc dlouho netrvalo, platím to po pěti minutách.“*

### **Jaké sociální dávky pobíráte, nebo jste v minulosti využíval/a?**

*„Beru příspěvek na péči. Ale už dřív jsem si zažádala a dostala příspěvek na koupelnu. Oni mi na ni jenom přidali, zbytek jsem si musela našetřit sama. Dřív mě vozili jednou týdně koupat do důchodáku, to stálo za prd. Sice mně tam po koupání vyfoukali hlavu, ale stejně, ta cesta a všechno zase zaplatit. Teď už mám koupelnu svoji, tady v baráku, tak mě jednou týdně koupou. To chodí ale večer chlapi. Taky jsem dostala od pojišťovny elektrický vozík. A tady tu postel a zvedák mám půjčený od pojišťovny, bezplatně. Já jsem na všechno opatrná.“*

### **Kde jste se o možnosti této formy pomoci dozvěděl/a?**

*„Já jsem si zajela s vozíkem na národní výbor a tam se na všechno zeptala. Já se znám s tou paní, co je tam teď, a znala jsem se i s tou před ní. Já když už jsem ve vozíku, tak jsem úplně soběstačná, klidně si dojezu i na nákup. A ten vozík, ten mně zařídil posudkový, on mě taky dobře zná, protože mě ve dvačtyřiceti dával do invalidního důchodu a říkal, že si na mě dobře pamatuje, já strašně brečela, já nechtěla být doma, chtěla jsem dělat, ale už to nešlo.“*

### **Jaký stupeň závislosti byl u Vás nebo osoby, o kterou pečujete, posouzen?**



*„Mám trojku, to je 8800,- korun. O čtyři body nedostanu čtyřku, protože mám čistou hlavu.“*

**Které ze sociálních služeb, které využíváte, hradíte z příspěvku na péči?**

*„Všechny platím jenom z příspěvku. Ted' je to lepší. Ted' si pečovatelky nosí třeba svoje rukavice, to dřív nebylo, všechno jsem musela mít nakoupený. Taky peněz bylo dřív míň.“*

**Jaké jiné zdroje využíváte k financování sociálních služeb?**

*„Musí stačit ten příspěvek, na důchod nesmím sáhnout, to bych potom neutáhla barák.“*

**Jsou některé sociální služby, které si nemůžete finančně dovolit?**

*„Kdybych měla tu čtyřku, mohly by mně pečovatelky uklidit nebo vyprat, takhle to do pračky hodí sousedka, no někdy přijde syn, ale moc se nezdrží a pečovatelka to pak pověsí. Přebalit mě můžou jenom třikrát denně, víc ne, to si nemůžu dovolit. Když se podělám, prostě v tom sedím, nedá se nic dělat, musím to vydržet, protože chci být doma.“*

**Příloha č. 2:** Rozhovor s informantem č. 12 (žena ročník narození 1949, žijící s manželem v zahradním domku)

**Jste v příbuzenském vztahu k osobě, o kterou pečujete, nebo jste sám/sama osobou využívající péči?**

*„Pečuji a starám se o manželku.“*

**Jakou máte formu bydlení?**

*„My bydlíme tady v tom domku, ona je to spíš taková chata. Nejdřív jsme si tady nemohli zvyknout, ale někde jsme bydlet museli. Není to ideální, ale je to náš domov. Já mám tady nahoře takový malý patýrko a tam si někdy zalezu a to je prostě jenom moje.“*

**Jaké sociální služby využíváte?**

*„Teď momentálně žádné, všechno zvládnou sám. Vlastně k nám jezdí sestřička z domácí péče, ale to je péče zdravotní.“*

**Kde jste se o možnosti využívání sociálních služeb dozvěděl/a?**

*„Když ležela manželka v nemocnici, tam nás upozorňovali, že tady ty služby fungují, ale manželka je na vozíku už 15 let a za tu dobu už jsme si ledacos zjistili. Manželka musela do nemocnice, protože jsem byl na operaci se žlučníkem. Když jsem se vrátil domů, vrátila se i manželka, ale ještě jsem se o ni nemohl úplně postarat, tak k nám jezdila dvakrát denně péče.“*

**Postrádáte v regionu některé ze sociálních služeb?**

*„Víte, my jsme rádi, že můžeme být spolu, ale věřte, někdy je to hodně náročné. Manželka nemůže být sama, od té havárky se samoty strašně bojí a já jsem s ní 24 hodin denně a někdy už taky nemůžu. Já jí nechci dávat do špitálu jenom pro to, abych si mohl odpočinout, ono by stačilo třeba něco na odpoledne, dva nebo tři dny v týdnu, i jeden by stačil, ale tady nic takového není.“*

**Má místo Vašeho bydliště vliv na dostupnost sociálních služeb?**

*„To ano, protože my bydlíme až tady u lesa, takže když k nám jezdily pečovatelky, museli jsme si připlatit za benzín, a když to táhnete ze dvou důchodů, obracíte každou korunu.“*

**Jaké sociální dávky pobíráte, nebo jste v minulosti využil/a?**

*„K těm našim dvěma důchodům bere ještě manželka příspěvek na péči. Ale taky jsme si asi před pár lety zažádali o příspěvek na auto, aby se nám do kufru vešel invalidní vozík a mohli jsme třeba někam na výlet, ale hlavně k doktorům. Ona by pro manželku jela sanita, na to má nárok, ale ona nechce. Víte, oni nám sice na auto přidali, ale stejně jsme si museli ještě dost přišetřit.“*

**Kde jste se o možnosti této formy pomoci dozvěděl/a?**

*„Já jsem si zašel na město na sociální odbor a na všechno se tam zeptal.“*

**Jaký stupeň závislosti byl u Vás nebo osoby, o kterou pečujete, posouzen?**

*„Manželka má trojku.“*

**Které ze sociálních služeb, které využíváte, hradíte z příspěvku na péči?**

*„Když k nám chodily pečovatelky, platili jsme je z manželčina příspěvku na péči. Ono to stačilo, protože chodily jen dvakrát denně.“*

**Jaké jiné zdroje využíváte k financování sociálních služeb?**

*„No teď, když jsem zdravotně v pořádku a obstarám si manželku sám, tak z příspěvku na péči dopláčíme jenom plíny a léky pro manželku. Když k nám ale chodily pečovatelky, museli jsme někdy ještě dopláčet z našich důchodů. Ono vlastně, kdyby existovalo něco na dopoledne pro manželku, stejně bysme to museli platit. Je to začarovaný kruh.“*

**Jsou některé sociální služby, které si nemůžete finančně dovolit?**

*„My, jak teď žádný nevyužíváme, tak vystačíme s penězi dobře. Když k nám ale chodily pečovatelky, to bylo horší. Proto se snažím všechno obstarat sám. Ale já bych si někdy tak rád odpočinul, ale manželka nechce být nikdy sama. Já někdy, když manželka usne, vyběhnu rychle do lesa, abych si aspoň na chvíli vydychnul.“*

### **Seznam tabulek:**

Tabulka č. 1: Výše příspěvku na péči (platná od 1. srpna 2016).....	32
Tabulka č. 2: Kategorie pacienta .....	39
Tabulka č. 3: Osoby, se kterými byly vedeny rozhovory .....	42

### **Seznam grafů:**

Graf č. 1: Přehled zařízení, ze kterých byli pacienti přijati k hospitalizaci .....	35
Graf č. 2: Přehled zařízení, kam byli pacienti propuštěni .....	36
Graf č. 3: Poměrné zastoupení pacientů podle pohlaví.....	37
Graf č. 4: Poměrné zastoupení pacientů podle ročníku narození a pohlaví.....	38
Graf č. 5: Poměrné zastoupení pacientů podle kategorie .....	40
Graf č. 6: Poměrné zastoupení pacientů podle ročníku narození a kategorie .....	41

### **Seznam použité literatury:**

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HAŠKOVCOVÁ, Helena a Jindra PAVLICOVÁ. *Ošetřovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén, c2013. ISBN 978-80-7492-063-9.

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

KELLER, Jan. *Soumrak sociálního státu*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2009. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-017-9.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 7., V Portálu 6. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Autonomie v kontextu zdravotního postižení*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-232-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7864-2.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. 2. upr. vyd. Ilustrace Vladimír Jiránek. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2008. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-87-8.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3271-8.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.

[online].[cit.2016-10-31]. Dostupné z:

[http://www.horice.org/PrevodFiles/uploads/LETAK -  
\\_Poskytovatele\\_socialnich\\_sluzeb\\_Horicko.pdf](http://www.horice.org/PrevodFiles/uploads/LETAK_-_Poskytovatele_socialnich_sluzeb_Horicko.pdf)

[online].[cit.2016-06-20]. Dostupné z: <http://mpsv.cz/cs/2856>

[online].[cit.2016-06-08]. Dostupné z: <http://www.nemocnicehorice.cz/index.htm>

[online].[cit.2017-01-18]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

[online].[cit.2016-07-05]. Dostupné z:

[http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186\\_SOCIOVEB\\_01\\_2011\\_.pdf](http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOVEB_01_2011_.pdf)

[online].[cit.2016-06-18]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-  
tydne/delka-hospitalizace-v-ldn](http://www.vzp.cz/tiskove-centrum/otazky-tydne/delka-hospitalizace-v-ldn)

[online].[cit.2017-01-30]. Dostupné z:

<http://www.vzp.poskytovatele/ciselniky/kategorie-pacienta>