



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra právních oborů, řízení a ekonomiky

Bakalářská Práce

Dlouhodobá péče o seniory

Vypracoval: Marie Tesařová
Vedoucí práce: MUDr. Rostislav Čevela, PhD., MBA.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou Dlouhodobé péče o seniory. Toto téma jsem si zvolila především z toho důvodu, že stárnutí populace je čím dál více diskutovaným tématem a potřeba zajistit dostatečnou péči o staré občany poroste.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem seznámila čtenáře s pojmem stárnutí, stáří a jaké jeho druhy rozlišujeme. Dále jsem se zmínila o změnách ve stáří a druzích potřeb seniorů. Vzhledem k tématu byla potřeba zařadit do teoretické části i pojem dlouhodobá péče a jaké její druhy máme.

V praktické části jsem metodou kvalitativního výzkumu zkoumala, jak jsou uživatelé dlouhodobé péče spokojeni s úrovní poskytované péče. Ke sběru dat jsem použila formu dotazování a rozhovory proběhly s deseti komunikačními partnery, kteří jsou momentálními uživateli dlouhodobé péče. Tyto uživatele jsem vybrala tzv. kvótním výběrem, jehož podstatou je stanovení si určitých kvót a následné vybrání vyhovujícího výzkumného souboru. Mými kvótami v tomto případě byl věk (uživatelé starší 65 let) a pohlaví, které bylo procentuálně stejně zastoupené v obou výzkumných souborech (3 ženy a 2 muži). Rozhovory trvaly v rozmezí 40 – 60 minut a byla zvolena technika polostrukturovaného interview. Otázky potřebné k získání dat byly rozděleny do čtyř hlavních okruhů. Výzkum byl prováděn v šesti zařízeních dlouhodobé péče, přičemž tři z nich byli sociálního systému a tři zdravotního. V rámci výzkumu byly stanoveny výzkumné otázky, které nás mají přiblížit ke spokojenosti uživatelů služeb.

Cílem práce bylo srovnání sociálního systému péče o staré občany se systémem zdravotním. Dílčím cílem bylo zmapovat situaci seniorů v zařízeních, vyhodnotit jejich kvalitu péče a v závěru zhodnotit situaci, zda se sociální lůžka, která jsou součástí zdravotních zařízení, v případě zrušení dají nahradit lůžky následné či dlouhodobé péče.

Výsledky ukázaly, že rozdíl mezi oběma systémy není příliš vysoký, ale přesto byli více spokojeni uživatelé, kteří jsou umístěni v zařízeních sociálního systému. Uživatelé byli nejvíce nespokojeni s kvalitou poskytované stravy, vystupováním personálu a v některých případech i kvalitou lůžek, na kterých jsou umístěni.

Dva uživatelé uvedli, že jim jejich příjem nevystačí na pokrytí nákladů za pobyt v zařízení a tuto situaci řeší buď za pomoci rodiny, nebo pobíráním příspěvku na péči. Z rozhovorů vyšlo, že většina uživatelů neví, co jsou to fakultativní činnosti a zda jejich zařízení tyto činnosti poskytuje. Jeden uživatel se v zařízení necítí bezpečně a tři uživatelé mají zdravotní potíže způsobené hospitalizací v zařízení.

Posledním problémem bylo zhodnocení, zda v případě zrušení sociálních lůžek ve zdravotních zařízeních, lze tuto službu nahradit lůžky následné či dlouhodobé péče. Z vlastního vypořádání jsem došla k závěrům, že nahrazení lůžek by nebylo dostatečně efektivní a příznivé pro uživatele této služby. Sociální lůžka mají svůj specifický volný režim, který by tím uživatelé ztratili.

Doufám, že má bakalářská práce bude přínosná pro další studenty zabývající se touto problematikou, popřípadě i široké veřejnosti, protože jsem si při psaní mé práce ověřila, že většina laické populace o této problematice není dostatečně informována.

Abstract

The bachelor thesis deals with the Long-term care for the elderly. I have chosen this issue at the topic of my bachelor thesis mainly because the aging population is increasingly discussed topic and the need to provide adequate care for the elderly will grow.

This thesis is divided into two parts, theoretical and practical. In the theoretical part, I acquainted reader with the concept of aging, age and what its types are distinguished. I also mentioned the changes in the age and species of the needs of seniors. Since the theme was the need to include in the theoretical part of the concept of long-term care and what its types are.

In the practical part I examined how long-term care users are satisfied with the level of care provided by the qualitative research method. To collect data, I used a form of questioning and interviews were conducted with ten communication partners who are momentary users of long-term care. These users I chose the quota sampling, the essence of which is to establish a certain quota and the subsequent withdrawal compliant research file. My quota in this case was the age of users (over 65 years) and gender, that percentage was well represented in both research file (3 women and 2 men). Interviews lasted between 40 – 60 minutes and was selected the technique of semi-structured interview. The questions need to get data have been divided into four main headings. The research was conducted in six long-term care facilities, three of which were social system and three of health. In the research, the research questions were determined to have us closer to client satisfaction.

The aim of this thesis was compare the social care system for the elderly, the health system. The operational objective was to map the situation of seniors in facilities to assess their quality of care and assess the situation at the end whether the social beds that are part of the health facilities in the event of cancellation can be replaced beds consequential or long-term care.

The results showed that the difference between the two systems is not too high, but they were more satisfied users who are housed in the social system. The users were

most dissatisfied with the quality of food, employee access and, in some cases, quality beds on which are placed. Two users stated that their income is not enough to cover the costs of stay device and this situation is addressed either by the family or earning a contribution to care. From the interviews it became that most users do not know what they are optional activities and whether their devices these activities it provides. One user in the facility doesn't feel safety and three users have health problems caused hospitalizations in the facility.

The last problem was to evaluate whether the repeal of Social beds in health care facilities, this service can be replaced beds consequential or long-term care. From my own observations I came to the conclusion that the replacement of beds would not be sufficiently effective and beneficial for users of this service. Social beds have specific free regime that lost by users.

I hope that my bachelor thesis will be beneficial for other students involved with this issue, or even the general public, because I'm writing in my work has verified that the majority of the general population on this issue is not sufficiently informed.

Klíčová slova

- 1 Stáří
- 2 Senior
- 3 Dlouhodobá péče
- 4 Kvalita péče

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2014

.....

Marie Tesařová

Poděkování

Ráda bych touto cestou chtěla poděkovat vedoucímu bakalářské práce MUDr. Rostislavovi Čevelovi, PhD., MBA. za cenné rady, připomínky a trpělivost.

OBSAH

1	SOUČASNÝ STAV	13
1.1	Stárnutí	13
1.2	Stáří	13
1.2.1	Kalendářní stáří.....	14
1.2.2	Sociální stáří	14
1.2.3	Biologické stáří	15
1.3	Změny ve stáří.....	15
1.3.1	Biologické změny	15
1.3.2	Psychické změny.....	16
1.3.3	Sociální změny.....	17
1.4	Potřeby starších lidí.....	18
1.4.1	Hierarchie potřeb	18
1.4.2	Potřeby seniorů	19
1.4.3	Fyziologické potřeby	19
1.4.4	Vyšší potřeby	20
1.4.5	Duchovní potřeby	21
1.5	Historie péče o seniory.....	21
1.6	Dlouhodobá péče.....	23
1.6.1	Potřeby uživatelů dlouhodobé péče	24
1.7	Systém péče o seniory	24
1.8	Rodinná péče	25
1.9	Sociální péče	26
1.9.1	Terénní sociální služby	26
1.9.2	Ústavní sociální péče	27
1.10	Zdravotní péče	29
1.10.1	Terénní zdravotní péče.....	29
1.10.2	Ústavní zdravotní péče.....	31
1.11	Kvalita života seniorů.....	32

1.12	Kvalita péče o seniory	33
1.13	Standardy kvality	34
1.13.1	Procedurální standardy kvality	34
1.13.2	Personální standardy kvality	34
1.13.3	Provozní standardy kvality	35
2	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
2.1	Cíl práce	36
2.2	Výzkumné otázky.....	36
3	METODIKA.....	37
3.1	Metodika výzkumu.....	37
3.2	Metoda získávání dat.....	37
3.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	38
4	VÝSLEDKY	41
4.1	Okruh č. 1 – Úroveň péče	41
4.2	Okruh č. 2 – Cenová přiměřenost	46
4.3	Okruh č. 3 – Mezilidské vztahy	49
4.4	Okruh č. 4 – Zdravotní stav uživatele	52
5	DISKUZE	60
6	ZÁVĚR	66
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	68
8	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

Seznam použitých zkratk

LTC = Dlouhodobá péče (z anglického Long-Term Care)

DpS = Domov pro seniory

LDN = Léčebna dlouhodobě nemocných

Úvod

Stárnutí populace je stále více diskutovaným fenoménem. Stáří je nevyhnutelnou součástí každého člověka a přesto, že délka života je geneticky podmíněna, záleží pouze na každém z nás, jaké aspekty ovlivňující kvalitu a délku života si zvolíme. Někteří senioři neztrácejí svou vitalitu a chuť do života, radují se z každého dne. Pro staršího člověka je nejlepší jeho domácí prostředí, nejlépe pobyt v kruhu rodinném. Nastanou však situace, kdy se rodinní příslušníci z nějakého důvodu nemohou nebo nechťejí o daného jedince starat. V takovýchto situacích nastává povinnost zajistit seniorovi důstojné prožití závěrečné etapy svého života a to prostřednictvím využití sociálních služeb. Senioři jsou díky vysokým zdravotním komplikacím stále častěji hospitalizováni v zařízeních zdravotní péče. Situace je často taková, že osoby již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu nejsou schopni obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a proto nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení do doby, než je mu zajištěn pobyt v zařízení sociálního rázu.

Bakalářskou práci na téma Dlouhodobá péče o seniory jsem si zvolila zejména z toho důvodu, že každým rokem dochází k navyšování střední délky života a potřeba starat se o starší občany a s tím spojená i kvalita poskytované péče stále poroste.

Cílem této práce je zhodnocení kvality poskytované péče v zařízeních sociálního a zdravotního systému pohledem uživatelů, zda jsou spokojeni s přístupem pracovníků a co by popřípadě rádi změnili. Součástí této práce je i zhodnocení situace, zda v případě zrušení sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé péče, mohou tuto službu nahradit lůžka následné péče.

Tato práce přispěje k nahlédnutí situace seniorů umístěných v zařízeních dlouhodobé péče a může být přínosem pro studenty, kteří se budou dále problematikou dlouhodobé péče o seniory zabývat.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Stárnutí

Stárnutí je přirozený, biologický proces, který se projevuje chýtráním tělesné schránky a snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu. Je to proces, který postihuje živou hmotu a který probíhá nepřetržitě od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální zletilosti. „Jde o proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní, který je zčásti geneticky kódován, zčásti rozvíjen náhodnými jevy, chybami a poruchami.“ (9, str. 20)

Stárnutí tedy představuje neodvratný fyziologický děj a jeho výsledkem je stáří.

1.2 Stáří

Pojem stáří je označením pro pozdní fázi ontogeneze. Je projevem a důsledkem funkčních i morfologických involučních změn, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je upravován zdravotním stavem, vlivy prostředí, vlivy sociálně ekonomickými i psychickými a životním stylem (22). Stařecký stav a vzhled jsou dány především zákonitou biologickou involucí (do značné míry určenou geneticky), projevy a důsledky úrazů a chorob (geneticky částečně určenou), životním stylem (zvláště výživou, pohybovou i mentální aktivitou, či naopak pasivitou), přizpůsobivými reakcemi na involuční a chorobné změny, vlivy prostředí fyzického i sociálního včetně společenského vymezení sociální role starého člověka (respektive penzisty) a psychickým stavem (motivací, snahou, očekáváním, představou o vlastním stáří, adaptací na stárnutí, osobnostními charakteristikami). Stáří představuje vyvrcholení etapy života jedince, představuje jeho závěrečnou kapitolu a nikdo živý se mu nemůže vyhnout. (9)

Kalvach uvádí (22), že stáří se obvykle rozlišuje na stáří kalendářní, sociální a biologické.

1.2.1 Kalendářní stáří

Kalendářní věk je určen datem narození a jeho výhodou je jednoznačnost (40). Chronologický, neboli kalendářní věk souvisí s jinými mírami, ale míra této vzájemné souvislosti je někdy velice malá. Věk může například souviset s tělesnými změnami, kdy mladší lidé mohou vykazovat velice časně znaky stárnutí, nebo naopak. Jde tedy o míru, která může naznačovat celkový stav průměrného jedince, ale nemůže být považována za spolehlivý ukazatel vývoje (47).

V 60. letech 20. století navrhla klasifikaci stáří B. L. Neugartenová a to „mladí senioři“ pro věk 55 – 74 let a „staří senioři“ pro 75 let a více. Z jejího pojetí je odvozeno i současné členění stáří. Senioři ve věku 65 – 74 let se nazývají „mladí senioři“ a největší problematika je viděna v seberealizaci, v problematice volného času a aktivit. Ve věku 75 – 84 let se nachází tzv. „staří senioři“ a největším problémem je jejich adaptace, tolerance zátěže, problematika osamělosti a specifického stonání. „Velmi staří senioři“ jsou senioři ve věku 85 let a více a největší problematikou je jejich soběstačnost a zabezpečení (22).

V hospodářsky vyspělých zemích se hranice stáří často posouvá a to tak, že se o dlouhověkosti začíná hovořit až v 90 letech a více. Příčinou posouvání hranic stáří je přírůstek seniorů a zlepšování jejich zdravotního i funkčního stavu (21).

1.2.2 Sociální stáří

Sociální stáří je období, které vymezuje sociální změny jedince. Za začátek sociálního stáří se obvykle považuje vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování a postihuje změnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu

i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy, ale i rizika seniorů, do nichž můžeme zahrnout např. nepřizpůsobení se novým životním podmínkám, ztráta společenské prestiže a životního programu, pokles životní úrovně, osamělost, věková segregace a diskriminace (22).

1.2.3 Biologické stáří

Přesně určit biologický věk není snadné. Je to označení pro konkrétní míru přirozeně stárnoucích změn daného jedince. Obecně je tento pojem používán k vyjádření celkového stavu lidského organismu (47). Jeho vymezení se však nedaří a nedochází ani ke shodě, co přesně by mělo vyjadřovat. U biologického stáří se obvykle hodnotí funkční stav, výkonnost, jako souhrn involuce, kondice i patologie, a to jak částečně, tak celkově jako součin údajů o různé váze (22).

1.3 Změny ve stáří

Mlýnková (32) uvádí, že vyšší věk s sebou přináší mnoho změn, ke kterým dochází v lidském organismu a kterým se nelze vyhnout. Nástup těchto změn je u každého individuální a časově různorodý. Všechny tyto změny spolu souvisejí, ovlivňují se a souvisí s genetickými dispozicemi, životním stylem apod. Nejčastěji se mluví o biologických, psychických a sociálních změnách (viz příloha č. 1).

1.3.1 Biologické změny

Nejvíce viditelné biologické změny jsou ty, které napadají kůži nebo pohybový systém. Okolo 30 roku života se značný buněčný kapitál, který máme již od narození, začne zmenšovat. Nejvíce se tato buněčná ztráta projevuje kolem padesátého roku

života. Přestože většina buněk v organismu, jako například červené krvinky, mají schopnost se obnovovat, nervové buňky se neregenerují nikdy (10). Kůže starého člověka ztrácí schopnost udržovat vodu, mohou se objevovat hnědé, tzv. „stařecké skvrny“, dochází ke snížení elasticity kůže, tvoří se vrásky a snižuje se kožní turgor.

Může dojít ke změnám, které jsou spojené s výškou a váhou postavy. „Někteří senioři mohou chodit v mírném předklonu. Příčinou je ochabování kosterních svalů, které již nejsou schopny udržet postavu zpříma.“ (32, s. 21) Velmi často dochází k řídnutí kostí a tím se zvyšuje riziko zlomenin a úrazů (32).

Mlýnková (32) uvádí další biologické změny, které probíhají v:

- kardiiovaskulárním systému (klesající pracovní kapacita srdce, snížená pružnost srdečních chlopní),
- respiračním systému (klesající respirační schopnost plic, zadýchávání, snížená vitální kapacita plic),
- trávicím systému (opotřebovávání a ztráta chrupu, snížená tvorba slin a trávicích enzymů, zpomalená motilita orgánů trávicí trubice, projevy zácpy),
- pohlavním a vylučovacím systému (klesající schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč, menší kapacita močového měchýře, zvětšená prostata u mužů, ochabnutí svalstva pánevního dna u žen),
- nervovém systému (snížená rychlost vedení vzruchů, prodlužující se reakční čas na podněty),
- smyslovém vnímání, spánku (výrazné postižení sluchu a zraku, vznik šedého a zeleného zákalu).

1.3.2 Psychické změny

Na kvalitě psychiky se podílí osobnost člověka. Integrita osobnosti zůstává zachována, zpravidla se mění pouze její dílčí schopnosti a mohou se měnit některé osobnostní rysy a vlastnosti jedince (32).

Změny psychiky se projevují v kognitivních schopnostech, zejména ve vnímání, pozornosti, paměti, představách a myšlení. Často dochází ke snížené schopnosti přizpůsobit se novým životním situacím a podmínkám. Snížené vnímání způsobuje strach, úzkost a přináší nejistotu, která mnohdy vede k tomu, že se senior nechce vydat ven, nemá zájem o setkání s druhými lidmi, je ostražitý a nedůvěřivý (23).

Nedostatky paměťových funkcí a s nimi spojené obtíže v učení se začínají projevovat již v raném stáří. Tato skutečnost ve značné míře souvisí s obtížnější koncentrací pozornosti. Stárnutí ovlivňuje dlouhodobou paměť, která bývá ve stáří méně přesná. Dochází k celkovému poklesu fluidní inteligence, jejíž součástí je schopnost vybavování si. Trvalejší bývá naopak sémantická paměť, která zahrnuje obecné znalosti, přesvědčení a vědomosti (48).

Beze změn nezůstává ani oblast citového života. Staří lidé mohou být více plačtiví a může se objevit i depresivní naladění seniora. Velkou traumatizující změnou je ztráta životního partnera a po jeho smrti prožívá ten druhý pocit nenahraditelné ztráty, samoty, opuštění a prázdnoty. I když je to situace velice bolestivá, většina lidí se s touto ztrátou naučí žít. Někteří lidé se však s touto zátěží nesmíří a to může vést k jejich vlastnímu urychlenému odchodu (32).

1.3.3 Sociální změny

Největší sociální změnou pro seniora je odchod do důchodu. Tato změna může člověka ovlivnit v pozitivním i negativním slova smyslu. Sociální role seniora se mění a končí role pracujícího člověka, který svou pracovní činností vytváří hodnoty pro celý stát. Tímto může dojít ke snížení společenské prestiže a autority. Mění se i ekonomická situace seniorů. Lidé si mnohdy nemohou udržovat dosavadní standard, na který byli zvyklí z důvodu nízké penze, poplatků u lékařů a v lékárnách (32).

Se stoupajícím věkem a přibýváním chronických onemocnění dochází velmi často ke zhoršení soběstačnosti seniora. Snížená soběstačnost ovlivňuje účast

na společenském životě a senior se tím ocitá v sociální izolaci. Obtížněji přijímá fakt závislosti, ztrácí svou identitu a mnohdy si ani nedovolí říci o pomoc (23).

Závislost na pomoci druhých osob však nemusí být vždy pravidlem. Mnozí senioři žijí dlouho aktivním životem a jsou schopni zajišťovat běžné domácí povinnosti, věnují se svým koníčkům a starají se o domácnost (32).

1.4 Potřeby starších lidí

Jak jsem již uvedla výše, ve starším věku si lidé procházejí specifickými proměnami, tudíž mají potřeby, které se s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti mohou měnit každý den. Senioři potřebují své potřeby uspokojovat, stejně jako kdokoliv jiný, přičemž málokdo má to štěstí, že by byl po zbytek svého života zcela soběstačný a nemusel tak být závislý na své rodině či cizích lidech (18).

1.4.1 Hierarchie potřeb

Dle staršího pojetí rozlišujeme potřeby na primární, neboli biologicko-fyziologické, a sekundární, neboli psychické, sociální, kulturní a spirituální. V současné době však hovoříme o potřebách fyziologických, psychických a sociálních, protože primární a sekundární potřeby jsou stejně důležité a proto je již takto nerozdělujeme (33).

Nakonečný tvrdí, že potřeba je základní forma motivu ve smyslu jakéhosi nedostatku v biologické či sociální sféře bytí (34).

Ve Slovníku sociální práce se uvádí, že potřeby jsou jakýmsi motivem k jednání a jestliže nedojde k jejich uspokojení, povede to k deprivaci a strádání. Typologie lidských potřeb se dělí na okruhy, které se vztahují k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, ke vztahům ke svým blízkým, ke společenskému uplatnění a okruhy spirituálních potřeb (26).

Pichaud a Thareauová jsou toho názoru, že potřebou není pouze to, co člověku schází, ale také to, k čemu skrz ni směřuje a je to určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku, věci či činnosti. „Potřeba je projevem bytostného přání.“ (41, s. 36)

Základní lidské potřeby definoval a rozčlenil do pyramidy americký psycholog A. H. Maslow, přičemž je seřadil vzestupně od nejdůležitějších (základních) po méně důležité (viz příloha č. 2). Uspokojování potřeb probíhá vzestupnou cestou, tzn. vyšší potřeby se objevují až poté, co jsou uspokojeny základní potřeby. Hierarchie potřeb však bývá u každého jedince individuální (36).

1.4.2 Potřeby seniorů

Senioři potřebují uspokojovat své potřeby stejně jako kdokoliv jiný. Bohužel jsou však velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče není spojena jen s věkem, ale s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti člověka omezují v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby (17).

U osob starších 75 let dochází ke specifickým změnám životních potřeb oproti mladší a střední generaci. V popředí jsou zejména potřeby zdraví, klidu, spokojenosti a bezpečí. Senioři jakoby se vraceli z vrcholu Maslowovy pyramidy zpět k jejím základům (32). Například potřeba bezpečí je nejvíce silná v období dětství a nejvíce se projevuje v bezprostředně ohrožujících situacích. Ve stáří pocit bezpečí bývá spojován s obavami, např. obava z pádu, útoku, neschopnosti, nebo aby se člověk nestal zátěží pro rodinu (36).

1.4.3 Fyziologické potřeby

Ve stáří vystupují do popředí některé tělesné potřeby. Například se mění chuť v důsledku úbytku chuťových pohárků. Výraznější bývá potřeba vyprazdňování,

z toho důvodu se zácpa nebo inkontinence moči objevují zcela běžně. Staří lidé potřebují více odpočinku a spánku, který bývá polyfázický. Senioři tak spí nebo podřimují během celého dne. Největší potřebou u starých lidí je potřeba tepla, pohodlí a bezbolestného bytí (32).

Naopak jiné potřeby upadají spíše do pozadí. Senioři mívají snížený pocit žízně, a proto nemají potřebu příjmu tekutin. Méně významné jsou potřeby hygienické, úprava zevnějšku, sexuální potřeby, péče o čisté lůžko apod. Avšak i u fyziologických potřeb platí, že jejich uspokojování se odvíjí od individuálních aktivit jedince, a proto nemusí mít senioři nutně všechny vyjmenované potřeby (32).

1.4.4 Vyšší potřeby

Psychické potřeby procházejí většími změnami než potřeby fyziologické. Potřeby jsou to však stále stejné jako v mladším věku, mění se pouze jejich charakter, tzn. k jejich naplnění vedou jiné cesty. Trvalá zůstává potřeba blízké osoby a určitého citového vztahu (39).

U seniorů dominuje potřeba jistoty a bezpečí, včetně ekonomické jistoty. Senioři se nechtějí smířit s pocitem závislosti na druhých. Senioři i ve svém vyšším věku pocítují potřebu seberealizace, uznávání sebe sama, nebo uznávání svým okolím. Mnozí z nich se snaží tzv. „dohánět“ vše, co za své ekonomické aktivity nestihli. Účastní se různých akcí, výletů, pečují o svůj domov či zahrádku. Uspokojování intelektuálních potřeb a udržení si mentální svěžesti mohou prostřednictvím univerzit třetího věku, nebo jinými vzdělávacími kurzy (32).

Hůře mohou být uspokojovány potřeby spojené s komunikací. Ve vyšším věku ubývá přátel a známých. Nedostatečně zajišťována bývá tato potřeba v institucionální péči, v domovech pro seniory, domovech s pečovatelskou službou apod. (32)

1.4.5 Duchovní potřeby

V závěrečné fázi života senioři bilancují, hodnotí svůj život, ohlíží se zpět a kladou si otázky o smyslu života. Často si kladou otázky, zda splnili vše, co měli nebo co bylo jejich úkolem. Také si kladou otázky, na které nemohou najít odpověď. Může se stát, že senioři, kteří byli celý život ateisté, mohou pod vlivem mnoha okolností dojít k názorové změně ohledně víry. Takový senior začíná přemýšlet o hlubším významu a smyslu událostí ve svém životě (32).

Duchovní potřeby se prolínají celým životem člověka a v širším smyslu představují lásku, úctu k sobě samému, naději a hledání smyslu života. V užším smyslu chápeme duchovní potřeby jako potřeby spirituální, kam zahrnujeme skutečnosti, které přesahují náš svět (2).

Jejich správné naplnění znamená pro seniora velkou pomoc, která se projevuje tím, že senior je vyrovnaný, nemá konflikty se svým okolím, má svou vnitřní sílu, rozumí situacím ve svých předchozích životních etapách, ví, kde hledat pomoc v těžkých chvílích a díky tomu zvládá i náročné životní situace, umí chápat druhé, má tolerantní, chápající a vstřícný přístup, umí podpořit druhé, přestože sám prožívá náročné období, vyzařuje z něj harmonie a umí si zachovat nadhled, odstup a nenechá se vtáhnout do nepodstatných a malicherných záležitostí a sporů (24).

1.5 Historie péče o seniory

Až do 19. století nám není známo žádné zařízení, které by bylo zaměřeno na specializaci pouze s nemocnými nebo nesoběstačnými seniory (32).

V dávné minulosti se o seniory starala výhradně rodina. Pakliže senioři rodinu neměli, nebo byla nefunkční, žil většinou v nedůstojných podmínkách a často museli žebrať (13).

V raném středověku začaly vznikat nemocnice klášterů, tzv. infirmária a ty byly určené pro nemocné členy řádu. Postupně byly zakládány hospice a hospitály, které byly určené k péči o chudé, zestárlé, nemocné a umírajícím. Hospitály byly zřizovány biskupy, faráři, kláštery a městy (32).

V pozdějším středověku péči o nemocné zajišťovaly především církevní řády, které měly velký význam v zakládání špitálů, což jsou předchůdci pozdějších nemocnic. Úroveň péče se výrazně zlepšila s příchodem řádu Milosrdných bratří v roce 1605 do Valtic, později do Prahy, Brna a dalších měst. Milosrdní bratří pečovali výhradně o muže, výjimečně i o ženy a zakládali špitály, ve kterých byla ošetrovatelská péče poskytována na vysoké úrovni. O ženy se staral řád sv. Alžběty, který svou první nemocnici založili v Praze (32).

Za vlády Josefa II. docházelo na základě tzv. direktivního pravidla, které představovalo průlom v organizaci péče o populaci, k zakládání specializovaných lůžkových zařízení, všeobecných nemocnic, porodnic, nalezinců, ústavů choromyslných a chorobinců ve velkých městech. Ty byly otevřeny například v roce 1787 v Brně a v roce 1789 v Praze na Karlově. Postupně pak vznikaly další léčebné a ošetrovací ústavy, kdy na počátku 20. století byly otevřeny velké pražské nemocnice, např. Fakultní nemocnice Motol či Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (32).

Po první světové válce byla pozornost věnována spíše likvidaci válečných škod a léčbě infekčních chorob a k významnému rozvoji ústavní péče zaměřené na sociální a materiální zabezpečení seniorů došlo až po skončení druhé světové války. Docházelo k přeměně tzv. domů odpočinku na domovy pro seniory a následně k rozvoji pečovatelské služby. Začaly se zakládat léčebny dlouhodobě nemocných a geriatrická oddělení (19).

První hospic v České republice byl založen v roce 1995 v Červeném Kostelci a poslání spočívá v poskytnutí zvýšené péče o nemocné a umírající jedince, které by se jim v běžných odděleních nemocnic nedostalo (32).

1.6 Dlouhodobá péče

Pojem dlouhodobá péče (dále jen LTC) obvykle značí komplex služeb, které se poskytují lidem s dlouhodobě omezenou soběstačností. Služby LTC potřebují lidé se sníženou soběstačností zejména v základních sebeobslužných aktivitách a tento stav je setrvalý. Může být následkem chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a to jak tělesného, tak duševního. Služby LTC potřebují většinou lidé vyššího věku (28).

LTC tedy vychází z potřeb osob, jejichž dlouhodobý zdravotní stav a snížené funkční a kognitivní schopnosti vyžadují poskytování zdravotních a sociálních služeb v jejich přirozeném sociálním prostředí nebo prostředí institucionálním. Dlouhodobá zdravotně sociální péče je poskytována profesionálně a zahrnuje spektrum zdravotních a sociálních služeb. LTC péče může být poskytována i neformálně prostřednictvím rodinných příslušníků nebo a jiných pečujících (5).

Mezinárodní dokumenty, například dokument vydaný v rámci Evropské Unie definuje LTC takto: „Dlouhodobá péče spojuje spektrum zdravotních a sociálních služeb, které jsou šity na míru potřebám lidí, kteří potřebují po delší dobu pomoc v základních sebeobslužných aktivitách z důvodů chronické nemoci či jiné příčiny dysability (a to včetně demence či jiných poruch duševního zdraví). Zahrnuje pomoc jak profesionálních, tak i laických pečujících.“ (27, s. 23)

Sebeobslužné aktivity dělíme na základní (bazální) a instrumentální. Do základních aktivit řadíme oblékání, schopnost najíst se, základní mobilita, schopnost provést základní hygienu a kontinence. Instrumentální sebeobslužné aktivity jsou takové aktivity, které umožňují žít lidem nezávisle ve své komunitě a spadají do nich například nakupování, příprava jídla, běžné domácí práce nebo obstarávání financí (1).

Vidovičová uvádí, že o systému LTC lze uvažovat jako o politické prioritě, ekonomicko-fiskálním výdaji nebo individuální potřebě, ale zároveň nesmíme zapomínat, že jde zejména o systém sociální, respektive vztahový (49).

Obecný trend v LTC směřuje spíše od institucionální péče k domácí a komunitní pečovatelské službě (43).

1.6.1 Potřeby uživatelů dlouhodobé péče

V případě, že není možné, aby uživatelé setrvali v domácím prostředí, potřebují zajistit dlouhodobý či trvalý pobyt v zařízeních, která umí řešit jejich sníženou soběstačnost a zároveň budou respektovat jejich biopsychosociální a spirituální potřeby. Potřebují tedy poskytnutí pomoci v základních sebeobslužných aktivitách, další individualizované služby a kvalifikovaný zdravotnický dohled s ohledem na jejich sice relativně stabilizovaný, ale zhoršený zdravotní stav, který nesoběstačnost způsobuje (1).

1.7 Systém péče o seniory

V praxi jsou často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak, a proto není možné od sebe zcela oddělit zdravotní a sociální péči o seniory. Model poskytované péče o nesoběstačné členy rodiny se v české společnosti opírá o zvyk, který předpokládá primární zajištění potřeb rodinou, formální péče v podobě státních služeb se využívá, až když neformální poskytovatelé chybí či nezvládají péči (17).

Služby, které přicházejí za člověkem do jeho domácího prostředí a prodlužují tak dobu strávenou bez omezení ve svém přirozeném prostředí, jsou v poslední době velkým trendem. Tyto služby se nazývají terénními a jejich cílem je odrážet přání a potřeby člověka v individuálním plánu péče, opírat se o týmovou spolupráci personálu, který má možnost soustavně se vzdělávat, podporovat integraci člověka do společnosti a tím předcházet izolovanosti a samotě, být kontinuální, pružné, komplexní a být dostupné v čase (16).

Je velmi důležité vytvářet dostatečnou nabídku služeb, které mohou, v případě potřeby, rodinu doplnit či nahradit a podpořit tak život seniora v jeho přirozeném prostředí s kladeným důrazem na jeho individuální potřeby (36).

Formy poskytované péče mohou být:

- Rodinná péče
- Sociální péče
- Zdravotní péče

1.8 Rodinná péče

Rodinná péče o nemocného, starého člověka může přinášet komplikace a problémy na straně pečujícího, ale zároveň také na straně pečovaného. Nemocné stáří může přinést situaci, na kterou rodina není připravena a na roli závislého člověka nejsou připraveni ani senioři. Může se stát, že je péče o seniory v některých případech pro rodinu přítěží a v případech extrémních může docházet k týrání a zneužívání seniora (12).

Při domácí péči o nesoběstačného seniora se jedná o nejnáročnější stupeň rodinné pomoci a tou je osobní péče neboli home care. Zahrnuje velmi časově, fyzicky i psychicky náročné činnosti, které vyžadují nepřetržitou přítomnost pečující osoby. Jsou to neustále stejné a monotónně opakující se aktivity, např. osobní hygiena včetně toalety, podávání stravy a léků, přenášení, zvedání, posazování, ukládání, převážení či převádění seniora po bytě a mnoho dalších činností (12).

Potřeba péče o nesoběstačného rodinného příslušníka dosahuje mnohdy takové intenzity a závislosti, že se pečovatel ocitá v sociální izolaci. To vede k psychickému a fyzickému vyčerpání, které se může odrážet na fyzickém zdraví pečujícího a může to vyústit až ve zjevnou nebo skrytou formu násilí vůči nemohoucímu seniorovi. Situaci dále může komplikovat nedostatek informací a obtížná finanční situace. Na druhé straně přináší péče o nesoběstačného rodinného příslušníka mnoho životních

zkušeností, posiluje vzájemné vztahy mezi pečovaným a pečovatelem a vytváří pocit lásky a sounáležitosti (12).

1.9 Sociální péče

Sociální péče je poskytována v rámci sociálních služeb. Sociální služby jsou činnosti poskytované lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni, s cílem zlepšit jejich kvalitu života nebo je začlenit do společnosti v maximální možné míře a to s ohledem jak na osobu uživatele, tak na jeho rodinu (17).

Sociální služby a jejich formy poskytování jsou definované v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

1.9.1 Terénní sociální služby

Terénní služby jsou takové služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (8).

V uvedených podkapitolách jsou uvedené vybrané terénní služby pro seniory.

Pečovatelská služba:

Tuto službu zajišťují střediska pečovatelské služby a jde buď o domy s pečovatelskou službou určené především pro osamělé uživatele, nebo o terénní pečovatelské služby. Jejimi hlavními úkony jsou pomoc s hygienou, příprava pokrmů, základní zdravotní péče a úklid domácnosti. Dále zajišťuje také rozvoz obědů. Služba je určena pro seniory, občany se sníženou mobilitou, zdravotně postižené, invalidní důchodce, občany v době rekonvalescence, rodiny s trojčaty a vícčaty do tří let. Pečovatelská služba podporuje uživatele v tom, aby mohli co nejdéle

v optimální fyzické a psychické pohodě setrvat doma a žít život mezi svými blízkými a přáteli (20).

Základními zásady pečovatelské služby jsou:

- vytváření podmínek pro naplňování práv uživatelů, úcty k člověku a respektování důstojnosti každého jedince,
- nevytvářet závislost uživatele na službě, ale poskytovat pouze takovou míru podpory, kterou uživatel nezbytně potřebuje
- dodržování individuálního přístupu v návaznosti na poskytování sociální služby dle potřeb každého uživatele
- vytvářet podmínky a prostor pro udržení tělesných a duševních schopností
- dostupnost služby a rovný přístup k uživatelům
- podporovat u uživatelů samostatnost, běžný způsob života a sociální začleňování, respektovat jejich vlastní vůli a názory (3).

Odlehčovací služby:

Odlehčovací služby jsou určeny pro osoby, které pečují o své blízké z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Zařízení nabízejí pečujícím možnost, že o jejich blízké bude na přechodnou dobu postaráno v jejich přirozeném sociálním prostředí nebo ve středisku dané organizace. Nabízejí tak pečujícím nezbytný odpočinek od vysilující péče. Zároveň s tím nabízejí prostor pro naplnění vlastních potřeb či vyřídit si potřebné záležitosti, na které jim jinak nezbyvá čas (20).

1.9.2 Ústavní sociální péče

Do ústavní sociální péče spadají služby, které jsou buď pobytové, nebo se poskytují ambulantně. Pobytovými službami se rozumí služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb a ambulantní služby jsou takové služby, za kterými dochází nebo je doprovázen uživatel, a které se poskytují v zařízeních sociálních služeb, přičemž jejich součástí není ubytování (20).

Domov pro seniory:

§ 49 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje Domovy pro seniory takto: „V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“

Domovy pro seniory (dále jen DpS) poskytují svým uživatelům ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským okolím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (8).

Uživatelé DpS jsou přijímáni na základě žádosti a zdravotnická péče je zajišťována zdravotními sestrami, přes den i lékařem (22).

Denní stacionář:

Ambulantní sociální služba poskytována lidem, kteří se neobejdou bez neustálé pomoci jiné fyzické osoby z důvodu snížené soběstačnosti, zdravotního či dlouhodobého duševního postižení a kteří do služby dochází na určitou část dne (20).

Týdenní stacionář:

Pobytové služby pro osoby, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním (8).

Centra denních služeb:

Ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního postižení nebo chronického onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (8).

Snahou této služby je individuálně rozvíjet a podporovat soběstačnost těchto osob v takové míře, aby mohly žít v domácím prostředí co nejdéle (4).

Domovy se zvláštním režimem:

Tyto celoroční pobytové zařízení jsou podobné DpS a disponují větším počtem personálu, který je specializován na danou poruchu. Na rozdíl od DpS jsou zde přijímáni obyvatelé, kteří mají specifické potřeby vyplývající z chronické duševní poruchy, z mentálního postižení nebo ze závislosti na návykových látkách (32).

1.10 Zdravotní péče

1.10.1 Terénní zdravotní péče

Odborná zdravotní péče, která je poskytována v přirozeném prostředí a je určena lidem, kteří nemusí být hospitalizováni v nemocnici, ale zároveň pro ně není dostupná potřebná rodinná péče (32).

Primární zdravotní péče:

Základem zdravotní péče je péče primární. Tu poskytuje praktický lékař pro dospělé, který uplatňuje primární, sekundární i terciární prevenci. Praktický lékař by měl v péči o seniory spolupracovat s rodinou a s ostatními složkami primární péče, např. domácí ošetrovatelskou péčí, pracovníky komunity, pečovatelskou službou, charitou a jinými neziskovými organizacemi (17).

Úlohou praktického lékaře je stanovit diagnózu, doporučit léčbu a odbornou péči, protože lékař má kontakt na pracoviště potřebných specializovaných služeb. Praktický lékař je významným členem multidisciplinárního lékařského týmu (42).

Domácí péče:

Domácí péče (jinak také home care) je ošetrovatelská služba poskytovaná na základě rozhodnutí a doporučení ošetřujících lékařů a je hrazena z prostředků zdravotního pojištění do rozsahu 3krát denně po 1 hodině. Nadstandardní služby jsou poskytovány za úhradu. Uživatelem domácí péče je občan, který je z důvodu změněného zdravotního a sociálního stavu plně či částečně odkázán na odbornou pomoc druhé osoby. Posláním domácí ošetrovatelské péče je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí uživatele takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální, aby docházelo k hospitalizaci uživatele nebo jeho umístění do ústavu sociální péče jen v případech, kdy je to nezbytně nutné (35).

Tato péče je zajišťována různými agenturami, státními, městskými, charitativními nebo soukromými. V případě, aby domácí prostředí umožňovalo poskytovat péči, která předpokládá během dne i zapojení rodiny či jiných laických pečovatелů, musí být stav uživatele stabilizován. K typickým úkolům domácí péče patří ošetřování chronických ran, poskytování fyzioterapie, aplikace inzulínu a poradenství o kompenzačních pomůckách. Významná je možnost půjčování ošetrovatelských, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek včetně polohovacích lůžek (22).

Domácí péče má několik forem, např. domácí hospitalizace, která je určená uživatelům v pooperačním a poúrazovém stavu. Tato služba je vhodná pro uživatele s kardiovaskulárním a neurologickým onemocněním a je poskytována v rozsahu dnů či týdnů. Další formou je preventivní domácí péče a ta je určená uživatelům, jejichž ošetřující lékař doporučí v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu uživatele. Pracovníci provádí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav uživatele a v případě změny ihned oznamují ošetřujícímu lékaři. Služba je prováděna v týdenních či měsíčních frekvencích,

které určí lékař. Poslední formou je dlouhodobá domácí péče, která je určena chronicky nemocným uživatelům, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Obvykle se jedná o uživatele po mozkových příhodách, uživatele s komplikovanou cukrovkou, s plným či částečným ochrnutím nebo uživatele se závažným duševním onemocněním a je poskytována v rozsahu měsíců až několika let (35).

1.10.2 Ústavní zdravotní péče

Dlouhodobá ústavní péče je charakterizována chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností a závislostí na péči druhé osoby. Dále je typická svým multidisciplinárním přístupem, zapojením dalších sektorů a spoluprací zdravotníků se sociálními pracovníky i s laiky (např. rodina, dobrovolníci, charitní zařízení). Cílem této péče je stabilizovat zdravotní stav uživatele, omezit následky onemocnění a zlepšit či pozitivně ovlivnit kvalitu jeho života (22).

Léčebny pro dlouhodobě nemocné:

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (dále jen LDN) jsou specializovaná lůžková zařízení, která slouží převážně k ošetřování a léčení nesoběstačných a dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem, jejichž zdravotní stav už nutně nevyžaduje hospitalizaci v nemocnici nebo u nichž není perspektiva zlepšení jejich zdravotního stavu (22).

Některé LDN jsou součástí nemocnic, některé fungují samostatně.

Sociální lůžko:

Sociální lůžko je sociální služba, která je definována v odstavci 1 § 52 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jako pobytová sociální služba poskytovaná

ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. Z toho důvodu nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim bude zajištěna pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo jim nebude zajištěno poskytování terénních, ambulantních či pobytových sociálních služeb (8).

Službu sociálního lůžka nelze využít v případě, že zdravotní stav uživatele vyžaduje poskytnutí péče ve zdravotnickém zařízení, chování uživatele by z důvodu duševní poruchy vážným způsobem narušovalo kolektivní soužití a v případě akutní infekční nemoci (7).

Hospice:

Hospice se nazývají zařízení, která poskytují péči nevyléčitelným uživatelům a zároveň pečují o rodinné příslušníky formou respitní péče. Respitní neboli úlevová péče spočívá v tom, že hospice nabízejí rodinám tzv. odlehčovací pobyt seniora. Důvodem je odpočinek pečující rodiny a to z toho důvodu, že by mohlo dojít k syndromu vyhoření rodinných pečovatelů. Během tohoto pobytu je seniorovi poskytována komplexní péče. Další formou je poskytována hospicová péče v domácím prostředí. Účelem je umožnit seniorům, u kterých není nutná hospitalizace, důstojně prožít závěrečnou etapu svého života v kruhu rodinném. Hospice poskytují i pomoc v podobě péče o pozůstalé (32).

1.11 Kvalita života seniorů

Žádnou definici pojmu kvalita není možné považovat za všeobecně uznávanou a odsouhlasenou, protože v literatuře je možné najít hned několik definic. Často však obsahují kategorie spokojenost uživatele, vysoká odborná úroveň péče, cenová přiměřenost, reakce na potřeby uživatele, odpovídající prostředí,

kontinuita péče, bezpečí a dostupnost. Důvodem tohoto různorodého vnímání může být nedostatečné porozumění základním normám a výchozím hodnotám (25).

Rámec kvality života seniorů vytváří celá řada aspektů, do kterých spadá materiální zabezpečení, zdravotní stav, rodinný stav a situace, kvalita bydlení, dostupnost zdravotně sociálních a dalších služeb, možnosti realizace zálib a rozvíjení sociálních kontaktů. Kvalita života seniorů je často vnímána jako synonymum schopnosti vést nezávislý život a hodnocení se více soustředí na schopnost provádět každodenní činnosti. Nepochybně velký vliv na kvalitu života mají funkční schopnosti, přesto existuje mnoho dalších sociálních a psychologických faktorů, které přispívají ke kvalitnímu životu. Ke kvalitě života ve starším věku přispívá především svoboda vybírat si a rozhodovat se, aktivita, zachované duševní schopnosti, schopnost vyrovnat se s nepříznivými situacemi a soběstačnost (25).

1.12 Kvalita péče o seniory

Na kvalitu poskytované péče pohledem uživatelů je možné nahlížet optikou stížností. Nejčastější kritika pohledem seniorů se týká stravování, komunikace a nedostatek času na osobní pozornosti ze stran personálu, soužití na dvojlůžkových pokojích v zařízeních a zhoršení zdravotního stavu. Z hlediska profesionálního personálu se kvalita péče týká zejména problému neoficiálního a oficiálního uznání, podpory, udržení místa, výcviku, vlastního uplatnění a atraktivní kariéry. Právě pracovníci jsou ti, jejichž názory a postoje determinují vlastní kvalitu služby (25).

Kvalita života v sociálních zařízeních dlouhodobé péče se zajišťuje za pomoci standardů kvality.

1.13 Standardy kvality

Standardy kvality jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění. Standardy kvality jsou jakýsi soubor kritérií a pravidel, jak má sociální služba vypadat, jaké jsou její cíle, k čemu má směřovat a znemožňuje poskytování nekvalitních sociálních služeb (11).

Standardy kvality se dělí na procedurální, personální a provozní.

1.13.1 Procedurální standardy kvality

Procedurální standardy jsou nejdůležitější a popisují, jak má vypadat daná sociální služba a na co si dát pozor při jednání s potenciálním uživatelem služby. Ve velké míře je zde popsána ochrana práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů, např. stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod. Obsahují tyto standardy: Cíle a způsoby poskytování služeb, Ochrana práv uživatelů, Jednání se zájemcem o službu, Smlouva o poskytování sociální služby, Individuální plánování průběhu sociální služby, Dokumentace o poskytování sociální služby, Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby a Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje (30).

1.13.2 Personální standardy kvality

Personální standardy se soustředí na personální zajištění služeb. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich vzdělání, zkušenostech, dovednostech, vedení a podpoře či podmínkách, které pro výkon svého povolání mají. Obsahem jsou tyto standardy: Personální a organizační zajištění sociální služby a Profesní rozvoj zaměstnanců (30).

1.13.3 Provozní standardy kvality

Tyto standardy upravují podmínky k poskytování sociálních služeb. Zaměřují se zejména na dostupnost, na prostory, kde se služby poskytují, na rozvoj jejich kvality a v neposledním případě ekonomické zajištění služeb. Obsahují tyto standardy: Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby, Informovanost o poskytované sociální službě, Prostředí a podmínky, Nouzové a havarijní situace a Zvyšování kvality sociální služby (30).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je srovnání dlouhodobé péče ve zdravotním a sociálním systému.

Dílčím cílem je zmapovat situaci seniorů v zařízeních, jaká je kvalita péče poskytovaná v zařízeních daného systému pohledem uživatelů, jak jsou spokojeni s pobytem či hospitalizací a co by popřípadě rádi změnili. Do dílčího cíle spadá i zhodnocení situace, zda je možné sociální lůžka nahradit lůžky následné či dlouhodobé péče.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti s cílem práce, kterého bylo dosaženo pomocí metodou kvalitativního výzkumu, byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jaká je dlouhodobá péče ve zdravotním a sociálním systému pohledem uživatelů? Jak uživatelé hodnotí kvalitu péče a kvalitu sociálních lůžek?

3 METODIKA

3.1 Metodika výzkumu

Vzhledem k tématu *Dlouhodobá péče o seniory* byla použita forma kvalitativního výzkumu a to zejména s přihlédnutím na výzkumný soubor.

Hendl ve své publikaci uvádí, že kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění, který je založen na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému a výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, informuje o názorech účastníků výzkumu, analyzuje různé typy textů a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (14).

Reichel je toho názoru, že kvalitativní výzkum nelze chápat jako jednotlivý celek, nýbrž jako paletu rozdílných postupů, vycházejících z jednoho základního principu a to zkoumat určitý prvek, fenomén, proces apod. v přirozených podmínkách, snažit se mu porozumět a vytvořit pokud možno jeho komplexní obraz (45).

3.2 Metoda získávání dat

V této bakalářské práci byla vybrána metoda polostrukturovaného rozhovoru sběru dat. Polostrukturovaný rozhovor obsahuje schéma témat a otázek, které je třeba od tázané osoby zjistit. Záleží na tazateli v jakém pořadí a jakým způsobem získá potřebné informace a zachová se mu volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace. Polostrukturovaný rozhovor pomáhá udržet zaměření rozhovoru a zároveň dotazovanému dovoluje uplatnit své vlastní zkušenosti a perspektivy (14).

U polostrukturovaného rozhovoru neboli interview tedy máme specifikováno tzv. jádro interview a tím se nám dostává určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata skutečně probrána budou. Výhodou tohoto rozhovoru je, že máme možnost pokládat doplňující otázky, které se tazateli jeví jako smysluplné či vhodně rozšiřující původní zadání, a to i na odpovědi, které účastník dává pevně strukturované podněty (31).

Rozhovor (viz příloha č. 3) v této práci je rozdělen na čtyři hlavní okruhy a těmi jsou úroveň péče, cenová přiměřenost, mezilidské vztahy a zdraví. Tyto jednotlivé okruhy mají přiřazené doplňující dílčí otázky.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

K výběru zkoumaných osob byla použita metoda kvótního výběru, která spočívá v tom, že vybíráme z potencionálních účastníků výzkumu toho, který splňuje určité kvóty výzkumu. Kvóty rozlišujeme na jednoduché, čili nevázané, a kombinované, neboli vázané. Běžnými kvótami bývají pohlaví, věk a sociální vrstva respondentů. Hlavní výhody kvótního výběru spočívají v nízkých nákladech a vyšší produktivitě, naopak nevýhodu spatřujeme v potencionálním vlivu tazatele na výběr respondenta (50). V tomto výzkumném souboru jsem si zvolila kvóty běžné, tudíž věk, který byl vyšší 65 let a také pohlaví, které bylo procentuálně stejně zastoupené v obou výzkumných souborech (3 ženy a 2 muži).

K získání dat potřebných pro výzkum jsem pracovala se dvěma výzkumnými soubory z celkem 6 zařízení, kdy 3 zařízení byly sociálního rázu (DpS) a 3 zdravotního (LDN). První soubor zahrnoval uživatele dlouhodobé péče starší 65 let v sociálním systému a druhý uživatele dlouhodobé péče starší 65 let ve zdravotním systému. Nejprve jsem navázala kontakt s pracovníky zařízení formou e-mailu, domluvila si osobní schůzku a následně jsem vybrala uživatele zařízení vhodné k výzkumu. Zkoumané osoby byly předem seznámeny s účelem rozhovoru a bylo jim zaručeno zachování anonymity. Všem účastníkům bylo sděleno, že účast na výzkumu je dobrovolná a kdykoliv z něj mohou odstoupit. Rozhovory byly zaznamenány formou audiozáznamu na diktafon. Ve třech případech si respondenti nepřáli být nahráváni a z toho důvodu byl použit záznamový arch – přenosný počítač. Pro lepší přehlednost jsem zpracovala údaje o uživateli do tabulek č. 1 a 2, přičemž tabulka č. 1 obsahuje údaje o uživateli sociálního systému a tabulka č. 2 o uživateli zdravotního systému.

V tabulce jsem dále použila pro zkoumané osoby označení uživatel sociálního systému 1 – 5 (USS 1 – 5) a uživatel zdravotního systému 1 – 5 (UZS 1 – 5).

Tabulka č. 1: Uživatelé dlouhodobé péče v sociálním systému

USS	Pohlaví uživatele	Věk	Typ zařízení	Délka pobytu
USS 1	Žena	89 let	DpS	5 let
USS 2	Žena	93 let	DpS	11 let
USS 3	Muž	91 let	DpS	10 let
USS 4	Žena	93 let	DpS	6 let
USS 5	Muž	86 let	DpS	7 let

Zdroj: Vlastní výzkum

První výzkumný soubor tvoří 3 ženy a 2 muži ve věku od 86 do 93 let. Výzkum byl proveden ve třech DpS. Délka pobytu uživatelů se pohybuje od 5 do 11 let.

Tabulka č. 2: Uživatelé dlouhodobé péče ve zdravotním systému

UZS	Pohlaví uživatele	Věk	Typ zařízení	Délka pobytu
UZS 1	Žena	70 let	LDN	1 měsíc
UZS 2	Žena	68 let	LDN	2 měsíce
UZS 3	Muž	67 let	LDN	1 měsíc
UZS 4	Muž	85 let	LDN	3 měsíce
UZS 5	Žena	82 let	LDN	4 měsíce

Zdroj: Vlastní výzkum

Druhý výzkumný soubor tvoří, stejně jako v prvním, 3 ženy a 2 muži a to ve věku od 67 do 70 let. Výzkum byl proveden ve třech LDN, přičemž uživatelé č. 1 a 2 jsou umístěni v LDN, které nejsou součástí nemocnic. Uživatelé č. 4 a 5 jsou umístěni na oddělení LDN v rámci tzv. sociálních lůžek a čekají na umístění do DpS.

4 VÝSLEDKY

V nadcházející části bakalářské práce jsou dále prezentovány jednotlivé výsledky, které vycházejí z okruhů rozhovoru. Tyto okruhy jsem stanovila čtyři a to okruh č. 1 – Úroveň péče, okruh č. 2 – Cenová přiměřenost, okruh č. 3 – Mezilidské vztahy a okruh č. 4 – Zdravotní stav uživatelů. Informace jsem získávala pomocí polostrukturovaného rozhovoru, kdy jsem měla pevně stanovené otázky a v případě potřeby a situace se uživatelů individuálně doptávala. Výsledky jsem zpracovala do jednotlivých tabulek, které jsou zařazeny do kapitol rozdělených dle jednotlivých okruhů. Pod tabulkou se nacházejí potřebné informace týkající se jednotlivých uživatelů nejdříve v sociálním zařízení dlouhodobé péče, poté v zařízení zdravotním.

4.1 Okruh č. 1 – Úroveň péče

Tabulka č. 3: Spokojenost USS s pobytem a prostředím

USS	Zkušenosti s jiným zařízením	Spokojenost – služby	Spokojenost – strava	Spokojenost – prostředí
USS 1	Ne	Ano	Spíše ano	Spíše ne
USS 2	Ne	Spíše ano	Spíše ne	Ano
USS 3	Ne	Ano	Spíše ne	Ano
USS 4	Ne	Spíše ano	Ne	Ano
USS 5	Ne	Spíše ano	Ne	Spíše ne

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce č. 3 je popsána celková spokojenost se službami a prostředím uživatelů sociálního systému služeb dlouhodobé péče. Uživatelé uvedli, že toto zařízení je jejich

první a předtím nebyli ubytováni jinde. Pojmeme „služby“ se myslí základní služby sociálních zařízení, které jsou definované v odstavci 1 §35 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (viz příloha č. 4). Jak je patrné z tabulky, uživatelé jsou se službami spokojeni. Uživatelé č. 2, 4 a 5 se shodli na tom, že poskytované služby v zařízení jsou sice dle jejich názoru kvalitní, ale i po strávených letech si nemohou zvyknout na místní režim chodu zařízení a neustále jim chybí domov. Nespokojeni jsou uživatelé skoro ve všech případech se stravou poskytovanou v zařízení. Konkrétně uživatelé č. 4 a 5 tvrdí, že se dle jejich slov „skoro nikdy dobře nenají“. Uvítali by možné řešení problému stravování. Po opakovaných stížnostech uživatelů dokonce jeden z nich, konkrétně uživatel č. 4, podal personálu zařízení návrh na změnu místního kuchaře. S prostředím, ve kterém je zařízení umístěno, jsou nespokojeni pouze uživatelé č. 1 a 5. „Bylo to tu hezké, než tu začali stavět domy. Dříve jsem měla z okna výhled na krajinu, nyní se dívám pouze na nedokončené stavby.“ (USS 1) Uživatel č. 5 si naopak stěžuje na to, že zařízení je umístěno na sídlišti a když vyjde ven na procházku, tak se cítí mezi panelovými domy stísněně.

Tabulka č. 4: Spokojenost UZS s hospitalizací a prostředím

UZS	Zkušenosti s jiným zařízením	Spokojenost - služby	Spokojenost - strava	Spokojenost - prostředí
UZS 1	Ne	Spíše ano	Ano	Spíše ano
UZS 2	Ne	Ano	Ne	Ano
UZS 3	Ano	Ne	Spíše ne	Ano
UZS 4	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Spíše ano
UZS 5	Ne	Ano	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Dva uživatelé dlouhodobé péče uvedli, že již dříve byli hospitalizováni v podobném zařízení. Konkrétně uživatel č. 3 a 5. Oba také uvedli, že byli hospitalizováni v nemocničním zařízení v jiném městě, než jsou nyní. Všichni jsou stejně jako v prvním případě spokojeni s poskytovanými službami v zařízení až na uživatele č. 3. Ten uvedl, že není spokojen ani s hospitalizací, ani se stravou, ani s přístupem zaměstnanců v zařízení. Podrobněji tyto problémy budou rozebírány v dalších okruzích. Se spokojeností kvality stravy v zařízení je to obdobné jako u prvního výzkumného souboru. V tomto případě jsou spokojeni pouze dva uživatelé. Nespokojení uživatelé se shodli na tom, že nemají v daném prostředí chuť k jídlu a to zejména kvůli kvalitě místního stravování. S prostředím, ve kterém jsou zařízení umístěny, byli všichni uživatelé spíše spokojeni. „Na prostředí, na tom tu vůbec nezáleží, hlavní je Váš zdravotní stav, to, abyste se brzy uzdravili a mohli jít domů.“ (UZS 2)

Tabulka č. 5: Spokojenost USS s přístupem pracovníků

USS	Spokojenost s přístupem	Osobní konflikt s pracovníkem	Vztah s pracovníky	Hodnocení pracovníků
USS 1	Ano	Ne	Pozitivní	1
USS 2	Ano	Ne	Pozitivní	1
USS 3	Spíše ano	Ne	Pozitivní	1
USS 4	Ano	Ne	Pozitivní	1
USS 5	Spíše ano	Ano	Spíše pozitivní	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni uživatelé sociálního systému se shodli na tom, že pracovníci v zařízeních jsou milí, vstřícní, empatičtí a hodní. „Každá sestřička tady dělá, co může. Dost se tu střídají, jsem velice spokojen a ještě mi žádná nevynadala. Když mi je zle, mohu si přivolat pomoc a jsou spíše kamarádké. Jsem velice spokojen.“ (USS 3) Na otázku, zda někdy měli osobní konflikt s pracovníkem v zařízení, odpověděl jako jediný uživatel č. 5 ano. „Byl to takový mladý kluk, nevím přesně, jakou měl pozici. Převážel mě na vozíčku a byl na mě drzý a hubatý, tak jsme se začali dohadovat. Když nás uslyšela sestřička, tak přiběhla a začala se situace řešit. Mladík dostal vyhubováno od sestřičky, že si tohle ke mně nesmí dovolit a že by se mi měl omluvit. To se mu ze začátku nelíbilo, ale nakonec se to přeci jen vyřešilo tak, že se mi omluvil a tím se pro mě celá věc uzavřela, už jsem nepotřeboval dál tuto situaci řešit. Od té doby se mi nikdy nic podobného nestalo.“ (USS 5) Součástí tabulky je také hodnocení pracovníků uživateli od 1 do 5, kdy: 1 = výborně, 2 = velmi dobře, 3 = dobře, 4 = dostatečně a 5 = nedostatečně. Právě uživatel č. 5 byl jediný, který ohodnotil pracovníky známkou velmi dobře, ostatní ohodnotili výborně.

Tabulka č. 6: Spokojenost UZS s přístupem pracovníků

UZS	Spokojenost s přístupem	Osobní konflikt s pracovníkem	Vztah s pracovníky	Hodnocení pracovníků
UZS 1	Spíše ano	Ne	Spíše pozitivní	2
UZS 2	Spíše ano	Ne	Pozitivní	2
UZS 3	Ne	Ano	Negativní	4
UZS 4	Ano	Ne	Pozitivní	1
UZS 5	Spíše ano	Ano	Pozitivní	2

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve srovnání obou systémů jsou uživatelé zdravotního systému více nespokojeni s přístupem pracovníků v zařízení než uživatelé sociálního systému. Nejvíce nespokojen byl uživatel č. 3, který uvádí, že zdravotní sestry zde jsou protivné. Stejně jako uživatel č. 5 měl s pracovníky alespoň jednou konflikt. UZS 3 má diagnostikovaný diabetes mellitus 1. typu a v důsledku tohoto onemocnění mu byly amputovány obě dolní končetiny. Tím pádem uživatel tráví většinu času na lůžku. „Ano konflikt jsem měl se zdravotní sestrou, která mi přišla píchnout inzulin, i když jsem měl v krvi málo cukru. Od té doby si radši hlídám cukr v krvi sám. Další konflikt měla se sestrou moje manželka, když požadovala výměnu ložního prádla. Měl jsem ho špinavé a sestra nebyla ochotna ho vyměnit, dokonce manželce řekla, ať si ho teda vypere doma sama. Toto moje rodina řešila tím, že podala stížnost řediteli nemocnice a ten to řešil postihem sestry.“ (UZS 3) Uživatel č. 5 uvedl, že sice problém měl, ale že to nebylo vážné. Šlo pouze o nespokojenost se zdravotní sestrou, která zapoměla uživateli donést slíbený čaj. Naopak uživatel č. 4 je s pracovníky v zařízení velice spokojen. Označuje je za kamarádké, hodné, ochotné a milé. V případě, že má UZS 4 jakýkoliv problém či žádost, reagují pracovníci dostatečně rychle a ochotně.

Rozdíl ve spokojenosti s pracovníky mezi oběma systémy je zřetelný zejména v hodnocení. Zatímco uživatelé sociálního systému hodnotili ve čtyřech případech výborně a v jednom velmi dobře, uživatelé zdravotního systému ohodnotili třikrát velmi dobře, jednou výborně a jednou dostatečně.

4.2 Okruh č. 2 – Cenová přiměřenost

Dalším zvoleným okruhem výzkumu je Cenová přiměřenost v zařízeních. Do tohoto okruhu spadá názor uživatelů, zda cena za poskytované služby odpovídá kvalitě poskytované péče v daném zařízení, zda uživatelům jejich příjem neboli starobní důchod vystačí na pokrytí nákladů spojených s ubytováním v zařízení a v případě, že ne, jak tuto situaci dále řeší. Dále se řeší otázka, zda uživatelé pobírají další dávky či příspěvky, např. příspěvek na péči, vdovský či vdovecký důchod apod. Zajímala jsem se také o to, zda uživatelé vědí, co jsou to fakultativní činnosti a zda tyto činnosti využívají.

Tabulka č. 7: Cenová přiměřenost zařízení sociálního systému

USS	Cena odpovídající kvalitě	Finanční soběstačnost	Doplňující příspěvky / dávky	Poskytuje zařízení fakultativní činnosti
USS 1	Ano	Ano	Ano	Ano
USS 2	Ano	Ne	Ano	Ano
USS 3	Spíše ano	Ano	Ano	Nevím
USS 4	Ano	Ano	Ne	Nevím
USS 5	Spíše ano	Ne	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni uživatelé si myslí, že cena za poskytované služby odpovídá kvalitě poskytované péče v zařízení. Pouze uživatel č. 5 se domnívá, že kvalita poskytované péče by mohla být lepší. Zároveň si však závěru myslí, že si nemá na co stěžovat, protože si je vědom toho, že by to mohlo být i horší a proto zvolil odpověď spíše ano. S cenou za poskytované služby souvisí i otázka toho, zda jsou umístění senioři schopní platit úhradu za pobyt ze svých příjmů neboli starobních důchodů. Tři uživatelé odpověděli, že jim příjem na pokrytí nákladů vystačí a dva uživatelé uvedli, že jim příjem nevystačí. Na otázku, jak se tedy dále řeší situace, odpověděl uživatel č. 5, že zbývající část hradí syn. Uživatel č. 2 uvedl, že nedoplatek vzniklý za pobytovou úhradu v zařízení, pokryje příspěvek na péči II. stupně, jehož je uživatelem. Příspěvek na péči II. stupně dále pobírá uživatel č. 1, uživatelé č. 3 a 5 pobírají příspěvek na péči v I. stupni a uživatel č. 4 jako jediný nepobírá žádný příspěvek. Do tohoto okruhu jsem dále zařadila otázku fakultativních činností. Dva uživatelé nevěděli, co pojem fakultativní činnosti znamená. Uživatel č. 4 se však mylně domníval, že fakultativní činností může být poskytování jednolůžkového pokoje.

Zbylí uživatelé (USS 1, USS 2 a USS 3) tento pojem znali a uvedli, že v rámci fakultativních činností využívají telefon a televizor na pokoji. Telefon v zařízení uživatele č. 1 a 5 funguje tak, že v rámci zařízení mají uživatelé hovory zdarma. V případě, že chtějí zavolat někomu mimo zařízení (např. rodině), jsou tyto hovory již placené.

Tabulka č. 8: Cenová přiměřenost zařízení zdravotního systému

UZS	Cena odpovídající kvalitě	Finanční soběstačnost	Doplňující příspěvky / dávky	Poskytuje zařízení fakultativní činnosti
UZS 1	Spíše ne	Ano	Ne	Nevím
UZS 2	Spíše ano	Ano	Ne	Ne
UZS 3	Ne	Ano	Zatím ne	Ano
UZS 4	Spíše ne	Ano	Ano	Nevím
UZS 5	Ano	Ano	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Oproti uživatelům sociálního systému si uživatelé systému zdravotního myslí, že cena za poskytované služby v zařízení neodpovídá kvalitě poskytované péče. Uživatel č. 1 a 4 se shodli na tom, že dle jejich mínění je regulační poplatek, který platí v zařízení, příliš předražený. S kvalitou poskytované péče byl hrubě nespokojen uživatel č. 3, a proto na otázku odpovídající ceny jednoznačně odpověděl ne. Zároveň oproti prvnímu výzkumnému souboru jsou všichni uživatelé zdravotního zařízení dlouhodobé péče schopni zaplatit za pobyt ze svých příjmů, přičemž uživatelé č. 4 a 5 pobírají vdovský a vdovecký důchod po zemřelých manželech. Uživatel č. 3 uvedl,

že zatím žádné příspěvky nepobírá, ale vzhledem k jeho diagnóze již zažádal o příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu a příspěvek na pořízení motorového vozidla. Uživatelé č. 1 a 4 nevěděli, co pojem fakultativní činnosti znamená, uživatel č. 2 byl přesvědčen o tom, že zařízení, ve kterém je umístěn, žádné fakultativní činnosti nemá a uživatel č. 3 v rámci fakultativních činností potvrdil využívání televizoru. Uživatel č. 5 uvedl, že zařízení sice tyto činnosti poskytuje, ale on osobně žádné nevyužívá. Na otázku, zda by dokázal definovat, jaký druh těchto činností zařízení poskytuje, odpověděl, že si je vědom pouze televizoru a rádia.

4.3 Okruh č. 3 – Mezilidské vztahy

Ve třetím výzkumném okruhu zvaném Mezilidské vztahy se řeší otázky vztahů uživatelů s rodinnými příslušníky, přáteli a spolubydlícími v zařízení. Uživatelé dále odpověděli na otázku, kdo je jejich největší oporou, jak a s kým tráví svůj volný čas a zda se v zařízení cítí bezpečně.

Tabulka č. 9: Mezilidské vztahy USS

USS	Návštěvy rodiny	Návštěvy přátel	Přátelé v zařízení	Pocit bezpečí
USS 1	Ano	Ne	Spíše ano	Ano
USS 2	Ano	Ne	Spíše ne	Ano
USS 3	Ano	Ne	Spíše ano	Ano
USS 4	Ne	Ne	Ano	Ano
USS 5	Ano	Ne	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Pouze jeden uživatel (USS 4) uvedl, že jej nenavštěvuje nikdo z rodiny. Důvod je ten, že ve stejném zařízení má umístěnou i svou dceru a nikoho dalšího z rodiny už nemá. Tento uživatel dále konstatoval fakt, že pochází z města, které je vzdáleno od místa zařízení přes 100 km. Ostatní uživatele jejich rodinní příslušníci navštěvují. Uživatel č. 1 je původně z jižní Moravy, a proto má rodinné návštěvy v menších intervalech než ostatní uživatelé. Uživatelé č. 2, 3 a 5 jsou místní obyvatelé, a proto je jejich rodina navštěvuje velmi často, zpravidla jednou za dva až tři dny. Právě rodina byla jednotná odpověď na otázku: Kdo je Vaší největší oporou? Uživatel č. 4 uvedl jako svou největší oporu již zmíněnou dceru, která je umístěna ve stejném zařízení. Všichni uživatelé uvedli, že je již nenavštěvují přátelé, se kterými se stýkali, než byli umístěni do zařízení. Nejčastější důvod byl ten, že uživatelé dosahují vysokého věku a většina jejich přátel již není naživu nebo jsou zdaleka a už nemají sílu na dojíždění. „Jak už jsem Vám řekla, jsem původem z jižní Moravy a většina mých přátel včetně rodiny zůstala právě tam. Všichni jsou už staří, a jak by za mnou dojížděli?“ (USS 1) To si uživatelé kompenzují novými přáteli, které si v zařízení našli. Pouze uživatel č. 2 se považuje za samotářský typ, a proto raději tráví čas sám ve svém pokoji a s nikým se nestýká. Ostatní uživatelé se dokázali sžít s prostředím a spřátelili se. Nejčastěji spolu chodí na procházky do přírody nebo se ve společenské místnosti dívají na televizor či poslouchají rádio. Všichni uživatelé zde mají pocit absolutního bezpečí a nepocítují žádný důvod pro to cítit se nějakým způsobem ohroženi.

Tabulka č. 10: Mezilidské vztahy UZS

UZS	Návštěvy rodiny	Návštěvy přátel	Přátelé v zařízení	Pocit bezpečí
UZS 1	Ano	Ne	Ne	Spíše ano
UZS 2	Ano	Ne	Ne	Ano
UZS 3	Ano	Ano	Ne	Ne
UZS 4	Ano	Ano	Ano	Ano
UZS 5	Ano	Ne	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Všechny uživatele LTC ve zdravotním zařízení navštěvují jejich rodiny. Někoho více a někoho méně, např. uživatel č. 3 má rodinné návštěvy denně. Jak jsem již zmínila, denně za ním dochází manželka a děti s vnoučaty se střídají každý druhý den. Uživatel je toho názoru, že právě rodina by měla být pro každého největší oporou a je velice šťasten, že právě on takovou oporu má. Uživatele č. 1, 2 a 4 navštěvují rodinní příslušníci jednou až dvakrát do týdne a uživatele č. 5 sice navštěvují děti méně než je tomu v předchozích případech a to z důvodu velké vzdálenosti, ale za to mu pravidelně volají, někdy až dvakrát za den. V tomto výzkumném souboru se objevily dva rozdíly týkající se návštěvy přátel. Uživatelé č. 3 a 4 se shodli na tom, že je nepravidelně navštěvují jejich sousedé z města, kde žijí. Nepravidelně z toho důvodu, že v případě UZS 3 žijí přátelé zhruba 50 km od zařízení, ve kterém je umístěn, a v případě UZS 4 jsou přátelé vzdáleni kolem 30 km. Ostatní uživatelé uvedli, že je přátelé nenavštěvují a to zejména z důvodu věku a vzdálenosti. „Ne, nenavštěvují mě. Jsou to starší lidé, bydlím na vesnici a autobusy tam tolik nejezdí. Jak by za mnou tedy dojeli?“ (UZS 1) Podstatný rozdíl s prvním výzkumným vzorkem spatřuji v mezilidských vztazích navázaných v průběhu hospitalizace. Uživatelé pouze ve dvou

případech uvedli, že si zde našli přátele. Jako hlavní důvod spatřuji kratší dobu hospitalizace ve zdravotním zařízení oproti pobytu v zařízení sociálním, které se pohybuje v řádu let. Přesto si však uživatelé č. 4 a 5 dokázali najít společníky na časy strávené ve společenské místnosti či na procházkách okolo zařízení. Jak bylo již výše zmíněno, za uživatelem č. 3 dochází pravidelně manželka a děti, tudíž nemá potřebu navazovat nové přátelské vazby s ostatními uživateli. Ve svém volném čase si nejraději čte nebo se dívá na televizor. V otázce pocitu bezpečí v zařízení se oba výzkumné soubory více či méně shodují. Pouze uživatel č. 3 se v zařízení necítí příliš bezpečně, bojí se personálu a to z důvodu stížnosti jeho rodiny k vedení zařízení. Bojí se, že se k němu bude personál chovat ještě hůře. Vedení zařízení to řeší tím, že uživatel bude přemístěn na jiné oddělení. Ostatní uživatelé se cítí v zařízení bezpečně, pouze uživatelka č. 1 uvedla, že se jí z pokoje ztratily peníze a tím ztratila důvěru ve svých spolubydlících. „Ano, neustále Vás tu někdo hlídá, chodí se na Vás dívat i v noci. Alespoň mám jistotu, že se mi dostane pomoci, když se něco přihodí. Kdybych byla doma sama, tak si nejsem jista, že by se pomoc dostavila tak rychle.“ (UZS 5)

4.4 Okruh č. 4 – Zdravotní stav uživatele

Posledním okruhem mého výzkumu byl Zdravotní stav uživatele. V tomto okruhu jsem nejprve zjišťovala, jak uživatelé hodnotí svůj zdravotní stav, zda se dle jejich názoru zdravotní stav od doby pobytu či hospitalizace v zařízení zlepšil či nikoliv a zda mají nějaké zdravotní potíže způsobené pobytem či hospitalizací v zařízení. V neposlední řadě bylo zjištěno, zda dle názorů uživatelů mají dostatečně kvalitní lůžko v zařízení.

Tabulka č. 11: Hodnocení zdravotního stavu USS

USS	Hodnocení zdravotního stavu	Zlepšení zdravotního stavu od doby pobytu	Zdravotní potíže způsobené pobytem	Poskytovaná odborná úroveň
USS 1	Spíše nepříznivý	Spíše ano	Ne	Spíše ano
USS 2	Nepříznivý	Ne	Ne	Spíše ne
USS 3	Spíše nepříznivý	Ne	Ne	Ano
USS 4	Příznivý	Ano	Ne	Ano
USS 5	Spíše nepříznivý	Spíše ne	Ne	Spíše ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro přesnější pohled na zdravotní stav uživatelů jsou dále jednotlivě rozepsané zdravotní potíže uživatelů:

Uživatel č. 1: Fraktura zápěstí, chůze možná pouze za pomoci chodítka

Uživatel č. 2: Zraková vada – šedý zákal čili katarakta, endoprotéza kyčelního kloubu, chůze v zařízení možná pouze za pomoci chodítka, pohyb mimo zařízení možný pouze za pomoci invalidního vozíku

Uživatel č. 3: Oslepnutí na jedno oko v důsledku zrakové vady – šedého zákalu čili katarakty, nedoslýchavost

Uživatel č. 4: Bolest kolenního kloubu

Uživatel č. 5: Diabetes mellitus 2. Typu, ateroskleróza, prodělán infarkt myokardu

Vzhledem k věku uživatelů (viz. Tabulka č. 1) se většina shodla na tom, že jejich zdravotní stav je spíše nepříznivý. Jediný uživatel č. 4 hodnotí svůj stav jako příznivý a to z toho důvodu, že zdravotní potíže má pouze s kolenním kloubem. Na otázku, zda se zlepšil jejich zdravotní stav od doby pobytu v zařízení, odpověděli uživatelé č. 2 a 3 ne a to z toho důvodu, že si uvědomují svůj vysoký věk a dle jejich slov i nejkvalitnější zdravotní péče nemůže zcela zabránit nástupu zdravotních potíží. Tito dva uživatelé mají přitom stejné zdravotní problémy a to zrakovou vadu způsobenou šedým zákalem čili kataraktou. Uživatel č. 5 odpověděl na tuto otázku spíše ne, pozitivum však vidí v tom, že vzhledem k jeho nemoci má odborný dohled nad časovými intervaly aplikace inzulínu injekční formou. Žádný uživatel si nemyslí, že má zdravotní potíže způsobené pobytem v zařízení. „Když chcete, můžete jít ven na procházku, nejste upoután na lůžko, nevzniknou Vám tedy proleženiny, nemáte ztuhlé svaly, myslím si, že pobyt zde nemá vliv na Vaše zdravotní potíže.“ (USS 4) Všichni uživatelé si myslí, že je v zařízení poskytována odborná úroveň zdravotní péče s výjimkou uživatele č. 2, který je toho názoru, že by měl lékař být v zařízení každý den. „Já vím, že jsem v domově důchodců a v těch doktoři asi nebývají každý den, ale na zdravotní službu si tu nemohu zvyknout. Podle mě by tu měl být každý den. On sem pouze dochází asi tak třikrát, nebo dvakrát do týdne. Když máte problém, musíte ho nahlásit sestřičce a ta teprve pošle doktora, on sám za Vámi nepřijde, aby se zeptal, jestli Vás něco netrápí. To si nejdřív musíte postěžovat.“ (USS 2)

Tabulka č. 12: Hodnocení zdravotního stavu UZS

UZS	Hodnocení zdravotního stavu	Zlepšení zdravotního stavu od doby hospitalizace	Zdravotní potíže způsobené hospitalizací	Poskytovaná odborná úroveň
UZS 1	Spíše příznivý	Spíše ne	Ano	Ano
UZS 2	Příznivý	Spíše ano	Ne	Ano
UZS 3	Nepříznivý	Ne	Ano	Ne
UZS 4	Spíše nepříznivý	Spíše ne	Spíše ano	Spíše ano
UZS 5	Spíše nepříznivý	Spíše ano	Ne	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Stejně jako v prvním případě, i zde popíši jednotlivé zdravotní potíže uživatelů:

Uživatel č. 1: Fraktura krčku stehenní kosti, problémy s krční páteří, akutní blok krční páteře

Uživatel č. 2: Bolest v oblasti bederní páteře

Uživatel č. 3: Diabetes mellitus 2.typu, v důsledku tohoto onemocnění došlo k amputaci obou dolních končetin, srdeční operace (bypass)

Uživatel č. 4: Revmatoidní artritida

Uživatel č. 5: Zraková vada – zelený zákal čili glaukom, osteoporóza

Uživatelé druhého výzkumného souboru svůj zdravotní stav hodnotí stejně jako uživatelé souboru prvního spíše nepříznivě. Uživatelé č. 1 a 2 by na tom dle jejich slov chtěli být lépe, ale přesto svůj zdravotní stav označují za spíše příznivý. Na otázku, zda si myslí, že se jejich zdravotní stav od doby hospitalizace zlepši,

odpověděli shodně s prvním výzkumným souborem a to tak, že ve dvou případech se uživatelé přiklonili k názoru ano či spíše ano a ve třech ne či spíše ne. Jako důvod uvedli, že mají onemocnění, u kterých se dle jejich mínění dá docílit pokroku jen výjimečně. Uživatel č. 3 dále uvedl, že názor na nezlepšení zdravotního stavu má hlavně z toho důvodu, že mu za celkovou dobu hospitalizace v nemocnici amputovaly obě dolní končetiny. Dále se oba dva výzkumné soubory shodly v otázce, zda jim dle jejich mínění je v zařízení poskytována odborná úroveň zdravotní péče a to tak, že 4 uživatelé jsou toho názoru, že ano a jeden uživatel si myslí, že úroveň poskytované zdravotní péče není odborná. Tento názor zastává hlavně z toho důvodu, že je hrubě nespokojen s chováním zdravotních sester a dle jeho slov toto chování není chováním odborníka. Velký rozdíl mezi oběma výzkumnými soubory je patrný v dotazu, zda mají zdravotní potíže způsobené pobytem (v případě DpS) nebo hospitalizací (v případě LDN) v zařízení. Na rozdíl od prvního výzkumného souboru, kde se všichni jednotně shodli na tom, že žádné zdravotní potíže nemají, se ve druhém výzkumném souboru objevili tři uživatelé, kteří dle jejich názoru zdravotní potíže způsobené hospitalizací mají. Konkrétně uživatelé č. 1, 3 a 4. Uživatel č. 1 uvádí, že došlo ke zhoršení bolesti krční páteře z důvodu připoutání na lůžko po operaci krčku stehenní kosti, uživatel č. 3 je po amputaci obou dolních končetin také připoután na lůžko a z toho důvodu se mu tvoří proleženiny a nastává ztuhlost svalů a uživatel č. 4 má obdobné problémy jako uživatel č. 3, tedy ztuhlost svalů a mírné proleženiny.

Tabulka č. 13: Hodnocení kvality lůžka USS

USS	Dostatečná výměna ložního prádla	Polohovací lůžko	Proleženiny	Dostatečná osobní hygiena	Dostatečné reakce na potřeby uživatele
USS 1	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano
USS 2	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
USS 3	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano
USS 4	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano
USS 5	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni uživatelé v zařízeních sociálního systému se shodli na tom, že výměna ložního prádla je podle nich dostačující. Uživatelé č. 2 a 4 uvádí, že jim je prováděna výměna ložního prádla jednou za tři týdny, uživatel č. 3 jednou za 4 týdny, uživatel č. 5 dvakrát za měsíc a uživatel č. 1 si nepamatuje jak často, dle jeho slov je to však postačující. Všichni uživatelé odpověděli kladně i na otázku, zda v případě potřeby mají možnost o dřívější výměnu. Dle jejich mínění jsou pracovníci v tomto ohledu velice vstřícní a ochotní. Zároveň s tím jsou všichni uživatelé spokojeni i s lůžkem, které mají polohovací. Pouze jeden uživatel, konkrétně uživatel č. 2, uvedl, že má proleženiny a to z důvodu, který byl uveden již výše a kterým je špatná mobilita uživatele. Pracovníci to řeší pomocí mastí a převazů. Žádný z uživatelů neodpověděl negativně na otázku osobní hygieny, která je v zařízeních dostačující. Na dotaz, zda pracovníci zařízení reagují dostatečně brzy na jejich individuální potřeby,

se setkáváme opět se samými pozitivy. „Já když něco potřebuji, tak sestra Vám poradí hned. Většinou si dokáží poradit sama, ale mám tu i tlačítko, kterým si přivolám pomoc. Ještě nikdy se mi nestalo, že bych na pomoc čekala dlouho.“ (USS 1)

Tabulka č. 14: Hodnocení kvality lůžek UZS

UZS	Dostatečná výměna ložního prádla	Polohovací lůžko	Proleženiny	Dostatečná osobní hygiena	Dostatečné reakce na potřeby uživatelé
UZS 1	Ano	Ne	Ano	Spíše ano	Ano
UZS 2	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano
UZS 3	Spíše ne	Ano	Ano	Nevím	Ne
UZS 4	Spíše ano	Ano	Ano	Ano	Spíše ano
UZS 5	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

V porovnání s prvním výzkumným souborem je tento více nespokojen s výměnou ložního prádla na lůžkách v zařízeních zdravotního systému. Uživatel č. 4 odpověděl na danou otázku odpovědí spíše ano z toho důvodu, že si nedokáže vybavit, jak často mu ložní prádlo mění. Uživatel č. 3 odpověděl jednoznačně ne a to z důvodu, který jsem již uvedla v okruhu č. 1 – Úroveň péče. Byl svědkem hrubého chování zdravotní sestry vůči jeho manželce, když požadovala výměnu ložního prádla. Na otázku, zda mu interval výměny ložního prádla připadá dostačující, odpověděl, že ne a že to nejspíš závisí na jeho nemoci, konkrétně na amputaci obou dolních končetin. Tím je totiž upoután na lůžko a potřeba výměny je častější než u pacientů, kteří nejsou na lůžku závislí. Dále měl připomínku k tomu, že má ložní prádlo často

zamazané a není mu to příjemné z toho důvodu, že se mu vytvořili proleženiny a připadá mu nehygienické s těmito proleženinami ležet právě ve špinavém prostěradle. Uživatelé č. 1 a 2 uvedli, že jim ložní prádlo vyměňují jednou za týden a uživatel č. 5 si stejně jako v případě uživatele č. 4 nepamatuje, jak často dochází k výměně, ale je toho názoru, že výměna je častá. Oproti prvnímu výzkumnému souboru se zde vyskytl jeden uživatel, který není umístěn na polohovací lůžko a tím je uživatel č. 1. Na otázku proč tomu tak je, odpověděl, že neví, ale že ho nevyžaduje. Stejně tak je to v tomto výzkumném souboru horší i v případě proleženin, protože se zde nachází 3 uživatelé, kteří jimi trpí. Pracovníci to také řeší mastí a obvazy. S hygienou jsou uživatelé stejně jako v prvním případě spokojeni, myslí si, že je dostatečná. Uživatelé č. 1 a 2 uvádí, že koupání probíhá jednou týdně a omývání každý den. Uživatelé č. 4 a 5 jsou koupáni dvakrát do týdne a omývání každý den. Jediný uživatel č. 3 odpověděl slovem nevím a to z toho důvodu, že za ním každý den dochází do zařízení manželka a osobní hygienu formou omývání s ním provádí sama, koupání provádějí pracovníci a to jednou týdně. Odpovědi na otázku ohledně dostatečné reakce pracovníků na individuální potřeby uživatelů byly u všech kladné, pouze v jednom případě byla negativní. Jednalo se o uživatele č. 3 a důvod proč tak odpověděl, byla již výše zmíněná situace s ložním prádlem.

5 DISKUZE

V této bakalářské práci byl stanoven cíl srovnání dlouhodobé péče v sociálním a zdravotním systému. Otázky polostrukturovaného rozhovoru, které byly potřeba k naplnění cílů, byly rozděleny do čtyř hlavních okruhů. Těmi jsou Úroveň péče, Cenová přiměřenost, Mezilidské vztahy a Zdravotní stav uživatele. Tyto okruhy jsem si zvolila z důvodu toho, že dle Mátla a Jabůrkové (25) není možné žádnou definici pojmu kvalita považovat za všeobecně uznávanou a odsouhlasenou. Definice však často obsahují tyto kategorie: spokojenost uživatele, vysoká odborná péče, cenová přiměřenost, reakce na potřeby uživatele, odpovídající prostředí, bezpečí, kontinuita péče a dostupnost.

Okruh č. 1 – Úroveň péče:

V tomto okruhu jsem zkoumala spokojenost uživatelů obou systémů s kvalitou poskytované péče v zařízeních.

S nejvíce negativním ohlasem jsem se setkala v otázce spokojenosti stravy. Podávání jídla má zásady, kterými jsou správná teplota pokrmu, podávání tekutin, zajištění pohodlí během jídla, dodržování pravidelných intervalů mezi jednotlivými pokrmy a v případě, že se uživatel nemůže dopravit do jídelny, zajištění podání pokrmu na pokoji. V případě, že uživatel není schopen jíst bez pomoci, personál jej obslouží pomocí krmení (37). Uživatelé jsou často nespokojeni právě s teplotou pokrmu, jídlo dostávají vlažné, někdy až studené. Při porovnání obou výzkumných souborů ohledně spokojenosti stravy, byli dle výsledků více spokojeni uživatelé zdravotního systému.

Na otázku spokojenosti s prostředím se mi dostalo spíše pozitivních ohlasů. Dle výsledků se dá říci, že s prostředím jsou více nespokojeni respondenti, kteří byli zahrnuti ve výzkumném souboru č. 1, tedy uživatelé sociálního systému. Samé pozitivní odpovědi byli u výzkumného souboru č. 2. Zde to však bylo komentováno uživatelem č. 1, který je toho názoru, že ve zdravotních zařízeních na tom

tolik nezáleží. Důležité pro uživatele je se uzdravit a vrátit se domů, takže „tolik neřeší“ okolní prostředí.

Se základními poskytovanými službami (viz příloha č. 4) jsou naopak více spokojeni uživatelé sociálního systému.

Výborných výsledků dosáhl výzkumný soubor č. 1 v otázce spokojenosti s přístupem pracovníků. Jak uvádí Etický kodex sociálních pracovníků (46): sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, sexuální orientaci, zdravotní stav, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva druhých osob. Mezi uživateli sociálního systému jsem se nesešla ani s jedním uživatelem, který by byl nespokojen s přístupem pracovníků v zařízení. Osobní konflikt s pracovníky měl jako jediný uživatel č. 5 pouze jednou. Tato situace se vyřešila a od té doby se již s žádným problémem nesešel. Hodnocení pracovníků bylo na výbornou. V porovnání s tím uživatelé zdravotního systému již tolik spokojeni nebyli. Přesto, že na otázku spokojenosti s přístupem pracovníků pouze jeden uživatel odpověděl NE, celkové hodnocení pracovníků bylo daleko horší než v případě uživatelů systému sociálního. Nejvíce nespokojen byl uživatel č. 3, který měl zkušenosti s velice hrubým zacházením zdravotní sestry ve zdravotním zařízení. Již několikrát zmiňovaný konflikt kvůli výměně ložního prádla či nesprávného postupu v případě poklesu cukru v krvi je v rozporu s Etickým kodexem sester vypracovaným Mezinárodní radou sester (6), který nám říká, že sestry mají čtyři základní povinnosti a to pečovat o zdraví, předcházet nemocem, navracet zdraví a zmírňovat utrpení. Při poskytování ošetrovatelské péče má sestra vytvářet prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, zvyky, hodnoty a duchovní přesvědčení jednotlivce. Dále se sestra má podílet na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů. V případě uživatele č. 3 vidím vážné pochybení ze strany sestry a zcela souhlasím s postupem, jakým to rodina začala řešit (podáním stížnosti u vedení zařízení).

Okruh č. 2 – Cenová přiměřenost:

V okruhu č. 2 jsem se zabývala tím, zda jsou senioři toho názoru, že cena za poskytované služby odpovídá kvalitě poskytované péče a zda jejich příjem dokáže pokrýt náklady spojené s pobytem. Součástí okruhu je i otázka, zda uživatelé pobírají nějaké další příspěvky či dávky a zda uživatelé vědí, co jsou to fakultativní činnosti.

Finanční gramotnost je souhrn dovedností, znalostí a hodnotových postojů občana, které jsou nezbytné k finančnímu zabezpečení sebe i své rodiny v současné společnosti a k aktivnímu vystupování na trhu finančních produktů a služeb (15). Dvěma uživatelům nevystačí jejich příjem k pokrytí nákladů za pobyt v zařízení. Tuto situaci dále řeší za pomoci rodiny či příspěvku na péči. Další doplňující příspěvky nebo dávky pobírá celkem šest uživatelů. Nejčastěji se jedná o příspěvek na péči. Ten se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci (8, §7). Sociální pracovnice ze zdravotního zařízení, kde byl prováděn výzkum, uvedla, že v případě hospitalizace pacienta, popřípadě umístění pacienta na sociální lůžko, který není příjemcem příspěvku na péči, je o tento příspěvek požádáno. V případě, že pacient již příjemcem je, zařízení požádá o zvýšení příspěvku. Čtyři uživatelé nevěděli, co jsou to fakultativní činnosti. Jeden z nich se domníval, že to může být poskytnutí jednolůžkového pokoje. Jelikož byl umístěn v pobytovém zařízení, byl by tento případ a postup v rozporu se zákonem, protože ubytování je u pobytových zařízení základní činností. Řada poskytovatelů toto řeší tak, že u jednolůžkových pokojů nastaví maximální cenový limit a u vícelůžkových pokojů pak nastavenou cenu snižuje (29).

Okruh č. 3 – Mezilidské vztahy:

Třetí okruh výzkumu se týkal problematiky mezilidských vztahů. V tomto tématu jsem se zabývala hlavně tím, zda uživatele navštěvují rodinní příslušníci či přátelé a zda si našli nové přátele mezi ostatními uživateli zařízení.

Mezilidské vztahy tvoří velice důležitou součást našeho života a výrazně ovlivňují naše postoje k životu, ke světu, naší duševní rovnováhu a pracovní výkony (44).

Pro seniora bývá nejdůležitější částí podpora a jistota ze strany rodiny. Právě rodinní příslušníci by měli seniorovi dát najevo lásku, sounáležitost, pocit bezpečí a jistoty. Tyto potřeby definoval americký psycholog Maslow ve své Pyramidě lidských potřeb jako potřeby sounáležitosti či potřeby uznání (viz příloha č. 2). Zároveň s tím tvrdí, že jedinec má tendenci tyto potřeby naplňovat až když jsou uspokojeny ty základní, tudíž fyziologické. Stále častěji se však můžeme setkat s tím, že u starších lidí dojde ke změně hodnot a priorit a dávají přednost naplnění potřeb, které jsou v Maslowově pyramidě umístěné na vrcholu a až poté dojde k tendenci naplňování potřeb základních, což uvádí ve své publikaci, mimo jiné, i Mlýnková (32). Jedna uživatelka uvedla, že ji v zařízení nenavštěvují žádní rodinní příslušníci a to z toho důvodu, že má již jen dceru, která je umístěna ve stejném zařízení jako ona (viz tabulka č. 9). Uvádí, že mnozí v zařízení jí litují, avšak ona v tomto spatřuje určitý druh výhody. Sice nemá návštěvy jako ostatní uživatelé, přesto má rodinnou podporu nejbližší a se svou dcerou se vidá denně. Na otázku návštěvnosti přátel byli spíše pozitivní odpovědi u respondentů zdravotního systému. Uživatelé sociálního systému odpověděli všichni podobně a to tak, že je žádní přátelé nenavštěvují, protože buď umřeli, nebo jsou hodně staří a žijí v jiném městě. Přátele v zařízení si snáze našli uživatelé sociálního systému, v systému zdravotním se většina přátel nedokázala. Důležité je zmínit, že pouze dva UZS dokázali mezi sebou navázat přátelské vztahy a právě tyto dva uživatelé jsou zároveň uživateli sociálních lůžek. Největší důvod spatřuji v tom, že uživatelé zdravotního systému jsou hospitalizováni s nějakým zdravotním problémem, nejsou zde umístěni trvale a doufají, že se co nejdříve vrátí domů, zatímco uživatelé sociálního systému jsou umístěni v zařízení již trvale a proto jim z toho důvodu přátelit se s druhými nedělá takové obtíže. Mezi respondenty se vyskytl jeden uživatel, který uvedl, že se v zařízení necítí bezpečně. Přitom právě pocit bezpečí výrazně ovlivňuje kvalitu života.

Okruh č. 4 – Zdravotní stav uživatele:

Poslední okruh výzkumu jsem nazvala zdravotní stav uživatele a respondenti zde zodpovídají na otázky ohledně svého zdraví, jak hodnotí zdravotní stav, zda mají nějaké zdravotní problémy způsobené pobytem či hospitalizací, zda dle jejich názor dochází k dostatečné výměně ložního prádla a osobní hygieny apod.

S výrokem pana Pacovského (40), který uvádí, že za zdravého seniora se dá považovat pouze takový, který nevykazuje žádnou chorobu, je zcela soběstačný a sociálně ustálený, nemohu zcela souhlasit. Například ve výzkumném souboru č. 1 jsem se setkala s jedním uživatelem (viz tabulka č. 11), kterého za celý život nepostihla žádná nemoc typická pro stáří a jeho jediným problémem je momentální bolest kolenního kloubu. I přesto, že ho trápí právě bolest kolene, si myslím, že tento senior se může považovat za šťastného a zdravého jedince. Daleko více se přikláním k názoru pana Webera (51), který ve své publikaci uvádí, že zdraví ve stáří není přímo úměrné a závislé na nepřítomnosti choroby. Dle jeho názoru daleko více záleží na soběstačnosti, fyzické, sociální a psychické aktivitě jedince. Ačkoliv by se dalo předpokládat, že uživatelé zdravotního systému budou svůj zdravotní stav hodnotit více nepříznivě než uživatelé systému sociálního, opak je pravdou. Dle mého názoru je důvodem to, že respondenti ze systému sociálního byli daleko vyššího věku než uživatelé zdravotního systému (viz tabulky č. 1 a 2). V otázce odborné sociální či zdravotnické úrovně poskytované péče odpověděl konkrétně uživatel č. 3 negativně. Jak je v práci již několikrát zmiňováno, uživatel je znechucen chováním zdravotnického personálu, konkrétně zdravotních sester, jejichž chování je v rozporu s Etickým kodexem zdravotních sester (6). Ve výzkumných souborech se našli i tací, kteří mají z důvodu hospitalizace zdravotní potíže. Jedná se o uživatele, kteří ze zdravotního důvodu tráví většinu času na lůžku a z toho důvodu se jim tvoří proleženiny či mají ztuhlé svaly. Musím pochválit pracovníky obou systémů za náležitou osobní hygienu, kterou uživatelům zajišťují.

Jako poslední problematiku bych v této diskuzi chtěla uvést zhodnocení situace, zda se v případě zrušení tzv. sociálních lůžek dají nahradit lůžky dlouhodobé či následné péče. Tuto problematiku jsem do bakalářské práce zahrнула zejména z toho důvodu, že i přesto, že případné zrušení sociálních lůžek zatím není v žádném zákoně České republiky řešeno, setkala jsem se v zařízeních s několika pracovníky, který o tomto problému již slyšeli. Dle mého názoru by nahrazení této služby lůžky následné či dlouhodobé péče nebylo pro uživatele efektivní a přínosné a to zejména z toho důvodu, že sociální lůžka mají svůj individuální volný režim, se kterým se u lůžek následné či dlouhodobé péče zřídka kde setkáme. Uživatelé například užívají své vlastní léky, mohou bez omezení využívat volnočasové aktivity a prostředí pokojů s těmito lůžky je zcela odlišné než prostředí, ve kterém jsou umístěné lůžka dlouhodobé či následné péče. Tyto rozdíly spatřuji zejména v tom, že uživatelé, kteří využívají služeb sociálních lůžek, čekají na umístění do sociálního zařízení, nejčastěji DpS. Tím, že by ztratili tento svůj volnější režim a byli by umístěni na pokoji s pacienty trpícími dlouhodobými, někdy i nevyléčitelnými zdravotními problémy, by mohli senioři čekající na umístění do DpS rychleji ztratit svůj elán, aktivitu, optimismus a chuť do života.

Na závěr bych chtěla dodat, že zcela souhlasím s výrokem MUDr. Martina Jana Stránského, přednostou pražské Polikliniky Na Národní, který tvrdí, že péče o seniory je v řadě míst České republiky vzorná. Dle jeho názoru jsou to však jen ostrovy nacházející se převážně ve větších městech. České republice chybí státem stanovený standard, zaručující všem seniorům stejná práva a dostupnost základní zdravotní a sociální péče. Ty by navíc neměly fungovat jako dva nezávislé celky, ale měly by být úzce provázány (38).

6 ZÁVĚR

Hlavním cílem této práce bylo srovnání dlouhodobé péče v sociálním a zdravotním systému. Na tento hlavní cíl navazoval cíl dílčí a to zhodnocení situace seniorů v zařízeních obou systémů, kvalitu poskytované péče, kvalitu lůžek a zhodnocení situace, zda se v případě zrušení sociálních lůžek ve zdravotních zařízeních, dá tato služba nahradit lůžky následné péče. Vzhledem ke stanoveným cílům byly stanoveny výzkumné otázky: Jaká je dlouhodobá péče ve zdravotním a sociálním systému pohledem uživatelů? Jak uživatelé hodnotí kvalitu poskytované péče a kvalitu lůžek?

K naplnění výzkumu bylo vybráno pět uživatelů zařízení v sociálním systému a pět uživatelů zařízení ve zdravotním systému. Všem uživatelům bylo více jak 65 let. Rozhovory s jednotlivými uživateli byly uskutečněny formou polostrukturovaného rozhovoru a to v rozmezí 40 – 60 minut v prostředí daného zařízení. Otázky v rozhovoru byly rozděleny do čtyř hlavních okruhů, kterými byly Úroveň péče, Cenová přiměřenost, Mezilidské vztahy a Zdravotní stav uživatele.

Výsledky výzkumu ukázaly, že s větší nespokojeností se můžeme setkat u uživatelů zdravotního systému a to zejména v otázce spojené s přístupem pracovníků v zařízeních. Tato nespokojenost uživatelů se projevuje zejména v jejich hodnocení uživateli. Zatímco v zařízení sociálního systému bylo hodnocení na výbornou, v zařízení zdravotním bylo hodnocení v celkovém průměru o stupeň horší. Dále si tito uživatelé myslí, že cena za poskytované služby rozhodně neodpovídá jejich kvalitě. Dva uživatelé zařízení v sociálním systému uvedli, že jim jejich příjem nevystačí na pokrytí nákladů za ubytování. Tuto situaci řeší za pomoci rodiny a příspěvku na péči. Čtyři uživatelé z celkových deseti uvedli, že neví, co jsou to fakultativní činnosti a zda je jejich zařízení poskytuje. Jeden byl toho názoru, že takové služby zařízení, ve kterém je umístěn, neposkytuje. Jeden uživatel zařízení ve zdravotním systému uvedl, že se v zařízení necítí bezpečně. Svůj zdravotní stav uživatelé zdravotního systému hodnotili více příznivě než uživatelé systému sociálního. Jako jeden z důvodů spatřuji to, že respondenti ze sociálního systému byli v celkovém průměru o 16 let starší

než respondenti ze systému zdravotního a se zvyšujícím věkem se zvyšuje polymorbidita seniorů.

Závěrem bych chtěla uvést, že dva uživatelé umístění ve zdravotním zařízení, byli zároveň uživateli tzv. sociálních lůžek a čekají na umístění do DpS. Dle mého názoru by případné zrušení sociálních lůžek nebylo přínosné. Tato služba určitým způsobem supluje služby DpS a na těchto lůžkách má uživatel volnější režim, např. užívá své vlastní léky, má možnost procházek téměř kdykoliv, může využívat volnočasové aktivity, prostředí pokojů s těmito lůžky je odlišné než prostředí s lůžky zdravotními apod. V případě zrušení této služby, by se sociální lůžka musela nahradit lůžky následné či dlouhodobé péče, ve kterých už není ten samý režim. Pro uživatele čekající na umístění do DpS by to nebylo tak přínosné, protože na lůžkách následné péče jsou umístění pacienti, jejichž akutní zdravotní problém pominul, ale stále mají nějaké další zdravotní problémy s ním spojené, např. arteriální hypertenze, bolesti břicha, pacienti čekající na další potřebné vyšetření, problémy s revmatickou artritidou, špatná nebo téměř žádná mobilita apod. Na lůžkách dlouhodobé péče bývají umístění pacienti dlouhodobě nemocní, např. pacienti s rakovinovými onemocněními. Uživatelé sociálních lůžek by tak ztratili svůj volný režim, na který jsou dosud zvyklí a ve kterém následně pokračují po umístění do zařízení sociálního systému, nejčastěji DpS.

Doufám, že tato práce bude užitečná pro další studenty zabývající se problematikou dlouhodobé péče o seniory a případně i širokou veřejnost, protože při psaní mé bakalářské práce jsem se setkala s tím, že většina laické populace o tomto tématu mnoho nevěděla. Můj názor je však takový, že by o této problematice měl vědět každý, protože každý senior potřebuje ve stáří pocit podpory, lásky, sounáležitosti a dostatečné zajištění důstojného prožití závěreční etapy svého života.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1 AKTIVITY PRO ZDRAVÍ. Dlouhodobá péče a dlouhodobé nemoci. *Aktivtyprozdravi.cz* [online]. © 2013. Dostupné z: <http://www.aktivtyprozdravi.cz/pece-o-me/dlouhodob-pece-a-nemoci>
- 2 BURELOVÁ, M. *Duchovní potřeby seniorů*. Brno 2009. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
- 3 CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB MĚSTA LETOVICE. Poslání, cíle a zásady pečovatelské služby. *Cssletovice.cz* [online]. © 2006. Dostupné z: <http://www.cssletovice.cz/text/cs/poslani-a-cile-pecovatelske-sluzby-dale-jen-ps.aspx>
- 4 CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PORUBA. Centrum denních služeb. *Cssporuba.cz* [online]. b.r. Dostupné z: <http://www.cssporuba.cz/cz/centrum-dennich-sluzeb/>
- 5 ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., WIJA, P., HOLMEROVÁ, I. Poskytování a financování dlouhodobé péče v zemích OECD. *Kontakt*. 2013, roč. XV., č. 2, s. 109 – 116. ISSN: 1212-4117
- 6 ČESKÁ ASOCIACE SESTER. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester. *Cnna.cz*. [online]. © 2008. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn.pdf
- 7 ČESKO. *Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*
- 8 ČESKO. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů*
- 9 ČEVELA, R., Z. KALVACH a L. ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3901-4
- 10 DESSAINTOVÁ, M. *Nezačínajte stárnout*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6
- 11 DOMOV „BEZ ZÁMKŮ“ TUCHOŘICE. Standardy kvality sociálních služeb. *Usptuchorice.estranky.cz* [online]. © 2014. Dostupné z: <http://www.usptuchorice.estranky.cz/clanky/standardy-kvality.htm>

- 12 DVOŘÁČKOVÁ, D. Rodinná péče o nesoběstačného seniora. In: *Zdraví E15* [online] © 2014 [cit. 2009-11-10]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rodinna-pece-o-nesobestacneho-seniora-448185>
- 13 HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-363-5
- 14 HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0219-6
- 15 HESOVÁ, A., ZELENDOVÁ, E. a kol. *Finanční gramotnost ve výuce: metodická příručka*. 1.vyd. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, divize VÚP, 2011. ISBN 978-80-86856-76-6
- 16 HRABOVSKÁ, P. *Kvalita života seniorů*. Brno 2006. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta.
- 17 HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4139-0
- 18 CHROMÁ, P. *Aktivní stárnutí v domovech pro seniory*. Brno, 2010. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- 19 JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2
- 20 KAHOUN, V. a kolektiv. *Sociální zabezpečení*. 2. vyd. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-733-0
- 21 KALVACH, Z. a A. ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5
- 22 KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R. a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0548-6
- 23 KLEVETOVÁ, D. a I. DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
- 24 MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3

- 25 MÁTL, O. a M. JABŮRKOVÁ. *Kvalita péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7
- 26 MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
- 27 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. 1.vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010. ISBN 978-80-7421-021-1
- 28 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý? *Mpsv.cz* [online]. 2010 [cit. 2010-11-19]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9860>
- 29 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Otázky a odpovědi k nastavení fakultativních činností v sociálních službách. *Mpsv.cz* [online]. © 2013. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16920/postup_4_2013_doplneni.pdf
- 30 MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. *Mpsv.cz* [online]. © 2002. ISBN: 80-86552-45-4. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>
- 31 MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1362-4
- 32 MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
- 33 MOTLOVÁ, L. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt* [online]. 2007, roč. IX., č. 2. [2007-12-21]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120329181826063622.pdf>
- 34 NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2.vyd. Praha: Akademia, 1997. ISBN 80-200-0628-1

- 35 NÁRODNÍ CENTRUM DOMÁCÍ PÉČE ČR. Systém domácí péče – informace pro klienty. *Domaci-pece.info* [online]. © 2006. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->
- 36 NEŠPOROVÁ, O., K. SVOBODOVÁ a L. VIDOVIČOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2008. ISBN 978-80-87007-96-9
- 37 NOVÁKOVÁ, R. *Pečovatelství I*. 1.vyd. Praha: Tritron, 2008. ISBN 978-80-7387-085-0
- 38 NOVINKY.CZ. Péče o seniory u nás není příliš na dobré úrovni. *Novinky.cz* [online]. © 2014 [cit. 2013-10-30]. Dostupné z: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/314505-pece-o-seniory-u-nas-neni-prilis-na-dobre-urovni.html>
- 39 OSOBNÍ ASISTENCE – POMOC A PÉČE SLUNEČNICE. Profesionální komunikace se seniory. *Papslunecnice.webnode.cz* [online]. © 2010. Dostupné z: <http://papslunecnice.webnode.cz/clanky/profesionalni-komunikace-se-seniory/>
- 40 PACOVSKÝ, V. *Geriatric: geriatrická diagnostika*. 1.vyd. Praha: Scientia medica, s.r.o., 1994. ISBN 80-85526-32-8
- 41 PICHAUD, C. a I. THAREAUOVÁ. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3
- 42 POLIKLINIKA DENISOVO NÁBŘEŽÍ. Péče praktických lékařů. *Pdnplzen.cz* [online]. © 2013. Dostupné z: <http://www.pdnplzen.cz/pece-praktickykh-lekaru/>
- 43 PRŮŠA, L. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v. v. i., 2009. ISBN 978-80-7416-048-6
- 44 PSYCHOLOGIE. O mezilidských vztazích. *Psychologie-online.cz* [online]. b.r. Dostupné z: <http://www.psychologie-online.cz/o-mezilidskych-vztazich>
- 45 REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6

- 46 SOCIÁLNÍ REVUE. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky. *Sociální revue.cz*. [online]. 2005 [cit. 2005-03-02]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>
- 47 STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-274-2
- 48 VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5
- 49 VIDOVIČOVÁ, L. Systém dlouhodobé péče ve společenském kontextu. **In:** KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., WIJA, P. a kolektiv. *Křehký pacient a primární péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4026-3
- 50 VÝZKUMY.CZ. Respondenti a jejich zdroje. *Vyzkumy.cz* [online]. b.r. Dostupné z: <http://www.vyzkumy.cz/respondenti-vyzkumu>
- 51 WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-314-7
- 52 ZDRAVÁ ŠKOLA. Maslowův model přirozených lidských potřeb. *Hluchak.cz* [online]. b.r. Dostupné z: http://www.hluchak.cz/ssp/4_programy_zdrava.html

8 SEZNAM PŘÍLOH

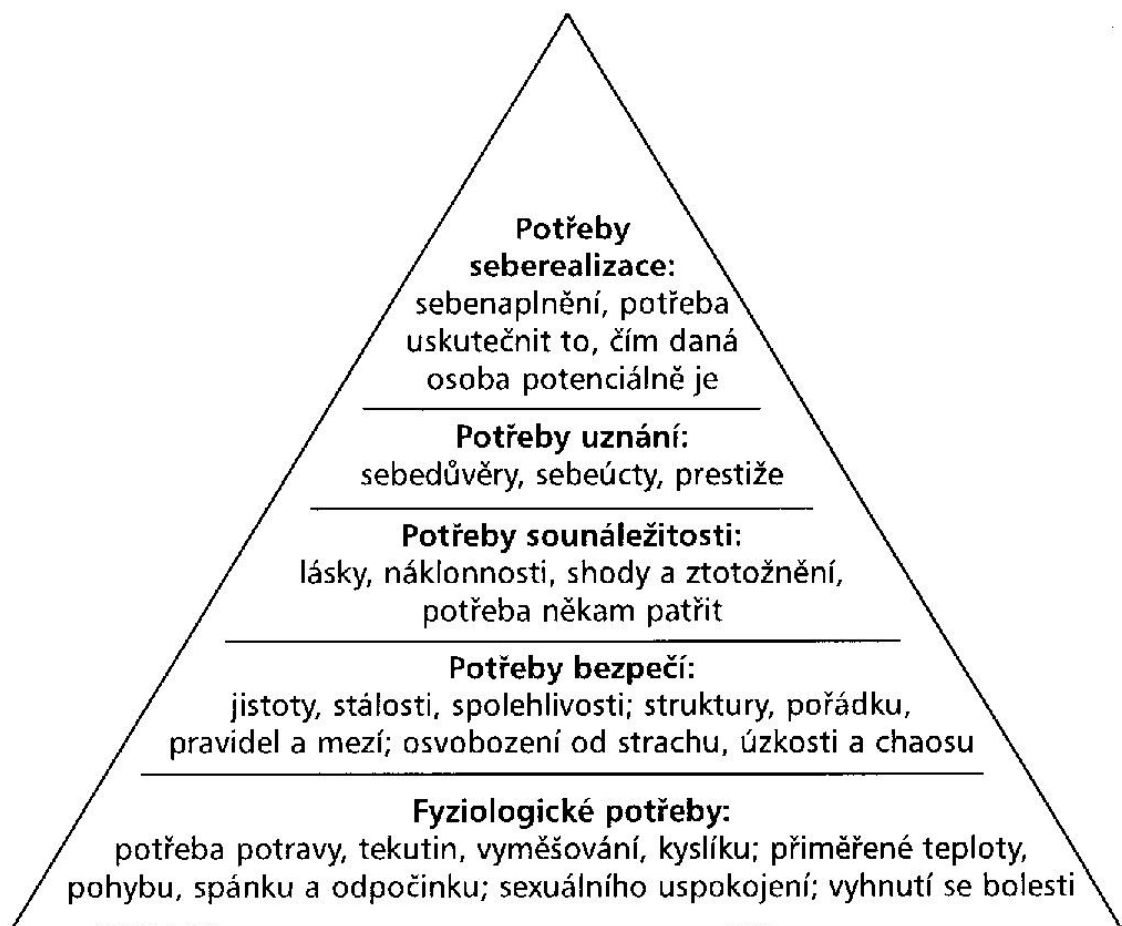
- 1 Příloha č. 1: Změny ve stáří
- 2 Příloha č. 2: Maslowova pyramida potřeb
- 3 Příloha č. 3: Polořízený rozhovor
- 4 Příloha č. 4: Základní činnosti při poskytování sociálních služeb dle odstavce 1 § 35 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Příloha č. 1: Změny ve stáří

Biologické změny	Psychické změny	Sociální změny
Změna vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmoty	Obtížnější osvojování	Změna životního stylu
Změny termoregulace	nového	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Nedůvěřivost	Ztráty blízkých lidí
Degenerativní změny smyslů	Snížená sebedůvěra	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Sugestibilita	Finanční potíže
Změny v trávicím systému	Emoční labilita	
Změny vylučování moči	Změny vnímání	
Změny sexuální aktivity	Zhoršení úsudku	

Zdroj: Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*, 2007

Příloha č. 2: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Zdravá škola, Maslowův model přirozených lidských potřeb, b.r.

Příloha č. 3: Polořízený rozhovor

Základní informace o uživateli

Věk:

Pohlaví:

Délka pobytu/hospitalizace:

Okruh č. 1 – úroveň péče

V jakém zařízení jste umístěn/a?

Byl/a jste umístěn/a někde už dříve? Máte zkušenosti se zařízením podobného typu?

Jak dlouho trvá Váš pobyt v zařízení / Jak dlouho jste zde hospitalizován?

Jste spokojen/a se základními službami v tomto zařízení?

Jste spokojen/a se stravou?

Jste spokojena/a s prostředím, ve kterém je toto zařízení umístěno?

Vadí Vám něco v tomto prostředí? Co konkrétně?

Jste spokojen/a s přístupem pracovníků v zařízení?

Jaký s nimi máte vztah?

Jak byste tyto pracovníky ohodnotil/a? Myšleno na škále 1 – 5, kdy 1 znamená výborně a 5 nedostatečně.

Když vejde pracovník do místnosti, usměje se na Vás?

Měl/a jste někdy osobní konflikt s nějakým pracovníkem? V případě, že ano, jaký?

Víte, jací pracovníci s Vámi pracují?

Okruh č. 2 – cenová přiměřenost

Myslíte si, že cena za poskytované služby odpovídá kvalitě poskytované péče?

Vystačí Vám váš příjem (penze) k pokrytí nákladů na ubytování? V případě, že ne, můžete se spolehnout na rodinu?

Jste seznámen s tím, za co vše v zařízení platíte?

Pobíráte nějaké doplňující příspěvky/dávky (např. příspěvek na péči, vdovecký/vdovský důchod apod.)?

Nabízí vaše zařízení nějaké fakultativní činnosti? Jaké? Využíváte je?

Okruh č. 3 – mezilidské vztahy

Navštěvují Vás příbuzní? Jak často?

Je toto zařízení daleko od Vašeho bydliště?

Našel/našla jste si tu někoho, s kým trávíte Váš volný čas?

Jak tento čas společně trávíte?

Kdo je Vám největší oporou?

Navštěvují Vás přátelé, se kterými jste se stýkal/a než jste šel/šla do zařízení? Jak často?

Máte v tomto zařízení pocit bezpečí?

V případě, že se zde cítíte nějakým způsobem ohrožen/a, proč je tomu tak?

Okruh č. 4 – zdravotní stav

Jak byste Vy sám/a ohodnotil/a Váš zdravotní stav?

Jaké máte zdravotní problémy?

Jak probíhala Vaše léčba?

Jste spokojen/a s postupem léčby?

Zlepšil se Váš zdravotní stav od doby pobytu/hospitalizace?

Máte nějaké potíže způsobené pobytem/hospitalizací, které ovlivňují Váš zdravotní stav?

Jak často Vám vyměňují ložní prádlo na lůžku? Je to podle Vás dostačující?

V případě, že byste ho chtěl/a vyměnit dříve, můžete si říct?

Máte polohovací lůžko? Z jakého důvodu ne? Chtěl/a byste jej?

Máte proleženiny? Jakým způsobem to pracovníci řeší?

Jak často Vám provádějí osobní hygienu?

V případě, že máte nějaký problém, reagují pracovníci podle Vás dostatečně brzy?

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 4: Základní činnosti při poskytování sociálních služeb dle odstavce 1 § 35 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
 - d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
 - e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
 - f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
 - g) sociální poradenství,
 - h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - i) sociálně terapeutické činnosti,
 - j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
 - k) telefonická krizová pomoc,
 - l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
 - m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.
- (zák. č. 108)