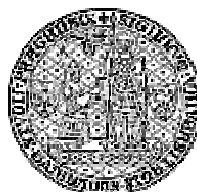


UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra pedagogiky



Diplomová práce

Bc. MARKÉTA SLAVÍČKOVÁ

SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÁ POMOC OSOBÁM SE SNÍŽENOU

SOBĚSTAČNOSTÍ A JEJICH RODINÁM

(v podmínkách GARC Kladno s.r.o.)

SOCIO-PEDAGOGICAL ASSISTANCE TO PARTIALLY-

AUTONOMOUS PATIENTS AND TO THEIR FAMILIES

(as conducted at GARC Kladno s.r.o.)

Praha, 2012

vedoucí práce: PhDr. Jitka Lorenzová, PhD.

Poděkování

Děkuji PhDr. Jitce Lorenzové, Ph.D. z katedry pedagogiky FF UK za vstřícné a inspirující vedení a velkou podporu při psaní diplomové práce.

Dále bych chtěla poděkovat klientům GARC a jejich rodinným příslušníkům za poskytnutí rozhovorů.

.....

Bc. Markéta Slavičková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Bc. Markéta Slavíčková

Anotace

Diplomová práce s názvem *Sociálně pedagogická pomoc osobám se sníženou soběstačností a jejich rodinám (v podmínkách GARC Kladno s.r.o.)* si klade za cíl zachytit vývoj zdravotně sociální situace osob se sníženou soběstačností v důsledku chronického onemocnění, zdravotního postižení a stáří v kontextu situace životní. Zároveň se snaží rozkrýt, jak vnímají tyto osoby pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují.

Teoretická část se zabývá zdravotně sociální problematikou osob se sníženou soběstačností s akcentem na sociálně pedagogické aspekty zvládnání životních situací. Je rozdělena do pěti kapitol. První z nich se zabývá problematikou zdraví a nemoci. Je zde také věnována pozornost specifikům životní situace osob se sníženou soběstačností. Ve druhé kapitole je vymezena základní terminologie zdravotního postižení a soběstačnosti. Dále je zde z hlediska mé dosavadní praxe v GARC speciálně začleněno postižení tělesné jako faktor limitující soběstačnost. Svě místo zde také zaujímají subjektivní a objektivní činitele působící na život člověka s postižením. Třetí kapitola obsahuje vymezení role osoby se sníženou soběstačností ve společnosti, role jejich rodinných příslušníků a přehled dávek a sociálních služeb poskytovaných osobám se sníženou soběstačností dle zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Čtvrtá kapitola se zabývá sociálně pedagogickou pomocí a pomáháním osobám se sníženou soběstačností. Zdůrazněna je zejména edukace a poradenství, jako základní způsoby pomoci, které mají u osob se zdravotním postižením svá specifika (zejména v přístupu, komunikaci a způsobech poskytování pomoci.) Důležité zastoupení má zde i pomoc pedagogická, která je realizovaná formou pedagogické rehabilitace, která vede osobu se sníženou soběstačností k samostatnému rozhodování a znovunabytí či zlepšení základních dovedností, tak aby se plnohodnotně mohla zapojit do života. Pátá kapitola pojednává o profesi zdravotně-sociálního pracovníka a jeho působení ve zdravotnickém zařízení, především v roli poradce a zprostředkovatele pomoci klientům a kvalifikovaného odborníka týmové spolupráce.

Empirická část představuje konkrétní zdravotnické zařízení – Geriatrické a rehabilitační centrum (dále jen GARC) v Kladně, ulici Františka Kloze 37. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zachytit zdravotně sociální situaci klientů zdravotně-sociálního pracovníka

v GARC Kladno v kontextu situace životní. Ta je ilustrovaná v deseti zpracovaných kasuistikách. V rámci kvalitativní výzkumné strategie byly dále uskutečněny následné rozhovory se dvěma skupinami klientů (zdravotně postiženými v produktivním věku a v seniorském věku) z vybraných kasuistik a také rozhovory s jejich rodinnými příslušníky k hlavní výzkumné otázce: *„Jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují.“*

Klíčová slova

Zdraví, nemoc, osoba se sníženou soběstačností, zdravotní postižení, chronické onemocnění, sociálně pedagogická pomoc, sociálně pedagogická práce, zdravotně-sociální pracovník, sociální rehabilitace, sociální služby, sociální poradenství, edukace, senioři, osoby v produktivním věku, zdravotnické zařízení, péče, podpora, pomáhání, rehabilitace, ucelená rehabilitace, životní situace.

Abstract

This thesis called ‘Socio-Pedagogical Assistance to Partially-Autonomous Patients and to Their Families‘ (as conducted at GARC Kladno, s.r.o.) aims to map the health and social situation of partially-autonomous patients (hereafter PAP) as a result of a chronic condition, a disability or geriatric conditions in the context of their actual living environment.

The theoretical part deals with health and social challenges confronted by PAP focusing on social and individual rehabilitation in conducting daily life. It is divided into five parts.

Part One describes health issues faced by PAP with emphasis on particular issues which affect this group.

Part Two defines the basic terminology of disability and autonomy. Through work experience it was possible to provide first-hand observation of particular issues which affect this group, e.g. physical disability as a factor limiting autonomy. Both subjective and objective observations of this group can weigh heavily on the value of the outcome.

Part Three places PAP in his environment and at the same time evaluates the role of the family members and various services available to PAP under the Social Services Act No. 108/2008 Coll.

Part Four looks into rehabilitation services available to PAP and other assistance available to them. Particular methodologies utilized in offering assistance to the patients include development of communication and evaluation of particular needs. One aspect of primary importance is education which guides PAP to more independent decisions rehabilitating or developing basic skills which in turn assist them in better social integration.

Part Five describes the profession of a social worker in health care facilities focusing on their function as educator and guide to their patients and as a member of health care team.

The empirical section of this work is centered around a particular health care centre – The Geriatric and Rehabilitation Centre (hereafter GARC), 37 Frant. Kloze St., Kladno, Czech Rep.

The intention of the study is to describe the health and social challenges faced by patients in this facility who are part of the responsibilities of the social workers. Ten case studies are provided to support this work. To reinforce the value of qualitative research in this study, follow-up interviews were conducted with two groups of patients: PAP of pre-retirement age

and post-retirement age. Interviews were also conducted with family members of patients in the study. The study consisted primarily of two questions:

1 What is your opinion of assistance you have received?

2 What are your preferences in health and social assistance?

Key words:

Health, illness, partially-autonomous person (= semi-autonomous person), disability, chronic illness, socio-pedagogical assistance, socio-pedagogical work, health-and-social worker, holistic rehabilitation, social services, social consultancy, education, senior citizens, pre-retirement age, health care facility, care, support, assistance, rehabilitation, complete rehabilitation, life situation.

OBSAH

Úvod	11
------------	----

Teoretická část

1. Pojetí zdraví a nemoci v současnosti	14
1.1 Zdraví	15
1.2 Nemoc	16
1.3 Nemoc jako sociální událost	17
1.4 Nemoc jako životní situace	18
2. Zdravotní postižení a soběstačnost z hlediska pojmového vymezení	20
2.1 Postižení v kontextu problematiky soběstačnosti	24
2.1.1 Tělesné postižení jako faktor limitující soběstačnost	25
2.1.2 Vznik tělesného (pohybového) postižení a jeho vliv na soběstačnost člověka	26
2.2 Činitelé ovlivňující život člověka s postižením	28
3. Role a postavení osoby se sníženou soběstačností ve společnosti	31
3.1 Rodina osoby se sníženou soběstačností	32
3.2 Dávky a sociální služby jako nástroj kompenzace a sociální rehabilitace	33
4. Profesionální způsoby pomoci lidem se sníženou soběstačností	40
4.1 Sociální poradenství	42
4.1.2 Sociální poradenství osobám se sníženou soběstačností	44
4.2 Ucelená rehabilitace u osob se sníženou soběstačností	47
4.2.1 Složky ucelené rehabilitace	48

4.3 Edukační pomoc osobám se sníženou soběstačností	52
4.3.1 Pedagogická rehabilitace jako sociálně pedagogická pomoc	54
5. Zdravotně – sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení	57
5.1 Specifika pacientů-klientů zdravotně-sociálního pracovníka	58
5.2 Úloha zdravotně-sociálního pracovníka při řešení životní situace klientů	59
5.3 Sociálně pedagogická pomoc zdravotně - sociálního pracovníka klientům	63
6. Závěr teoretické části práce	66

Empirická část

1. Hlavní cíl výzkumného šetření a stanovené dílčí cíle	68
2. Charakteristika terénu výzkumného šetření	69
3. Popis výzkumného vzorku	71
4. Metodologie šetření	72
5. Popis realizace výzkumného šetření	76
6. Vyhodnocení výzkumného šetření	77
6.1 Kasuistiky	77
6.2 Analýza sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka GARC a poskytování jeho služeb klientům	92
6.3 Rozhovory s klienty	96
6.4 Rozhovory s rodinnými příslušníky klientů	101
6.5 Zmapování možností dostupných služeb pro klienty GARC v kladenském regionu	107
7. Závěr empirické části práce	108

Závěr	115
Seznam použité literatury	120
Přílohy	124

Příloha č. 1 - Druhy poradenství

Příloha č. 2 - Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociální pracovník

Příloha č. 3 - Pracovní náplň zdravotně-sociálního pracovníka GARC

Příloha č. 4 - Pracovní materiály zdravotně-sociálního pracovníka

Příloha č. 5 - Zmapování dostupných možností sociálních služeb pro klienty GARC

v kladenském regionu

Úvod

Již osmým rokem pracuji jako zdravotně-sociální pracovník v Geriatrickém a rehabilitačním centru (dále jen GARC) v Kladně. Profesně jsem vždy tíhla k pomáhajícím profesím, a proto když se mi po několika letech hledání naskytla možnost změnit místo a pracovat znovu v oboru, neváhala jsem. Volba místa výkonu sociální práce v rezortu zdravotnictví, byla dána již mým vážným zájmem o tuto oblast více, než o úřednickou práci na sociálním odboru.

S nástupem na novou pracovní pozici a při setkávání se s každodenní zdravotně sociální problematikou svých klientů v přímé realitě, jsem si uvědomila i potřebu dalšího vzdělávání se v oboru. (Pomaturitní dvouleté studium střední školy sociálně právní s roční praxí v psychiatrické léčebně již neodpovídalo soudobému trendu v požadované kvalifikaci a nutným znalostem a dovednostem.) Proto jsem se rozhodla ke studiu bakalářského oboru sociální práce a sociální politika na Univerzitě Hradec Králové a souběžně jsem také absolvovala akreditovaný kvalifikační kurz zdravotně – sociální pracovník v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (dále jen NCONZO) v Brně. Toto specializační studium bylo nezbytné pro získání registrace v oboru zdravotně-sociální pracovník a opravňuje mně tak k výkonu svého povolání bez odborného dohledu dle zákona č. 96/2004 Sb. o podmínkách uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) a také dle vyhlášky č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Samotná registrace je založena na systému celoživotního vzdělávání zdravotně-sociálního pracovníka a jeho průběžného doplňování, obnovování, zvyšování a prohlubování vědomostí, dovedností a odborné způsobilosti, což by mělo výrazně napomoci ke zvyšování jeho kvality, úrovně, prestiže a tím i výsledně ochraně veřejnosti.

Snaha o další zvyšování kvalifikace a možnosti budoucího uplatnění v poradenském procesu mě dále nasměrovala ke studiu sociální pedagogiky na FFUK v Praze, kde jsem si jako téma diplomové práce (z hlediska své dosavadní praxe a osobních zkušeností) zvolila „Sociálně pedagogickou pomoc poskytovanou osobám se sníženou soběstačností a jejich rodinám.“ (v podmínkách GARC Kladno s.r.o.)

Cílem **teoretické části** předložené diplomové práce je zachycení vývoje zdravotně sociální situace (v kontextu situace životní) osob se sníženou soběstačností obecně z roviny zdraví, do stadia nemoci až k následnému zdravotnímu postižení a částečné nebo úplné ztrátě soběstačnosti, a dále představení sociálně pedagogické pomoci těmto osobám a jejich rodinám v rámci zdravotnického zařízení následné péče.

V rámci své profese se setkávám s lidmi se zdravotním postižením i v produktivním věku, tzn. od nástupu do zaměstnání až po odchod do důchodu, (které jejich postižení doslova vyřadilo z aktivního způsobu života), stejně tak i s kategorií seniorů nad 65 let. Jsem také v kontaktu s jejich rodinami. Za velmi podstatné z hlediska jejich sociálního fungování považuji, aby si tito lidé zachovali praktickou soběstačnost, při které dokážou, ať už pomalu svým tempem, nebo s větším úsilím a námahou vykonávat běžné každodenní činnosti a zvládat „sebeobsahu“ (dovednosti při jídle, toaletě, oblékání, hygieně, péči o zevnějšek). Tam, kde je soběstačnost výrazně omezena, je třeba usilovat o její obnovu. Zde vidím jako prioritu poskytování sociálně pedagogické pomoci a poradenství, které se stává významnou a nedílnou součástí systému ucelené rehabilitace společně s jeho dalšími vzájemně se prolínajícími složkami, z nichž bych zdůraznila zejména sociální rehabilitaci, která zahrnuje sociálně pedagogickou pomoc těmto osobám ze strany zdravotně-sociálního pracovníka.

Zdravotně-sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení je z hlediska práce s klienty a jejich rodinami klíčovou osobou, a proto rozkrývám povahu a charakteristiku profese a zvláště důraz kladu na jeho spolupráci uvnitř zdravotnického týmu, na jeho sociálně pedagogickou práci v procesu plánovaného propouštění klientů, která zahrnuje rovněž poradenství, zprostředkování služeb a edukaci osob se sníženou soběstačností a jejich „pečujících rodin.“ Jak říká profesor Tomeš z katedry sociální práce FFUK na konferenci „5. dnů sociální práce“, že 60% případů dokážeme vyřešit, když předáme správné informace ve správný čas na správném místě.

Empirická část má přímou návaznost na část teoretickou. Je v ní představeno konkrétní zdravotnické zařízení následné péče Geriatrické a rehabilitační centrum Kladno (dále jen GARC), které poskytuje rehabilitační a ošetřovatelskou péči. Hlavním cílem empirické části práce je zachycení zdravotně sociální situace klientů GARC v kontextu situace životní. Ke splnění hlavního cíle jsem zvolila kasuistiky deseti klientů jako kvalitativní výzkumnou metodu. Dílčím cílem C1 je analýza sociálně pedagogické práce

zdravotně-sociálního pracovníka GARC a poskytování jeho služeb klientům, a to na základě analýzy interní dokumentace zdravotně-sociálního pracovníka GARC. Dílčím cílem C2 je zjistit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují jeho klienti. Dílčím cílem C3 je zjistit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují rodinní příslušníci jeho klientů. K dílčím cílům C2 a C3 byly uskutečněny rozhovory s klienty z vybraných kasuistik a také s jejich rodinnými příslušníky. Dílčím cílem C4 bude zmapování dostupných sociálních služeb v kladenském regionu. (Zařazeno v příloze č. 5)

V **závěru** diplomové práce se pokouším o syntézu poznatků z vyhodnocených rozhovorů s klienty GARC a jejich rodinnými příslušníky (jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují) a zároveň o postižení změn, které přinesl zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. klientům v produktivním věku. Věřím, že rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky přinesou subjektivní aktuální výpověď lidí, kteří se ocitli v krizové situaci způsobené změnou zdravotního stavu, na niž byli nuceni se s většími či menšími problémy postupně adaptovat.

Tato diplomová práce je v první řadě sociálně pedagogickou interpretací zdravotně sociální problematiky, umožňuje však také vhled do problematiky osob se sníženou soběstačností jejich rodinným příslušníkům, čtenáři – laikovi, studentům oborů sociální pedagogika a sociální práce, ostatním pomáhajícím profesionálům i dobrovolníkům. Mou snahou bylo i představení a přiblížení profese zdravotně-sociálního pracovníka, neboť není mediálně známá a mezi dalšími pomáhajícími profesemi je poměrně málo početně zastoupená. Laická veřejnost mnohdy neví, nebo nemá představu, co je její náplní (Pracovní náplň zdravotně-sociálního pracovníka GARC je zařazena v příloze č. 3) a čím se zdravotně-sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení vlastně zabývá. (Více v kapitole č.5)

Teoretická východiska

1. Pojetí zdraví a nemoci v současnosti

Všichni se ve svém životě opakovaně setkáváme a budeme setkávat i nadále s různými nemocemi a typy zdravotního postižení. I přes významný pokrok v oblasti medicíny, nemůžeme očekávat pokles osob se zdravotním postižením ve společnosti. Když pomineme existenci vrozených vývojových vad, tak za zmínku stojí určitě stav našeho životního prostředí, uspěchaný „nezdravý“ životní styl (úbytek pohybu, nadměrná konzumace jídla, alkoholu, cigaret, zvýšený stres), díky němuž se lidé už v produktivním věku potýkají s celou řadou civilizačních onemocnění, jako jsou předčasná ateroskleróza, hypertenze, cévní mozková příhoda, diabetes mellitus, obezita apod.

Lékařská věda dává v současné době velké šance na přežití lidem, kteří utrpěli úraz, či prodělali závažné onemocnění, (které by dříve přežít nemohli) a nyní přes veškerou zdravotnickou péči a rehabilitaci žijí svůj život se zdravotním postižením, ze kterého jim vyplývá určité materiální i sociální znevýhodnění (hendikep) způsobený poklesem či ztrátou příjmu, architektonickými a dopravními bariérami, omezením samostatnosti, ale též bariérami mezilidskými. Krhutová (2010, s. 50) k tomu dodává, že v běžném společenském prostředí je existence osoby s postižením zpravidla vnímána jako „ne - normální jev.“ Vysvětluje to tím, že každý z nás nemá příležitost blízkého kontaktu s realitou osoby se zdravotním postižením. Děje se tak v důsledku neinformovanosti, obav a nejrůznějších předsudků vůči lidem se zdravotním postižením ze strany majoritní společnosti. Je tomu tak tehdy, když svou „odlišností“ snadno upoutávají pozornost, ať už změněným zevnějškem či způsoby a projevy chování. Nejinak je tomu i u populace seniorů se sníženou soběstačností, vůči nimž mohou pramenit předsudky majority z přeceňování jejich nemocnosti, podezírání z rozvoje demence apod. Proto za velmi důležitou považuji právě **informovanost**, neboť je všeobecně známo, že lidé se tolik nebojí toho, o čem mají dostatek informací.

Z těchto důvodů se budu zabývat jednotlivými významnými tématy zdravotně sociální problematiky osob se sníženou soběstačností, (do které ve své diplomové práci zahrnuji kategorii zdravotně postižených osob a seniorů), tedy **zdravím, nemocí, nemocí jako sociální událostí a nemocí jako životní situací.**

1.1 Zdraví

Zdraví člověka je převážně ovlivňováno dědičností (8–10 %), životním prostředím (8–15 %), systémem zdravotní péče (10–15 %) a v neposlední řadě životním stylem (až v 60 %). Je-li stav zdraví narušen na delší dobu nebo doživotně, můžeme označovat osoby s tímto stavem jako osoby se zdravotním postižením. [online www.nejsmevsichnistejmi.cz]

Dle starých koncepcí bylo zdraví vymezováno pouze jako nepřítomnost nemoci. Pozdější obecnější pojetí naopak zdůrazňuje schopnost organismu vyrovnat se s měnícími se nároky a podmínkami vnějšího prostředí, tj. přizpůsobit se jim a zachovat stav rovnováhy mezi organismem a prostředím.

Šťastný (2006, s. 4) poukazuje, že definice zdraví prošla komplikovaným vývojem, kdy na počátku převládal pouze biologický pohled (zdraví jako „zdraví těla“) a teprve později došlo k objevení pohledu sociálního, kdy bylo zdraví považováno za „schopnost normálního zapojení se do společnosti“ a ještě daleko později začalo být zdraví chápáno i ve smyslu psychologickém (zdraví jako „subjektivní pocit.“) Toto tzv. „holistické (celostní) pojetí“ znamenalo zcela nový pohled na zdraví, ve kterém je člověk považovaný za jednotu biologického, ekologického, psychického a sociálního systému. Zdraví je tedy určitou výslednicí vzájemného působení organismu, osobnosti člověka, jeho dědičných dispozic, jeho životního stylu a pracovních podmínek.

Novosad (2009, s. 15) vidí v termínu lidské zdraví integraci dvou základních, vzájemně podmíněných významů, a to zdraví osobní a zdraví sociální. „*Osobní zdraví je obecně definováno jako soulad bio-psycho-sociálních faktorů a „rovnovážný stav tělesné, duševní, spirituální i společenské pohody člověka (rozvedená definice WHO).*“ (Novosad, 2009, s. 15) Představuje tedy žádoucí stav ucelenosti a integrity lidského bytí.

Dále Novosad (2009, s. 16) konstatuje, že sociální zdraví je obvykle měřitelné zkoumáním vazeb mezi sociálním postavením jednotlivců i skupin a jejich zdravím či nemocí, popř. postižením, je tak přímo závislé na aktivním naplňování konceptů, jako je ochrana životního prostředí, zdravý životní styl, občanská společnost, rovnost šancí a existence podmínek pro optimální rozvoj člověka. Podpora zdravého životního stylu má tedy přínos nejen pro jednotlivce, ale i pro celou společnost. Narušení rovnováhy systému jedinec – prostředí vede k nemoci.

1.2 Nemoc

Nemoc je definovaná ve Slovníku spisovné češtiny (2005, s. 215) jako porucha zdraví.

Podle Vágnerové (2008, s. 75-76) lze nemoc posuzovat ze tří hledisek.

1. Hledisko somatického aspektu, které zahrnuje tělesné potíže typické pro určitou chorobu, a konkrétní omezení. Somatická nemoc je poruchou funkcí těla. Je jedna z mála odchylek sociální identity, která svému nositeli zaručuje i určitá privilegia, např. ohleduplnost, trpělivost, ochotu tolerovat určité nedostatky, bývá obecně více sociálně tolerovaná než nemoc duševní. Tento postoj je dán především skutečností, že každý člověk si uvědomuje svou vlastní zranitelnost a určitou pravděpodobnost ohrožení některou somatickou nemocí zejména ve stáří.

2. Hledisko psychického aspektu, kdy psychická reakce na nemoc není dána jen specifičností konkrétního onemocnění, ale hlavně osobnostními vlastnostmi nemocného člověka, jeho vývojovou úrovní, zkušenostmi, schopností rozumět významu choroby pro svůj další život, jeho emoční vyrovnaností i způsoby zvládání potíží.

3. Hledisko sociálního aspektu, které je dáno společenským hodnocením nemoci a z něj vyplývajícími postoji a chováním laické veřejnosti. Postoj veřejnosti je závislý na typu choroby, osobnosti nemocného, jeho věku, předchozím sociálním postavení, ale i na dané společenské vzdělanostní a kulturní úrovni.

Jobánková (2000, s. 51) uvádí, že **nemoc** pro člověka představuje bezesporu velmi náročnou životní situaci, neboť svým průběhem nebo ve svých důsledcích, významně snižuje kvalitu jeho života. Náročnou životní situací může tak být například **chronické onemocnění**, které člověka omezuje v jeho aktivitách, případně ho ohrožuje nepříznivou prognózou, někdy i s následkem smrti.

Dle Novosada (2011, s. 119) má **chronické onemocnění** vleklý až trvalý charakter a může probíhat méně prudce než onemocnění akutní. Vyznačuje se střídáním fází, kdy člověk prožívá období, kdy jsou příznaky onemocnění, (které jsou však stále přítomny), málo patrné a je mu relativně dobře – fáze zvaná remise (subjektivní hodnocení jako zlepšení či vymizení nemoci) a poté následuje navrácení do druhé, často zhoršené fáze zvané relapse, kdy se stav nemocného rychle a výrazně, někdy i nevratně zhorší (subjektivní hodnocení jako nové propuknutí, respektive návrat nemoci.)

Řada nemocí se tak stává chronickými po opakovaných a často neléčených akutních nemocech (např. hypertenze, hepatitida, zánět průdušek). Jiné mají chronický charakter od samého počátku (revmatoidní artritida, roztroušená skleróza mozkomíšní, nejrůznější metabolická onemocnění, nemoci krve a lymfatického systému, nádorová onemocnění apod.) a přechází tak do formy zdravotního postižení.

1.3 Nemoc jako sociální událost

Nemoc je mimo jiné také definována jako sociální událost, což je veřejnoprávně uznaná situace, se kterou je spojeno sociální opatření ve prospěch postiženého. Má společenské a ekonomické následky v okamžiku, kdy člověk není schopen zvládat svou situaci sám a potřebuje pomoc jiné osoby, pomoc instituce nebo pomoc peněžní.

Závažná nemoc či zdravotní postižení tedy obvykle nepředvídaně mění sociální pozici člověka a jeho role (profesní, rodinné), jeho zájmy, „koníčky“, navykly životní styl. Dochází ke změnám v zaměstnání (přechod do částečné invalidity) či ke ztrátě zaměstnání a přechodu do plné invalidity (ekonomické oslabení). A tak je dotčený nucen postupně se vyrovnávat s nadcházejícími změnami a dalšími životními perspektivami. Nemoc je možné také posuzovat jako krizovou situaci, vzniklou ztrátou zdraví, určitým ohrožením a nejistotou, že už nic nebude jako dřív.

Vlivem nemoci či postižení dochází také ke ztrátě adaptačních schopností, sociálních dovedností a ztrátě soběstačnosti. Jedinec se „nechtěně“ stává závislým na péči jiných.

K nejrizikovějším skupinám osob se sníženou soběstačností patří především lidé v produktivním věku, kteří se do této nepříznivé situace dostali tzv. z „plného“ zdraví (následkem dopravní nehody, úrazu při sportu, prodělaného operačního zákroku) a dále senioři, tzn. nemocní vyššího věku, kteří jsou častěji hospitalizováni pro svou multimorbiditu (vícečetná onemocnění, např. stav po cévní mozkové příhodě, hypertenze, diabetes mellitus, chronicky nemocní). Kalvach (2004, s. 384) dokonce říká, že pacient starší 60 let se hodnotí jako „zvýšeně rizikový“. Právě v období stáří se totiž zvyšuje riziko onemocnění a úmrtí spojené s úrazem, operací nebo s akutní závažnou příhodou v porovnání oproti zdravé populaci středního věku. Obě tyto jmenované skupiny tzv. rizikových osob mohou svůj pocit „závislosti“ vnímat i jako vyřazení ze společnosti. Tady vždy záleží na tom, v jaké míře a v jakém rozsahu je jim poskytována podpora a péče ze strany jejich blízkých a jejich okolí.

1.4 Nemoc jako životní situace

Pelikán (1995, s. 48) hovoří o **situaci** jako o konkrétně vymezené shodě vnějších okolností, která je časově limitovaná a během níž je jedinec vystaven působení konkrétních vlivů, na které určitým způsobem reaguje.

Celý lidský život se odehrává v situacích. Je nesporné, že život každého jedince jich zahrnuje nepřeborné množství, ať už zcela běžných, náročných či těch krizových. Kraus s Poláčkovou (2001, s. 145) dokonce uvádí, že s náročnými životními situacemi se setkáváme už od raného dětství. Jejich zvládnání či nezvládnání závisí již na samotné povaze těchto situací, ale také na určitých vlastnostech jedince (vnitřní síla, odolnost), jeho věku a jeho předchozích zkušenostech s jejich řešením. Každá, jedincem prožívaná, konkrétní situace není však sama o sobě izolovaná, ale vždy souvisí s těmi ostatními. Zároveň je vždy jedinečná, neboť se nikdy neopakuje ve stejné podobě. Velkou roli má zde také její subjektivní vnímání a prožívání.

Jedlička s Kořou (1998, s. 138) řadí **nemoc** mezi životní situace tzv. „traumatické“, které patří k těm nepředvídatelným a velmi bolestivým. Ztráta zdraví, resp. ztráta s ním spojené soběstačnosti je jedním z nejnáročnějších tlaků na psychiku člověka. Zpočátku onemocnění je psychika člověka v určitém útlumu, jak říká Novosad (2000, s. 45), převládá „boj“ o životní funkce. Pokud jsou akutní komplikace onemocnění zvládnuty, dostavuje se dílčí úleva. Člověk si ale postupně začíná uvědomovat změny v dosavadních životních perspektivách, vnímá ztráty, jeho cíle jsou ohroženy a přestávají být reálné, nemá zpravidla motivaci k rehabilitaci, dostavují se pocity beznaděje a obavy z budoucnosti. Pod vlivem této nejistoty může u něj docházet k popření nové reality, může se dostavit fáze psychického šoku, kdy člověk s postižením obviňuje své okolí, zdravotníky, lékaře apod., kdy hledá viníka, příčiny. (Proč zrovna já?)

Životní situace osob se sníženou soběstačností (chronicky nemocných, zdravotně postižených a seniorů starších 65. let) je diametrálně odlišná od tzv. zdravé soběstačné populace. Je zde již určitý předpoklad, že jejich zdravotní stav je oproti akutní fázi nemoci již více méně stabilizovaný, stejně tak i jejich psychika. Člověk se již musel postupně vyrovnat s novou osobní (rodinnou, sociální) situací a musel se s většími či menšími obtížemi naučit akceptovat novou životní situaci, která má na rozdíl od té jeho předešlé určitá omezení na běžném způsobu života.

Vyžaduje především vysoké nároky na posilování a zachování si praktické soběstačnosti (kondiční rehabilitační pobyty, lázeňská léčba, přiměřené aktivity), neboť je zřejmé, že uspokojivá kvalita života se zachováním si rozhodovacích kompetencí a smysluplného trávení volného času souvisí s vyšší úrovní výkonnosti člověka. Naopak nečinnost a pasivita vedou ke ztrátě zachovaných či získaných schopností a ke zhoršení soběstačnosti a psychické pohody. Dále jsou to nároky finanční, neboť člověk se sníženou soběstačností je poživitelem invalidního nebo starobního důchodu, který tvoří většinou jeho jediný zdroj příjmu. Přiznaný příspěvek na péči slouží k „nákupu“ potřebných služeb. (Je pravda, že mnohdy ho osoby se sníženou soběstačností takto nevyužívají, neboť služby jsou pro ně drahé a oni mají také jiné finanční výdaje za léky, za bydlení a kompenzační pomůcky, takže pro některé z nich spíše představuje jakési přilepšení k důchodu.)

2. Zdravotní postižení a soběstačnost z hlediska pojmového vymezení

Kdo je vlastně zdravotně postiženou osobou? Nabízí se zde odpověď, že osoba, která má zdravotní postižení. Vymezení osoby se zdravotním postižením není až tak úplně jednoduché. V současné době neexistuje jeho zcela jednotná terminologie. Vybírám z mnoha definic.

„Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento nepříznivý stav potrvá déle než jeden rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení anebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“ (Novák, Kalnická, 2008 s. 542)

V České republice existovala a stále ještě existuje celá řada klasifikačních kritérií, které postihují nejrůznější projevy a důsledky zdravotního postižení.

V roce 1980 schválila Světová zdravotnická organizace (WHO) Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a hendikepů (ICIDH) a zavedla rozlišení mezi **vadou** (impairment), **postižením** (disability) a **hendikepem** (handicap). Její poslední revidovaná verze Mezinárodní klasifikace zdravotních stavů a jejich následků (ICIDH-2) přijatá v roce 2001 přináší však podstatnou změnu a používá novou terminologii – **1/ porucha** (impairment), **2/ omezení v činnostech** (activity limitations) a **3/ omezení ve společenských aktivitách** (participation restrictions).

Porucha (impairment) zahrnuje problémy týkající se **tělesných funkcí** (fyziologické funkce tělesných systémů, včetně psychických) a **tělesných struktur**. (To jsou anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich komponenty). (Koláčková, Kodymová, in Matoušek, 2005, s. 91)

Vysokajová (2000, s. 23) uvádí, že jde o jakékoliv omezení, ztrátu nebo abnormalitu psychické, fyziologické nebo anatomické stavby či funkce. Jde tedy o vnější projev bez ohledu na skutečný dopad na funkční schopnosti postiženého. Tyto problémy mohou být příčinou **omezení v činnostech** (activity limitations) z hlediska jednotlivce v začlenění do pracovního prostředí, kdy jedinec nemůže vykonávat svou činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro něj považovaný za „normální“. Aktivita snižovaná (limitovaná) zahrnuje obtíže,

kteře člověk může mít, když aktivitu provádí.

Kodymová s Koláčkovou (2005, s. 91) dodávají, že tyto problémy mohou být také příčinou **omezení** (člověka) **ve společenských aktivitách** (participation restrictions), což zahrnuje důsledky širší - sociální. Participace omezená (restringovaná) označuje problémy, které člověk může mít, když se zapojí do životních situací. Dále shrnují, že **druhé** a **třetí** uvedené úrovní dle (ICIDH-2) by odpovídal u nás užívaný pojem **hendikep**.

Hendikep (znevýhodnění neboli restringovaná participace)

Vysokajová (2000, s. 24) hendikep definuje jako omezení, které vyplývá pro daného jedince z jeho postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) „normální.“ Dále vymezuje, že hendikep je funkcí vztahu mezi zdravotně postiženými a jejich okolím a stává se zřejmým v případech, kdy dochází ke střetu s kulturními, fyzickými a sociálními bariérami, které brání postiženým účasti na normálním životě společnosti na stejné úrovni ostatních. (Hendikep se nemusí vždy projevit, neboť záleží na kulturních a společenských normách, které dotyčnou osobu obklopují.)

Mezi tímto již výše uvedeným pojmovým vymezením může dojít k souvislostem. Například v důsledku onemocnění nebo úrazu dojde u člověka ke vzniku zdravotního postižení, které může být pohybové, smyslové nebo mentální a na základě tohoto může danému jedinci vzniknout hendikep ve fyzické soběstačnosti, v pohyblivosti, v pracovním uplatnění či v sexuální integraci.

Uvedu příklad, kdy člověk s postižením dolních končetin má problémy s chůzí. Ta je však v mnoha situacích různě potřebná. Pokud v noci leží, či přes den sedí u počítače, jeho limitovaná chůze není natolik znevýhodňující, jako když jde třeba o profesi policisty nebo poštovního doručovatele.

Také Novosad zdůrazňuje (2009, s. 85), že je zapotřebí si uvědomit, že znevýhodnění jedince v denních aktivitách, přístupech a příležitostech k životním šancím a společenskému uplatnění nevzniká samotným postižením či funkční poruchou, ale rozvíjí se následně v souvislosti s bariérami všeho druhu, při absenci kompenzujících opatření a postoje okolí. Hendikep označuje jako redukci příležitostí k uspokojování individuálních potřeb a výkonu běžných občanských kompetencí a redukci šancí při vzdělávání a pracovním uplatnění.

Naprostě přesné údaje o počtu zdravotně postižených osob v České republice neexistují. Proto budu ve své diplomové práci vycházet z výsledků šetření Českého statistického úřadu z roku **2007**, při kterém bylo rozlišeno **šest základních typů zdravotního postižení**, a to vnitřní, tělesné, duševní, mentální, zrakové a sluchové, což zahrnuje (zaokrouhleno):

1	572 000 osob s vnitřním postižením
2	550 000 osob s tělesným postižením
3	128 000 osob s duševním postižením, resp. psychiatrickým onemocněním
4	107 000 osob s mentálním postižením, resp. mentální retardací
5	87 000 osob s postižením zraku
6	75 000 osob s postižením sluchu

Tabulka č. 1 - Šest základních typů zdravotního postižení

Zdroj: Novosad, 2009, s. 17-18

Z celkového uvedeného počtu **1 015 548 osob** se zdravotním postižením se řadí do skupiny

středně těžkého postižení	418 423 osob
těžkého postižení	301 500 osob
lehkého postižení	88 756 osob
velmi těžkého postižení	103 955 osob
dosud neurčená míra postižení je u	2 914 osob

Tabulka č. 2 – Rozdělení osob se zdravotním postižením do skupin

Zdroj: Novosad, 2009, s., 17-18

Z hlediska závažnosti postižení (dle metodiky Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, jež souvisí se soběstačností a průceschopností) lze vydedukovat, že nejčastější zastoupení v populaci zdravotně postižených má **středně těžké postižení**.

Tato stručná charakteristika vypovídá o tom, že každý přibližně desátý občan ČR má nějaké závažné zdravotní omezení. K nejčastějším typům zdravotního postižení u obyvatel ČR patří onemocnění vnitřních orgánů, zejména nemoci oběhové soustavy, zhoubné novotvary, nemoci endokrinního systému, výživy a přeměny látek. Poté následují nemoci či postižení pohybového ústrojí, jako jsou například vrozené vývojové vady, roztroušená skleróza mozkomíšní, Parkinsonova nemoc apod. (Novosad, 2009, s. 17)

Soběstačnost

Soběstačnost je obecně chápána jako schopnost člověka samostatně uspokojovat své základní životní potřeby, především vykonávat všední denní běžné činnosti ve svém přirozeném prostředí.

Dle hodnocení funkční nezávislosti (FIM) zde Kalvach (2006, s. 24) řadí:

- **péči o vlastní osobu** (příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, použití WC)
- **kontrolu svěračů** (kontrola močení, vyprazdňování)
- **přesuny** (lůžko, židle, vozík, toaleta, vana, sprchový kout)
- **lokomoci** (chůze, jízda na vozíku)
- **komunikaci** (rozumění sluchové, zrakové, vyjadřování verbální, neverbální)
- **sociální schopnosti** (sociální interakce, řešení problémů, paměť)

Kalvach (2006, s. 22) uvádí, že **soběstačnost** představuje jakýsi poměr mezi zdatností člověka a náročností prostředí. Novosad (2000, s. 51) vymezuje soběstačnost jako pojem velmi relativní. Tvrdí, že o nikom nelze říci, že je soběstačný, aniž bychom definovali podmínky jeho života. Například pacient v nemocnici se pohybuje bez větších problémů po pokoji, jídlo je mu připraveno a doneseno, sám se dokáže najíst, má zajištěný pravidelný pitný režim, ale v domácím prostředí, kde musí zvládnout schody a samostatné fungování bez pomoci zdravotnického personálu, už má problém se soběstačností. Míra soběstačnosti závisí

především na zdravotním stavu člověka, ovlivňují ji zejména chronická onemocnění a úroveň jejich kompenzace, zdravotní postižení a v neposlední řadě také věk.

K zachování a obnově **soběstačnosti** člověka tak výraznou měrou přispívá rehabilitace a také provedené změny v jeho domácím prostředí, ke kterým patří bezbariérové úpravy bydlení a instalace kompenzačních pomůcek.

2.1 Postižení v kontextu problematiky soběstačnosti

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) je postižení „... *částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu.*“ (Novosad, 2009, s. 12)

V důsledku toho dochází k narušení, omezení, nebo úplnému chybění některé ze standardních kompetencí. Například člověk, kterému nefunguje sluchový nerv, nemůže normálně slyšet a právě v této oblasti je postižen. (Postižení však nemusí vždy nutně znamenat snížení kvality života jedince nebo jeho neschopnost pracovat).

Z hlediska důsledků pro další život jedince s postižením, z hlediska jejich celkového rozvoje a prožívané subjektivní zátěže, Vágnerová (2008, s. 162 -163) rozděluje kategorii **vrozeného a později získaného postižení**:

Vrozené postižení, neboli primární zahrnuje chorobné změny, které představují omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí, např. zrakového či sluchového vnímání, omezení v pohybu apod. Toto vrozené postižení, resp. získané v raném věku, ovlivňuje vývoj jedince, který v jeho důsledku nemůže získat určité zkušenosti. Na druhé straně není však tak pro jedince subjektivně traumatizující, neboť ten je již na své postižení od dětství adaptován, tzn., že se s ním musel naučit žít. Jde například o dítě s dětskou mozkovou obrnou.

Vznik **získaného, tzv. sekundárního postižení**, je spjatý s působením nejrůznějších, zejména psychosociálních faktorů a působení vnějšího prostředí. Nejčastěji se jedná o následky závažných úrazů, které mohou vést k částečným ochrnutím (tzv. parézám), nebo až k úplným ochrnutím (tzv. plegiím) určitých částí těla, nebo o existenci chronického onemocnění. Získané postižení představuje pro jedince větší psychické trauma, neboť ten už může srovnávat, uvědomuje si „své ztráty“ a svůj současný stav považuje za horší a mnohdy

nepřijatelný. Z dřívějšího období si zachovává zkušenosti (po určitou dobu se totiž rozvíjel standardním způsobem a má tak získané mnohé kompetence, které mu mohou být v dalším životě užitečné). Jde např. o představu prostoru u později osleplých, o zachovalou slovní zásobu a schopnost verbální komunikace u později ohluchlých apod.

Protože se ve své praxi převážně setkávám s lidmi se sníženou soběstačností, která u nich nastala v důsledku **tělesného postižení** a tito pacienti – klienti jsou svými ošetřujícími či praktickými lékaři indikováni k posílení a obnově soběstačnosti a nácviku sebeobsluhy, (ať už v rámci lůžkové či ambulantní rehabilitace), v následujících oddílech se zaměřím právě na **problematiku tělesného postižení**, které výrazně u těchto lidí limituje jejich soběstačnost.

2.1.1 Tělesné postižení jako faktor limitující soběstačnost

Novosad (2011, s. 119) řadí do **tělesného postižení** chronická onemocnění a **lokomoční tzv. pohybová postižení**. O chronickém onemocnění jsem se již částečně zmínila v kapitole 1.2. Novosad (2011, s. 87) ještě k němu z pohledu soběstačnosti doplňuje, že může sekundárně vést k omezení pohybových schopností, (neboť pohybové aktivity jsou pro chronické onemocnění zátěží a tudíž jsou kontraindikovány), případně může vést až k degenerativním změnám na nosném a motorickém aparátu člověka. Chronické onemocnění bývá také označováno jako **interní postižení**, (viz. v tabulce č. 1 zaujímá první místo s nejvyšším počtem zastoupených osob) které není na první pohled zřejmé, a proto člověka tolik nestigmatizuje jako postižení **lokomoční (pohybové)**, které je přímo na první pohled viditelné. Více se jím budu zabývat v oddíle 2.1.2

Novosad (2011, s. 87) charakterizuje lokomoční (pohybové) postižení jako omezení hybnosti až znemožnění pohybu, jako dysfunkci motorické koordinace v příčinné souvislosti s poškozením, vývojovou vadou, orgánovou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální nebo periferní poruchou inervace, amputací či deformací části motorického systému. Toto postižení má charakter trvalého snížení funkční výkonnosti, ale i ztráty schopnosti v jednotlivé oblasti či více oblastech lokomoce.

Je nesporné, že pohyb je pro člověka základním nástrojem, který mu zajišťuje existenční zabezpečení, přísun podnětů, informací, nabízí příležitost k navázání sociálních kontaktů, podporuje zdravý životní styl, umožňuje práci, zábavu a v neposlední řadě také

zlepšuje předpoklad pro samostatnost a sebeobsluhu. Novosad (2000, s. 8-9) také potvrzuje, že přímo působí na socializaci člověka a na vývoj jeho osobnosti.

Vágnerová (2008, s. 251-252) uvádí, že tělesné postižení bývá spojeno s mnoha omezeními. Jeho možné důsledky lze diferencovat na **pohybový defekt**, tzn. funkční hendikep a na **tělesnou deformaci**, tzv. estetický hendikep.

Tělesné postižení může představovat tak pro jedince dlouhodobý stres. Je příčinou omezení samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti, brání získání mnoha zkušeností, omezuje sociální adaptaci a posiluje závislost na pomoci jiných lidí, institucí a sociálních služeb.

2.1.2 Vznik tělesného (pohybového) postižení a jeho vliv na soběstačnost člověka

Na příčinách vzniku **pohybového** postižení se mohou podílet jednak poruchy genetických dispozic, ale i prenatalně, perinatálně a postnatálně působící vlivy vnějšího prostředí. Záměrně vybírám rozdělení dle Vágnerové, neboť se mi jeví jako výstižné, přehledné a vhodné pro začlenění do tohoto oddílu.

Pohybové postižení členěno dle Vágnerové (2008, s. 252)

1. Pohybové postižení jako důsledek poruch v oblasti mozku (motorické kůry, mozečku, bazálních ganglií) **a míchy**. Může vzniknout jako důsledek geneticky podmíněné odchylky vývoje, prenatalního a perinatálního poškození (DMO, rozštěp páteře), nebo jako následek různých úrazů (poranění páteře s přerušáním páteřní míchy) a chronického onemocnění (roztroušená skleróza mozkomíšní, Parkinsonova choroba, degenerativní onemocnění míchy, nádorová onemocnění apod.) Jestliže pohybová vada vznikne jako projev organického postižení centrální nervové soustavy, často je spojena s projevy i narušením psychických funkcí. (Např. mentální retardace, demence)

2. Pohybové postižení jako důsledek poruchy kostí a kloubů.

Může se jednat o vrozenou poruchu (např. hypoplazie končetin) či později vzniklé onemocnění (např. osteoporóza). Většinou se jedná o poruchu růstu kostí nebo poškození struktury kostní tkáně, které brání funkci opěrného aparátu a pohybu. Patří zde zánětlivé onemocnění (arthritis), nebo mechanická poškození kloubů. Postižení pohybového aparátu může být také důsledkem chybění končetiny nebo její části (např. amputace).

3. Pohybové postižení jako důsledek poruchy svalstva.

Toto postižení se projevuje zhoršením funkce svalové tkáně (např. porucha nervosvalového přenosu vzruchu, nebo jejím úbytkem, např. svalová dystrofie).

Pohybové postižení je velmi častým problémem také zejména u seniorů, kde jejich počet s přibývajícím věkem narůstá. Například pacienti s onemocněním ischemickou chorobou dolních končetin nebo diabetickou gangrénou, v jejichž důsledku u nich později dochází k amputaci dolních končetin, nebo pacienti po cévních mozkových příhodách, kteří jsou ohroženi ztrátou mobility a soběstačnosti).

V rámci zachování soběstačnosti a nezávislosti člověka na jiných lidech je pro jeho fungování důležitá hybnost dolních a horních končetin a také hybnost mluvidel.

Pro jeho **samostatnou lokomoci** je důležitá hybnost dolních končetin, která umožňuje nezávislost na jiných lidech. Je prostředkem k získávání poznatků, zkušeností, umožňuje sebeprosazení, představuje předpoklad orientace v prostředí.

Pro jeho **sebeobsluhu** a aktivní kontakt s prostředím je klíčová hybnost horních končetin, stejně jako pro jakoukoliv pracovní aktivitu i pro vyjádření citového vztahu s blízkým člověkem.

Pro jeho rozvoj **verbální i neverbální komunikace** je důležitá hybnost mluvidel a mimická pohyblivost. Postižení tohoto typu významně ovlivňuje sociální uplatnění jedince, jeho společenskou pozici, akceptování ostatními lidmi a v souvislosti s ním i jeho sebehodnocení.

Pohybové postižení ovlivňuje nepříznivě rozvoj všech funkcí, jde především o omezení množství i kvality různých podnětů, o redukci zkušeností především sociálního charakteru. Pohybově postižený jedinec se tak snadno může dostat do situace izolace, kdy nemá takovou možnost setkávat se s druhými lidmi, má obvykle i menší zkušenost s nejrůznějšími sociálními situacemi a tento hendikep mu brání v učení umět se chovat a jednat v těchto situacích.

Vágnerová (2008, s. 253) tvrdí, že jedinci s později vzniklým postižením připouštějí, že tyto potíže omezily jejich nezávislost a změnily i některé jejich vlastnosti. Tyto změny však nemusí mít vždy negativní charakter, (jako je posílení agresivity, nepřátelství vůči jiným osobám, vztahovačnosti, pocitů lítosti a bezmocnosti) ale někdy mohou být i pozitivní.

Zpravidla když člověk prožije a zvládne traumatickou situaci, stává se citlivějším a vnímavějším a získává tak i určitý nadhled.

2.2 Činitele ovlivňující život člověka s postižením

Činitele ovlivňující život lidí se zdravotním postižením je možné v zásadě rozdělit na **subjektivní** a **objektivní**, z nichž některé je možno změnit a některé náleží k neměnným a můžeme je pouze kompenzovat nebo dodatečně eliminovat jejich negativní působení. Subjektivní činitele nejpodstatnějším způsobem poznamenávají život člověka s postižením a určují úspěšnost procesu socializace, která však zahrnuje mnoho faktorů. Svůj podíl na ní mají předpoklady určité sociální skupiny, individuální odlišnosti každého jedince i objektivní aspekty, které jsou dané stavem společnosti. Z daného faktu vyplývá, že proces socializace není a nikdy nebude u všech jedinců stejný. (Novosad, 2000, s. 12)

Mezi subjektivní činitele ovlivňující život člověka s postižením dle Novosada (200, s. 12) řadíme:

1/ Zdravotní stav a omezení, která z něj vyplývají, tj. chronické onemocnění nebo již trvalé zdravotní postižení, které nelze plně terapeuticky zvládnout a které významně ovlivňuje lokomoci, mobilitu, vnímání a komunikativnost, chápání, emocionalitu, chování a jednání jedince.

2/ Osobnostní rysy jedince, vyjadřující specifičnost osobnosti jedince a tím i jeho rozdílnost od ostatních lidí. Osobnost charakterizuje určitý způsob prožívání, uvažování, reagování a chování. Jde o relativně trvalé a stabilní vlastnosti.

Důvodem změny osobnostních vlastností může být např. zkušenost se zátěžovou, nebo mezní situací. Mezi vlastnosti osobnosti jsou zařazeny i schopnosti, tzn. předpoklady jednat určitým způsobem.

3/ Vlastní sebehodnocení ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění a k reálným možnostem dosahování životních cílů.

Důležitou složkou osobnosti je vlastní sebepojetí, které zahrnuje subjektivně interpretovanou minulost a současnost, ze kterých vyplývá anticipace budoucnosti. Je to jednak obraz sebe sama, sebehodnocení a vztahu k sobě. Jde o ocenění vlastních kompetencí a kvalit a míry přijetí sebe sama. Charakter sebepojetí jedince vnímá i jeho okolí a dává mu zpětnou vazbu, která může posilovat stabilitu jeho osobnosti, nebo naopak nemusí.

4/ Schopnost zvládnout nepříznivé životní situace. (Ta je dána jednak charakterovými vlastnostmi, ale také volní a motivační složkou osobnosti.) Týká se situací, které se vymykají běžnému standardu, kterým jedinec nerozumí, na které není dostatečně adaptován a připraven např. stres, různé krize. Důležitá je tady míra resilience (skutečnosti fyzické i psychické síly jedince, houževnatosti, nezdolnosti), což lze interpretovat jako schopnost zvládat nejrůznější nepříznivé situace a pružně na ně reagovat. (Vágnerová, 2010, s. 354)

5/ Vnější vlivy, na nichž je jedinec závislý (rodina, komunita.)

K subjektivním činitelům, kteří mají bezesporu největší vliv na život jedince se zdravotním postižením, náleží jeho rodina, jeho výchovné prostředí a jeho tzv. významní druzí. Nejdůležitější je určitě raná zkušenost s matkou a pak s ostatními členy rodiny, vrstevníky a jedinci mimo rodinu. K vyšším sociálním potřebám každého jedince patří potřeba sociálního kontaktu a potřeba sounáležitosti a akceptace jinými lidmi. Jedinec žije v určitém sociálním prostředí v interakci s jinými lidmi, kteří jej v mnoha směrech ovlivňují, ať už v pozitivním či negativním smyslu. (Vágnerová, 2010, s. 281)

K objektivním činitelům, které jsou na osobě s postižením méně závislé, dle Novosada (2000, s. 12) řadíme:

1/ Společenské vědomí, které zahrnuje přetrvávající předsudky a postoje majority (většiny) k postižené populaci, dále pak samotné vztahy k postiženým lidem.

2/ Stav životního prostředí, které je posuzováno z hlediska podílu četnosti výskytu postižené populace vlivem stavu životního prostředí a jeho působení na člověka. Dále pak z hlediska přímého vlivu na existenci a život lidí se zdravotním postižením, a to se přímo týká zejména změny klimatu, toxicity prostředí, urbanizace, vlastního životního prostoru s existujícími technickými, dopravními, komunikačními a architektonickými bariérami.

3/ Sociální politiku, tedy uplatňující vztah státu ke znevýhodněným lidem. Efektivní sociální politika musí směřovat přímo k zdravotně postiženým lidem a respektovat jejich možnosti, potřeby a další osobní specifika, podporovat jejich důstojnost a minimalizovat jejich sociální vyloučení.

4/ Vzdělávací politiku, která obsahuje úroveň zprostředkování výchovy, vzdělání a profesní přípravy lidem se zdravotním postižením.

5/ Politiku zaměstnanosti, tedy vůli a možnosti vytvářet pracovní místa a zabezpečení využití nadání a schopností lidí s hendikepem. Cílená podpora se musí zaměřit na to, aby si i tito lidé získali a udrželi vhodné, zdravotně i kvalifikačně přiměřené zaměstnání.

6/ Sociální služby (služby adresné, adekvátní a eticky důstojné, které budou uspokojovat potřeby lidí s postižením a kompenzovat omezení či překážky vyplývající z konkrétního typu zdravotního znevýhodnění.)

Shrnutí

Definice zdraví prošla dlouhodobým vývojem. Zdraví můžeme posuzovat z mnoha hledisek. Je ovlivněno více faktory, z nichž převažující je způsob života jedince – životní styl, až v 60%. Nemoc je považovaná za velmi náročnou zátěžovou životní situaci z hlediska svého průběhu a možných sociálních dopadů pro jedince v rámci jeho další budoucnosti. Stává se, že některá akutní opakovaná či neléčená onemocnění přerostou v onemocnění chronická a některá onemocnění jsou naopak chronická už od svého samotného počátku a přecházejí tak do formy zdravotního postižení, kdy u jedinců s postižením dochází k pozbytvání soběstačnosti či k její úplné ztrátě. Nejpočetnější skupinu zdravotně postižených lidí u nás tvoří lidé s vnitřním zdravotním postižením. Nejpočetněji je v naší populaci lidí se zdravotním postižením zastoupena skupina se středně těžkým zdravotním postižením. Život člověka s postižením je ovlivněn mnoha subjektivními a objektivními činiteli, z nichž některé je možno změnit a jiné náleží k neměnným a lze je pouze kompenzovat.

3. Role a postavení osoby se sníženou soběstačností ve společnosti

Jestliže laická veřejnost obecně hovoří o nemocných lidech, má nejčastěji na mysli lidi s akutním onemocněním, jejichž nemoc se objeví, je diagnostikovaná, proběhne léčba a v relativně krátkém čase se očekává návrat k původnímu stavu zdraví. (Křivohlavý, 2002, s. 130)

U **chronicky nemocných osob** je tomu však jinak, neboť nemocný je často postavený do situace, v níž mu chybí perspektiva uzdravení. Jobánková (2000, s. 57) má především na mysli onemocnění, které je spojováno s nepříznivou prognózou, s výhledovým úbytkem životních sil, s postupující ztrátou soběstačnosti a narůstající závislostí na péči rodiny či instituce. Jedná se zejména o nádorová onemocnění, cévní mozkové příhody, neurologická degenerativní onemocnění, zánětlivá onemocnění kloubů (revmatoidní artritida), onemocnění postihující tkáň centrální nervové soustavy, jako například Alzheimerova choroba a další.

(V řadě případů však nemusí jít o vážné onemocnění, které by pacienta ohrožovalo na životě.)

Největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na sebepojetí pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí.

Křivohlavý (2002, s. 131) říká, že se svou chorobou jedinec získává i roli nemocného a že je nejvíce postižena jeho identita.

„Byl někým, nežli došlo k onemocnění. Nyní je též někým, ale někým jiným. Toto odcizování se nejen druhým lidem, ale i sama sobě může dojít tak daleko, že se chronicky nemocný pacient přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Ztrácí nejen pocit schopnosti něco řešit (kompetence), ale dokonce i osobní úcty a ceny. Odborně se tento stav charakterizuje jako non – person – nebytí osobností. Tato změna je pociťována pacientem (ve stavu chronického onemocnění velice snadno psychicky zranitelným) jako mimořádně těžká.“
(Křivohlavý, 2002, s. 131)

K další redukci sociálních rolí a změně společenského postavení vede dlouhodobá hospitalizace. Nemocný se zpravidla stává pasivním objektem péče jiných lidí a umístěním do nemocnice či léčebny dlouhodobě nemocných může prožívat jako ohrožení či ztrátu kontroly nad svým životem, která posiluje často jeho nejistotu a pocity desorientace.

Schopnost adaptace na postižení také souvisí s věkem. Zejména **senioři** jsou již méně přizpůsobiví a navíc i jejich tělesné postižení přináší větší nároky na fyzickou kondici při

běžných denních úkonech, k nimž patří například péče o zevnějšek, dodržování hygieny, příprava stravy, schopnost přemísťovat předměty denní potřeby, schopnost obléknout se, obout se, dodržovat léčebný režim apod.) Mnohdy pro svou kognitivní poruchu, která představuje přechodné nebo trvalé postižení poznávacích funkcí (výpadky paměti, pozornosti, neschopnost zpracovat nové informace) také nejsou schopni spolupracovat v rámci léčebné zdravotnické rehabilitace. Mají také více dlouhodobých a intenzivních bolestí, často mají pohybové potíže při chůzi, potíže s vyměšováním, těžkosti s dýcháním, nebo jsou zcela imobilní apod. Za těchto uvedených okolností vzniká celá řada fyzických, psychických, ale i sociálních problémů, jak u osob se zdravotním postižením, které trpí sníženou či úplnou ztrátou soběstačnosti, tak i u lidí pečujících v jejich okolí.

Je zapotřebí si uvědomit, do jaké míry postižení člověku ztěžuje život a ve kterých oblastech jej omezuje a znevýhodňuje. Velmi důležitá je míra soběstačnosti a nezávislosti na pomoci jiného člověka především v oblasti sebeobsluhy a osobní hygieny.

Neméně důležitá je i míra schopnosti sociálního kontaktu a umožnění a udržení vztahů s jinými lidmi, neboť v naší společnosti se neustále zdůrazňuje koncept úspěšného stárnutí a rozvoj pozitivního myšlení do nejvyššího věku. Základní společenskou jednotkou se v rámci podpory a péče o člověka se sníženou soběstačností stává rodina.

3.1. Rodina osoby se sníženou soběstačností

Je nesporné, že jakékoliv závažnější zdravotní postižení většinou dokáže ovlivnit život celé rodiny. Poznání, že někdo blízký, je dlouhodobě nemocný a nesoběstačný, vyvolává ze strany jeho rodinných příslušníků často negativní emoce, pocity bezmoci, úzkosti a strachu z budoucnosti, že péči nezvládnou a že jejich život bude podřízen pouze „závislé osobě.“ Už samotný kontakt s nesoběstačným blízkým, bývá pro rodinné příslušníky náročný. Zátěž pro rodinu představuje i vynucená změna jejich dosavadního životního stylu (zásah do výkonu zaměstnání, omezení volnočasových aktivit), který musí přizpůsobit adekvátní situaci. Například nastěhovat se ke svému blízkému, vybavit domácnost polohovací postelí, provést bezbariérové úpravy (odstranění prahů, instalovat sprchový kout místo vany apod.). Přidalová (2006, s. 73) uvádí, že péče o nesoběstačného blízkého dokáže být značně vyčerpávající fyzicky i psychicky, pečující mohou trpět častěji depresemi, hrozí jim riziko vzniku rodinných

krizí a sociální izolace. Zároveň může být také pro ně méně uspokojující, neboť její efekt nemusí být takový, aby odpovídal jejich vynakládanému úsilí. A tak může pečující snadno propadnout beznaději, že svou roli nezvládl, nevyužil nabízených dostupných možností sociálních služeb a může získat pocit, že selhal. V opačném případě si také může vyčítat, že předčasně umístil svého blízkého do domova seniorů a nezkusil nejprve péči v domácím prostředí.

Vavroň (2011, s. 4) uvádí, že většina seniorů si přeje zůstat ve svém bytě za asistence svých blízkých i v případě bezmocnosti. (Pomoc ve stáří od dětí ano, ale za předpokladu odděleného bydlení, na čemž se shodují jak soudobí senioři, tak i jejich děti.) Snahu rodin pečovat však v současné době začíná omezovat nedostatek finančních prostředků, což je jedním z hlavních důvodů, že mezigenerační solidarita v Česku není silná tak jako dříve. Dále jsou to obavy rodinných příslušníků ze ztráty zaměstnání, péče o vlastní dorůstající děti, nevyhovující bytové poměry, které jsou málokdy uzpůsobeny pro soužití dvou generací apod. Vavroň (2011, s. 4) též zdůrazňuje, že česká rodina je tradičně dvoupříjmová, takže aby zvládla své životní náklady (hypotéky, studia dětí), musí pracovat i žena. Právě ztráta zaměstnání ženy, která je v našich podmínkách primární pečovatelkou, ji samotnou může dostat do neřešitelných problémů.

Na zajištění péče o osoby se sníženou soběstačností by se měla tedy společně podílet rodina, stát i zaměstnavatelé, kteří by umožnili pečujícím např. pružnou pracovní dobu, nebo práci na zkrácený úvazek, možnost vrátit se po ukončení péče na celý pracovní úvazek. Ze strany podpory obcí a krajů jde o navýšení více odlehčovacích služeb, kdy forma krátkodobého pobytu dokáže výrazně ulehčit situaci pečujících. Dále by bylo zapotřebí rozšíření služeb osobní asistence, které například nemají zastoupení v malých městech a obcích.

3. 2 Dávky a sociální služby jako nástroj kompenzace a sociální rehabilitace

Sociální důsledky zdravotního postižení jsou kompenzovány formou peněžních příspěvků (příspěvek na péči) a sociálních služeb.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupni závislosti.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách podle § 8 se osoba považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve čtyřech stupních.

1. stupeň	lehká závislost ...800,-Kč	každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 3 nebo 4 základních životních potřebách.
2. stupeň	středně těžká závislost... 4 000,-Kč	každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 5 nebo 6 základních životních potřebách.
3. stupeň	těžká závislost...8 000,-Kč	každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 7 nebo 8 základních životních potřebách.
4. stupeň	Úplná závislost...12 000,-Kč	každodenní pomoc nebo dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při 9 nebo 10 základních životních potřebách.

Tabulka č. 3 – Čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s platností od 1. 1. 2012

Změny v zákoně od 1. 1. 2012 :

- dochází k **výraznému zjednodušení a větší efektivitě** při stanovení stupně závislosti pro účely přiznání příspěvku na péči podle mezinárodního modelu hodnocení zdravotního stavu (tzv. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví).
- posudkoví lékaři **popisují jen 10 ucelených** a věcně souvisejících oblastí každodenního života člověka, jak dokáže zvládnout základní životní potřeby, a to **namísto** původních 36 úkonů ve 129 činnostech

Zdravotní stav se **posuzuje** na podkladě **10 základních životních potřeb**:

- mobilita
- orientace

- komunikace
- stravování
- oblékání a obouvání
- tělesná hygiena
- výkon fyziologické potřeby
- péče o zdraví
- osobní aktivity
- péče o domácnost

Náklady na příspěvek na péči jsou hrazeny ze státního rozpočtu. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností, který prostřednictvím sociálních pracovníků z odboru sociální péče provádí sociální šetření, při kterém se zjišťuje, nakolik je žadatel schopen samostatného života. (Zda je schopen si uvařit, nakoupit, provést osobní hygienu apod. samostatně se najíst, použít WC apod.)

Ekonomické a další materiální podmínky jsou zabezpečovány formou přiznání invalidního důchodu (částečného a plného) a starobního důchodu.

Nejvýznamnějším prostředkem sociální rehabilitace jsou **sociální služby**. Matoušek (2007, s. 11) o nich říká, že jsou součástí státního systému sociálního zabezpečení a legislativa je zařazuje do oblasti tzv. **sociální pomoci**. Služby tak chrání občana tím, že v jeho prospěch něco konají. Jsou poskytovány institucemi veřejnoprávními nebo soukromoprávními (nestátní organizace) Jejich zřizovateli mohou být obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách představuje novou kategorizaci sociálních služeb.

Sociální služby se dle nové právní úpravy dělí dle (§ 32) na tyto druhy:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

dle (§ 33) na tyto formy:

- pobytové (spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb)
- ambulantní (služby, za kterými osoba dochází, je doprovázena, je dopravována)
- terénní (služby, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí osoby)

Pro potřeby osob se sníženou soběstačností vybírám zákonem stanovené služby sociální péče.

Služby osobní asistence, jde o terénní služby, které pomáhají se zvládnutím běžných každodenních dovedností a činností, které by si jinak člověk mohl zabezpečit sám, ale vzhledem ke svému zdravotnímu znevýhodnění to nezvládá. Problém je, že ne všude fungují. Týká se to hlavně malých měst a obcí, výjimkou nejsou však ani větší města.

Pečovatelská služba, jde o terénní nebo ambulantní službu, která pomáhá lidem se sníženou soběstačností v oblasti osobní péče a péče o domácnost. Tato služba má lidem umožnit co nejdelší setrvání v přirozeném domácím prostředí se zachováním vlastního životního stylu. Nejčastěji jde o dovážku obědů, zajištění nákupů, úklidu, pomoci s hygienou, praní prádla, různé pochůzky (vyzvednutí léků, doprovod k lékaři) Je zřizována obcemi.

Průvodcovské a předčitatelské služby, jsou terénní nebo ambulantní služby určeny osobám, které v důsledku svého zdravotního postižení mají problémy s komunikací a orientací. Tyto služby většinou poskytují centra pro osoby se zdravotním postižením.

Tísňová péče – neboli tísňové volání – tuto terénní službu zajišťují zpravidla některé neziskové organizace či některé městské úřady. Jejich úkolem je poskytnutí pomoci zejména starým lidem se sníženou soběstačností, jednoduše se dovolat pomoci, když se stane nějaká nepředvídaná událost, kterou nejsou schopni zvládnout sami. Např. služba „Senior inspect“, která byla vyvinuta coby mobilní komunikační jednotka, která umožňuje nouzovou komunikaci, detekci pádu na základě nehybnosti osob, jejich lokalizaci a další rozšiřující funkce. Stav monitorované osoby je po celých 24 hodin sledován, systém snímá polohu seniora i při zcela volném pohybu mimo domov.

Chráněné bydlení je pobytová služba určena lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti osobní péče a péče o domácnost a kteří chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Služby podporují soběstačnost uživatelů, eventuálně se u nich počítá s návratem do vlastního prostředí či se zachováním nebo obnovením životního stylu. Většinou je poskytováno osobám s duševním postižením. Převážně je zřizováno nestátními organizacemi.

Centra denních služeb, dříve tzv. „domovinky“ představují ambulantní službu, která je určena lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti osobní péče, používání veřejných míst a služeb a využití volného času. Jde o službu poskytovanou v denním režimu v zařízení. Podstatou je aktivizace uživatelů, stabilizace nebo posílení jejich schopností a dovedností. Jedná se o zařízení, ve kterém je zajištěno stravování, hygiena a aktivizační programy. Převážně jsou tato centra schopna zajistit dovoz a rozvoz klientů zpět do domácího prostředí, což představuje velkou pomoc pro jejich pečující rodinné příslušníky.

Odlehčovací služby náleží do kategorie služeb terénních, ambulantních či pobytových a pomáhají rodinám, které dlouhodobě pečují o člověka s postižením, ve zvládnutí péče, za současného zachování jejich běžných příležitostí ve společnosti (umožnit pečujícímu odpočinek, dovolenou, hospitalizaci, lázeňskou péči) Tato péče bývá nejčastěji poskytovaná v domovech pro seniory či v sociálně - ošetrovatelských zařízeních.

Denní stacionáře a týdenní stacionáře nabízející výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Denní stacionář poskytuje ambulantní služby, týdenní stacionář poskytuje pobytové služby.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Tato péče je vhodná v těch případech, kdy nelze jiným způsobem zajistit poskytnutí dlouhodobé přiměřené péče a pomoci. Jedná se zde o tradiční formu komplexního zaopatření (ubytování, strava, ošetrovatelská péče, rehabilitace) osob se zdravotním postižením, kteří nejsou schopni vlastními silami ani s pomocí rodin a při poskytování terénních sociálních služeb (osobní asistence, pečovatelská služba) samostatného života. Domovy poskytují služby cílovým skupinám: klienti s mentálním postižením, klienti s tělesným postižením a klienti s kombinovaným postižením. Věková hranice uživatelů služeb je individuální s ohledem na každé konkrétní zařízení. Někde je to od 18 let, jinde až po 55. roce věku apod. Nicméně převažují zařízení spíše pro klienty s mentálním postižením a postižením kombinovaným (mentálním a tělesným). Domovů se specializací pro klienty s tělesným postižením je velmi málo.

Domovy pro seniory. Tato služba je určena pro seniory, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti osobní péče a péče o domácnost, kteří se z důvodu věku či zdravotního stavu ocitli

v nepříznivé sociální situaci a potřebují pomoc druhé osoby. Jejich cílovou skupinou jsou osoby starší 65 let. Jen některé domovy (je jich skutečně málo), poskytují služby osobám mladším 60 let. (Například Domov Centrum Rožmitál pod Třemšínem má cílovou skupinu od 57 let věku.) Výjimku tvoří domovy, které poskytují služby osobám mezi 60 – 65 lety s přihlédnutím na poruchu hybnosti a potřeby ošetrovatelské péče, kdy dolní hranice pro přijetí je 60 let. (Například nově na Kladensku Domov Velvary, Švermov a Smečno, na Rakovnicku Domov Nové Strašecí.)

Domovy se zvláštním režimem. Slouží pro osoby chronicky duševně nemocné, závislým na návykových látkách, osobám s různým typem demencí. Specifikem těchto zařízení je jejich nedostatek a dlouhá čekací doba na umístění klienta. Jejich cílovou skupinou jsou osoby starší 65 let.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

V těchto zařízeních se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nezbytně nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby. Nemohou být proto propuštěny, dokud jim není zajištěna pomoc osobou blízkou, nebo pomoc jinou fyzickou osobou či pomoc sociálních služeb pobytových (domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, domov se zvláštním režimem) nebo terénních (pečovatelská služba, osobní asistence, centra denních služeb). Nejčastěji jsou zřizovány ve zdravotnických zařízeních následné péče, typu LDN, tzv. „sociální lůžka“. Podmínkou přijetí na sociální lůžko je podaná žádost do domova seniorů a příspěvek na péči, který je již přiznaný, nebo je v řízení. Tuto službu poskytuje pro klienty v kladenském regionu GARC (podrobněji v příloze č. 4), dalším nejbližším poskytovatelem služby je zdravotnické zařízení Medicina Podbořany.

Shrnutí

V důsledku chronického onemocnění, zdravotního postižení či stáří, dochází ke změně rolí člověka ve společnosti. Protože je každý člověk součástí určité vztahové sítě, mění se také způsob života jeho rodinných příslušníků. Rodinní příslušníci mají mnohdy zcela oprávněné obavy ze ztráty zaměstnání, zda náročnou péči vůbec zvládnou, zda si dokážou vytvořit podmínky pro péči v domácím prostředí, a také zda jim to ekonomická a bytová situace umožní.

Zpravidla se v této náročné životní situaci ocitají poprvé, takže nemají prakticky žádné zkušenosti. Významnou sociální dávkou pro osoby se sníženou soběstačností představuje příspěvek na péči. Oprávněná osoba si tak prostřednictvím této dávky může „nakoupit“ potřebné služby péče svého rodinného příslušníka, sociální služby terénní či pobytové. Zatím jsou však stále nedostatečné volné kapacity v pobytových sociálních službách určené seniorům a osobám se zdravotním postižením (specificky tělesným).

4. Profesionální způsoby pomoci lidem se sníženou soběstačností

Buryová (2010, s. 38) uvádí, že proces **pomáhání** znamená v laickém způsobu pomoci **pomoc**, kterou poskytuje jeden člověk druhému nebo skupině osob, přičemž může jít o pomoc finanční, materiální nebo psychickou. Motivem takové činnosti je prospět druhým, vynaložit určitou energii, předat něco ze svého „osobního bohatství“ a tím odstranit nebo zmírnit nepříznivou situaci, v níž se druhý nachází. Hlavním předpokladem je zde potřeba a touha člověka prospět, udělat tzv. ještě něco navíc, jako se s tím můžeme setkat nejčastěji v charitativní činnosti, kdy poskytovatelé této pomoci nemusí být odborníky na žádný typ poradenství.

„Klíčová věta, na které se poradci shodují, zní: Pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami.“ (Buryová, 2010, s. 38)

Jinými slovy lze touto větou vyjádřit, že pomáhat lidem znamená určit a objasnit problém tak, aby se člověk mohl sám rozhodnout, co s ním udělá, jak s ním naloží, jak se k celé své „problémové situaci“ postaví. Buryová (2010, s. 38) ještě dodává, že pomáhání představuje jednu z cest, jak pomoci lidem překonávat jejich problémy, jak vyjasňovat jejich osobní cíle a jak jich dosahovat. V oceňování pomáhání pak nehraje roli, zda klientovi skutečně tento proces pomáhá, ale důležitý je jeho samotný výsledek, a to zda poradce spolu s klientem skutečně dosáhnou toho, čeho dosáhnout chtějí. (Změna postojů, špatných návyků, přerámování situace, vyřešení problému).

Pro vyjasnění odborného kontextu problematiky vybírám trojí vymezení způsobu pomoci dle autorů Úlehly, Scallyho a Hopsona a Novosada.

Úlehla (2005, s. 35- 37) řadí mezi profesionální způsoby pomoci:

1. doprovázení, (kdy pracovník nabízí pomoc na objednávku klienta, který jej žádá, aby mu poskytl své naučené schopnosti a dovednosti ke zvládnání těžké situace. Základní nabídkou pracovníka je přijetí a poskytnutí pevné opory.)

2. vzdělávání, (kdy pracovník na žádost klienta poskytuje informace a vysvětlení, poučení či potvrzení věcí. Důležitá je pracovníkova schopnost s vědomostmi citlivě a rozumně nakládat a ověřovat, zda jsou klientovi ku prospěchu).

3. poradenství, (kdy pracovník na žádost klienta rozvíjí jeho vlastní možnosti, pomáhá tak svému klientovi najít ty „nejužitečnější cesty“, přičemž jejich posuzovatelem se stává klient „SÁM“.)

4. terapii, (kdy pracovník vytváří postupy ke vhodnému řešení situace klienta, kterého oceňuje, zplnomocňuje a posiluje v rozvoji řešení jeho problému).

M. Scally a B. Hopson (1979 in Matoušek, 2008, s. 85) provedli rozlišení šesti typů pomoci druhým podle potřeb osoby, která pomoc vyhledala.

1. Pomáhání podáním jednoduchých věcných informací (je určeno osobám, které potřebují pro řešení své situace informace, jak např. vyplnit příslušný formulář, žádost, nebo informace poskytované prostřednictvím přehledu o agenturách poskytujících potřebné služby.) Informace tohoto typu jsou velmi užitečné, neboť jejich nedostatek může postavit klienta do nevýhodné, neřešitelné až beznadějné situace.

2. Pomáhání poskytováním rad (spočívá v nabízení názoru odborníka na to, jak by si klient měl lépe počínat, přičemž odborník by neměl postrádat vzhled do jeho situace.)

3. Pomáhání prostřednictvím učení (znamená umožnit klientovi získání znalostí nebo dovedností, které by jeho situaci dokázaly zlepšit.)

4. Pomáhání prostřednictvím psychologického náhledu (spočívá v pomoci klientovi pochopit problém, objasnit, ukázat možné cesty, aby se jedinec dokázal správně rozhodnout, **nejčastěji jde o to pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami**, tak aby se sami rozhodli, jak uchopí svůj problém a co s ním udělají

5. Pomáhání prostřednictvím přímé akce (spočívá v tom, že pomáhající něco vykoná či obstará za jinou osobu, udělá to, co právě naléhavě potřebuje, např. vyplnění formuláře, jednání s úřady, prostřednictvím plné moci klienta)

6. Pomáhání vyvolané změnou systému (spočívá v ovlivnění, nebo v zásahu do systému, který jedinci způsobuje potíže. Např. technické úpravy, reorganizace služby, návrh na změnu v předpisech ve prospěch klienta.)

Novosad (2009, s. 102 - 103) rozlišuje tyto formy pomoci:

1. vedení, informování (z hlediska komunikace může jít o převážně jednosměrné předávání poznatků klientovi – přednáška, odpovědi na dotazy, blíží se spíše výuce, výcviku apod.)

2. poradenství v užším smyslu (vede klienta k hlubšímu náhledu na jeho problém, příčiny, předpokládá obousměrnou komunikaci, klade si vyšší cíle v oblasti dosažení „dobré změny“ v klientově situaci.

3. konzultační činnost (představuje odbornou poradu poskytovanou jinému odborníkovi v rámci péče o klienta)

U všech výše jmenovaných autorů je v uvedených způsobech profesionální pomoci shodně zastoupeno **poradenství** či poskytování rad a informací. Je pravdou, že poradenství se dnes věnuje celá řada pomáhajících profesí, (sociální pracovníci, lékaři, zdravotní sestry, psychologové, psychiatři, duchovní, učitelé, lektoři) jehož výsledkem je poskytování informací, které lidem umožňují získávat znalosti a dovednosti k řešení jejich problémů. (viz. tabulka č. 4 v příloze č. 1)

Osobně se přikláním k názoru, že klienti potřebují obdržet veškeré, pro ně důležité informace, aby věděli, kam se mají se svým problémem obrátit, aby se zorientovali ve své situaci, udělali si přehled o možných formách pomoci a nabídce služeb, tak aby mohli svůj problém s menší či větší podporou začít řešit. Sami se tak stávají aktivními v přístupu ke své životní situaci a je dobře, když si uvědomí, co pro vyřešení svého problému mohou udělat také oni sami. Stejně tak potřebují mít pocit jistoty, že se mohou obrátit na svého poradce, že ho mají možnost kontaktovat a konzultovat s ním svůj problém, a že mají právo rozhodnout si o své další budoucnosti i za cenu případných možných rizik a problémů, pokud nejsou ochotni přijmout nabízené řešení, nebo odmítají dále s poradcem spolupracovat.

Ze všech možných způsobů profesionální pomoci jsem si k tématice své diplomové práce vybrala **sociální poradenství**, a to na základě svých vlastních zkušeností z praxe zdravotně-sociálního pracovníka, neboť právě v něm spatřuji hlavní způsob pomoci svým klientům a jejich rodinným příslušníkům.

4.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství je realizováno prostřednictvím poskytování rad, informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech. Náleží zde také odkazování, vyjednávání a aktivní pomoc lidem, kteří nejsou schopni bez vnější podpory vyřešit specifickou situaci ve svém životě.

Sociální poradenství dělíme dle zákona č. 108/2006Sb o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o

sociálních službách, na dva typy – podle § 3 na **základní** a podle § 4 na **odborné**. Je poskytováno státními i nestátními subjekty sociální pomoci.

„Základní sociální poradenství poskytuje informace o nárocích, službách a možnostech, které mohou vyřešit nebo zmírnit obtížnou situaci člověka. Poskytované informace vyplývají ze systému sociální ochrany občana, k němuž patří pojištění, podpora, pomoc, nebo ze systému, který zajišťuje zaměstnanost.“ (Matoušek, 2003, s. 84)

Pro **základní sociální poradenství** je důležité, aby bylo dostupné co nejbližší bydlišti, i v menších obcích, na pracovišti, v ideálním případě i v zařízení, v němž se člověk nachází. Což může být například nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných, azylový dům apod.

Jeho součástí je i další **zprostředkování** odborné pomoci, **odkazování** a **doporučení** na jiné typy služeb, směřující k vyřešení nepříznivé sociální situace klienta. Patří zde také poskytování informací o základních právech a povinnostech osoby v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, o možnostech využívání dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a pro zabránění vzniku závislosti na sociální službě a informace o možnostech podpory členů rodiny v situaci, kdy se podílejí na péči o klienta.

(Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 3)

„Pro odborné poradenství je charakteristické používání speciálních odborných postupů, jejichž cílem je ovlivnit uvažování a jednání člověka, který se nachází v obtížné situaci, již se mu nepodařilo řešit vlastními silami nebo s pomocí rodiny a přátel.“ (Matoušek, 2003, s. 85)

Odborné sociální poradenství poskytuje komplexní pomoc lidem při řešení jejich sociálních problémů. Je zaměřeno na konkrétní pomoc a praktické řešení obtížné sociální situace. U osob se sníženou soběstačností je zaměřeno na řešení sociálních dopadů a důsledků zdravotního postižení.

Základní činnosti při poskytování odborného sociálního poradenství se zajišťují **zprostředkováním** navazujících sociálních služeb, **poskytováním** poradenství v oblasti orientace v sociálních systémech, v oblasti práva, psychologie a vzdělávání, **pomocí** při

vyřizování běžných záležitostí a při obnově nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. (Vyhláška č. 505/2006 Sb., § 4)

4. 1. 2 Sociální poradenství osobám se sníženou soběstačností

S osobami se zdravotním postižením zpravidla přímo i nepřímo souvisí jejich široké spektrum a proměnlivost obtížných životních situací a problémů. Je zde nutno počítat s rozmanitostí klientely, do které patří:

- lidé s nejrůznějšími typy a formami zdravotního postižení
- lidé s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem
- pečující rodiny
- samotné pečující osoby
- senioři, u nichž se důsledky stárnutí snoubí se zdravotním postižením a pozbyváním soběstačnosti

(Novosad, 2009, s. 147)

Při poskytování poradenství této cílové skupině osob je nutné respektovat jejich zdravotní postižení, nezvratnost jejich omezení a limitů (např. ztrátu zraku nebo pohyblivosti nelze z objektivních příčin překonat). Pokud je však klient se svým postižením smířený a přijal ho, je nutné mu pomoci k nalezení možností, které může využít při řešení své nepříznivé situace. To se týká jeho další možné budoucnosti (poskytování sociálních služeb, poskytování zdravotních služeb – zdravotní domácí péče.)

V komunikaci s lidmi se zdravotním postižením je zapotřebí přijímat je jako rovnocenné partnery, přizpůsobit se jim v komunikaci a respektovat jejich dorozumívací možnosti.

Při poradenském kontaktu s lidmi se zdravotním postižením je třeba například vzít na vědomí, že klientům s poškozenou hybností horních končetin (parézy, plegie) dělává potíže psaní. Je proto dobré a efektivní, když jim poradce napíše doporučené kontakty na papír, udělá jim k jejich související problematice písemné poznámky, okopíruje jim potřebné materiály, které se týkají jejich záležitostí.

V přístupu ke klientům s chronickým onemocněním je nutné mít základní povědomost o příčinách, projevech a prognóze klientovy nemoci a zároveň akceptovat jeho změněný životní styl, nechtěné utlumení jeho fyzických a sociálních aktivit pod vlivem onemocnění. Zde je zapotřebí přizpůsobit se osobě klienta. Mluvit pomalu, zřetelně, nepoužívat odborné výrazy, kterým klient nerozumí, nespěchat, snažit se udržet klidnou pozitivní atmosféru, „nezahlcovat“ klienta informacemi. Zároveň je neméně důležité umět pomoci klientovi při lokomoci. Novosad (2009 s. 151) avizuje, že v tomto ohledu je vhodný určitý zácvik pro poradce, aby věděl, jak osobu se sníženou soběstačností zvednout, uchopit, posadit, jak manipulovat s vozíkem a pomůckami.

Dále je nutné akceptovat klientovy problémy s verbální komunikací, kde řečové postižení může mít původ v porušené funkci mluvidel. Dle Slowíka (2010, s. 34) se jedná například o dysartrii – poruchu artikulace, která se projevuje výraznou neobratností ve výslovnosti a může tak činit řeč méně srozumitelnou. Vyskytuje se především u osob s dětskou mozkovou obrnou, ale také u osob, které prodělaly cévní mozkovou příhodu. Projevy dysartrie většinou přetrvávají dlouhodobě a nelze je zcela odstranit. Proto je vhodné přizpůsobit tempo řeči možnostem postiženého a důležité je také pozorné naslouchání. Je zcela nevhodné za každou cenu urychlit rozhovor, napovídat správná slova a dokončovat tak věty za osobu s tímto postižením.

Daleko závažnější omezení v komunikaci představuje afázie, která je charakterizovaná dle Slowíka (2010, s. 34) narušením či ztrátou již rozvinuté schopnosti porozumění a produkce řeči, zpravidla v důsledku poškození levé mozkové hemisféry po prodělané cévní mozkové příhodě, po úrazech hlavy nebo při nádorových onemocněních mozku. Zde je výrazně zasažena celá osobnost člověka, kterému je znemožněno vyjadřovat své myšlenky a rozumět řeči ostatních lidí. Takto postižený člověk si bohužel není schopen nic vyřídit, není schopen jednat a rozhodovat ve svých záležitostech. Potřebuje pro tyto účely svého zástupce – opatrovníka, který je mu stanoven soudně, nejčastěji na návrh rodiny a opatrovníkem se stává většinou jeho rodinný příslušník. Tento proces je bohužel velmi zdoluhavý, ve většině případů je totiž zapotřebí okamžitého rozhodnutí či vyřízení různých záležitostí za postiženého. V případě, že jde o osamělou osobu, opatrovnictví přebírá převážně zaměstnanec odboru sociálních věcí a zdravotnictví městského úřadu.

Podle typu afázie Slowík (2010, s. 34) rozlišuje narušení schopnosti rozumět (impresivní sensorická afázie), schopnosti mluvit (expresivní, motorická afázie), nebo obou schopností

současně (totální afázie). U osob s postižením, kde je řeč závažně poškozena, nebo osoba vůbec nemluví, se uplatňují alternativní (náhradní) způsoby v komunikaci. Zde je nutná spolupráce poradce s logopedem. Osvědčenými pomůckami jsou obrázkové slovníky a piktogramy, které umožňují požadavek postiženého názorně ukázat a podle nichž se učí znovu pojmenovávat věci kolem sebe. Přístup k takto postiženým lidem musí být maximálně ohleduplný a citlivý. V komunikaci s těmito lidmi je zapotřebí hovořit pomalým tempem, vyjadřovat se klidně a srozumitelně v kratších větách s doplněním o názornou ukázkou těch předmětů, o kterých se zrovna hovoří. Pokud mají takto postižení zachovanou schopnost písemného projevu, je dobré s nimi komunikovat písemnou formou.

U klientů s postižením zraku a nevidomých je nutné, aby se poradce vyjadřoval jasně a přímo, bez jakéhokoliv podtextu, protože klient nemůže vnímat jeho neverbální projevy (mimiku, gestiku) a je nucen vycházet z toho, co právě slyší. Při seznamování s textem, může poradce klientovi text přečíst, nebo využít pomůcek se zvukovým výstupem. Když je třeba podepsat s klientem nějaký dokument, měla by být u toho přítomna třetí osoba jako svědek.

V poradenském procesu u klientů s postižením sluchu závisí nejen na hloubce a typu jejich postižení, ale také na jejich ochotě a schopnosti dorozumět se s poradcem. Slowík (2010, s. 81) konstatuje, že jazykové kompetence těchto osob nebývají kvůli značně omezenému sluchovému vnímání na takové úrovni, jako jsou u sluchově nepostiženého člověka, takže se v běžném rozhovoru u nich projevuje výrazný komunikační hendikep. (Nedokonalá výslovnost hlásek, menší slovní zásoba, neporozumění obsahu složitějšího sdělení.) Komunikace tak bude záviset především na způsobu, který dotyčný ovládá. (Ne každý poradce a zároveň i postižený ovládá znakovou řeč!) Osoba se sluchovým postižením, která komunikuje běžnou řečí, je převážně závislá na odezírání. Poradce by měl s těmito lidmi hovořit, nebo si dopisovat jednodušší formou a přikládat tak význam doprovodným neverbálními projevy postiženého (gesta, mimika, výraz tváře apod.)

K výčtu možných poradenských specifíků nesmí být také opomenuta práce s klienty desorientovanými a duševně nemocnými. V těchto případech přebírá poradce opatrování nad klientem – starost o klienta v plném rozsahu. V jeho pracovních metodách v rámci dalšího zabezpečení klienta převládá pak direktivní přístup.

4.2 Ucelená rehabilitace u osob se sníženou soběstačností

Pojem rehabilitace neznamena už jen „léčebný tělocvik,“ ale měla by být chápána jako nedílná součást sociální politiky států Evropské unie.

Z mnoha definic vybírám (ze svého pohledu) dvě nejvýstižnější:

1. *„Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) uvádí, že rehabilitace je souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života.“* (Novosad, 2000, s. 13)

Novosad (2009, s. 91) upřesňuje, že jde zejména o kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně - vzdělávacích i technických aj. prostředků a postupů k výcviku jedince s postižením či onemocněním za účelem jeho mobilizace a znovunabytí nebo upevnění nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti a soběstačnosti či stabilizace zdravotního stavu. (tzn. zmírnění rizik progresu a důsledků jeho postižení nebo nemoci.)

2. *„Rehabilitace začíná být v současnosti chápána nikoliv jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje nejen zdravotnickou, ale také sociálně-právní a pedagogicko-psychologickou péči.“* (Kodymová, Koláčková in Matoušek, 2005, s. 92) Poradenská podpora lidí se zdravotním postižením se tak stává nedílnou součástí ucelené rehabilitace.

Přídavné jméno „ucelená“ je ryze českým specifickým označováním, že se rehabilitační proces netýká jen zdravotníků, ale že na něm kooperují i další pomáhající profese tak, aby rehabilitace obsáhla všechny nemoci, úrazem či postižením dotčené stránky klientovy existence.“ (Novosad, 2009, s. 90)

„Ucelená rehabilitace je multioborový a nadrezortní systém, jehož cílem je umožnit zdravotně postiženým osobám, aby se navrátily do přirozeného sociálního (a pokud možno i pracovního) prostředí.“ (Šťastný, 2006, s. 23)

Prospěšnost procesu ucelené rehabilitace je nejen pro člověka se zdravotním postižením, ale také pro celou společnost, neboť jeho výsledky budou mít dopad do oblasti sociální (zákon o sociálním zabezpečení, zákon o sociálních službách) do oblasti zdravotní (zákon o zdravotní péči), do oblasti školství (školské zákony), do politiky zaměstnanosti (zákoník práce). Ucelená rehabilitace se zaměřuje na osoby se smyslovým, tělesným,

psychickým, interním a jiným postižením, které tyto osoby nemohou samy překonat, nebo které jsou takovým postižením či případným znevýhodněním ohroženy. V tomto smyslu jde o rehabilitaci dlouhodobou, která se týká jak osob se sekundárním (získaným později v dospělosti) i primárním (vrozeným či v dětství získaným) postižením. Probíhá v různých institucích, jako jsou zdravotnická zařízení, domovy seniorů pro zdravotně postižené osoby, speciální školy, nestátní neziskové organizace apod.

4. 2. 1 Složky ucelené rehabilitace

Aby byl systém ucelené rehabilitace efektivní, musí být její poskytování včasné, plynulé a koordinované. To je velmi důležité jak pro samotnou osobu se zdravotním postižením, tak i ve svém důsledku pro celou společnost. Představuje především návaznost a komplexnost jednotlivých složek rehabilitace.

Jesenský (1995, s. 26) člení ucelenou rehabilitaci dle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány na čtyři hlavní složky. A to rehabilitaci **léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou**.

1/ Léčebná zdravotnická rehabilitace (zahrnuje užívání léčebných metod pro obnovení ztracených schopností nebo při systematickém a dlouhodobém úsilí o stabilizaci zdravotního stavu) Její „podsložky“ jsou:

- **reparace** (nejčastěji operační náprava, chirurgické zákroky)
- **medikace** (farmakoterapie) spojena se symptomaticky a kauzálně zaměřenou léčbou
- **fyzioterapie** (nápravný tělocvik, elektroléčba, balneoterapie, různé druhy technik masáží, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, vodoléčba)
- **ergoterapie** (nácvik sebeobsluhy, léčba prací, procvičování jemné motoriky, výběr, úpravy a nácvik používání kompenzačních pomůcek zlepšujících mobilitu, orientaci a sebeobsluhu u lidí s postižením.

Léčebná zdravotnická rehabilitace nejčastěji nastupuje u pacientů v poúrazových a pooperačních stavech ihned na oddělení nemocnic (ortopedie, chirurgie), aby si člověk, u něhož je výrazně snižená soběstačnost, začal co nejdříve osvojovat příslušné pohybové mechanismy a zahájil přiměřené zatěžování motorického aparátu. Důraz je kladen na individuální cvičení poškozených nebo náhradních funkcí. Dále se s rehabilitací pokračuje ve

zdravotnických zařízeních následné péče typu LDN (např. GARC Kladno, LDN Roudnice, LDN Chotěboř) a specializovaných rehabilitačních centrech (např. Praha – Malvazinky, Chvaly) a ústavech.(např. Kladruby, Slapy, Hrabyně)

2/ Sociální rehabilitace je zacílená na vytvoření existenčního zázemí, materiálního zabezpečení a legislativní ochrany, na podporu začlenění do společnosti, zajištění sociálních služeb, úpravy bytových podmínek, zpřístupnění občanské participace. Zaměřuje se hlavně na překonání informačního deficitu, rozvoj vědomostí, pracovních schopností, rozvoj samostatnosti a společenského uplatnění.

Probíhá formou:

- **socioterapie** (nápravy, či usměrnění vztahů jedinec – komunita a komunita – jedinec, posílení sociálního statusu jedince, rodiny a minority)
- **případové sociální práce** (poskytnutí psychické podpory klientovi, vyjádření zájmu o jeho osobu, explorování problému, ventilace jeho pocitů, zabývání se vztahem klienta k jeho rodině, zdravotnickému personálu, „dovedení klienta“ k přijetí sociální služby)
- **komunitní sociální práce** (nalezení sociálních priorit a významných potřeb komunity, informování různých skupin obyvatel o možnostech řešení)

Osobám se sníženou soběstačností je **sociální rehabilitace** nejčastěji poskytovaná formou **poradenství** (vědět jak a co si zařídit, kam se obrátit apod.) a dále prostřednictvím již zmiňované případové sociální práce – podpora osobnosti klienta v celé jeho šíři. (Podpora k začlenění do běžného života, podpora co největší možné nezávislosti, podpora klienta při řešení jeho nepříznivé či problémové situace a zpřístupnění mu příležitostí k uplatnění a seberealizaci.) Jejím hlavním úkolem je dosažení maximálně možné soběstačnosti klienta, jeho samostatnosti, tak, aby byla zachována nejvyšší možná kvalita jeho života. Představuje tak nácvik specifických běžných denních činností jako je sebeobsluha a sebepečení, vedení domácnosti, zácvek k používání kompenzačních pomůcek a nácvik sociální komunikace. **Poradenství pro osoby se zdravotním postižením** zprostředkuje, doplňuje a propojuje rehabilitační proces tak, aby člověk s postižením nebyl sociálně vyloučen, hendikepován, aby nežil v nevyhovujících podmínkách a mohl získat služby, které by dokázaly kompenzovat jeho postižení.

3/ Pracovní rehabilitace (úzce souvisí se sociální rehabilitací, je zaměřená na pracovní uplatnění jedince s postižením, na získávání vědomostí, dovedností, návyků, souvisí s kvalifikací)

Může mít hodně podob, počínaje od ergoterapie až po rekvalifikaci k plnohodnotnému zaměstnání jedince se zdravotním znevýhodněním, ať už v chráněných dílnách či na otevřeném pracovním trhu.

Na zařazení do procesu **pracovní rehabilitace** má právo osoba se zdravotním postižením (deklarováno v zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti), která o něj musí sama požádat na úřadu práce. Úřad práce zabezpečuje pracovní rehabilitaci ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky a taky ji plně hradí. V rámci procesu pracovní rehabilitace lze zabezpečit osobám se zdravotním postižením specializované rekvalifikační kurzy, při jejich přípravě jsou v maximální možné míře zohledněny schopnosti klienta i požadavky budoucího zaměstnavatele. Nejčastěji jde o osoby se zrakovým postižením, (např. rekvalifikační středisko Dědina v Praze, kde probíhá rekvalifikační kurz masér a kurz obsluhy počítače se speciální úpravou pro zdravotně postižené) nebo osoby s lehkým až středním mentálním postižením, (košíkářská výroba, keramická výroba apod.), osoby s duševním onemocněním (kurz práce s počítačem, práce v kavárně – jednoduchá příprava jídla, výroba šperků apod.)

4/ Pedagogická rehabilitace (je zaměřená na oblast výchovy, vzdělávání a přípravy na život, na rozvoj soběstačnosti, schopností i nadání jedince.). Více se jí budu věnovat v samostatném oddíle 4.3.1

Mezi její prostředky patří:

- **reedukace** (metody zaměřené na opětovné získání ztracené dovednosti nebo na maximální využití zbytkového funkčního potenciálu)
- **kompensace** (metody zaměřené na cílenou náhradu porušené, ztracené nebo nevyvinuté funkce jinou funkcí, tak aby co nejlépe zastoupily postiženou oblast)
- **vytváření individuálních vzdělávacích plánů a jejich realizace**
- **programy celoživotního vzdělávání určené dospělým**

Novosad (2000, s. 14) uvádí ještě navíc rehabilitaci **psychologickou, rodinnou a volnočasovou.**

5/ Psychologická rehabilitace (zahrnuje úsilí o zvládnutí psychické krize se změnou zdravotního stavu, se změnou v sebehodnocení a životní orientaci) Může zahrnovat:

- individuální a skupinovou psychoterapii
- trénink psychosociálních dovedností
- podporu při řešení problémů v mezilidských vztazích a sebepojetí jedince s postižením

Cílem **psychologické rehabilitace** u osob se sníženou soběstačností je pomoc ve zvládnutí tíživé situace, duševních krizí i subjektivně nepříjemných stavů, které přináší tělesné omezení způsobené zdravotním postižením. Nejčastěji se jedná o úzkostně-depresivní poruchy, různé bolesti, poruchy spánku a problémy v mezilidských vztazích. Nedílnou součástí psychologické rehabilitace bývají také různé relaxační techniky, nejznámější je autogenní trénink. U pacientů s poraněním hlavy a po prodělaných mozkových příhodách bývá nezbytné neuropsychologické vyšetření kognitivních funkcí, jako jsou paměť, pozornost a vnímání. (Na základě tohoto vyšetření se pak ve zdravotnickém zařízení vypracuje pro osobu s postižením rehabilitační plán.) Psychologické rehabilitace je především dále využíváno před závažnými zákroky, jako jsou například operace, v práci s těžce nemocnými a umírajícími pacienty a s pacienty psychosomaticky a psychiatricky nemocnými. K zásadním principům psychologické rehabilitace patří dobrý osobní kontakt, udržování komunikace a otevřenost v poskytování informací klientovi o jeho situaci, možné pomoci, ale i problémech, které lze očekávat.

6/ Rodinná rehabilitace (je zaměřená na podporu, obnovu nebo nápravu rodinných vztahů postiženého, zajištění potřebných služeb a pomoc pečujícím rodinám)

Rodina představuje pro osobu se sníženou soběstačností hlavní zdroj informací a zkušeností. Dobře fungující rodina je tak její významnou sociální oporou. Přesto je v dnešní době, (kdy bohužel stále není doceňována její péče) zapotřebí tyto rodiny instruovat a podporovat formou poskytovaného poradenství, odlehčovacích služeb či nejrůznějších workshopů, které pořádají občanská sdružení, věnující se problematice konkrétního zdravotního postižení. Na pořádaných workshopech se pečující rodiny mohou více dozvědět o problematice zdravotního postižení svých blízkých, přístupech k nim, jejich stimulaci, aktivizaci, zvládnutí náročných situací apod. Důležitá je zde vzájemná podpora pečujících, výměna jejich zkušeností, ujištění, že v této situaci nejsou sami a mají se na koho obrátit s konzultací či prosbou o radu.

7/ Volnočasová rehabilitace (je zaměřená na zájmové, sportovní a kulturní vyžití, může tak poskytovat příležitost k působení zážitku - prožitku, k pozitivní sebe prezentaci a navazování kontaktů)

K **volnočasové rehabilitaci** náleží jakákoliv aktivizace, ať už formou arteterapie (terapie výtvarným uměním), canisterapie (terapie pomocí psa), muzikoterapie (terapie pomocí hudby) a třeba i hipoterapie (terapie pomocí koně). Výraznou měrou se na ní podílí i dobrovolníci, kteří přicházejí do zdravotnických zařízení se svým programem (skupinová sezení – předčítání, vyprávění, ruční práce, hry) či pomocí individuálního přístupu, kdy jsou plně k dispozici jednotlivým klientům jako společníci.

4. 3 Edukační pomoc osobám se sníženou soběstačností a jejich blízkým

Důležitou náplní sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka, je **edukace** osob se sníženou soběstačností a jejich rodinných příslušníků o jejich nárocích a právech. Často se stává, že jsou doslova „zaskočeni“ nejrůznějšími životními změnami, které jim přináší zdravotní postižení či onemocnění. Rodinným příslušníkům chybí informace o možnostech péče, dostupných sociálních a zdravotních službách, peněžních příspěvcích a kompenzačních pomůckách.

Mnohdy neví, na koho se obrátit a jak vlastně začít celý „svůj problém“ řešit (...co proto mají udělat, nebo co by mohli udělat a jak vůbec teď budou žít dál...). Některé rodiny si jen stěží dokážou představit, jak mohou zajistit péči svému rodinnému příslušníkovi. V této situaci se ocitli poprvé a nemají tudíž žádnou zkušenost.

Naopak existují i rodiny, které pečovat od samého počátku nechtějí, a stává se, že odmítají spolupracovat na situaci svého blízkého se zdravotnickým týmem. (Nedostavují se na konzultaci s lékařem a dalšími členy zdravotnického týmu, nepřinesou svému blízkému hygienické potřeby, neponechají mu klíče od vlastního bytu, nenavštěvují ho, zneužívají jeho důchod, bydlení apod.)

I přesto je dobré a účinné ze strany zdravotnického týmu přimět takovou rodinu ke spolupráci a „nenechat“ ji, aby se od tíživé situace svého blízkého distancovala, neboť hospitalizace rodinného příslušníka ve zdravotnickém zařízení nezbavuje rodinu odpovědnosti. (K tomu je zapotřebí, aby si zdravotně-sociální pracovník pozval rodinu k

jednání a objasnil účel její návštěvy, ať už telefonicky nebo i písemnou formou tak, aby se rodinní příslušníci, dostavili k řešení sociální situace svého blízkého. Zdravotně-sociální pracovník se snaží rodinu edukovat, zjišťuje její podmínky - prostředí, vztahy, možnosti, apeluje na její morální hodnoty, vysvětluje důležitost spolupráce, objasňuje dotazy, navrhuje reálná řešení, poskytuje informace, instruuje rodinu, co může udělat pro svého blízkého sama a v čem naopak může očekávat pomoc ze strany zdravotnického zařízení, zprostředkuje kontakt s ošetřujícím lékařem, fyzioterapeuty a dalšími členy zdravotnického týmu. V případě nejrozumnějších nejasností a nepochopení, nabízí rodině možnost kdykoliv se na něj obrátit).

Jeho hlavním úkolem je však vysvětlit rodině, že tato hospitalizace je značně časově limitována. Na akutních lůžkách nemocnic je to pouze do stabilizace zdravotního stavu klienta, na lůžkách následné péče typu LDN maximálně do doby tří měsíců, pokud se jeho soběstačnost již dále nezlepšuje. Jestliže nastane situace, kdy je zdravotní stav klienta stabilizovaný a ten již nepotřebuje nezbytně pobyt ve zdravotnickém zařízení ze zdravotních důvodů, (to se týká především klientů chronicky nemocných a klientů se sníženou soběstačností ať už z důvodu zdravotního postižení či následkem stáří) musí mít klient vždy „své řešení“, ať už v péči rodiny s pomocí terénních služeb či formou pobytových sociálních služeb.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je uvedeno, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí sociálního poradenství (§ 37 ods. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. (Každý klient zdravotně-sociálního pracovníka má právo na dostupnost sociální pomoci při řešení svých problémů ve zdravotnickém zařízení, není možné neposkytnutím sociální pomoci klienta diskriminovat.) Proto zdravotně – sociální pracovník poskytuje svým klientům a jejich rodinám v rámci základního poradenství přehled adekvátních možností péče, služeb, nároků a peněžních dávek. Nejde však o paternalistickou péči, podporující jejich pasivitu. Klienta je třeba motivovat k vlastnímu rozhodování a zodpovědnosti za sebe samého, do edukačního procesu je třeba vhodně zapojit i rodinu. (Například instrukcí – jak podat žádost svému blízkému do domova seniorů, které doklady je nutné doložit, co mohou sami zařídit apod.) U samotných klientů a jejich rodinných příslušníků, kteří jsou edukováni, lze totiž předpokládat i větší zájem o svou životní situaci a také větší ochotu ke spolupráci. Vhodný způsob k zapamatování potřebných informací, je opakování toho, co bylo již sděleno na počátku rozhovoru. (Citlivě, v souladu

s klientovým zdravotním a emocionálním stavem a na jeho duševní úrovni, tzn. srozumitelně, přístupnou formou s následným ověřením, zda klient informacím porozuměl.)

Rodinní příslušníci ale zároveň potřebují mít jistotu, že nezůstanou v péči o svého blízkého sami, že existují možnosti odlehčovacích služeb, služeb osobní asistence, možnosti tzv. „střídavé péče“, kdy určitou dobu pečuje rodina a určitou dobu zdravotnické zařízení, nejčastěji se tento způsob praktikuje v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Pokud splnění nějakého úkolu přesahuje rámec odbornosti zdravotně - sociálního pracovníka, pak by mělo být jeho snahou dotyčným zprostředkovat příslušnou odbornou pomoc například z oblasti práva či ekonomie.

Důležitou součástí edukační pomoci osobám se sníženou soběstačností představuje **pomoc pedagogická**. Ta je zprostředkována formou pedagogické rehabilitace.

4.3.1 Pedagogická rehabilitace jako sociálně pedagogická pomoc

Jak již bylo uvedeno, pedagogická rehabilitace představuje jednu ze čtyř hlavních složek uceleného systému rehabilitace. Svým obsahem odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením, kterým toto postižení znemožňuje dosáhnout příslušné úrovně vzdělání zcela běžným způsobem, tak jako u zdravé populace. Jankovský (2006, s. 30-31) zdůrazňuje, že jde o cílevědomý organizovaný proces s působením pedagogicko-psychologických prostředků. Jedná se zde především o ranou péči, (včasná intervence) školní edukaci a profesní vzdělávání (dosažení maximálně možného vzdělání).

O tom, že se pedagogická rehabilitace netýká jen bezprostředně dětí a mládeže, ale také populace dospělých a seniorů svědčí i následující citát.

„Ačkoliv se pedagogické prostředky rehabilitace prolínají s prostředky rehabilitace léčebné, sociální i pracovní, je nesporné, že ucelenou rehabilitaci je nutno chápat jako pedagogický jev. Při socializaci člověka hraje výchova (edukace) významnou roli a nelze ji vnímat jen jako aktivitu, která má vztah pouze k dětství nebo dospívání.“ (Vítek., Vítková, 2010, s. 219)

Dle Jesenského (1995, s. 115) je pedagogická rehabilitace u osob dospělého věku, tedy se získaným postižením, zaměřena na postupné odbourávání odchylek vzniklých získaným postižením, tzn. na obnovu normálního vývoje osobnosti. Pedagogická rehabilitace zpravidla probíhá do doby, než se člověku s postižením podaří znovu získat svoji identitu. U dospělé populace osob se sníženou soběstačností zahrnuje také například **logopedii**, kdy se člověk po prodělané mozkové příhodě učí znovu správné výslovnosti, psaní, počítání, komunikaci. Dále zde patří i **trénink paměti**, který se u osob po prodělaných úrazech mozku a cévních mozkových příhodách stává nutností. Děje se tak zábavnou formou, poznáváním nových věcí, hraním her, luštěním křížovek, řešením hlavolamů, předcítáním apod. Má vliv na posilování jejich paměti, koncentraci jejich pozornosti, rozvoj jejich slovní zásoby, logického myšlení, prostorové představivosti apod. V praktickém životě pro člověka se sníženou soběstačností to znamená, že se například naučí ovládat nový mobilní telefon a přestane se ho bát. Neméně důležité jsou pro tyto osoby i volnočasové aktivity, které slouží hlavně k rozvoji jemné motoriky, jako je tkaní, drhání, háčkování, vyšívání.

K důležitým zásadám **pedagogické pomoci** patří proto posilování soběstačnosti osob se zdravotním postižením, podpora k jejich samostatnému rozhodování a začlenění do společnosti, dále pak podpora jejich rodin k řešení problémů vlastními silami, s co možná nejmenší závislostí. Proto je také pedagogická rehabilitace vnímána jako návratný proces **reedukace**, který usiluje o **obnovu normálního vývoje osobnosti**. (Jankovský, 2005, s. 50)

Z hlediska **sociálně pedagogického** je pojetí pomoci osobám se sníženou soběstačností chápáno ve smyslu pomoci ke svépomoci. Tzn. aktivizovat klienty tak, aby byli schopni co nejvíce spolupracovat. Sociálně pedagogický přístup je soustředěný především na úpravu a zlepšení jejich životních podmínek (sociálních a materiálních), na pomoc s adaptací na jejich stávající náročné životní podmínky. Tímto bych chtěla opětovně zdůraznit úlohu poradenství jako základní způsob pomoci a zároveň nedílnou součástí systému ucelené rehabilitace.

Shrnutí

Samotný pojem **pomoc** je v rámci zájmu o člověka pojímán dosti široce. Souhrnně se dá vyjádřit jako poskytování určité podpory v obtížné situaci klienta, který nemá představu nebo neví, jak svoji situaci řešit, neví, zda existuje nějaká služba, neorientuje se (nebo toho není schopen) v možnostech poskytovaných služeb institucemi apod. Pomoc je v sociální oblasti chápána jako poskytování informací, rad, ale i jako učení, konzultace, vedení, zastupování a doprovázení. V současné době řadíme **poradenství** mezi základní způsoby pomoci. Sociální vedení je děleno na základní a odborné a pro každou cílovou skupinu klientů má však i svá specifika. Nejinak je tomu i u vedení, které je poskytováno osobám se sníženou soběstačností. Zde je nutné ze strany poradce respektovat zdravotní postižení klienta a jeho možná omezení a znevýhodnění. Velmi důležité je umění přizpůsobit se osobě klienta v komunikaci. Problematika člověka se zdravotním postižením a s ním i spojená snížená soběstačnost se jej dotýká ve všech oblastech, (zdravotní, osobnostní, vzdělanostní, pracovní, právní, ekonomické, sociální) je nutné ji tedy komplexně vnímat a následně ji i řešit. Vedení se proto tak stává nedílnou součástí systému ucelené rehabilitace, která má za úkol spolu s jejími jednotlivými dílčími složkami (léčebnou, **sociální, pedagogickou, pracovní, psychologickou, rodinnou a volnočasovou**) opětovné zapojení jedince do společnosti, popřípadě i do pracovního procesu. Své nezastupitelné místo v procesu pomáhaní má také **edukační pomoc** osobám se sníženou soběstačností a jejich rodinám. Ještě v rámci propouštěcího procesu klienta ze zdravotnického zařízení, zpravidla zdravotně – sociální pracovník poskytuje klientovi a jeho rodině v rámci základního vedení informace o nárocích a právech, sociálních službách, sociálních dávkách a kompenzačních pomůckách.

5. Zdravotně-sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení

V rehabilitačním týmu zdravotnických zařízení by rozhodně nemělo chybět **zastoupení těchto profesí**: odborný lékař (např. ortoped, neurolog, internista), rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, speciální pedagog (u dospělých není zastoupen, je pouze u dětí a mládeže), psycholog, logoped a **zdravotně-sociální pracovník**, který má mimo jiné díky povaze své práce i roli sociálního pedagoga. Vzhledem k zaměření diplomové práce se budu věnovat zejména poslední jmenované profesi.

Zdravotně-sociální pracovník nachází své uplatnění na **sociálním oddělení nemocnic (akutní lůžka) a v léčebnách dlouhodobě nemocných (následná lůžka), nebo na sociálních lůžkách, (tzv. lůžkách sociální péče poskytované ve zdravotnických zařízeních).**

V minulosti byla profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví jako výrazně administrativní a bez dlouhodobého jasného ukotvení. V katalogu prací byla tato profese definována pod názvem jiný odborný pracovník ve zdravotnictví (JOP). Změnu přinesl až zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (§ 52), v nichž je obsaženo vymezení profese **zdravotně-sociální pracovník**, předpoklady pro její výkon, nároky na vzdělání (vyšší odborné – vysokoškolské + akreditovaný kvalifikační kurz) a povinnost dalšího celoživotního vzdělávání.

Pšenicová (2004, s. 16) sděluje, že sociální práce ve zdravotnictví je nedílnou součástí léčebně preventivní péče. Zabývá se jak ochranou jedince ve smyslu prevence zdravotně sociálních poruch, tak sociální diagnostikou nemocných a konkrétními opatřeními, která vedou ke zlepšení životní situace osob, které jsou v důsledku své nemoci, invalidity, nebo stáří, závislí na pomoci společnosti.

Novosad (2000, s. 25) označuje sociální práci ve zdravotnictví za cílenou podporu, která se ubírá dvěma směry. Tím prvním je **poradenská pomoc** ve všech oblastech týkající se jedinců se zdravotním postižením a druhým je **zprostředkování služeb**, které napomohou jedinci vyrovnat se s vlastními omezenými možnostmi a nároky samostatného života.

Zjednodušeně pojato - kvalitní sociálně pedagogická práce ve zdravotnictví má zabránit sociálnímu vyloučení pacientů – klientů a zredukovat případné opakované hospitalizace ze sociálních důvodů (nezajištěnost klienta rodinou, sociální službou, kdy se

klient po krátké době po propuštění zpětně dostává do nemocnice pro celkovou dehydrataci organismu, neužívání léků, opakované pády v domácím prostředí apod.)

5.1 Specifika pacientů – klientů zdravotně-sociálního pracovníka

Klientelu zdravotně sociálního pracovníka tvoří hospitalizovaní pacienti na všech typech výše uvedených lůžek zdravotnických zařízení. (viz. kapitola č. 5) Podstatnou část klientů tvoří nemocní s rehabilitačním problémem závažného funkčního významu.

Dle Novosada (2000, s. 43-44) jsou to klienti:

- v tzv. „pouřazových stavech“, prodělaných polytraumatech (pády, autonehody apod.)
- ve stavech po poranění mozku nebo po operacích mozku (úrazy, nádorová onemocnění)
- ve stavech po cévních a srdečních příhodách
- v pooperačních stavech, po totálních náhradách velkých kloubů (kolena, kyčle, ramena)
- s degenerativními změnami či patologickými změnami nervového, nosného a svalového systému (roztroušená skleróza-sklerosa multiplex, progresivní svalová dystrofie – myopatie, Parkinsonova nemoc, stavy po zánětech míchy apod.)
- klienti v kombinaci „vícefaktorového“ onemocnění (například diabetici po nutné amputaci dolních končetin, postižení praktickou slepotou)
- chronicky nemocní (revmatoidní artritida, diabetes mellitus)
- senioři „křehcí“ a závislí (zdravotní stav, věk, snížená soběstačnost, ztráta soběstačnosti)

Základním znakem klientů zdravotně-sociálního pracovníka je snížená soběstačnost, či ztráta soběstačnosti získaná následkem onemocnění či zdravotního postižení.

5.2 Úloha zdravotně-sociálního pracovníka při řešení životní situace klientů

Komplexnost péče v medicíně dnes vyžaduje propojenou spolupráci odborného týmu, do něhož patří bezesporu i zdravotně-sociální pracovník. Vnitřní tým jeho spolupracovníků tvoří lékaři, psychologové, fyzioterapeuti, zdravotní sestry, logopedové, ergoterapeuti.

Severová (2005, s. 27) uvádí, že v určitých případech právě on celý tým propojuje a působí jako koordinátor. Je proto nutné, aby byly jasně vymezeny kompetence jednotlivých členů týmu tak, aby je vzájemně nepřekračovali, ale uměli dobře spolupracovat.

Zdravotně-sociální pracovník seznamuje vnitřní tým na společné poradě, resp. vizitě s vytvořeným návrhem na řešení a plánem sociální pomoci, ať již krátkodobým či dlouhodobým. Krátkodobým plánem se rozumí vyřešení nejnaléhavějších záležitostí klienta, např. sepsání odvolání pro úřad, nebo naléhavý pohovor s rodinou k vyřešení neodkladné záležitosti. Dlouhodobým plánem je plán týkající se způsobu propuštění klienta z léčby, zajištění potřebného rozsahu a kvality domácí péče o něj, vytvoření alternativy pro eventuelní zhoršení zdravotního stavu apod.

„I poté, kdy stav pacienta byl z lékařského hlediska stabilizován a akutní medicína v dané fázi nemůže již více přispět ke zlepšení jeho zdraví, je třeba zajistit pacientovi dostatek potřebné zdravotní péče, vhodné prostředí a dostatek sociální podpory, aby zvládl proces rekonvalescence, případně návrat do svého přirozeného prostředí či přechod do jiné instituce.“ (Janečková, 2005, s. 165)

Při této „návratné péči“ by měl být právě zdravotně-sociální pracovník důležitým článkem týmové spolupráce, který by měl posoudit a zhodnotit zdravotní a funkční stav pacienta - svého klienta, ve vztahu k podmínkám a zdrojům v jeho domácím prostředí. Jeho práce prvotně zahrnuje zjištění přirozené sociální sítě u klienta, jako jsou rodina, sousedé a přátelé.

Měl by vědět a zajímat se:

- **zda odpovídá situace v domácnosti klienta získaným anamnestickým údajům?** (Kdo bydlí ve společné domácnosti, jeho zdravotní stav, schopnosti, ochota pomoci, možnosti péče, hlavní sociální opora)

- **jaká je klientova kvalita bydlení z hlediska hygieny a bezbariérovosti?** (Bariéry – schody x výtah, vybavenost kompenzačními pomůckami, vybavenost domácnosti – vana x sprchový kout)
- **jaká je jeho ekonomická situace?** (Důchod, příspěvek na péči, finanční zajištění, zadluženost apod.)
- **jaké jsou možnosti pro klienta v rámci zprostředkování terénních služeb?** (Pečovatelská služba, domácí zdravotní péče, denní stacionář, jejich dostupnost)
- **jaká jsou rizika pobytu doma pro klienta?** (Možné pády, neschopnost sebeobsluhy, inkontinence, desorientace)
- **jaká jsou možná rizika pro pečující rodinné příslušníky?** (Ztráta zaměstnání, nemožnost denního dojíždění, nevyhovující bytové poměry, vyčerpání, neschopnost zvládat náročnou péči, ohrožení hmotnou nouzí)
- **jaké možnosti se nabízejí pro klienta v oblasti pobytových sociálních služeb?** (Zprostředkování pobytových sociálních služeb, informovanost o jejich charakteru, kvalitě a dostupnosti. Pomůckou je pro něj „Registr poskytovatelů sociálních služeb“ jako internetová databáze, která má informativní charakter, obsahuje údaje o všech pobytových sociálních službách a jejich volné kapacitě.)

Smyslem sociálního šetření, které provádí zdravotně-sociální pracovník, je zjistit, zda se klient po skončení léčby bude moci navrátit do svého původního domácího prostředí. K tomu je nutná jeho úzká spolupráce s lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem a psychologem. Nemocniční fyzioterapie a ergoterapie by měla být správně prováděna se znalostí prostředí, do něž se má klient vrátit. Fyzioterapie je zaměřena na rehabilitaci pohybového a nosného aparátu. Ergoterapie je oproti ní zaměřena na člověka jako celek, tzn. na stránku tělesnou, duševní, na jeho soběstačnost a další pracovní uplatnění. V rámci ergoterapie je prováděn nácvik denních či pracovních aktivit za používání různých technických pomůcek. Velmi důležitá je zde také pomoc psychologická. Psychologové pomáhají klientům zpracovat psychickou zátěž onemocnění, tak aby byli vhodně motivováni ke zlepšení své soběstačnosti, vytvořili si „svůj“ systém hodnot a dostupných cílů, aby byli připraveni přijmout nevyhnutelné řešení své situace, pomoc rodiny či instituce (sociální služby.) Novosad (2000, s. 47) potvrzuje, že nepříznivý psychický stav vlastně prodlužuje

délku hospitalizace a snižuje výsledný efekt komplexního rehabilitačního plánu či konkrétních opatření ve prospěch jedince. V neposlední řadě patří do vnitřního týmu zdravotní sestry a nižší zdravotnický personál (sanitáři, ošetřovatelé), který zabezpečuje ošetrovatelskou péči tak, aby byl pacient v co nejlepším zdravotním stavu – předcházení proleženin, dohled nad léky, nad stravou, nad příjmem tekutin.

V celém procesu řešení životní situace klienta musí být respektováno především klientovo přání, případně jeho rodiny. Mnohdy ale zvláště staří nemocní nemají náhled na svůj zdravotní stav, svou složitou sociální situaci bagatelizují a nabízenou pomoc či preventivní opatření odmítají. Proto převážnou část tzv. „rizikových pacientů“ hlásí do péče zdravotně-sociálního pracovníka lékaři a staniční sestry.

„Lékaři se snaží o dosažení co nejlepšího zdravotního stavu pacienta, ale mnohdy jsou nápomocni i tak, že pacienta nechají na lůžku o něco málo déle, než je nutné pro jeho zdravotní stav a „počkají“, až se sociálnímu pracovníkovi podaří dořešit sociální problematika stran pacienta.“ (Severová, 2005, s. 27)

Zdravotně-sociální pracovník v zájmu prospěchu svého klienta spolupracuje s jeho rodinou a také s vnějším týmem odborníků, který představují zaměstnanci institucí. Jedná se o praktické lékaře, pečovatelskou službu, agentury domácí zdravotní péče, domovy seniorů, domovy pro zdravotně postižené, okresní správu sociálního zabezpečení, českou správu sociálního zabezpečení, posudkové lékaře, referáty sociálních věcí a zdravotnictví, oddělení sociální péče, referáty sociálních věcí a zdravotnictví, notářství, úřady práce, soudy, policii, hospic, azylové domy apod.

Dle charakteru práce je zdravotně-sociální pracovník pro klienta a jeho rodinu především **poradce** a **zprostředkovatel** sociálních služeb. Může však mít i roli mediátora, obhájce klientových práv a potřeb, pracovníka krizové intervence – tzv. „sociální dispečer“ na telefonu, či roli terapeuta, přičemž do značné míry využívá edukačních nástrojů, je tedy také **sociálním pedagogem**. Je nápomocen klientovi při adaptaci na sociální změny v jeho životě, které pro něj mohou představovat zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví. Náročné jsou zejména změny přinášející zpřetrhání sociálních vztahů, jako je odchod do invalidního či starobního důchodu, umístění do zařízení sociálních služeb, stav sociální nouze nebo smrt partnera či blízkého člověka.

Podmínkou práce zdravotně-sociálního pracovníka je vstřícný a citlivý přístup ke klientovi, tak aby s ním mohl navázat vztah a získal si jeho důvěru. Dále je z jeho strany nezbytné vytvořit klientovi pocit bezpečí a jistoty k zabezpečení tzv. vyšších lidských potřeb. Osoby s chronickým onemocněním či se zdravotním postižením mají prostě tytéž potřeby jako ostatní lidé. V této souvislosti bych chtěla zmínit známou Maslowovu hierarchii potřeb, která vychází z potřeb životně důležitých, tzv. fyziologických (výživa, spánek, vylučování, hygiena), pokračuje v potřebě bezpečí (fyzického, psychického, ekonomického), velmi důležitou roli pak hraje uspokojování sociálních potřeb, (jako je potřeba informovanosti, potřeba příslušet k nějaké skupině- rodina, či přátelé, potřeba lásky, potřeba vyjadřovat se a být i vyslechnut.) Knopová (2008, s. 239) ještě dodává, že neméně významná a v současnosti velmi preferovaná je potřeba autonomie. (Jedinec rozhoduje sám za sebe, přitom může být fyzicky zcela závislý a psychicky zcela autonomní). Nejvyšším stupněm je pak potřeba seberealizace, jejíž intenzita se mění s vývojovým obdobím jedince. (Například na počátku onemocnění bývá ještě zachována potřeba seberealizace, později pak začíná převládat potřeba emocionálního zakotvení a pozitivního přijetí u svých blízkých, kdy právě jeho rodina může život nemocného zcela naplnovat a dodávat mu tak životní smysl.) Může samozřejmě nastat situace, kdy jedinec se zdravotním postižením (funkčním, nebo orgánovou poruchou), nemůže některé z těchto potřeb realizovat obvyklým způsobem z důvodu svého zdravotního postižení či chronického onemocnění. Z toho vyplývá, že i člověk s jakýmkoliv zdravotním znevýhodněním potřebuje v individuální míře určitou pomoc, podporu či kompenzaci při uspokojování lidských potřeb.

Práce s klienty musí být prováděna kvalitně, s plným respektem jejich osobnosti, lidské důstojnosti, specifik vyplývajících z jejich onemocnění a postižení a s maximálně možným ponecháním kompetencí (kontroly nad děním). Zdravotně-sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení musí být vybaven dovednostmi potřebnými k navázání kontaktu, empatií, lidským přístupem, tzv. „prosociálním postojem“, který představuje ochotu pomoci klientovi v celé šíři jeho osobních problémů a neodkladných záležitostí.

Musí se umět orientovat v sociálně zdravotní problematice, administrativních záležitostech i legislativě. K tomu je nutné, aby se v rámci svého oboru soustavně vzdělával. (Dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních musí mít požadované vzdělání k výkonu své profese. Paragraf 10 uvádí, za jakých podmínek zdravotně-sociální pracovník získává odbornou způsobilost k výkonu povolání – viz. příloha č. 2)

Smyslem práce zdravotně - sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení je zejména pomoc klientovi a jeho rodině při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci. Tato pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí podporovat další jejich rozvoj a dále je motivovat.

5.3 Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka klientům

Zdravotně-sociální pracovníci pracují s lidmi, kteří se ocitají v situaci nemoci. Vykonnávají to, co zpravidla ostatní – lékaři, zdravotní sestry a jiný zdravotnický personál nemají ve svém popisu práce. Jsou prostředníky mezi klientem a jeho rodinou, bydlištěm a různými institucemi. Sociálně pedagogická pomoc je zaměřena na hospitalizované pacienty - klienty, kteří mají kromě problému zdravotního i problém sociální. Typické je zde tzv. „provázání“ zdravotního stavu klienta s následně vzniklými sociálními problémy (osoba po prodělané cévní mozkové příhodě ohrožená sníženou soběstačností, nebo její úplnou ztrátou) či naopak klientova primární tíživá sociální situace a z ní pramenící zdravotní problémy (osoba v hmotné nouzi, která následkem svého životního stylu zanedbává svůj zdravotní stav, onemocní a stane se závislou na péči jiné osoby.)

Prvořadou záležitostí ze strany lékařů, je zajistit pacientovi v návaznosti na specializovanou lékařskou péči, která byla zaměřena na zvládnutí akutního zdravotního problému, odpovídající rehabilitační péči. Tuto však mnohdy pro pohybové a somatické obtíže pacienta není možné řešit ambulantně. Začíná se tedy nejčastěji s intenzivní léčebnou rehabilitací – fyzioterapií ve zdravotnickém zařízení a pokračuje se zprostředkováním návaznosti odborníků v rámci systému ucelené rehabilitace, (viz. složky ucelené rehabilitace, oddíl 4.2.1) jejíž součástí je i rehabilitace sociální, na níž se podílí zdravotně-sociální pracovník, který se po stabilizaci zdravotního stavu klienta zabývá jeho další budoucností.

Z hlediska jeho současné náročné životní situace by ho mělo především zajímat:

- **kdo klientovi zajistí další pomoc, podporu, péči a uspokojování jeho potřeb?**
- **jak se bude řešit sociální situace klienta?**

K sociálně pedagogické práci zdravotně-sociálního pracovníka náleží samotný bezprostřední kontakt s klientem, získání si jeho důvěry, která je důležitá pro **navázání vztahu**. Základem osobního kontaktu je rozhovor. Zde je nutné klientovi srozumitelně

vysvětlit jeho cíl a význam. Účelem je především dozvědět se potřebné informace od klienta, které nejsou například uvedeny ve zdravotnické dokumentaci, nebo informace, které pacient zpravidla lékaři ani jiným zdravotníkům nesděljuje. (Podrobnosti o rodinných vztazích, sociální situaci, dále o svých přáních, představách, plánech apod.)

K tomu jsou nejvhodnější metodou zjišťovací otázky a kombinace pozorného naslouchání ze strany zdravotně-sociálního pracovníka. Klienta je třeba nechat hovořit, ale zároveň jej umět nenásilnou formou také nasměrovat zpět k danému tématu, pokud je rozhovor příliš obecný, nebo rozvláčný, či pokud klient ulpívá na určitém faktu nebo problému, lamentuje nebo se naopak snaží „poučovat“. Samozřejmostí je respekt k jeho onemocnění či zdravotnímu postižení. Zdravotně-sociální pracovník pomáhá klientovi formulovat návrhy možných řešení, vítá jeho aktivitu a spolupráci. Pokud je klient nejistý či pasivní, je třeba, aby ho podpořil v jeho rozhodování, poskytnul mu co nejvíce informací o možných a dostupných formách pomoci, nabídnul svůj čas, odlehčil napětí, pozval ke konzultaci rodinného příslušníka, který je hlavní sociální oporou klienta a probral s nimi důkladně celou situaci.

Zdravotně-sociální pracovník se ve zdravotnickém zařízení převážně věnuje poradenství – základnímu a odbornému, které poskytuje pacientům – svým klientům a jejich rodinám. Zajímá se o klientovo rodinné zázemí, jeho sociální vztahy, hmotné zabezpečení, vhodnost bydlení, psychický stav a míru soběstačnosti. Analyzuje získané informace o potřebách klienta a o jeho prostředí i o možných dostupných službách tak, aby mohl spolu s klientem a jeho rodinou sestavit nabídku potřebných služeb a na základě získaných informací kvalifikovaně rozhodnout o té nejvhodnější.

Konkrétním výstupem sociálně pedagogické pomoci zdravotně-sociálního pracovníka v zájmu klienta se sníženou soběstačností, který není objektivně schopen žít plně samostatně, je doporučení a zprostředkování umístění v pobytové sociální službě. Například do domova pro seniory, domova pro seniory se zvláštním režimem, u onkologicky nemocných je to hospic. Za předpokladu, že jde o klienta osamělého, závislého na péči jiné osoby, je nutností kompletní vyřízení všech jeho náležitostí zdravotně-sociálním pracovníkem. Velký problém nastává zvláště u generace dnešních osamělých nesoběstačných seniorů.

Jejich hospitalizace ve zdravotnických zařízeních jsou delší a čtenější než u klientů jiných věkových kategorií. Právě pro seniory je typická jejich obtížná propustitelnost. Tito klienti jsou dle lékařů považováni za zdravotně připravené (stabilizované), ale propouštěcí

proces je zpravidla opožděn pro nedostatečnou dostupnost jiných forem péče. (Absence rodiny, poměrně dlouhé čekací doby do zařízení pobytových sociálních služeb, někde déle než rok, v Praze například i 10 let)

Dále k sociálně pedagogické pomoci zdravotně-sociálního pracovníka patří doporučení a zprostředkování podpory života u klienta se sníženou soběstačností v domácích podmínkách (osobní asistence, pečovatelská služba, denní stacionář, domácí hospicová péče), a to za předpokladu dostupnosti služeb, jejich možné kapacity, stabilizovaného zdravotního stavu klienta a fungujícího rodinného zázemí, které se tak stává velmi významným v životě člověka se sníženou soběstačností. V opačném případě by klient mohl být ohrožen nezabezpečeností, strádáním, opakovanými hospitalizacemi ve zdravotnických zařízeních, zbytečně nízkou kvalitou života, kdy by mohlo snadno dojít ke zhoršení zdravotního stavu s následkem úmrtí.

Shrnutí

Profese zdravotně-sociální pracovníka byla v minulosti dlouhou dobu pojímána jako výrazně administrativní bez jasného ukotvení. Změnu přinesl až zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a také zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v nichž je vymezena samotná profese a, jsou zde uvedeny požadavky k jejímu výkonu. Zdravotně – sociální pracovník nachází své uplatnění především v nemocnicích na lůžkách akutní péče, dále v léčebnách dlouhodobě nemocných na lůžkách následné péče a na lůžkách sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Těžiště jeho sociálně pedagogické pomoci spočívá v jeho poradenské a zprostředkovatelské činnosti, v edukaci klienta a jeho rodiny. Dle povahy své činnosti je i sociální pedagog. Důležitý je samotný kontakt s klientem i jeho rodinným příslušníkem, jehož základem je rozhovor. Neméně důležitá je i jeho spolupráce s týmem ostatních zdravotníků a institucionálním týmem (úřady, soudy, policie). Zhoršení zdravotního stavu u jeho klientů v důsledku onemocnění, úbytku jejich zdatnosti, odolnosti, adaptability organismu a ztráty soběstačnosti s sebou obvykle nese vyšší potřebu po poptávce sociálních služeb. Z důvodu potřeb svých klientů je také nezastupitelným článkem týmové spolupráce ve zdravotnickém zařízení, což by mělo zajišťovat určitou garanci souběžného poskytování zdravotních a sociálních služeb. (Obě složky by se měly proto navzájem prolínat.) Obsah a pestrost jeho práce se tedy odvíjí od zdravotně sociální problematiky jeho klientů. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že jde o práci velice různorodou.

6. Závěr teoretické části práce

V teoretické části diplomové práce jsem se zabývala zdravotně sociální problematikou **osob se sníženou soběstačností** a snažila jsem se o komplexnější přiblížení tohoto tématu v rámci vztahových souvislostí. Jedná se o osoby, které se vlivem svého chronického onemocnění, či zdravotního postižení, stali ve svých denních činnostech závislími na pomoci (péči) jiné osoby, ať už v lehčím či úplném stupni závislosti. (viz. čtyři stupně závislosti specifikované dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v subkapitole 3.2)

V naší, ale i v celosvětové populaci narůstá počet lidí s nejrůznějším zdravotním postižením, které se projevuje sníženou soběstačností. Jejich vzrůst se promítá ve zvýšené poptávce po zdravotní péči a sociálních službách. Hlavním důvodem růstu poptávky je delší průměrná délka života, výskyt invalidity, postupné pozbývání samostatnosti a soběstačnosti. Ta se mění v závislost, která je diferencovaná od závislosti lehké až po úplnou, kdy si člověk není schopen vlastními silami zajistit své základní životní potřeby. Nejpočetnější zastoupení u nás mají lidé se středně těžkým zdravotním postižením. Tak jako se prodlužuje lidský věk, prodlužuje se i období života, v němž člověk potřebuje pomoc jiné osoby či pomoc sociálních služeb.

V naší současné společnosti je nezbytné, aby byla věnována pozornost otázkám snížené soběstačnosti osobám se zdravotním postižením již v produktivním věku, neboť některá onemocnění a úrazy způsobují trvalé zhoršení zdravotního stavu a dochází k následné invaliditě. (Např. nemoci svalové a kosterní soustavy, zhoubné novotvary, nemoci oběhové soustavy, poúrazové stavy.) Taktéž je nutné mít na zřeteli, že česká populace stárne. Více ohroženi sníženou soběstačností či její ztrátou, jsou pochopitelně lidé v seniorském věku, zpravidla již od 60 až 65 let, kteří jsou právě z důvodu kombinace věku a zdravotního stavu „více nemocní“ (kombinace „vícefaktorového“ onemocnění, stavy po cévních mozkových příhodách, srdečních příhodách, ortopedických a chirurgických operacích) a jejichž počet se bude v nadcházejících letech nadále zvyšovat u nás i ve světě. Nelze proto oddělovat zdravotní a sociální péči o tyto osoby, neboť zdravotní problémy jsou provázeny problémy sociálními a naopak.

Ve zdravotnických zařízeních má na starosti zdravotně sociální problematiku pacientů – svých klientů zdravotně-sociální pracovník, který je dle povahy své práce také sociálním

pedagogem. Poskytuje svým klientům a jejich rodinným příslušníkům v rámci **sociálně pedagogické pomoci** zejména poradenství a zprostředkování sociálních služeb. Jeho klientelu tvoří zpravidla osoby se sníženou soběstačností či zcela závislí na péči jiné osoby. (Dlouhodobě hospitalizovaní staří nemocní, chronicky nemocní, osoby v poúrazových stavech, pooperačních stavech, osamělí, ohrožení sociálním vyloučením, v krizích). Významnou měrou se také podílí na **sociální rehabilitaci**, která je jednou ze složek systému ucelené rehabilitace, ve kterém v rámci týmu spolupracuje se svými dalšími kolegy, jako je lékař, ergoterapeut, psycholog, fyzioterapeut někdy i logoped. Zdravotně-sociální pracovník má tak nezastupitelnou roli v týmu zdravotnických pracovníků, se kterými spolupracuje na plánovaném propouštění svých klientů do domácího prostředí, a to nejčastěji formou zprostředkování terénních služeb (pečovatelská služba, agentury zdravotní domácí péče, denní stacionáře apod.) Vliv domácího prostředí, (možnost setrvat v něm co nejdéle se zajištěnou podporou služeb) a samozřejmě podpora rodinných příslušníků, má bezesporu kladný vliv na proces rekonvalescence, neboť psychická pohoda výrazně prospívá zdravotnímu stavu klienta. Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka spočívá **v osobním jednání s klientem**, kdy musí akceptovat jeho potřeby a přání, klientovu osobnost, lidskou důstojnost s maximálním možným ponecháním kompetencí (kontroly nad děním) a specifika vyplývající z jeho onemocnění a zdravotního postižení (problém s komunikací, se čtením, psaním, v adaptaci na sociální změny v jeho životě).

Dále jeho sociálně pedagogická pomoc zahrnuje **edukaci klienta a jeho rodiny**, kdy informuje o nárocích, právech a službách, nabízí zprostředkování pobytových sociálních služeb za okolností, že se soběstačnost jeho klienta natolik sníží, že již není možné, aby fungoval sám ve svém přirozeném domácím prostředí. (Zvláště v případě, že pomoc rodiny je nedostačující nebo úplně chybí).

Sociálně pedagogická práce s klientem se sníženou soběstačností, znamená často také práci s jeho **rodinou**, která pro něj zpravidla představuje důležitou sociální oporu. Rodina by se tak určitě měla zapojit do procesu spolurozhodování o budoucnosti svého blízkého. Je třeba, aby vyjádřila své názory a postoje (ať už jsou jakékoliv), zrekapitulovala své možnosti, schopnosti a projevila ochotu ke zvládnutí a dořešení celé často náročné situace pro všechny zúčastněné.

Empirická část

Sociálně pedagogická pomoc osobám se sníženou soběstačností a jejich rodinám (v podmínkách GARC Kladno s. r. o.)

Výzkumná otázka: Jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují jeho klienti a jejich rodinní příslušníci.

1. Hlavní cíl výzkumného šetření a stanovené dílčí cíle

Hlavním cílem výzkumného šetření bude zachytit zdravotně sociální problematiku klientů zdravotně-sociálního pracovníka v GARC Kladno v kontextu situace životní. (Kasuistiky 10 klientů.)

Dílčím cílem C1 bude analýza sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka GARC a poskytování jeho služeb klientům.(Analýza interní dokumentace zdravotně-sociálního pracovníka GARC.)

Dílčím cílem C2) bude zjistit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují jeho klienti

(Rozhovory s klienty z kazuistik)

Dílčím cílem C3) bude zjistit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují rodinní příslušníci jeho klientů.

(Rozhovory s rodinnými příslušníky klientů z kazuistik)

Dílčím cílem C4) bude zmapování možností dostupných sociálních služeb pro klienty GARC v kladenském regionu. (Zařazeno v příloze č. 5)

2. Charakteristika terénu výzkumného šetření

Zkoumaná organizace GARC Kladno s. r. o. (Geriatrické a rehabilitační centrum), ul. F. Kloze 37, Kladno byla založena v roce 2007 a prezentuje se jako nestátní zdravotnické zařízení s mnohaletou tradicí, (předcházela jí existence léčebny pro dlouhodobě nemocné v letech 1988-2007) zaměřené na zdravotní péči o lidi se zdravotním postižením a seniory, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou rehabilitační péči. Poskytuje doléčení, rehabilitaci a ošetrovatelskou péči na 100 následných lůžkách s převážně geriatrickým zaměřením a dlouhodobou rehabilitační péči (do 3 měsíců) na 40 lůžkách. Kromě zdravotních lůžek nabízí i služby sociální péče na 21 lůžkách sociálních, které má zaregistrované dle zákona č. 108/1996 Sb. o sociálních službách dle § 52 jako sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Pacienti – klienti zdravotně-sociálního pracovníka jsou překládáni po jeho předchozím objednání z akutních lůžek nemocnic (interna, neurologie, ortopedie, chirurgie, urologie, radioterapie, plicní oddělení) po vyšetření akutní fáze onemocnění, po stabilizaci zdravotního stavu, po stanovení diagnózy a léčebného postupu. Nebo přicházejí z domova na doporučení svého praktického lékaře, či ambulantního specialisty. GARC spolupracuje s nemocnicemi ve svém regionu, především s nemocnicí Kladno a nemocnicí Slaný, při řešení zdravotních komplikací vyžadujících specializovanou péči. Nebrání se ale ani spolupráci s dalšími zdravotnickými zařízeními v rámci Středočeského kraje a ČR. Poskytovaná péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, za hospitalizaci se platí regulační poplatek 100,-Kč denně, je zde možnost zvolit si pobyt v nadstandardním pokoji, který je za příplatek. Ten je odstupňován podle počtu osob na pokoji. (za jednolůžkový pokoj je platba 400,-Kč na den, za dvoulůžkový je platba 240,-Kč na den, za třílůžkový 170,-Kč na den) Nadstandardní pokoj je vybavený televizí, lednicí a úložným prostorem na osobní věci pacientů. Všechny pokoje jsou vybaveny kvalitními elektricky polohovatelnými lůžky s hrazdou a rukojetí a „protiproleženinovou matrací.“

Zdravotnické zařízení GARC Kladno s.r.o. sídlí v Kladně, (největším městě Středočeského kraje) v ulici Františka Kloze čp. 37. Nachází se téměř v centru města, jeho dostupnost je velmi dobrá, jak automobilem, tak železniční i autobusovou dopravou. Samotná budova má dva vchody, z nichž jeden je bezbariérový. Je vybavena dvěma nákladními výtahy, které mají nosnost až 21 osob.

Personální obsazení

O pacienty se po celou dobu hospitalizace stará zkušený tým zdravotnických pracovníků. Pracuje zde 10 lékařů, z nichž 4 mají geriatrickou specializaci, 1 diabetolog a 2 rehabilitační lékaři. Dále je zde 10 fyzioterapeutů, 2 ergoterapeuti, 1 logoped, 1 nutriční terapeut, 1 sociální asistent a 1 zdravotně sociální pracovník.

Materiální zázemí

Zdravotní péče o pacienty je poskytována na čtyřech lůžkových stanicích, na každé z nich je lékař, staniční sestra a zdravotnický a ošetrovatelský personál. Fyzioterapeuti pracují přímo na pokojích nemocných nebo ve speciálně vybavených prostorách jako jsou tělocvičny, elektroléčba, vodoléčba, ergoterapeutická dílna.

Sociální lůžka jsou umístěna na páté lůžkové stanici, která je zajištěna staniční sestrou, zdravotnickým a ošetrovatelským personálem, ale bez trvalé přítomnosti lékaře. Je to dáno tím, že na těchto lůžkách jsou klienti sociální péče ve zdravotnickém zařízení v režimu pobytových sociálních služeb a lékař zde dochází pouze, když se zhorší zdravotní stav klienta. (Obdobně jako v domově seniorů)

Všichni pacienti jsou po přijetí testováni a je jim stanovený individuální plán rehabilitace a nácviku sebeobsluhy a soběstačnosti.

Pacienti, kteří jsou propuštěni z GARC i další - doporučení svým praktickým lékařem mohou využít geriatrické ambulance, která se specializuje na ošetření chronických ran, ambulance logopedické a ambulantní fyzioterapie. (Fyzioterapie poskytuje i péči za přímou úhradu u výkonů nehrazených ze zdravotního pojištění.) Dále mohou pacienti využívat zdravotních služeb agentury domácí péče (poskytování kondiční rehabilitace v domácím prostředí, injekční aplikace léků včetně insulínu, prevence, léčba proleženin, ošetření bércových vředů, převazy, apod.), která je součástí organizace a působí v domácnostech pacientů, kde umožňuje doléčení mimo zdravotnické zařízení. Jsou-li tyto služby indikovány lékařem, hradí je plně zdravotní pojišťovny, u nichž jsou pojištěnci přihlášení.

GARC také poskytuje zapůjčení kompenzačních pomůcek. Např. mechanické invalidní vozíky, polohovací lůžka, sedačky do vany, nástavce na WC apod.

3. Popis výzkumného vzorku

Klienti zdravotně - sociálního pracovníka jsou převážně z regionů Kladenska a Slánska. (Výjimkou nejsou ale ani klienti z Prahy či měst a obcí Středočeského kraje.) Vzhledem k tomu, že v GARC rehabilitují jak klienti se zdravotním postižením v produktivním věku, tak klienti v seniorském věku, rozhodla jsem se k provedení záměrného výběru, a to vybrat z každé věkové kategorie 5 osob se sníženou soběstačností. Výzkumný vzorek tedy čítá 10 osob, z toho 5 mužů a 5 žen. Jde o klienty zcela orientované (osobou, místem, časem), takže je u nich dobrý předpoklad k porozumění otázkám polostrukturovaného rozhovoru a k získání jejich výpovědí. Výzkumný vzorek dále tvoří i 10 kontaktních rodinných příslušníků klientů, se kterými jsem v rámci řešení zdravotně sociální problematiky jejich blízkých osobně jednala.

Získala jsem souhlas všech jmenovaných respondentů a vzhledem k ochraně osobních údajů jsem změnila jejich jména.

Skupinu klientů v produktivním věku tvoří :

1. Klientka Blanka M. (59 let)
2. Klientka Pavla Z. (47 let)
3. Klient Ota P. (50 let)
4. Klient Karel B. (58 let)
5. Klient Antonín V. (55 let)

Rodinný příslušník klienta:

1. Sestra paní Jana
2. Matka paní Libuše
3. Syn Ota
4. Zet' Luboš
5. Sestřenice paní Eva

Skupinu klientů v seniorském věku tvoří:

1. 6. Klient Václav S. (69 let)
2. 7. Klient Jaromír P. (68 let)
3. 8. Klientka Hana A. (79 let)
4. 9. Klientka Anna R. (86 let)
5. 10. Klientka Marie P. (87 let)

1. Bratr pan Josef
2. Bývalá manželka paní Dana
3. Syn pan Ivo
4. Syn pan Stanislav
5. Syn pan Jiří

4. Metodologie šetření

Ke zpracování diplomové práce s názvem „*Sociálně pedagogická pomoc osobám se sníženou soběstačností a jejich rodinám (v podmínkách GARC Kladno s.r.o.)*“ jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, která je doplněna interními statistickými údaji zdravotně-sociálního pracovníka GARC. (viz. příloha č.4)

Vzhledem k **hlavnímu výzkumnému cíli**, (za který jsem si stanovila zachycení zdravotně sociální situace klientů zdravotně-sociálního pracovníka v GARC Kladno v kontextu jejich situace životní) jsem se rozhodla pro práci s kasuistikou, abych tak názorně ilustrovala rozmanitost životních situací vybraných klientů (viz. kapitola 3 - popis výzkumného vzorku) v důsledku snížení jejich soběstačnosti.

Hendl (2005, s. 103) uvádí, že výzkum pomocí případové studie (kasuistiky) náleží k základním přístupům kvalitativního výzkum: „*Výzkum pomocí případové studie se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. Základní výzkumnou otázkou je, jaké jsou charakteristiky daného případu nebo skupiny porovnávaných případů.*“ (Hendl, 2005 s. 103)

Kasuistika tak obsahuje velké množství dat sesbíraných od jednoho jedince, nebo několika málo jedinců. Jedná se zde o zachycení složitosti případu v celé jeho hloubce a o popis vztahů v jejich celistvosti. Po ukončení sběru kvalitativního materiálu je třeba jej interpretovat s cílem zachytit komplexnost zkoumaných jevů. Protože získaná kvalitativní data nemají strukturovanou podobu tak jako data v kvantitativním výzkumu, bývá jejich vyhodnocení složitější. Hendl (2005, s. 52) proto kvalitativnímu výzkumu vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Při jeho provádění je však nutné si uvědomit, že generalizace na celou populaci je téměř nemožná.

V předkládaných kasuistikách je však mým prvořadým cílem zachytit zdravotně sociální problematiku 10 klientů se sníženou soběstačností v kontextu situace životní, z nichž 5 je v produktivním věku (47-59 let) a 5 je v seniorském věku, (starší 65 let) a následně prostřednictvím rozhovorů zjistit a vyhodnotit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně – sociálního pracovníka preferují. Stejně tak budou tyto rozhovory provedeny s jejich rodinnými příslušníky. Zcela záměrně jsem si pro své výzkumné šetření vybrala dvě výše jmenované věkové kategorie hospitalizovaných klientů GARC a tímto jsem se snažila poukázat, že se sníženou soběstačností či její úplnou ztrátou se nepotýkají pouze klienti v

homogenní kategorii seniorů, ale také osoby v produktivním věku, mladší 65 let, jejichž počet v současné době narůstá. Tímto záměrným rozdělením bych chtěla také blíže postihnout specifika klientů v produktivním a neproduktivním - seniorském věku.

Prezentované kasuistiky klientů GARC jsem získala na základě zpracovaného „interního materiálu“ ze svých sociálních záznamů, (který si pořizuji z každého setkání s klientem), za předpokladu, že se zabývám jeho další perspektivou po propuštění z GARC, dále z údajů ze zdravotních dokumentací a rozhovorů s klienty a jejich rodinnými příslušníky.

K dílčímu cíli C1) jsem provedla analýzu sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka GARC s důrazem na poskytování jeho služeb klientům, a to na základě zpracované interní dokumentace zdravotně-sociálního pracovníka GARC. Jedná se zde o vymezení hlavních sledovaných kategorií sociálně pedagogické práce zdravotně – sociálního pracovníka, a to – hlavní činnosti, nejdůležitější činnosti, převažující činnosti, časově nejnáročnější činnosti, náročnosti profese, metod práce s klienty a jejich rodinnými příslušníky. Miovský (2006, s. 98-99) charakterizuje analýzu dokumentů v širším pojetí jako analýzu jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílům studie. Může jít o materiál jakékoli povahy fixující data (text, přepis rozhovoru, videonahrávku apod.) V užším pojetí pod pojmem analýza dokumentů chápe však výzkumnou strategii založenou na analýze již existujícího materiálu, kdy výzkumník již nevytváří nová data, ale naopak pracuje s již existujícím materiálem, který je třeba shromáždit. Jde o intenzivní rozbor, který je ve své jedinečnosti co nejobsáhleji objasňován a interpretován.

K dílčímu cíli C2) jsem uskutečnila s 10 klienty ze zpracovaných kasuistik následné rozhovory. Cílem bylo zjistit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně – sociálního pracovníka preferují.

Rozhovory s klienty jsem zvolila na základě svých přirozených metod práce s nimi, mezi které patří především rozhovor, který je základem sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka. Jde o klienty, kteří jsou orientovaní (osobou, místem a časem) a vzhledem ke svému zdravotnímu postižení však mají určité potíže se psaním či čtením, takže jsem z těchto důvodů nechtěla provádět dotazníkové šetření. Mým záměrem bylo také získat podrobnější údaje od dotazovaných klientů k otázkám vnímání a preferované pomoci.

K dílčímu cíli C3 jsem uskutečnila s 10 rodinnými příslušníky klientů ze zpracovaných kasuistik následné rozhovory. Cílem bylo zjistit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují. Jde většinou o přímé příbuzné či vzdálenější příbuzné, kteří jsou hlavní kontaktní osobou a sociální oporou klienta, kteří jej v GARC navštěvovali a účastnili se osobního jednání se zdravotně-sociálním pracovníkem.

Švaříček (2007, str. 159-183) charakterizuje **rozhovor** jako nejčastěji používanou metodu sběru dat v kvalitativním výzkumu. Používá pro něj označení – hloubkový rozhovor (in – depth interview). Hloubkový rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, takže výzkumník může lépe porozumět pohledu jiných lidí, aniž by jejich pohled omezoval výběrem položek pomocí dotazníku. Za hlavní dva typy hloubkového rozhovoru Švaříček označuje rozhovor **polostrukturovaný** a rozhovor **nestrukturovaný**. Rozhovor se tak jako celý proces získávání dat sestává z výběru metody, přípravy rozhovoru, analýzy dat a z psaní a prezentace výzkumné zprávy. Hendl (2005, s. 167) udává, že zvláštní pozornost je třeba věnovat začátku dotazování, kdy je nutné prolomit případné psychické bariéry dotazovaných a zajistit tak jejich souhlas se záznamem rozhovoru.

Ke svému výzkumnému šetření jsem se rozhodla použít polostrukturovaný rozhovor, který vychází z předem připraveného seznamu otázek a témat. Pro mé dvě zkoumané skupiny osob se zdravotním postižením je tento typ rozhovoru daleko vhodnější než dotazník, neboť jsem si vědoma, že by při jeho administraci mohly nastat problémy s porozuměním a jeho samotným samostatným vyplněním. Mým cílem je zde na podkladu zpracovaných kasuistik zjistit, hledat porozumění a příčinné souvislosti u 10 klientů se sníženou soběstačností (5 mužů a 5 žen) na hlavní výzkumnou otázku – „*Jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně – sociálního pracovníka preferují?*“ Stejně tak i u jejich rodinných příslušníků, se kterými jsem měla možnost jednat osobně.

Švaříček (2007, s. 166) udává jako příklad vytváření schématu polostrukturovaného rozhovoru tzv. pyramidový model, kde je základní výzkumná otázka (ZVO) rozložena na specifické výzkumné otázky (SVO) a tyto specifické otázky jsou dále rozloženy do otázek tazatelských (TO). Tento model jsem se rovněž rozhodla použít pro své výzkumné šetření. Rozhovory jsem vyhodnotila na základě pojmové analýzy, kdy jsem ze získaných výpovědí klientů a jejich rodinných příslušníků provedla výběr klíčových pojmů - kategorií a zaznamenala je v jejich četnosti. Odpovědi klientů a jejich rodinných příslušníků jsem poté interpretovala.

K dílčímu cíli C4) jsem zmapovala možnosti dostupných sociálních služeb pro klienty GARC v kladenském regionu. (Zařazeno v příloze č. 5) Postupovala jsem na základě analýzy dokumentace, tedy již zpracovaných primárních dat z publikace „Katalog poskytovatelů sociálních služeb města Kladna.“ Dále jsem informace čerpala prostřednictvím telefonického dotazování v rámci spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka GARC s poskytovateli sociálních služeb v kladenském regionu.

6. Popis realizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření pro zpracování diplomové práce jsem realizovala v období od června 2011 do listopadu 2011. Nejprve jsem provedla záměrný výběr 10 klientů se sníženou soběstačností, tak, aby 5 z nich bylo zastoupeno ve sledované kategorii osob se zdravotním postižením v produktivním věku (47-59 let) a 5 z nich zastoupeno ve sledované kategorii osob v seniorském věku (68-87 let.) Zároveň tak, aby ve sledovaném souboru byla zastoupena pestrost jejich zdravotně – sociální problematiky. Jde o klienty orientované osobou, místem a časem, takže je zde předpoklad k validním výpovědím.

V období červen - červenec 2011 jsem k hlavnímu výzkumnému cíli na základě svých interních materiálů (sociálních záznamů), údajů ze zdravotnických dokumentací i rozhovorů s klienty a jejich rodinnými příslušníky zpracovala 10 kasuistik klientů, abych mohla zachytit různorodost jejich zdravotně sociální problematiky v kontextu jejich životní situace. V období červenec-srpen 2011 jsem zpracovala na podkladu své interní dokumentace analýzu sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka GARC s poskytováním jeho služeb klientům. V období měsíců srpen – listopad 2011 byly provedeny jednotlivě následné rozhovory s 10 klienty z již zpracovaných kasuistik ve společenské místnosti GARC a jednotlivě následné rozhovory s jejich rodinnými příslušníky při osobním jednání se zdravotně – sociálním pracovníkem v jeho kanceláři. S poskytnutím rozhovorů jsem získala souhlas všech dotazovaných respondentů a vzhledem k ochraně osobních údajů jsem změnila jejich jména. Všechny záznamy rozhovorů byly se souhlasem dotazovaných pořízeny písemným zápisem.

6. Vyhodnocení výzkumného šetření

K hlavnímu výzkumnému cíli – *Zachytit zdravotně sociální situaci klientů zdravotně-sociálního pracovníka v GARC Kladno v kontextu situace životní* bylo zpracováno 10 kasuistik klientů.

6.1 Kasuistiky

Kasuistiky klientů v produktivním věku.

- 1. Klientka Blanka M., 59 let.,** vdova, bezdětná, invalidní důchodkyně, poslední profese: sekretářka.

Základní diagnóza: stav po cévní mozkové příhodě se středně těžkou pravostrannou hemiparézou (dále jen CMP)

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace a zlepšení zdravotního stavu.

Klientka byla přeložena do GARC z nemocnice Kladno z oddělení neurologie. Je orientovaná, začíná rehabilitovat, se dvěma fyzioterapeutkami zvládne stoj a začíná se pohybovat s pomocí čtyřbodového chodítka. Klientka je podle svých slov již 10 let v invalidním důchodu z důvodu vyhrězlé ploténky v minulosti, ale do prodělání CMP byla zcela soběstačná, žila sama a podle svých slov nikoho nepotřebovala. Rodiče již zemřeli, má jednu sestru, která žije v Praze a je onkologicky nemocná. Sestra má svou rodinu, sporadicky se navštěvovaly. Klientka žije v malém městečku, (kde funguje základní občanská vybavenost) ve starším rodinném domku, kde má schodiště do patra. Chtěla by se co nejdříve vrátit domů, hlavně k pejskovi, o kterého se zatím stará sousedka.

V GARC ji navštěvuje pouze sestra Jana. Sestra Jana má obavy, co s Blankou bude dál, když by v budoucnu nevládala chůzi a péči o sebe. Pracuje jako zdravotní sestra, v současné době je však v pracovní neschopnosti, dochází na chemoterapii. Sděluje, že si se sestrou poslední dobou moc nerozuměly. Hlavní příčinu vidí v povaze Blanky, která je dost vztahovačná a náládová. To však nemění nic na situaci, že by ji nechtěla pomoci. Doma se však o ni postarat nemůže. Paní Jana se vždy během návštěv v GARC snažila připravovat Blanku na to, že když chce tolik domů, tak musí být aspoň trochu soběstačná a podporovala ji spolu s fyzioterapeutkou a ergoterapeutkou v rehabilitaci. Na doporučení ošetřující lékařky vzala spolu se svým manželem také Blanku na víkendovou propustku do jejího domku.

Za spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka sestře navrhla řešení v podobě žádosti do domova seniorů a vysvětlila ji, že to není pro ni závazné, když bude doma normálně fungovat. Nástup tak může odložit na později, ale v současné době stejně ještě nesplňuje příslušný věk a také je zde pro velký počet uchazečů i delší čekací doba na umístění. Jana má vážné obavy, kdyby se s ní cokoliv stalo, tak tu Blanka zůstane úplně sama naprosto nezajištěná.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka:

V rámci preventivního opatření byl s klientkou uskutečněn poradenský rozhovor a sepsána žádost do Domova seniorů Nové Strašecí. Jedná se o domov, který poskytuje pobytovou sociální službu i osobám mladším 65 let, s vymezenou dolní hranicí 60 let, vyžadujícím podporu nebo pomoc v běžných denních činnostech, s poruchou hybnosti nebo s potřebou ošetrovatelské péče. Čekací doba je zhruba 6 měsíců až 1 rok. (Také pro Janu, která bydlí v Praze, to není daleko, aby Blanku mohla dále pravidelně navštěvovat.) Dále byla podána žádost o sociální lůžko ve zdravotnickém zařízení následné péče Medicina Podbořany, neboť kapacita sociálních lůžek GARC je v současné době naplněná. Byla podána žádost o příspěvek na péči a kontaktována pečovatelská služba v místě bydliště klientky, aby ji při případném propuštění do domácího prostředí nabídla své služby (obědy, nákupy, úklid apod.)

Po čtyřech měsících úspěšné rehabilitace a nácviku sebeobslužných činností v ergoterapeutické dílně byla klientka Blanka propuštěna do domácího prostředí se zajištěnými službami pečovatelské služby. Domů se vrátila jako chodící o jedné holi.

2. Klientka Pavla Z., 47let, rozvedená, bezdětná, invalidní důchodkyně, poslední profese: cukrářka

Základní diagnóza: roztroušená skleróza mozkomíšní (dále jen RS)

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace a ošetrovatelské péče

Klientka byla přeložena do GARC z nemocnice Kladno z oddělení urologie. Její základní onemocnění je však RS, klientka je v GARC opakovaně hospitalizována. Je již 25 let v invalidním důchodu, v důsledku svého postižení má v posledních několika měsících výrazné problémy se sebeobsluhou a soběstačností. Je orientovaná, pohybuje se na elektrickém vozíku, s přesuny z vozíku do lůžka potřebuje však dopomoc jiné osoby. Sama se nají, je inkontinentní. Inkontinence je z důvodu jejich urologických problémů řešena pomocí

permanentního močového katétru. Pobírá příspěvek na péči ve 3. stupni závislosti. Žije sama v obecním bytě 1+1 zvláštního určení pro osoby se sníženou soběstačností, který je bezbariérový, lidově zvaný META. Využívá pomoc tamní speciální pečovatelské služby, která má podobu osobní asistence a je k dispozici 24 hodin denně. Pomáhá jí s hygienou, polohováním na posteli a přesuny z postele do vozíku a zase zpět. Využívala také služeb tamní klasické pečovatelské služby (obědy, občas velký nákup). Za klientkou jezdila také zdravotní domácí péče GARC, která jí poskytovala kondiční rehabilitaci a pečovala o permanentní močový katétr.

Protože se samostatné bydlení pro Pavlu stává stále větším problémem, její jedinou příbuznou je její matka paní Libuše, která žije v obci, jež je vzdálená od bydliště Pavly asi 15 km a vzhledem ke svému věku (80 let) a svým zdravotním problémům se o Pavlu nemůže trvale starat, bylo třeba s Pavlou probrat další možné řešení její situace. Pavla se vždy snažila být velmi samostatná a nezávislá, svým způsobem byla i pyšná na to, jak vše donedávna s pomocí služeb zvládala. Její matka paní Libuše neustále opakuje, že své dceři neumí pomoci. Přišla už o manžela i o syna, ale nedokáže si představit, že by přišla o Pavlu, byť i tím, že by ji nemohla aspoň jednou týdně navštívit. Paní Libuše má představu, že by bylo ideální, kdyby Pavla zůstala trvale v GARC. To však není možné, neboť se jedná o zdravotnické zařízení a ne zařízení sociálních služeb.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka:

Z rozhovoru s klientkou vyplynulo, že by se Pavla po ukončení rehabilitace ráda vrátila do svého bytu. Protože pobyt klientky v GARC již přesáhl jeden měsíc, bylo nutné odhlásit na oddělení sociální péče příspěvek na péči, který pobírala v domácím prostředí a ze kterého si financovala své nezbytné služby. Sdělila, že si před šesti lety podala žádost do domova seniorů v Kladně. S přijetím zákona o sociálních službách nastal problém, že její žádost vyřadili, neboť již není v jejich cílové skupině, která je nastavena až od 65 let věku klienta. Problémem je i její diagnóza RS, pro takto zdravotně postižené osoby nejsou téměř žádné sociální pobytové služby. Jediným zařízením je Domov sv. Josefa v Žírči u Dvora Králové nad Labem, kde je pobytová kapacita 14 míst. Klientka ani matka toto sociální řešení nechtějí, je to pro obě dvě hodně daleko a je zde velmi malá pravděpodobnost přijetí, neboť je zde čekací lhůta až 10 let.

Paní Pavla dosud pobývá v GARC, její zdravotní stav se zkomplikoval, v současné době ve své životní situaci potřebuje spíše pomoc zdravotní, než sociální. Matka paní Libuše ji stále platí nájemné v bytě a udržuje dceru tak v naději, že se tam ještě někdy, až ji bude „zdravotně“ lépe, vrátí.

3. Klient Ota P., 50 let, rozvedený, 2 děti, invalidní důchodce, poslední profese: skladník

Základní diagnóza: roztroušená skleróza mozkomíšní (dále jen RS)

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace, ke zlepšení sebeobsluhy a soběstačnosti

Klient byl přijat do GARC z domova, na základě doporučení svého praktického lékaře, asi po týdnu, co jej propustili z dvouměsíčního pobytu z psychiatrické léčebny z důvodu léčby depresivního syndromu. Byl orientovaný, ale reagoval na všechny podněty velmi zpomaleně, s nezájmem. Před hospitalizací na psychiatrii se pohyboval s chodítkem a ve vozíku. Do GARC přišel jako ležící, sám se dokázal posadit. Cílem zdravotnického personálu bylo zlepšení jeho mobility, bylo nutné jej neustále vybízet k aktivitě, ergoterapii navštěvoval, ale často ji odmítal.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka:

Klient udává, že neurologické obtíže má již 14 let, asi 13 let je již v invalidním důchodu. Příspěvek na péči má vyřízený ve 2. stupni závislosti, pomáhá mu jeho syn Ota, který s ním bydlí ve společné domácnosti, (v bytě 2+1, dům je vybaven výtahem) a v současné době studuje první ročník vysoké školy. Ten také otce po jeho propuštění z psychiatrické léčebny přestal zvládat a tak se obrátil na jeho praktického lékaře. Z rozhovoru s klientem bylo zjištěno, že jeho bývalá žena mu již podala žádost do Domova Sv. Josefa v Žírči u Dvora Králové nad Labem. Ví o tom, že čekací doba je velmi dlouhá. Má tam také zažádáno o rekondiční pobyt, jedná se o několik měsíců. Vzdálenost mu nevádí, stejně je většinou sám, přišel o rodinu, manželka se s ním rozvedla, aby se na něj nemusela dívat, dcera má svoji rodinu a žije v severních Čechách, syn na něj nemá čas, má přítelkyni. Kamarády žádné nemá. Je mu to všechno jedno. Syn si přeje, aby otec mohl v GARC rehabilitovat co nejdéle a domů

se mohl vrátit aspoň v takovém stavu, jako byl před léčebnou, tzn. jako chodící s pomocí chodítka. Vzhledem ke zhoršení soběstačnosti byl podán návrh na zvýšení příspěvku na péči.

Klient byl po třech měsících rehabilitace v GARC propuštěn do svého domácího prostředí jako chodící se „čtyřkolkou“ a se sjednanou pečovatelskou službou (hygiena, obědy) a službou domácí zdravotní péče GARC (dohled nad léky, kondiční rehabilitace).

4. Klient Karel B., 58 let, rozvedený, 2 děti, invalidní důchodce, poslední profese: pracovník bezpečnostní agentury

Základní diagnóza: stav po CMP s pravostrannou symptomatologií a reziduální spastickou hemiparézou, mírnou afázií, kdy dobře rozumí, trochu hůře komunikuje.

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace a ošetrovatelské péče

Klient byl přijat z nemocnice Kladno z neurologického oddělení. Nastoupil jako částečně desorientovaný a převážně ležící. Před proděláním CMP byl v pracovním poměru a naprosto soběstačný. Žil v bytě s družkou, ta však záhy po jeho onemocnění byt prodala a odstěhovala se. Z Karla se stal prakticky ze dne na den bezdomovec. Karla v GARC navštěvuje jeho 85-letá matka, která žije v bytě bez výtahu, má své zdravotní problémy a péči o syna tak zajistit nemůže. Klient má ještě dceru, která pobývá pracovníčně v zahraničí a zetě, který ho do GARC občas přijde oholit. Pak má ještě syna, se kterým se však nestýká. Po tříměsíčním rehabilitačním pobytu se dokáže posadit, s pomocí přemístit do vozíku. Stoj zvládne s dopomocí, chůze však nelze. Je trvale inkontinentní, používá plenkové kalhotky.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka:

Jako kontaktní osoba je klientem určen jeho zeť pan Luboš. Ten byl složitě kontaktován, dvakrát slíbil, že se dostaví na jednání se zdravotně-sociálním pracovníkem, poté dlouhodobě nebral telefon, nakonec se dostavil až na písemné vyzvání. Po projednání situace jeho tchána Karla se Luboš nabídl, že pro něj může něco vyřídit, ale celodenní servis mu zařídit nedokáže. Je instruován, aby podal Karlovi žádost o příspěvek na péči. Karel nesplňuje dosud věk na přijetí do pobytové sociální služby, což je 65 let. Je podána žádost o vyřízení invalidního důchodu, což bude déle trvat, neboť klient v průběhu své pracovní kariéry často měnil zaměstnavatele. Luboš je požádán, aby dohledal potřebné doklady (rodný list, výuční list, vojenská knížka, vysvědčení apod.) Vrací se dcera ze zahraničí a společně s manželem

Lubošem si berou otce na 14 dnů domů, aby se přerušila hospitalizace. Na tuto dobu je sjednaná domácí zdravotní péče GARC na zajištění rehabilitace a pomoci s hygienou. Po 14. dnech se Karel opět vrací k rehabilitaci do GARC, dcera s manželem jsou vysílení, sdělují, že si nedokážou představit, že by to bylo napořád. Karel má po téměř ¾ roce vyřízený invalidní důchod. Po předchozím poradenském rozhovoru a vysvětlení, že je stále ve zdravotnickém zařízení, kde není možné trvale zůstat pro sociální důvody (ztráta bydlení, ztráta soběstačnosti, nefunkční rodinné zázemí), je s ním sepsaná žádost do Domova Centrum Rožmitál pod Třemšínem, který poskytuje pobytovou sociální službu klientům mladším 60 let se zdravotním postižením, převážně tělesným. Protože čekací doba je až dva roky, je klient umístěn na sociálním lůžku GARC v 5. patře, neboť se uvolnilo místo, a čeká zde na přijetí do domova.

Zatím ho zde může navštěvovat jeho matka, ví, že pak syn bude daleko a už se za ním těžko dostane. Dokonce jej navštěvuje i jeho bývalá manželka, se kterou teď mají kamarádský vztah a když je hezké počasí, bere ho na procházky na vozíku.

5. Klient Antonín V., 55 let, svobodný, bezdětný, invalidní důchodce, poslední profese: manipulační dělník

Základní diagnóza: stav po totální endoprotéze kyčelního kloubu, stav po dětské mozkové obrně v dětství (dále jen DMO), nedoslýchá. Komunikuje dobře, odezírá.

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace a zlepšení sebeobsluhy

Klient byl přijat do GARC z nemocnice Kladno z ortopedického oddělení. Je orientovaný, postaví se s dopomocí, začíná zkoušet chůzi s oporou 2 francouzských holí a pod dohledem fyzioterapeutky. Rehabilitace je zpomalená, dle lékařky, v důsledku prodělané DMO. Chůze zpočátku velmi nejistá, po šesti týdnech začíná zkoušet schody. To je pro klienta stěžejní záležitost, neboť žije sám v bytě ve třetím poschodí a nemá výtah. A podle svých slov dříve domů nemůže, než se to naučí.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka:

S klientem bylo nutno mluvit velmi pomalu a jen v krátkých výstižných větách. Velmi dobře dokáže odezírat, takže komunikace s ním potom byla bez problémů. Z rozhovoru bylo zjištěno, že před operací docházel do Centra denních služeb, hlavně na obědy. Má také

vyřízený příspěvek na péči v 1. stupni závislosti, ten bylo třeba odhlásit, neboť jeho pobyt v GARC trval déle než měsíc. Dále bylo nutné vyřídit s poštou přeoslání důchodu a SIPA. Klient sdělil i jména úřednic, protože jak tvrdí, znají ho všude na úřadech i na poště. Má sestřenici Evu, která za ním občas přijde a vypere mu záclony, nebo umyje okna, jinak je ale na všechno úplně sám. Má nějaké kamarády hlavně z fotbalu. Sám se aktivně zajímal o pobytové sociální služby, chtěl udělat přehled vhodných zařízení i jinde než ve Středočeském kraji.

Po 10 týdnech byl klient propuštěn do svého domácího prostředí, pohybuje se sám o dvou francouzských holích. Jeho sestřenice paní Eva přislíbila, že se za ním zastaví a pomůže, s čím bude třeba. Na prvních 14 dnů po propuštění byla pro klienta zajištěna donáška oběda z pečovatelské služby.

Kasuistiky klientů v seniorském věku.

- 6. Klient Václav S., 69 let.,** svobodný, bezdětný, starobní důchodce, poslední profese: horník. Základní diagnóza: karcinom recta s generalizací do plic a jater

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace a péče o kolostomii

Klient byl přijat do GARC z nemocnice Kladno z chirurgického oddělení. Klient je orientovaný, žije sám v bytě 1+1, dům je vybaven výtahem. Po chirurgickém zákroku je však oslabený, je zapotřebí, aby zvládl základní úkony v péči o sebe. Po dvouměsíční rehabilitaci již chodí znovu samostatně. Bratr Josef ho vzal k sobě domů na dvoudenní propustku, aby si vyzkoušel po delší době pobýt v domácím prostředí. Bratr Josef má však dlouhodobě nemocnou manželku, o kterou se sám stará, takže Václav nemůže trvale počítat s jeho pomocí.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka

Z rozhovoru s klientem bylo zjištěno, že si sám přeje podat žádost do domova seniorů. Klientovi byl předložen seznam zařízení. Je sice onkologicky nemocný, ale jeho onemocnění není v terminálním stadiu, takže podání hospicové péče zatím není aktuální. S klientem byly sepsány dvě žádosti do domova seniorů, které si sám zvolil. (Domov Unhošť a Domov Nové Strašecí) Byl podán příspěvek na péči. Předjednaná pečovatelská služba s donáškou obědů, zajištěná zdravotní domácí péče na péči o kolostomii. Klient byl propuštěn do domácího prostředí.

Zhruba po čtrnácti dnech po jeho propuštění sociální pracovník z domova seniorů Unhošť klienta vyzval k nástupu. Když se dozvěděl, že klient je již propuštěn, přislíbil, že jej bude kontaktovat z domova. V tomto konkrétním případě se vůbec nepředpokládalo tak brzké přijetí (do tří měsíců) do domova seniorů.

7. Klient Jaromír P., 68 let., rozvedený, dva synové, starobní důchodce, poslední profese: podnikatel ve stavebnictví

Základní diagnóza: stav po akutní ischemii pravé dolní končetiny, stav po fraktuře colli femuru, v minulosti prodělal CMP

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace a nácviku sebeobsluhy a posílení soběstačnosti

Klient byl přijat do GARC z nemocnice Kladno z ortopedického oddělení. Je orientovaný a pohybuje se na mechanickém vozíku. Dlouhodobě žil u kamaráda na chalupě, jezdil starým autem a staral se o psa. Před časem však kamarád zemřel a on se musel vystěhovat. Uvádí, že v současné době nemá kam jít. Dříve pracoval jako soukromý podnikatel, má ale malý důchod, zamítli mu přiznání příspěvku na péči. V rámci rehabilitace zkouší chůzi o dvou francouzských holích. Vzhledem k jeho výraznému depresivnímu ladění je v péči psychologa. Zúčastňuje se také pravidelného setkávání v ergoterapeutické dílně. Synové se s ním téměř nestýkají, občas ho navštíví snacha, která si na něj jenom stěžuje, jak je nezodpovědný a bývalá manželka paní Dana.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka

Z rozhovoru s klientem vyplynuly jeho obavy o jeho další budoucnost. Trápí ho bydlení, je plačtivý, přehnaně závislý na svém psovi, kterého má zatím v útulku. (V posteli má alespoň zatím toho plyšového.) Jeho bývalá manželka má už dávno „svůj“ život a nemůže pro něj podle svých slov nic udělat, zároveň by si přála, aby mohl v GARC zůstat co nejdéle, nejlépe napořád. S klientem byla po předchozí dohodě sepsána žádost do domova seniorů Švermov a znovu podán příspěvek na péči. Do domova seniorů by ho mohli přijmout za předpokladu, že by zvládl chůzi do schodů, kterou ještě stále nezvládá. Jako problém se jevil i nízký důchod, takže by musel některý z jeho rodinných příslušníků za něj doplácet chybějící částku. A to je další potíž. S jedním synem se nestýká a ten druhý musí splácet hypotéku.

Po téměř půlroční rehabilitaci byl klient propuštěn na ubytovnu, jako chodící o francouzských holích, byla mu sjednána pečovatelská služba s donáškou obědů a drobných nákupů.

8. Klientka Hana A., 79 let., vdova, 1 syn, starobní důchodkyně, poslední profese: učitelka

Základní diagnóza: stav po CMP, revmatoidní artritida, deformity kloubů na ruku, deformity nosných kloubů.

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace a ošetrovatelské péče

Klientka byla přijata do GARC z nemocnice Kladno z interního oddělení. Je orientovaná, ale téměř imobilní, vzhledem k prodělané mozkové příhodě a základnímu chronickému onemocnění. Je vysoce ošetrovatelsky závislá, nutná pomoc je při všech úkonech. Klientka nedávno ovdověla, má syna Iva, který je hudebník a je velmi pracovně vytížený.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka

Klientka si uvědomuje ztrátu manžela, který se o ni staral v domácím prostředí. Má rodinný domek, ale nedokáže si představit, jak bude nadále fungovat bez pomoci manžela. Po rozhovoru s klientkou se dostavil také syn, který má obavy, jak to bude s jeho matkou dál. Zkoušel pro svou matku hledat pečovatelku na plný úvazek, ale dospěl k názoru, že by to asi nikdo dlouhodobě nezvládl. Vyloučily se proto i další terénní služby, které by na tak náročnou celodenní péči nepostačovaly a byly podány dvě žádosti do domova seniorů. (Domov Kladno, Domov Unhošť) Klientka pobírala již příspěvek na péči ve 3. stupni závislosti. Bylo podáno zvýšení příspěvku, neboť její soběstačnost se oproti domácímu pobytu ještě zhoršila. U klientky během hospitalizace nedošlo k výraznému zlepšení soběstačnosti. S dopomocí je posazena na lůžku, musí být krmena, polohována, je inkontinentní. V současné době si čeká na sociální řešení v podobě domova pro seniory.

Klientka byla po čtyřech měsících pobytu na zdravotním lůžku přeložena na sociální lůžko v GARC.

9. Klientka Anna R., 86 let., vdova, 1 syn, starobní důchodkyně, poslední profese: úřednice na poště

Základní diagnóza: stav po zlomenině kosti stydké, diabetes mellitus, recidiva Grawitzova tumoru, v minulosti stav po CMP

Pobyt v GARC: za účelem rehabilitace, posílení soběstačnosti a nácviku sebeobsluhy

Klientka byla přijata do GARC z nemocnice Kladno z oddělení ortopedie. Je orientovaná, zkouší chůzi s pomocí chodítka, ta je zatím velmi nejistá. Klientka má lehkou kognitivní poruchu, je středně závislá na péči jiné osoby.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka

V rozhovoru s klientkou bylo zjištěno, že žije sama ve starém rodinném domku, kde má naprosto nevyhovující podmínky. Od podzimu do jara musí topit uhlím, dvorek je do kopce a k domovním dveřím má několik schodů. Doma měla také časté pády, už měla i zlomený krček, naposledy si zlomila na dvorku stydkou kost. Syn Stanislav bydlí jinde a nedá se na něj spolehnout, je pod vlivem své manželky, která klientku údajně nemá ráda. Z rozhovoru se synem vyplynulo, že matka je hrozně „paličatá“ a kdykoliv ji nabídl pomoc, že ji pomůže například uklidit, tak ho vždycky odmítla. Také obvodní lékař mu dal radu, aby matku co nejdéle nechal v „eldéence“, protože už nemůže být sama doma. Synovi bylo vysvětleno, že pobyt v GARC nemůže vyřešit dlouhodobě nepříznivou životní situaci jeho matky. Bylo mu doporučeno, aby po dohodě se svou matkou podali žádost do domova seniorů. Syn i matka chtějí pouze Domov Kladno. Klientka nic nenamítala, naopak toto řešení svým způsobem přivítala, neboť má v „důchodáku“ kamarádku a ví, že se na to čeká i několik let. Příspěvek na péči doma pobírala v 1. stupni, vzhledem ke snížené soběstačnosti byl podán návrh na jeho zvýšení. Klientka si u ošetřující lékařky prosadila propuštění do svého domácího prostředí. Byla ji proto zajištěna pečovatelská služba s dovázkou obědů a zajištěna zdravotní domácí péče na rehabilitaci, podávání léků a aplikaci inzulínu. Syn s tím nesouhlasil, byl dokonce za primářkou GARC, aby zabránil propuštění matky. Bylo mu vysvětleno, že je jeho matka svéprávná a že ji nikdo nemůže držet v GARC proti její vůli.

Klientka bohužel byla doma pouze krátce, neboť hned třetí den doma upadla a byla opětovně hospitalizovaná v nemocnici v Kladně na ortopedickém oddělení. Ošetřující lékař z ortopedie podal klientce žádost k rehabilitaci do GARC. Klientka nastoupila opakovaně do GARC.

10. Klientka Marie P., 87 let, vdova, 2 děti (syn a dcera), starobní důchodkyně, poslední profese: švadlena

Základní diagnóza: stav po oběhové dekompenzaci, hypertenze 3. stupně, diabetes mellitus, v minulosti stav po CMP

Pobyt v GARC Kladno: za účelem rehabilitace, posílení samostatnosti a nácviku sebeobsluhy

Klientka byla přijata do GARC z nemocnice Kladno z interního oddělení. Zpočátku nebyla orientovaná, převažovaly u ní stavy zmatenosti a byla zcela imobilní. Postupně se vylepšila, je orientovaná, sama se posadí, přejde si s pomocí chodítka pod dohledem jedné osoby. Klientka žije sama v bytě, má syna, který je onkologicky nemocný a dceru, která bývá opakovaně hospitalizovaná na interním oddělení. Obě děti se po vzájemné dohodě střídaly v péči o matku, která již prodělala CMP a nebyla úplně soběstačná.

Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka

Z rozhovoru s klientkou vyplynulo, že se po rehabilitaci chce vrátit do svého bytu. Věří, že se o ni postará dcera. Dcera je však v současné době hospitalizovaná na interně, syn pan Jiří sděluje, že matku o tom dosud neinformoval, a to z obavy, aby se nezhoršil její psychický stav. Na dceru je totiž velmi fixovaná. Syn se o matku v současné době nemůže postarat, neboť má zdravotní problémy a dochází na chemoterapii. Přesto má zájem dozvědět se, jak to funguje v oblasti možných služeb, jakou pomoc lze lidem se ztrátou soběstačnosti nabídnout. Tvrdí, že si nedokáže představit, že se o matku bude starat teď pouze sestra, neboť ta lže a je nespolehlivá, také pije. Obává se, že to nedopadne dobře. Synovi bylo doporučeno podání žádosti do domova seniorů a následně také žádosti na sociální lůžko. Byl seznámen i se službami poskytovanými v terénu. Byl podán příspěvek na péči, o který klientka ani její rodina dříve nežádali, neboť nevěděli, že něco takového existuje. Syn matce vysvětlil, že je toto opatření pouze z důvodu, když by nebyla pohyblivá a oni by ji spolu se sestrou nedokázali při svém zdravotním stavu a i věku zajistit potřebnou péči.

Po pěti měsících rehabilitace, kdy se klientka stále vylepšovala v soběstačnosti, byla propuštěna do domácího prostředí s pomocí zdravotní domácí péče, která byla sjednána na zajištění rehabilitace a na aplikaci inzulínu. Syn byl v té době už hospitalizovaný na onkologii, dcera klientky prodala svůj byt a nastěhovala se k matce.

Závěry získané z kasuistik

Případové studie (kasuistiky) patří k významným tématům oboru sociální pedagogiky, neboť přispívají k zachycení různorodých životních situací klientů a popisují také jejich zvládání.

Ze zpracovaných kasuistik deseti klientů GARC jsem dospěla k těmto závěrečným zjištěním:

V devíti případech byli klienti přijati překladem do GARC z různých oddělení kladenské nemocnice. K post-akutní péči nastoupili za účelem rehabilitace a ošetrovatelské péče k posílení a obnově soběstačnosti a zlepšení sebeobsluhy. Pouze klient Ota (50 let) byl přijatý k rehabilitaci na doporučení svého praktického lékaře, když se zhoršila jeho soběstačnost v domácím prostředí a jeho syn přestal zvládat péči.

Ze sledované kategorie **pěti klientů v produktivním věku** jsou čtyři z nich již v invalidním důchodu. Jejich hlavním specifikem je, že jsou již na svoji životní situaci vzhledem ke svému dřívějšímu zdravotnímu postižení poměrně dobře adaptováni a mají také vzhledem ke své životní situaci poměrně dosti informací, jako je to v konkrétním případě klientů Pavly, Oty a Antonína. Ti mají také vyřízený příspěvek na péči, mají zkušenost s pomocí sociálních a zdravotních služeb, mají již opakovanou zkušenost s hospitalizací. Pavla a Ota mají vzhledem ke svému zdravotnímu postižení také podanou žádost do pobytových sociálních služeb, neboť již vědí, že se nemohou spoléhat na pomoc svých rodinných příslušníků (osmdesátiletá matka a dvacetiletý studující syn). Sociálně pedagogická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka je v jejich případě zaměřena nedirektivně.

Karel a Blanka se v situaci závislosti na péči ocitli náhle, takřkajíc z „plné soběstačnosti.“ Pro tyto klienty je charakteristická neinformovanost, která je ale vcelku logická, neboť nemají s touto situací žádnou zkušenost. Objevuje se u nich ale také nedostatečná motivace k řešení problémů do budoucna. Nepřipouštějí si, že by se později vzhledem k jejich neřešení mohla stát jejich životní situace ještě složitější. V současné době jsou schopni vnímat jen „tady a teď“, svou situaci nedokážou vyhodnotit jako komplexní, jsou více zaměřeni na svou osobu. V jejich případě bylo nutné použít direktivního přístupu ze strany zdravotně-sociálního pracovníka. Klientům bylo proto nezbytné podat žádost o příspěvek na péči a vyřídit invalidní důchod, tak aby na svou změněnou životní situaci byli připraveni a splňovali kritéria pro poskytování sociálních služeb.

Také s nimi v rámci prevence byly sepsány žádosti do pobytových sociálních služeb. Důležitým kritériem k posouzení soběstačnosti klientů jsou také podmínky jejich prostředí. Pavla, Antonín a Blanka žijí samostatně, Ota se studujícím synem, z Karla se stal bezdomovec. Antonín a Blanka musí překonat bariéry v podobě schodiště, aby mohli opět doma fungovat samostatně či s pomocí terénních služeb.

Motivací k návratu do svého domácího prostředí by se pro klienty měla stát rehabilitace a ergoterapie. Zde záleží také na osobnosti každého klienta a schopnostech vyrovnat se se složitou životní situací, zda při jejím řešení zaujmou aktivní přístup, nebo zůstanou apatičtí a pasivní. Významná je pro ně také podpora rodiny, její dostupnost, návštěvy, propustky. U této pětice klientů v produktivním věku je to o to složitější, neboť ani jeden nemá funkční rodinné zázemí. (Rodinní příslušníci mají své zdravotní problémy, mají svou rodinu, jsou pracovně vytížení, studují apod.) Vyskytují se u nich také nedořešené vztahové problémy z minulosti, nedorozumění, neshody. (Blanka, Pavla, Ota, Karel)

Velkým problémem pro osoby s tělesným postižením v produktivním věku je nepochybně obecně malé spektrum pobytových sociálních služeb, zvláště u klientů, jejichž soběstačnost se snížila natolik, že jim již nepostačují služby terénní či pomoc a péče rodinných příslušníků v domácím prostředí. V případě klientů Pavly a Oty s diagnostikovanou roztroušenou sklerózou existuje pouze jediné specializované zařízení Žíreč u Dvora Králové. Blanka a Karel ještě nesplňují věkové kritérium pro přijetí do domova pro seniory na Kladensku, domov určený této cílové skupině pouze pro klienty s tělesným postižením je domov Centrum Rožmitál pod Třemšínem, kde je vzhledem k malé kapacitě klientů delší čekací doba na přijetí a pro kontakt s rodinnými příslušníky složitější dostupnost.

Ze sledované kategorie **pěti klientů v seniorském věku** jsou všichni klienti starobní důchodci. Čtyři z nich byli již v domácím prostředí více či méně závislí na pomoci jiné osoby v důsledku již dříve prodělaného onemocnění. (Jediný Václav byl před hospitalizací v nemocnici plně soběstačný.) Hlavním specifikem této věkové kategorie je jejich multimorbidita a úbytek kognitivních schopností. Jsou tedy více nemocní a méně soběstační a potřebují tudíž i více pomoci. Mají sice také zkušenost s hospitalizací a terénními sociálními a zdravotními službami, ale celkově hůře se adaptují na změny, nově vzniklé situace a nové prostředí. Mnohdy však nemají informace o možných způsobech pomoci, nebo mají informace jen částečné.

Ubývá u nich zájem o okolní dění, jsou často konzervativní, někdy také nemají dostatek vůle využívat svých dosud zachovalých schopností, vyhýbají se složitým situacím a pod různými záminkami oddalují jejich řešení, například nespěchají ještě do domova seniorů, často nemají náhled na svou životní situaci, za každou cenu si prosazují návrat do domácího prostředí, kde nemohou být zajištěni rodinou ani službami, mají často nereálná očekávání. Ze strany zdravotně-sociálního pracovníka také potřebují více vysvětlování, objasňování a opakování.

Příspěvek na péči měly vyřízeny pouze klientky Anna a Hana, Marie o této dávce neměla informace, Jaromír si o příspěvek žádal, ale byl mu zamítnutý, Václav ho před hospitalizací nepotřeboval. Důležitým kritériem k posouzení soběstačnosti klientů jsou také jejich bytové podmínky.

Čtyři klienti žijí samostatně, klientka Hana společně se svým synem, který je však velmi pracovně vytížený a nemůže ji doma zajistit potřebnou péči. Klientka Anna má nevyhovující bytové podmínky, Jaromír přišel o bydlení a v současné situaci se stal bezdomovcem. Tři klientky v seniorském věku Hana, Anna a Marie mají poměrně dobré rodinné zázemí, děti se je snaží pravidelně navštěvovat, také Václava navštěvuje bratr a celkově se dá říci, že jejich rodinní příslušníci mají zájem na řešení jejich životní situace do budoucna. Jediný Jaromír má dlouhodobě nevyřešené vztahy se svými syny z minulosti, kteří s ním nekomunikují a je ve své životní situaci ve všech směrech (rodina, bydlení, ztráta soběstačnosti, výše důchodu) dosti znevýhodněný. Z toho důvodu byla také s Jaromírem sepsána žádost do domova seniorů jako preventivní opatření a znovu mu byl podán příspěvek na péči, tak aby splňoval požadovaná kritéria pro budoucí poskytovanou službu.

Pokud se zhorší soběstačnost u klientů v seniorském věku natolik, že pomoc rodiny či terénních služeb již nedostačuje, jsou pro tuto věkovou kategorii další možnosti v poskytování pobytových sociálních služeb od 65. let věku klienta, jejichž výčet je daleko pestřejší a regionálně dostupnější než pro kategorii klientů v produktivním věku. Problémem jsou však čekací doby, které mohou trvat i několik let a dále jejich tzv. „překlenutí.“ Problémem může být i nedostatek financí na tyto služby, například Jaromír má „nízký“ důchod, takže v optimálním případě jeho přijetí tady ještě vzniká povinnost členům jeho rodiny, aby za něj ubytování a stravu v domově seniorů doplatili.

Zhodnocení sociálně pedagogické práce

Zdravotně-sociální pracovník se v rámci týmové spolupráce v GARC podílí významnou měrou na pomoci svým klientům jako poradce a zprostředkovatel služeb. U konkrétních prezentovaných 10. klientů se jednalo především o preventivní a včasnou pomoc v náročné životní situaci osobám se sníženou soběstačností. Praktická pomoc zdravotně-sociálního pracovníka obsahovala nejčastěji tyto činnosti: podání příspěvku na péči či jeho zvýšení, vyplnění žádosti do domova seniorů, zprostředkování terénních služeb, poskytnutí informací nejrůznějšího typu.

Zdravotně-sociální pracovník se všemi klienty osobně hovořil a poskytl jim základní poradenství v otázkách dalšího možného řešení jejich životní situace. Důležitou součástí všech rozhovorů bylo navázání přirozeného kontaktu s klienty a získání si jejich důvěry, což se zdá se, podařilo.

Z hlediska svého profesního zájmu o další vývoj životní situace zmiňovaných klientů si dovolím shrnout jejich stávající řešení.

Z kategorie klientů v produktivním věku byli po rehabilitaci propuštěni zpět do domácího prostředí klienti Blanka, Antonín a Ota. Ze strany zdravotně-sociálního pracovníka jim byly zprostředkovány terénní sociální a zdravotní služby, nejčastěji šlo o pečovatelskou službu a domácí zdravotní péči. Zdravotní stav klientky Pavly se zhoršil natolik, že zůstala ze zdravotních důvodů nadále hospitalizovaná v GARC, neboť sociální služby v METĚ by byly pro ni nedostačující. Klientka letos v lednu zemřela. Klient Karel byl ze zdravotního lůžka přeložen na lůžko sociální v 5. patře GARC a v únoru letošního roku byl přijatý do Domova Centrum Rožmitál pod Třemšínem.

Z kategorie klientů v seniorském věku byl zpět do domácího prostředí propuštěn klient Václav, kterému byla ze strany zdravotně-sociálního pracovníka zprostředkována pečovatelská služba a domácí zdravotní péče. Klient byl kontaktován sociálním pracovníkem k nástupu do domova seniorů Unhošť, ale nakonec se rozhodl, že nenastoupí a zůstal ve svém domácím prostředí s pomocí zajištěných terénních služeb. Klient Jaromír byl propuštěn po rehabilitaci na ubytovnu, kde mu byly zajištěny pečovatelské služby. Klientka Hana byla z důvodu dlouhé čekací doby do domova seniorů umístěna na sociální lůžko GARC do 5. patra, kde si čeká na přijetí do domova seniorů v Kladně. Klientka Anna byla propuštěna do

svého domácího prostředí s pečovatelskou službou a domácí zdravotní péčí. V domácím prostředí u ní došlo k opětovnému pádu, v současné době je po operaci a opakovaně hospitalizovaná v GARC, kde si čeká na přijetí do domova seniorů v Kladně. Klientka Marie byla propuštěna do domácího prostředí s pomocí zdravotní domácí péče. Podle posledních informací ji pomoc poskytuje dcera, která se k ní nastěhovala a agentura zdravotní domácí péče z GARC.

6.2 Analýza sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka

GARC a poskytování jeho služeb klientům.

K dílčímu cíli C1) byla provedena analýza sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka GARC s důrazem na poskytování jeho služeb klientům. Na základě zpracované analýzy jsem dospěla k následujícím výsledkům.

Mezi **hlavní činnosti** zdravotně-sociálního pracovníka v GARC patří poskytování sociálně pedagogické pomoci. Jedná se o **sociální poradenství základní**, kdy poskytuje klientům a jejich rodinám potřebné informace, jež přispívají k řešení jejich aktuální nepříznivé situace, vzniklé většinou z důvodu snížené soběstačnosti či její ztráty.

Jedná se o:

- **poskytování informací o podmínkách rehabilitace** - zprostředkování odlehčovací péče v GARC (doporučenou pro zdravotní důvody klienta, v podmínkách GARC jde nejčastěji o rehabilitaci – není to sociální služba), tak aby si pečující rodina mohla odpočinout, popřípadě si zařídit své osobní záležitosti (např. dovolená, hospitalizace, lázně apod.)
- **předávání kontaktů na jiná odborná pracoviště** (úřady, poradny, léčebná zařízení, hospic)

K činnosti zdravotně-sociálního pracovníka patří i **sociální poradenství odborné**, zde se jedná o poskytování přímé praktické pomoci klientům při řešení jejich sociálních problémů. Zde je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zahrnuta pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Jde zejména o osobní potřeby

klientů, o jejich naléhavé či nedořešené problémy, se kterými se na něj sami obrací, nebo na které ho upozorní rodina, jejich ošetřující lékař či další členové zdravotnického týmu.

Zdravotně-sociální pracovník v GARC pracuje převážně s klienty, kteří jsou z důvodu onemocnění či zdravotního postižení ohroženi ztrátou soběstačnosti. Jsou to klienti:

- staří a nemocní (multimorbidní), opakovaně hospitalizovaní
- osamocení, ohrožení sociálním vyloučením
- se špatným či chybějícím rodinným zázemím
- bezdomovci
- klienti v krizích
- klienti týraní a zneužívání

K sociálně pedagogické pomoci zdravotně-sociálního pracovníka patří **edukace klienta a jeho rodiny**, kterou zdravotně-sociální pracovník uplatňuje v propouštěcím procesu klienta. Jde o předávání potřebných informací klientovi a zejména jeho rodině (informace o sociálních službách, sociálních dávkách, nemocenských dávkách, příspěvku na péči, institucích, kompenzačních pomůckách).

Patří zde i **sociálně pedagogická pomoc zprostředkovatele**, ke které náleží tyto typické činnosti:

- pomoc s vyřízením žádosti o invalidní důchod, starobní důchod, vdovský důchod
- pomoc s vyplněním žádostí o pobytovou sociální službu
- pomoc s vyřízením příspěvku na péči
- zajištění následné péče po propuštění z GARC do domácího prostředí v podobě pečovatelské služby, denního stacionáře nebo pobytové služby apod.
- zastupování klienta při komunikaci s úřady a institucemi
- zprostředkování jednání mezi klientem a institucí
- podpora klienta, komunikace s blízkými, příbuznými

Do jeho činnosti náleží i **sociální prevence a ochrana**, tedy vytváření podmínek k omezení rizika vzniku a zhoršení sociálních problémů u ohrožených, tzv. „rizikových“

klientů. Někdy pomáhá klientovi i pouhou **radou, vysvětlením situace a získáním nejrůznějších subjektivně potřebných informací**. V případě malé kompetence nebo nekompetence klienta, musí zdravotně-sociální pracovník aktivitu za klienta úplně převzít, neboť ten není schopen sám ani s pomocí, řešit svou situaci, na kterou nemá náhled. Například podáním žádosti o pobytovou sociální službu. (Klienti s demencí, klienti desorientovaní, žijící osaměle).

Jako nejdůležitější činnost vyplývající z profese zdravotně - sociálního pracovníka v GARC je komunikace s klientem, rozhovor, který tvoří základ jeho práce. Je důležité v klientovi vzbudit důvěru, podpořit ho, zajistit mu to, co potřebuje a podle toho mu dle jeho požadavku a dostupných možností pomoci.

K převažující činnosti vyplývající z profese zdravotně-sociálního pracovníka patří:

- jednání s klienty a jejich rodinami, poskytování poradenství
- zajišťování a zprostředkování následné péče v domácím prostředí klienta
- sociální anamnéza klienta, vyhotovení sociálního záznamu
- zprostředkování dostupných pobytových a terénních sociálních služeb
- zjišťování potřebných informací, administrativní činnost a spolupráce s institucemi (odbornými sociálních věcí a zdravotnictví, soudy, policie, úřady, hospice, azylové domy)

K časově nejnáročnější činnosti patří v profesi zdravotně-sociálního pracovníka

- **rozhovory s klienty**

(je nutné udělat si na klienta čas ve vhodně zvolenou dobu, bez vyrušování a spěchu)

- **zjišťování informací, jejich dohledávání, ověřování, jednání s rodinami.**

(je nutné udělat si přehled o sociálních vztazích klienta, identifikovat správně jeho potřeby, snažit se o co nejobektivnější posouzení jeho sociální situace, nejlépe z více stran)

- **poskytování krizové intervence (telefonické i osobních konzultací)**

(pomoc člověku v obtížné životní situaci, posílení jeho schopností, aby ji dokázal řešit vlastními silami, nebo se alespoň o to pokusil. Klient a jeho rodina často nemají potřebné informace, kam se obrátit, kde vyhledat pomoc, jak lze vůbec „akutní“ problém řešit. (Rodina

klienta často zoufale telefonuje, že mají doma nepohyblivou babičku, o kterou se nikdo nemůže postarat, protože oni musí být v práci, nebo že jim dědeček bloudí po městě a mnohokrát už jej museli hledat.)

Náročnost profese

- vzhledem k charakteristice klientely, u níž je sociální situace provázaná se zhoršeným zdravotním stavem a zdravotní stav je provázán s tíživou sociální situací.
- na komunikaci, vysvětlování, objasňování (hrozí zde riziko nepochopení ze strany klientely, může docházet k její subjektivní špatné interpretaci, případné agresivitě a to i ze strany rodiny)
- práce pod tlakem několika stran.

Lékař očekává od zdravotně-sociálního pracovníka, že napomůže k co nejrychlejšímu propuštění pacienta (klienta) do domácího prostředí či zařízení sociálních služeb, neboť pobyt na lůžku následné péče GARC je limitován lhůtami zdravotních pojišťoven. Rodina klienta se často brání propuštění do domácího prostředí. (Jejich děti se bojí ztráty zaměstnání, jejich partneři mají zpravidla také již zdravotní potíže, rodina pečovat nechce, neumí, bojí se, že péči nezvládne). A v neposlední řadě jsou zde nedostupné kapacity pobytových sociálních služeb a z toho pramení i dlouhé čekací doby na umístění klienta.

Metody práce s klientem:

Rozhovor – poradenský (navázání kontaktu s klientem, nechat klienta sdělit, jaký má problém, ponechat mu vlastní iniciativu, aby se tzv. vypovídal, pak kladení zjišťovacích otázek. Rozhovor – podpůrný, vyjadřující potvrzující stanovisko, že se klient rozhodl správně. Otázky otevřené – slouží k podpoře schopnosti klienta samostatně se rozhodnout, klient je tzv. „expert na svůj život“

Technika naslouchání (vyventilování tíživého zážitku klienta). Parafrázování sdělení klienta. Poskytnutí zpětné vazby klientovi, poskytnutí psychické podpory. Přímé ovlivnění klienta – vyjádření k situaci klienta vlastního názoru poskytnutím rady, doporučením, zprostředkováním služby apod. Volba nedirektivního přístupu. V situacích, kdy je klient nekompetentní z hlediska svého zdravotního stavu je však nutno volit přístup direktivní,

přejímat řešení situace a odpovědnosti za klienta. V případě osamělosti klienta je nutné zajištění vyřízení všech jeho záležitostí ze strany zdravotně-sociálního pracovníka.

Metody práce s rodinou klienta:

Úkolově orientovaný přístup na klienta při práci s rodinným příslušníkem, který má zájem na sociálním řešení svého blízkého spolupracovat a řešení situace není přímočaré. Jedná se tak zpravidla o několik schůzek, krátkodobou intervenci. Systemický přístup. (Potvrzení pravidla systemického přístupu, že jen pomoc vnímaná klientem či jeho rodinou jako pomoc je skutečnou pomocí.) Když o ni klient, či jeho rodina požádá, je zde větší šance na úspěch řešení, než u klienta, který má spolupracovat nedobrovolně, například jen z popudu zdravotnického zařízení, že by bylo vhodné, aby klient s rodinou svůj problém řešili.

6.3 Rozhovory s klienty

Dílčím cílem C2) bude zjistit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují jeho klienti.

(Rozhovory s klienty z kazuistik)

Základní výzkumná otázka (ZVO):

Jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně – sociálního pracovníka preferují jeho klienti?

Specifická výzkumná otázka (SVO1):

Jak vnímají klienti pomoc?

TO1: Když se Vám stalo, že jste před hospitalizací v GARC potřeboval (a) s něčím pomoci, kdo Vám obvykle pomáhal a s čím?

TO2: S čím potřebujete nyní ve Vaší životní situaci nejčastěji pomoci?

TO3: Jak si představujete ideální způsob poskytované pomoci ve Vaší životní situaci, pokud jste odkázán (a) z důvodu snížené soběstačnosti na pomoc druhých.

Specifická výzkumná otázka (SVO2):

Jakou zkušenost mají klienti se zdravotně-sociálním pracovníkem a jakou jeho pomoc preferují?

Tazatelské otázky (TO):

TO4: Víte, na koho se obrátit v GARC, když potřebujete pomoci s řešením Vaší neodkladné záležitosti či složité životní situace?

TO5: Potřeboval (a) jste někdy pomoc zdravotně-sociálního pracovníka a v čem Vám byl nápomocen?

TO6: Jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferujete?

Závěrečná otázka: Jak hodnotíte z hlediska poskytované pomoci zařízení GARC.

TO1: Klientům ještě před hospitalizací v GARC většinou pomáhali jejich rodinní příslušníci (4), sociální služby (3), kamarád (1), žádnou pomoc jsem nepotřeboval (3). Nejčastější pomoc byla poskytována formou nákupů (4), poskytováním obědů (5), dopravou k lékaři (1), vyřizováním na úřadech (1), zajištěním oprav v domácnosti (2), pomoc finanční (1), pomoc s bydlením (1), úklid (4), praní prádla (3), pomoc s hygienou (3), pomoc s polohováním (2), pomoc s přesuny z lůžka na vozík a zpět (3).

„Žádnou pomoc jsem s ničím nepotřeboval, chodil jsem normálně do práce, pak přišlo tohle...“ (Karel, 58 let), „Byla jsem soběstačná, potřebovala jsem si jen popovídat se sestrou, tak jsem ji častěji volala, abych si nepřipadala tak sama.“ (Blanka, 59 let), „Nic jsem nepotřeboval, všechno jsem si dělal sám.“ (Václav, 69 let), „Moc jsem toho nepotřeboval, občas mi sestřenice vyprala, chodil jsem do Fontány obědovat a na hygienu.“ (Antonín, 55 let), „Hodně mi pomáhal manžel, ale to jsem byla na tom líp než teď. Nakupoval, vozil mně k doktorovi... ale už zemřel, tak to zůstalo na syna, ten má ale svoji práci, je hudebník, je pryč celý týden, vím, že už to po něm nemohu chtít, pak chodily i sestřičky z agentury ...“ (Hana, 79 let), „Syn mi nakoupil, objednal jídlo, uklidil, ale teď musí do školy, měl jsem taky pečovatelky...“ (Ota, 50let), „Měla jsem pečovatelky a asistenty v METĚ, dělali mi nákupy, pomáhali s hygienou, polohováním a přesuny z postele do vozíku. Byla jsem ráda, že mám vlastní bydlení, máma mi nepomůže, má dost svých zdravotních problémů, vždyť ji bude osmdesát!“ (Pavla, 47 let), „Pomáhal mi můj kamarád, nechal mě u sebe bydlet na chalupě, když jsem přišel o bydlení, půjčil mi peníze, když jsem potřeboval, nedávno ale zemřel a já nevím, co bude se mnou dál,... jo, taky mám pejska, ten skončil v útulku, ach jo...“ (Jaromír, 68 let), „Syn mi občas nakoupil, pečovatelky mi nosily jídlo, ale nedalo se to jíst, tak jsem si

radši uvařila sama. Vnuk mi doma něco opraví, když je potřeba, vyřídí něco na úřadech....“ (Anna, 86let), „Jezdily za mnou sestřičky na převazy a inzulin, dcera mi nakoupila a vyprala, syn přijel o víkendu.“ (Marie, 87 let)

TO2: Ve své nynější životní situaci klienti GARC potřebují nejčastěji pomoci s nácvičkou chůze a sebeobsluhy (7), s hygienou (10), s přesuny z lůžka do křesla či vozíku (4), s polohováním (1), oblékáním (1).

„Nohy mně moc neposlouchají, chodím tady s tou kozičkou, nevím, jestli to bude někdy lepší, sestra se mnou cvičí.“ (Marie, 87 let), „Potřebuji pomoci úplně se vším, okoupat, přebalit, posadit na lůžku, sama se neobleču, už se skoro ani nenajím...“ (Hana, 79 let), „Potřebuju se naučit zvládnout schody, abych mohl domů, bydlím ve třetím poschodí bez výtahu, trénuje mně rehabilitační sestřička.“ (Antonín, 55 let), „Potřebuju pomoc s hygienou, s přesuny do vozíku, s výměnou permanentního katétru, s polohováním.“ (Pavla, 47 let), „Potřebuju pomoc s vyměňováním pytlíku.“ (viz. kolostomický sáček) (Václav, 69 let), „Potřebuju pomoc s přesuny z postele do vozíku a umýt.“ (Ota, 50 let), „Potřebuju, aby mně vykoupali, posadili na vozík a dali mi kařata.“ (Karel, 58 let), „Bojím se, abych neupadla, tak jsem jistější, když mně doprovází paní rehabilitační.“ (Blanka, 59 let), „Musí se mi pomáhat s přesunem do vozíku, pak už se pohybuju sám..., taky s koupáním.“ (Jaromír, 68 let), „Potřebuju pomoc s oblékáním, s umytím a doprovodem na záchod, tady mám u postele zatím ten gramofon...“ (Anna, 86 let)

TO3: Jako převažující ideální způsob pomoci si klienti GARC představují možnost zůstat ve svém domácím prostředí (7), být tak v kontaktu se svou rodinou, známými, mít někoho, kdo by se jim mohl věnovat déle, třeba i ráno a večer, když jsou rodinní příslušníci v zaměstnání a poskytovat jim potřebnou pomoc. Odejít do domova seniorů, pokud by to opravdu už jinak nešlo, je pro tři klienty krajním řešením (3).

„Chtěla bych se zase brzy vrátit do svého bytu. Stejně pro mě žádné zařízení není. Máma mi pořád platí nájem, tak s tím počítám, že se tam zase vrátím.“ (Pavla, 47 let), „Já bych tak ráda byla ve svém domě, no, mám tam všechno, kdyby to tak šlo, najít nějakou hodnou paní, která by se o mně postarala doma.“ (Hana, 79 let), „No šel bych domů, ale kam? Jedině že by si mě

vzala dcera se zeťákem, ale nechci otravovat ...“(Karel, 58 let), „Měl bych jít do důchod’áku, tam kde bydlí syn, protože na chalupu už nemůžu.“ (Jaromír, 68let), „Byl jsem teď různě po špitálech, tak bych chtěl ještě vydržet doma, snad mi kluk ještě s něčím pomůže, záleží taky na tom, v jaké budu kondici, až mně odsad’ propustíte, do Žírče je to na leta, jinak to pro mě bude asi konečná...“ (Ota, 50 let), „Chtěla bych zůstat doma, občas by přišel syn, vnuk, kamarádka, co já vím, co bude dál, to je zázrak, že tu ještě jsem, on člověk nikdy neví s tou mojí nemocí... V důchod’áku mám kamarádku, vím, že se tam dlouho čeká, no, mám tam sice taky žádost, no kdyby nebylo zbytí, ale vůbec nekvaltuju.“ (Anna, 86 let), „Po rehabilitaci se vrátím domů, snad to bude jako dřív...“ (Antonín, 55 let), „Budu ráda, až půjdu domů, těším se na pejska, no snad mně taky navštíví Jana.“ (Blanka, 59 let), „Zkusil bych to nejdřív rád doma, když by to nešlo, tak půjdu do domova důchodců.“ (Václav, 69 let), „No přece doma, tam je nejlíp, zastaví se dcera, zavolá syn..., ani nevím, kde je nějaký ten domov pro důchodce.“ (Marie, 87 let)

TO4: Klienti se nejčastěji obracejí o pomoc s řešením neodkladné záležitosti či složité životní situace na svou ošetřující lékařku (5) nebo na staniční sestru (2). O existenci zdravotně-sociálního pracovníka vědí (3) klienti, většinou už mají s jeho pomocí nějakou zkušenost (2).

„Když cokoliv pro sebe důležitýho potřebuju, řeknu o tom paní doktorce na vizitě.“ (Václav, 69 let), „No všechno to řeším s naší paní doktorkou.“ (Karel, 58 let), „S paní doktorkou mluvím o všem...“ (Hana, 79 let), Zeptám se vždycky paní doktorky.“ (Ota, 50 let), „Obracím se na svou paní doktorku.“ (Marie, 87 let), „Řeknu to staniční, ona už to dál zařizuje.“ (Jaromír, 68 let), „Požádám staniční sestru...“ (Blanka, 59 let), „Obracím se na paní sociální, už dříve mi několikrát pomohla s různým vyřizováním.“ (Pavla, 47 let), „Znám sociální pracovníci už od minula.“ (Anna, 86 let), „Naše lékařka mi doporučila, ať si zajdu dolů za sociální pracovníci.“ (Antonín, 55 let)

TO5: Pomoc zdravotně-sociálního pracovníka již potřebovalo (7) dotazovaných klientů, zatím ji nepotřebovali (2) klienti a (2) klientky si myslí, že ji ještě budou potřebovat.

Zdravotně-sociální pracovník mi byl nápomocen s vyřízením invalidního důchodu (1), s vyřízením a odhlášením příspěvku na péči (2), s přeposláním důchodu z pošty do GARC (1), s podáním žádosti do domova seniorů (2), s informacemi o různých službách (3).

„Jsem rád, že mám vyřízený důchod, nemocenská mi už pomalu končila, byl bych bez koruny.“ (Karel, 58 let), „Sociální pracovnice mi pomohla sepsat žádost do domova

důchodců.“ (Jaromír, 68 let), „Díky sociální pracovníci jsem si udělala přehled o různých domovech, nevěděla jsem, kde jsou, kolik se tam platí, jak se dlouho musí čekat, protože jsem o tom nikdy nepřemýšlela a mám už taky teda podanou žádost“ (Marie, 87 let), „Jsem rád, že mi sociální pracovnice zavolala na poštu a dostal jsem svůj důchod.“ (Václav, 69 let), „Potřeboval jsem informace o službách, někdy to možná budu ještě potřebovat.“ (Antonín, 55 let), „Ani jsem nevěděla, že je u nás na Buštěhradě pečovatelská služba....“ (Blanka, 59 let), „Sociální pracovnice mi odhlásila příspěvek na sociálce, máma tohle většinou nestíhá“ (Pavla, 47 let), „Zatím jsem její pomoc nepotřeboval.“ (Ota, 50 let), „Od sociální pracovnice jsem zatím pomoc nepotřebovala, ale asi ji budu potřebovat.“ (Hana, 79 let), „Sociální pracovnice mi dříve podávala bezmocnost a domlouvala mi pečovatelky, teď ji možná taky budu potřebovat.“ (Anna, 86 let)

TO6: Klienti GARC nejvíce preferují poskytovanou pomoc zdravotně-sociálním pracovníkem: poradenství (informace o službách) (5), zprostředkovatelskou pomoc (vyřizování záležitostí ve prospěch klienta) (4), jedna klientka pomoc zatím nepotřebovala, tak se k této otázce nevyjadřovala.

„Mám teď celkem představu o tom, kam si mohu zažádat, víc by se mi líbila ta Unhošť.“ (Václav, 69 let), „Zajímám se o to, až kdybych už nemohl, chtěl bych si někam zažádat, třeba i do jižních Čech, tam je hezky.“ (Antonín, 55 let), „Vím, že ještě nemám ten věk, ale sestra mě dost přemlouvala, abych si dala někam žádost, tak mi vše bylo vysvětleno, že je to něco jako pojistka do budoucna, kdyby se se mnou nebo se sestrou něco stalo, tak jsem to nakonec radši podepsala...“ (Blanka, 59 let), „Teď mám konečně podanou žádost o zvýšení příspěvku na péči, který budu potřebovat na další výdaje, protože mám malý důchod, ale nějakou dobu to potrvá, než ho dostanu.“ (Jaromír, 68 let), „Asi to vyřízení té bezmocnosti“ (Ota, 50 let), „Líbí se mi, že se o mě někdo ještě zajímá, že mám možnost se poradit a zeptat ...“ (Anna, 86 let), „Jsem ráda za všechny ty informace....“ (Marie, 87 let), „Pro mě je důležitý vyřízení důchodu.“ (Karel, 58 let), „Zatím jsem nepotřebovala pomoc, tak to opravdu nevím...“ (Hana, 79 let), „No asi to různé vyřizování, které si zařídit sama nemůžu, zavolat pečovatelkám, aby se mnou počítaly, až se budu zase vracet do METY, zavolat na sociálku, aby mi zase přišel příspěvek a tak...“ (Pavla, 47 let)

Závěrečná otázka: Klienti hodnotí zařízení GARC z hlediska poskytované pomoci kladně. Oceňují možnost péče, rehabilitace, ergoterapie, logopedie, možnost poradenství.

„Je dobré, že je tady rehabilitace, že se tu prostě jenom neleží, tak jako na jiných „eldéenkách“ (Marie, 87 let), „Je tu hodný personál, dobře se tu vaří, dobře se o nás starají.“ (Anna, 86 let), „Pomohla mi ergoterapie, ruku jsem si pořádně procvičila, líp mi ten den utekl...“ (Blanka, 59 let), „Mám možnost cvičit s logopedkou.“ (Karel, 58 let), „Sociální pracovnice mi poradila, zajistila mi pečovatelky, o nic jsem se nemusel starat.“ (Václav, 69 let), „Některé sestry jsou neochotné chodit na zvonek a mají řeči, ale rehabilitační se mi zase věnujou. Byla jsem tu už opakovaně a vždycky jsem se tady zmátořila.“ (Pavla, 47let), „Jsou tu hodné sestřičky, moc dobře se o mě starají, jsou taky velice příjemné.“ (Hana, 79 let), „Zvládnul jsem tu ty schody, tak už nemám obavy, to zase pude...“ (Antonín, 55 let), „Cítím se trochu líp, tak zase s klukem budu doma bojovat.“ (Ota, 50 let), „Mohl jsem se tady dát zdravotně do pořádku, jezdil jsem na ergo, mám podanou žádost do domova, i když ještě není místo.“ (Jaromír, 68 let)

6.4 Rozhovory s rodinnými příslušníky klientů

Dílčím cílem C3) bude zjistit, jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují rodinní příslušníci jeho klientů.

(Rozhovory s rodinnými příslušníky klientů z kazuistik)

Základní výzkumná otázka (ZVO):

Jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují rodinní příslušníci jeho klientů?

Specifická výzkumná otázka (SVO1):

Jak vnímají rodinní příslušníci klientů pomoc?

TO1: Kdy jste si přibližně začal (a) uvědomovat, že Váš člen rodiny přestává být soběstačný a potřebuje v určitých činnostech pomoci?

TO2: Jste schopen/schopna a máte možnosti poskytnout pomoc svému členu rodiny v případě jeho snížené soběstačnosti?

TO3: Jak si představujete ideální způsob poskytované pomoci svému členu rodiny, pokud je odkázán z důvodu snížené soběstačnosti na pomoc druhých.

Specifická výzkumná otázka (SVO2):

Jakou zkušenost mají rodinní příslušníci klientů se zdravotně-sociálním pracovníkem a jakou jeho pomoc preferují?

Tazatelské otázky (TO):

TO4: Víte, na koho se obrátit v GARC, když potřebujete pomoci s řešením neodkladné záležitosti či složité životní situace Vašeho člena rodiny?

TO5: Potřeboval (a) jste někdy pomoc zdravotně-sociálního pracovníka a v čem Vám byl nápomocen?

TO6: Jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferujete?

Závěrečná otázka: Jak hodnotíte z hlediska poskytované pomoci zařízení GARC.

TO1: Nesoběstačnost svých členů rodiny si začali rodinní příslušníci uvědomovat, když se u nich zhoršila pohyblivost v domácím prostředí (4), když byli hospitalizováni nebo opakovaně hospitalizováni v nemocnici (2), když jim začali více telefonovat, že něco potřebují (1). Úplně soběstační byli dle rodinných příslušníků (3) klienti.

„Táta zemřel a přestalo to fungovat. Najednou se to tak seběhlo, máma byla v nemocnici, postupně se zhoršovala, chvíli doma a zase v nemocnici, přestával jsem věřit, že se to obrátí k lepšímu...“ (Ivo), „Sestra mi stále volala, že mně potřebuje, že si nemá s kým popovídat, tak ať se k ní nastěhuju, jenže to v mé situaci vůbec není možný.“ (Jana), „Když matka ráno upadla v kuchyni a zůstala tam ležet pomočená a pokálená až do večera, než jsem k ní přišel na návštěvu.“ (Stanislav), „Když se maminka octla na interně, myslel jsem, že to skoro nepřežije, strašně chtěla domů, ale já jsem trval na tom, že potřebuje rehabilitaci, že nemůže zůstat jako ležák, já prostě pro to nemůžu sám nic udělat..., oni by ji klidně pustili domů, naprosto je to nezajímalo.“ (Jiří), „Táta má dlouhodobé problémy, ale teď byl strašně depresivní a negativistický, nekomunikoval, přestával spolupracovat, nestíhal jsem...“ (Ota), „Pavla je nemocná od mládí, postupně se zhoršovala, ale teďko došlo k největšímu jejímu zhoršení, já jsem si už na to musela zvyknout, umřel mi manžel, umřel mi syn, ona je teď nejhůř na tom, co kdy byla.“ (Libuše), „Karel byl před mrtvicí úplně soběstačný.“ (Luboš), „Tonda má od narození dětskou mozkovou obrnu a moc neslyší, ale dokáže dobře odezírat, má trochu potíže s výslovností, ale zná všechny ženský na poště a na sociálce, vždycky si všechno dokázal zařídit sám, teď se hůř pohyboval, a proto musel s kyčlí na operaci.“ (Eva),

„Brácha byl soběstačný, to teď po té operaci to bude složitější.“ (Josef), „Pokud vím, tak bývalý manžel už před pobytem v nemocnici hůř chodil, vím to od našeho syna, že jezdil na kole s jednou francouzskou holí, ale my se moc nestýkáme, jde mi o to, aby nějak špatně neskončil.“ (Dana)

TO2: V současné době a za současné situace nejsou rodinní příslušníci svým členům rodiny schopni zajistit pomoc a postarat se o ně v domácím prostředí.

„Nebyl by to problém, kdyby si máma sama zvládla dojít si na záchod. Jsem schopen ji pak zajistit. Ale to je naprosto v její situaci nereálné, to bude už jenom horší.“ (Ivo), „Jsem zaměstnaný, nemohu si dovolit ve svém věku přijít o práci. Mám malý byt, nemohu si matku k sobě nastěhovat, ona ve svém domku také nemá dobré podmínky, její doktor mi doporučil, abych ji nechal na „eldéence“ a domů ji rozhodně nedával.“ (Stanislav), „Mám zdravotní problémy a starat se o maminku nemohu, žiju v Praze, bylo by to dost náročné. Zároveň mám o ni obavy, když bude chtít odejít k mé sestře... líbila by se mi představa sociálního lůžka.“ (Jiří), „Pokud vím, tak Karel přišel o byt, ta jeho družka ho odhlásila, takže byl asi 14 dnů u nás na návštěvě, aby se přerušil jeho pobyt v GARC a bylo to peklo... Jo, já nemám problém ho navštívit, ale starat se o něj trvale nemůžeme.“ (Luboš), „Bylo by dobré, kdyby Tonda zvládl ty schody, jinak nemůže fungovat doma, musel by si vyměnit byt v přízemí. Když bude aspoň trochu soběstačný, ráda mu vypomůžu, třeba umýt okna, vyprat záclony.“ (Eva), „Jsem onkologicky nemocná, spolu s manželem jsme si Blanku vzali na víkendovou propustku a to je maximum, co pro ni můžeme udělat, musí se pokusit to nějak zvládnout sama s pečovatelkama.“ (Jana), „Problém je, že se s Pavlou moc neshodneme, ona už je za dvacet let zvyklá být ve svém a já zase ve svém, takže se jenom navštěvujeme.“ (Libuše), „Když se táta trochu rehabilitačně vylepší, tak půjde domů, no kdyby to tak bylo aspoň jako dřív.“ (Ota), „Mám nemocnou ženu, na kterou pobírám příspěvek na péči, o brácha se momentálně starat nemůžu, budu rád, když za ním budou jezdit sestry z domácí péče.“ (Josef), „Jsem bývalá manželka, mám svůj život a jemu pomoc nemůžu, leda že by nastoupil do domova důchodců, aby měl jistou střechu nad hlavou.“ (Dana)

TO3: Ideální způsob poskytované pomoci vidí rodinní příslušníci taktéž jako členové jejich rodin v domácím prostředí, kde by mohli pomáhat oni, ale spolu v kombinaci s dalšími službami – pečovatelská služba, domácí péče (6).

„Vyhovovalo by to nám oběma, kdyby byla doma, neměl bych výčitky, že jsem maminku tlačil, aby mi podepsala domov důchodců.“ (Ivo), „Co nejdéle být doma, má svého pejska, je na něj vázaná. Na pobyt v domově je ještě dost mladá.“ (Jana), „Budu ráda, když se Tonda rozchodí a bude to zvládat jako dřív, dojde si pro obědy, podívat se na fotbal...“ (Eva), „Vím, že by chtěl táta zůstat doma, ale bude záležet na něm, jak vydrží doma dlouho existovat s domácí péčí a pečovatelkama.“ (Ota), „Samozřejmě bych přál mamince pobyt doma co nejdéle, je hodně fixovaná na mou sestru, i když ta lže a pije, je často hospitalizovaná, není na ni spolehnout, ale poslední dobou se snažila mamince pomáhat.“ (Jiří), „Tak určitě doma, má svůj byt, kdyby to nešlo, tak raději do domova důchodců.“ (Josef)

Zbývající rodinní příslušníci však vyjádřili jednoznačnou podporu institucionální pomoci (4). „Bylo by dobrý najít nějaký zařízení, kde se o bývalého manžela postarají, protože jinak skončí na ulici, je jako malý děčko.“ (Dana), „Je to těžký, matka opravdu nemůže být sama doma, přál bych si, aby vyšel domov důchodců v Kladně, to by bylo pro mě ideální.“ (Stanislav), „Přála bych si, aby se Pavla dala zdravotně do pořádku a do METY zatím nespěchala, zatím mi to vyhovuje, že je v GARC.“ (Libuše), „Abych se přiznal, zatím nám to takhle vyhovuje, že je tady, no on nemá kam jít, kdo se o něj postará?“ (Luboš)

TO4: Dotazovaní rodinní příslušníci se v neodkladných záležitostech či složité životní situaci svých členů rodiny obrazejí na zdravotně-sociálního pracovníka, využívají informací z webových stránek zařízení (2). Informace jsou dostupné z nástěnné tabule, která je umístěna v každé hale na patře (2), informace získávají od ošetřující lékařky (5), neboť je nutné, aby situaci začali řešit, zkušenost mají z minulosti (1).

„Našel jsem si vás na webovkách zařízení.“ (Ivo), „Zjistil jsem si vás přes internet.“ (Ota), „Poslala mně za vámi paní doktorka, že mi poradíte co a jak...“ (Jana), „Četla jsem si informace na nástěnce, také Tonda mi říkal, kde vás najdu.“ (Eva), „Četl jsem si informace na nástěnce, máte tam napsané hodiny pro veřejnost.“ (Josef), „Paní doktorka mi vás doporučila.“ (Jiří), „Paní doktorka mě poslala za váma.“ (Luboš), „Paní doktorka chtěla sociální řešení.“ (Stanislav), „Paní doktorka mně odkázala na vás, že mi něco poradíte.“ (Dana), „Vím o vás od té doby, co tu Pavla byla poprvé.“ (Libuše)

TO5: Dotazovaní rodinní příslušníci odpověděli, že pomoc zdravotně-sociálního pracovníka potřebovali (9), protože nevěděli, jak dále postupovat a jak se dá celá situace jejich blízkého dále řešit. Pomoc nepotřebovali (1). Nápomocen jim byl převážně jako zprostředkovatel informací (9).

„Potřeboval jsem získat k tomu nějaké informace, nikdy jsem se do takové situace nedostal.“ (Jiří), „Nevěděl jsem, na co mám nárok, pokud bych se musel postarat o mámu doma. Nechtěl jsem nic podcenit a začít situaci co nejdříve řešit.“ (Ivo), „Chci vše řešit zavčas, než mi brácha vyšoupnou...“ (Josef), „Potřeboval jsem vědět, jak to tady všechno funguje, kolik se platí...“ (Luboš), „Zajímalo mně, jak tady bývalý manžel může dlouho pobýt, jestli by tu nemohl třeba zůstat...“ (Dana), „Potřebovala jsem si zjistit všechny existující možnosti, na sestře mi záleží.“ (Blanka), „Potřeboval jsem tu naši situaci doma s někým probrat a dozvědět se nějaké další možnosti“ (Ota), „Paní doktorka mě nasměrovala dolů, že mi sociální pracovnice dá kontakty na služby na Kladně.“ (Stanislav), „Teď jsem pomoc nepotřebovala, Pavla má všechno vyřízené, je tu hlavně ze zdravotních důvodů.“ (Libuše), „Chtěla jsem se informovat na možné služby, kdyby se Tonda nezlepšil.“ (Eva)

TO6: Dotazovaní rodinní příslušníci nejvíce preferují poskytovanou pomoc zdravotně-sociálním pracovníkem: poradenství (informace o službách, doporučení, předávání kontaktů) (5), pomoc poskytovanou doprovázením, poskytnutím pevné opory (5)

„Teď aspoň vím, jaké sociální služby existují v Kladně a okolí, že je dobré mít zažádáno o příspěvek na péči.“ (Jana), „Jsem rád, že za bráchou bude docházet do bytu domácí péče, momentálně nám to vytrhne trn z paty.“ (Josef), „No jsem rád, že jste mi poradila a matku jsem nakonec ukecal na ten domov.“ (Stanislav), „Jsem ráda za každou informaci.“ (Eva), „Asi za poskytnuté informace o tom, co se nabízí dál.“ (Dana), „Jsem zároveň i klidnější, když vím, že mámu z GARC nepropustí nezajištěnou, péči potřebuje 24 hodin, podal jsem ji žádost do domova...., vím, že v tom nejsem sám, jsou tady další ležící pacienti a jejich příbuzní to musí taky řešit, všichni chodíme do práce...“ (Ivo), „Mám teď takový dobrý pocit, když má maminka podanou žádost v domově, podal jsem pro jistotu i žádost na sociální lůžko, kdyby se už třeba nedokázala vylepšit, přál bych si, aby měla dobrou péči.“ (Jiří), „Jsem rád, že má táta možnost rehabilitaci v GARC zopakovat, nebo kdybych potřeboval odjet, tak nastoupit po předchozí dohodě k další léčbě.“ (Ota), „No asi to, že tu bude moct na tom sociálním lůžku zůstat.“ (Luboš), „Vážím si toho, že mně sociální pracovnice vyslechne, že si s ní můžu popovídat.“ (Libuše)

Závěrečná otázka: Rodinní příslušníci klientů hodnotí zařízení GARC z hlediska poskytované pomoci svým členům rodiny převážně kladně (8). Oceňují také možnost rehabilitace, ošetrovatelské péče, ergoterapie, logopedie, možnost poradenství, konzultací s lékaři a fyzioterapeuty.

„Je zde dobrá rehabilitace, sestře jste tady hodně pomohli, je lepší, než jsem čekala, může jít domů a z toho mám velkou radost.“ (Jana), „Vážím si vstřícného přístupu lékařky, kvalitní péče sester, máma není proležená, je čistá, učesaná.“ (Ivo), „Pavla tady vždycky pookřeje, tady je všude plno personálu, to v METĚ není, je tam hodně postiženejch a nemůžou se jim ty pečovatelky tolik věnovat.“ (Libuše), „Pomáhá mu rehabilitace, je to tady dobrý i na jeho psychiku.“ (Dana), „Určitě rehabilitace, Tonda udělal pokroky.“ (Eva), „Hodně jste mi pomohli, mohl jsem chodit normálně do školy a věděl jsem, že je o tátu postaráno, pečovatelky by ho v tomhle stavu nezvládly.“ (Ota), „Já jsem šťastný, že to dopadlo, jak to dopadlo, maminka se tady neuvěřitelně zlepšila, mohl jsem být klidnější, mám sám se sebou zdravotní problémy.“ (Jiří), „Brácha je tady v dobrých podmínkách, teď se s tou změnou musí naučit fungovat a zvyknout si na to.“ (Josef), „Je to tady docela drahý, padne na to celej jeho důchod, o sociálním lůžku jsem měl teda jiný představy...“ (Luboš), „Matce jsem sice zaplatil pobyt na nadstandardu, kde je televize, ale pořád se tam báby hádaj, na co se budou dívat, ta televize je tam akorát pro zlost a sestrám je to jedno, navíc matka pořád vyhrožuje, že půjde domů.“ (Stanislav)

6.5. Zmapování možností dostupných služeb pro klienty GARC v kladenském regionu

Dílčím cílem C4) bylo zmapování možností dostupných sociálních služeb pro klienty GARC v kladenském regionu. Zajímala mě jejich návaznost, místní dostupnost, jejich cílové skupiny klientů a přibližné čekací doby na službu (podrobněji zařazeno v příloze č. 5).

Zajímala jsem se o služby terénní a pobytové. Mezi terénními službami, které poskytují služby klientům GARC po jejich propuštění do domácího prostředí, zaujímá čelní místo Středisko komplexní sociální péče Fontána Kladno, které poskytuje kladenským klientům především pečovatelské služby a ambulantní službu denního stacionáře. Služby jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností bez rozdílu věku, podmínkou je jejich potřebnost a výhodou je, když mají tyto osoby přiznaný příspěvek na péči. Pečovatelská služba je dále rovněž zastoupena v jednotlivých městech a jejich přilehlých obcích a v samostatných obcích regionu (Buštěhrad, Unhošť, Slaný, Bratronice).

Pobytové sociální služby jsou zastoupeny v podobě osmi domovů pro seniory. Šest z nich patří mezi příspěvkové organizace kraje, Domov Tuchlovice a Domov Centrin Unhošť jsou zařízení soukromá. Tyto domovy poskytují své služby osobám se sníženou soběstačností převážně od 65 let věku, tři domovy seniorů (Velvary, Švermov, Smečno) mají sníženou věkovou hranici od 60 let věku. Z toho ve dvou domovech poskytují odlehčovací služby (Domov Centrin Unhošť, Domov Tuchlovice) bez rozdílu věku, takže i pro klienty v produktivním věku a ve třech domovech poskytují službu domova se zvláštním režimem (Domov Centrin Unhošť, Domov Slaný, Domov Tuchlovice).

Pokud pomineme krátkodobé odlehčovací služby, které představují pro klienty v produktivním věku se sníženou soběstačností pouze přechodné řešení a jsou pro řadu z nich i finančně nákladné a vlastně i nedostupné, je zřejmé a alarmující, že dlouhodobé pobytové sociální služby pro kategorii klientů v produktivním věku v kladenském regionu prostě chybí.

7. Závěry empirického šetření

Obsahové závěry

Empirická část diplomové práce měla za cíl zachytit zdravotně sociální problematiku 10 vybraných klientů GARC Kladno v kontextu situace životní, která je ilustrovaná v příslušných kasuistikách. Vzhledem k tomu, že v GARC rehabilitují i klienti se sníženou soběstačností v produktivním věku a otázka snížené soběstačnosti či její ztráty se netýká pouze kategorie seniorů, rozhodla jsem se k provedení záměrného výběru 10 osob (5 mužů a 5 žen), kde jsou klienti záměrně rozděleni do dvou skupin na klienty v produktivním věku (47-59 let) a na klienty v seniorském věku (68-87 let.)

Samotné zpracované kasuistiky, které zachycují zdravotně sociální problematiku zmiňovaných klientů v kontextu jejich situace životní, demonstrují současnou menší či větší závislost osoby se sníženou soběstačností na různých formách pomoci. V nynější životní situaci klientů GARC je to ošetřovatelská péče (pomoc s péčí o vlastní osobu) rehabilitace (návčik sebeobsluhy a posílení soběstačnosti) a sociálně pedagogická pomoc (poradenství, edukace, pomoc pedagogická.)

Na základě zpracovaných kasuistik bych si dovolila postihnout určitá odlišná specifika těchto dvou vymezených skupin z následujících hledisek – adaptace na změny, rodinné vztahy, finanční situace, nabídka služeb.

- **adaptace na změny**

osoby v produktivním věku - snížená soběstačnost dříve, v poměrně mladém věku, ale celkově lepší adaptace na změny, životní situace, mají více pro sebe potřebných informací (nároky, dávky, služby).

osoby v seniorském věku - snížená soběstačnost později, v seniorském věku, horší adaptace, přidávají se kognitivní poruchy, multimorbidita, mají méně pro sebe potřebných informací (nároky, dávky, služby), neúplné informace nebo žádné.

- **rodinné vztahy**

osoby v produktivním věku - větší nestabilita rodinných vztahů (neshody, nedořešené problémy, zdravotní problémy rodinných příslušníků)

osoby v seniorském věku - větší zájem rodiny, (morální povinnost) aktivnější spolupráce, ale i zde zdravotní problémy rodinných příslušníků a pracovní vytíženost)

- **finanční situace**

osoby v produktivním věku - nejistá finanční situace (nutnost vyřízení důchodu, dávek, díky tomu se řešení sociální situace musí odložit)

osoby v seniorském věku - přiznaný starobní důchod (ale i zde nutnost vyřízení dávek, na které neměli při plné soběstačnosti nárok, nebo o nich neměli informace)

- **nabídka služeb**

osoby v produktivním věku - omezená nabídka poskytovaných pobytových sociálních služeb (většinou služby v kombinaci mentálního a tělesného postižení, nebo jen mentálního)

osoby v seniorském věku - většinou pestrá nabídka služeb v regionu, limitováno věkovou hranicí 65 let, v některých domovech je dolní hranice přijetí klienta od 60 let věku.

Jako dílčí cíl C1) jsem provedla na podkladě své interní dokumentace analýzu sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka GARC s důrazem na poskytování jeho služeb klientům, která by tak mohla přispět k seznámení laické veřejnosti s jeho náplní práce v GARC. Mezi jeho hlavní činnosti patří poskytování sociálně pedagogické pomoci formou poradenství, (základní + odborné), zprostředkovatelské pomoci, sociální prevence a ochrany. (A dále viz. příloha č. 3 - Pracovní náplň zdravotně-sociálního pracovníka.) Jeho nejdůležitější a zároveň i převažující činností je komunikace s klienty a jejich rodinnými příslušníky. K časově nejnáročnější činnosti patří rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky. (Zpracovaná analýza sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka podrobněji na str. 92-96.)

Jako dílčí cíl C2) jsem provedla následné rozhovory s 10 klienty z vybraných kasuistik k hlavní výzkumné otázce „*Jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně – sociálního pracovníka preferují.*“ Tuto základní výzkumnou otázku jsem si rozdělila na dvě specifické výzkumné otázky. První z nich je: *Jak vnímají klienti pomoc?* Ta je rozdělena do tří tazatelských otázek.

Z následných rozhovorů jsem zjistila:

Klientům před hospitalizací v GARC obvykle pomáhali jejich rodinní příslušníci, dva klienti z kategorie v produktivním věku uvedli, že žádnou pomoc nepotřebovali, neboť byli plně soběstační. Ze seniorské kategorie nepotřeboval žádnou pomoc pouze jeden klient. Klienti mají zkušenost převážně s formou neosobní pomoci, která zahrnuje nákupy, zajištění obědů, vyprání prádla. Dále mají zkušenost s podpůrnou pomocí, jako je zajištění oprav v domácnosti, vyřizování na úřadech, finanční pomoc, pomoc s bydlením, zajištění dopravy k lékaři. Pomoc s péčí o vlastní osobu (hygiena, polohování, přesuny) před hospitalizací potřebovali tři klienti, z toho dva v produktivním věku.

V jednom případě byla tato pomoc poskytována výhradně speciální pečovatelskou službou, která funguje pouze v domě zvláštního určení META, ve dvou případech v kombinaci terénních služeb (pečovatelská služba + domácí zdravotní péče) spolu s rodinným příslušníkem.

Nyní ve své životní situaci, (kdy jsou klienti hospitalizováni), potřebují nejčastěji pomoci s péčí o vlastní osobu, neboť u nich došlo vzhledem k prodělanému akutnímu onemocnění, úrazu či zhoršení chronického onemocnění ke ztrátě soběstačnosti. Uvědomují si i význam rehabilitace, která je potřebná ke zvládnání jejich dalšího nutného sociálního fungování v domácím prostředí. (Například naučit se zvládnout schody.)

Ideální způsob poskytované pomoci vnímají klienti především ve svém domácím prostředí s pomocí svých rodinných příslušníků Další uváděnou variantou je pomoc poskytovaná v domácím prostředí terénními službami. Pouze tři klienti v seniorském věku by dali přednost pobytové sociální službě. Dva z nich v krajním případě, kdyby to doma přestalo fungovat, jeden by si chtěl vyřešit pobytovou službou svou současnou svízelnou situaci, kdy se stal ze dne na den bezdomovcem.

Druhá specifická výzkumná otázka zní: *Jakou zkušenost mají klienti se zdravotně-sociálním pracovníkem a jakou jeho pomoc preferují.* Také zde jsem klientům položila tři tazatelské otázky.

Klienti se nejčastěji obracejí ve svých neodkladných záležitostech či složité životní situaci na svou ošetřující lékařku, ta většinou „tlumočí“ jejich požadavky a prosby zdravotně-sociálnímu pracovníkovi či ostatním členům týmu (fyzioterapeut, logoped, psycholog.), je tzv. vedoucím článkem týmové spolupráce, navíc je denně klientům dostupná. O existenci

zdravotně-sociálního pracovníka věděli tři klienti, kteří už mají s jeho přímou pomocí nějakou zkušenost, z toho jedna klientka v produktivním věku a jedna v seniorském věku již z minulých hospitalizací.

Pomoc zdravotně-sociálního pracovníka již potřebovalo sedm dotazovaných klientů, zatím ji nepotřebovali dva klienti a dvě klientky v seniorském věku si myslí, že ji ještě budou potřebovat.

Klienti preferují z pomoci zdravotně-sociálního pracovníka v pěti případech poradenství. Ve čtyřech případech klienti preferují z pomoci zdravotně-sociálního pracovníka pomoc zprostředkovatele, především z důvodu nemožnosti vyřídit si své záležitosti samostatně. Jedna klientka se k této otázce nevyjadřovala, neboť podle svých slov pomoc zdravotně-sociálního pracovníka dosud nepotřebovala.

Všech 10 klientů hodnotí zařízení GARC z hlediska poskytované pomoci kladně. Oceňují možnost rehabilitace, ergoterapie, logopedie, poradenství, to že se s nimi pracuje.

Jako dílčí cíl C3) jsem provedla následné rozhovory s 10 rodinnými příslušníky klientů z vybraných kasuistik k hlavní výzkumné otázce „*Jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují.*“ Tuto základní výzkumnou otázku jsem si rozdělila na dvě specifické výzkumné otázky. První z nich je: *Jak vnímají rodinní příslušníci klientů pomoc?* Ta je rozdělena do tří tazatelských otázek.

Z následných rozhovorů jsem zjistila:

Rodinní příslušníci klientů si začali uvědomovat, že jejich rodinní členové přestávají být soběstační a potřebují více pomoci v určitých činnostech především při zhoršení jejich pohyblivosti, při hospitalizaci v nemocnici či opakované hospitalizaci, nebo také, že jim začali častěji telefonovat, že něco potřebují. V současné době skončila pomoc rodiny nutným přijetím jejich členů do nemocnice, kde byly vyřešeny akutní problémy a rodina často stojí před důležitým rozhodnutím, zda je schopna zvládnout zvýšené nároky péče a poskytnout pomoc svému blízkému v domácím prostředí. Alternativami rodinné péče v této situaci jsou buď instituce zdravotní, nemocnice následné péče a LDN, zajišťující ošetrovatelskou péči, zdravotnická zařízení zajišťující rehabilitaci nebo instituce poskytující pobytové sociální služby jako jsou sociálně-ošetrovatelská zařízení či domovy seniorů.

Z následných rozhovorů s rodinnými příslušníky vyplynulo, že v současné době nejsou schopni svým členům rodiny zajistit pomoc v jejich domácím prostředí, ať už z důvodu zaměstnanosti, nemoci, bytových podmínek, z důvodu nezvládnutí péče, pokud není dotyčný soběstačný alespoň v základních úkonech v péči o vlastní osobu.

Ideální způsob poskytované pomoci svým členům rodiny vnímají rodinní příslušníci taktéž jako členové jejich rodin, tj. preference péče v domácím prostředí, kde by navíc mohli pomáhat spolu v kombinaci s dalšími službami – pečovatelská služba a domácí péče. Rodinní příslušníci se ve čtyřech případech přiklání k institucionální podobě péče pobytových sociálních služeb jako k ideálnímu způsobu pomoci svým rodinným členům. Je to vcelku pochopitelné, neboť celodenní péče o jejich nesoběstačného blízkého vyžaduje z jejich strany velké osobní nasazení, nároky na pravidelnost, vytrvalost, obětavost, fyzickou i duševní kondici. Z toho dvěma rodinným příslušníkům vyhovuje pobyt blízkých v GARC, jde však o zdravotnické zařízení, kde je možná hospitalizace klienta jen v případě potřeby nezbytné zdravotní péče. (Rodinní příslušníci mnohdy nerozlišují rozdíl mezi zdravotnickým zařízením a pobytovou sociální službou.)

Dotazovaní rodinní příslušníci se v neodkladných záležitostech či složité životní situaci svých členů rodiny obracejí na zdravotně-sociálního pracovníka, využívají tak informací z webových stránek zařízení, informace jsou jim dostupné i z nástěnných tabulí na patrech, informace o jeho existenci v GARC získávají také od ošetřujících lékařek, které vyžadují ze strany rodiny sociální řešení složité životní situace jejich blízkého.

Devět z dotazovaných rodinných příslušníků odpovědělo, že pomoc zdravotně-sociálního pracovníka potřebovali, protože nevěděli, jak dále postupovat a jak se dá problém jejich rodinného člena dále řešit, chtěli získat potřebné informace, nechtěli podcenit situaci. Zdravotně-sociální pracovník jim byl nápomocen jako zprostředkovatel informací.

Pět z dotazovaných rodinných příslušníků preferují z pomoci zdravotně-sociálního pracovníka poradenství. Pět dotazovaných rodinných příslušníků preferuje z pomoci zdravotně-sociálního pracovníka naopak doprovázení, tzv. získání pevné opory.

Rodinní příslušníci klientů v osmi případech hodnotí zařízení GARC z hlediska poskytované pomoci svým členům rodiny převážně kladně. Oceňují také možnost rehabilitace, ošetrovatelské péče, ergoterapie, logopedie, možnost poradenství, konzultací s lékaři a fyzioterapeuty i možnost zabezpečení jejich rodinného člena po dobu jejich studia, onemocnění, pracovních povinností.

Dílčím cílem C4) bylo zmapování možností dostupných sociálních služeb pro klienty GARC v kladenském regionu (podrobněji v příloze č. 5).

Zde jsem na základě zmapování dospěla k závěru, že sociální služby (terénní a pobytové) poskytující pomoc osobám se sníženou soběstačností mají největší zastoupení pro cílovou skupinu seniorů od 65 let věku, pouze tři domovy Švermov, Velvary a Smečno mají sníženou věkovou hranici od 60 let věku. Pro nesoběstačné klienty v kategorii produktivního věku, kteří nemají dobré rodinné zázemí, či jejich rodina již nezvládá péči o ně, chybí především pobytové sociální služby, neboť nabídka odlehčovacích pobytů je pro ně jen krátkodobým řešením, navíc finančně náročným. To je například problém pro klienty v produktivním věku z pěti zpracovaných kasuistik. Dva z nich mají diagnostikovanou roztroušenou sklerózu a jejich rodinní příslušníci jim v současné době nemohou zajistit pomoc a péči v domácím prostředí, neboť u nich došlo k výraznému zhoršení soběstačnosti v jejich domácím prostředí.

Jediné pobytové zařízení s kapacitou 14. míst určené pro tuto cílovou skupinu je v Žírči u Dvora Králové nad Labem. (Zjištěno z rozhovorů s klienty v rámci zpracovaných kasuistik, ověřeno telefonicky.) Také terénní služby jsou v jejich situaci bezpředmětné, osobní asistence zde není dostatečně rozšířena a poskytována na dostatečné úrovni. Na Kladensku také chybí větší výběr zařízení k poskytování odlehčovacích služeb, které by tak mohly poskytnout regeneraci sil rodinným příslušníkům, kteří celoročně pečují o svého rodinného člena se sníženou soběstačností. Chybí zde také hospic pro onkologicky nemocné klienty v terminálním stadiu nemoci, který je lépe vybaven pro poskytování této péče než například GARC, které není zaměřené primárně na onkologické pacienty.

Metodologické závěry a další perspektivy výzkumného šetření

Výsledky empirického šetření ve zdravotnickém zařízení GARC nelze považovat za zcela validní, a to z důvodu malého počtu dotazovaných klientů a jejich rodinných příslušníků. Nelze je tedy vůbec zobecňovat pro zbytek populace osob se sníženou soběstačností. K technice polostrukturovaného rozhovoru jsem přistoupila ze dvou důvodů. Tím prvním bylo dozvědět se něco víc o vnímání pomoci optikou klientů z vybraných zpracovaných kasuistik a jejich rodinných příslušníků, ve snaze zjistit, jakou pomoc zdravotně- sociálního pracovníka vlastně preferují. Často se totiž stává, že klientům za každou cenu nějakou pomoc nabízíme a někdy i docela vnucujeme, aniž by si třeba různé služby přáli a vyžadovali je. To se týká především klientů, kteří jsou orientovaní osobou, místem a časem a není tedy u nich zapotřebí uplatňovat direktivní způsob pomoci. Druhý důvod vyplynul z povahy práce zdravotně- sociálního pracovníka, jehož hlavním pracovním nástrojem používaným při práci s klienty a jejich rodinnými příslušníky je právě rozhovor. Zpracované kasuistiky vybraných klientů měly za úkol zachytit rozmanitost zdravotně sociální problematiky osob se sníženou soběstačností v jejich současné životní situaci. Analýza sociálně pedagogické práce zdravotně- sociálního pracovníka GARC a poskytování jeho služeb klientům poukázala na jeho hlavní činnosti, nejdůležitější činnosti, časově nejnáročnější činnosti, náročnost profese, jeho metody práce s klienty a jejich rodinnými příslušníky.

Dále se zde nabízí provést výzkumné šetření s podobně složeným vzorkem osob se sníženou soběstačností v jiném zdravotnickém zařízení, například v nemocnici či LDN, kde také působí zdravotně- sociální pracovník a výsledná zjištění porovnat. Celkově jsem se při dotazování setkala s ochotou a vstřícností klientů a jejich rodinných příslušníků.

Závěr

Diplomovou práci s názvem *Sociálně pedagogická pomoc osobám se sníženou soběstačností a jejich rodinám (v podmínkách GARC Kladno s.r.o.)* jsem z hlediska zvolené tematiky pojala dosti široce. V teoretické části jsem se zabývala zdravotně sociální problematikou osob se sníženou soběstačností z důvodu jejich chronického onemocnění, zdravotního postižení a stárí v kontextu jejich situace životní. V empirické části práce jsem pak na základě kvalitativní výzkumné strategie provedla výzkumné šetření ve zdravotnickém zařízení GARC Kladno s 10 klienty a jejich rodinnými příslušníky. Zároveň jsem pomocí následných rozhovorů s nimi hledala odpověď na hlavní výzkumnou otázku „*Jak vnímají pomoc a jakou pomoc zdravotně-sociálního pracovníka preferují.*“ Zajímala jsem se také o další návaznost sociálních služeb určeným osobám se sníženou soběstačností v kladenském regionu.

V **teoretické části** práce jsem se kromě vymezení základních témat jako je zdraví a nemoc věnovala především zdravotně sociální problematice osob se sníženou soběstačností s akcentem na sociálně pedagogické aspekty zvládání životních situací. Zde bych chtěla podotknout, že život každého jedince probíhá v nejrůznějších situacích, ať už zcela běžných, tak i těch náročných tzv. krizových. Každá životní situace je pro člověka sama o sobě jedinečná, neopakovatelná a člověk si svou situaci také spoluvytváří. Při zvládání a vyrovnávání se s těmito náročnými situacemi vždy záleží na osobnosti konkrétního jedince, jeho předchozích zkušenostech a také povaze dané situace. K nejnáročnějším životním situacím bezesporu patří nemoc, ať už akutní či chronická a s ní spojená snížená soběstačnost.

Další kapitola pak obsahuje vymezení základní terminologie zdravotního postižení a soběstačnosti. Z hlediska své dosavadní praxe v GARC Kladno jsem se zde zaměřila na osoby s tělesným postižením, u nichž je výrazně limitovaná jejich soběstačnost, a to na osoby s chronickým onemocněním a lokomočním tzv. pohybovým postižením. Je všeobecně známo, že člověk s vrozeným zdravotním postižením či získaným z dětství se lépe adaptuje na nejrůznější životní situace a změny než člověk, u kterého došlo k postižení během života v produktivním či seniorském věku (úraz, chronické onemocnění.) Lidé s později vzniklým postižením prožívají velmi složité období způsobené změnami a ztrátami, neboť mají možnost srovnávat svou dosavadní životní situaci s tou dřívější, kdy byli ještě relativně zdraví a

nezávislí. Jejich život je také ovlivňován mnoha činiteli, z nichž některé je možno změnit (sociální služby, sociální politika státu) a některé patří k neměnným a dají se pouze kompenzovat či dodatečně eliminovat (zdravotní postižení).

V kapitole s názvem Role a postavení osoby se sníženou soběstačností ve společnosti jsem se snažila nastínit životní situaci dlouhodobě nemocných a hospitalizovaných osob se sníženou soběstačností převážně v seniorském věku, které se pod vlivem svého onemocnění či ztráty soběstačnosti mohou potýkat se změnou sebepojetí, kognitivním deficitem, následkem čehož nejsou schopni spolupracovat v rámci léčebného procesu. Právě u seniorské kategorie, která je „více nemocná“, tzv. multimorbidní jsou více nakumulovány problémy fyzické, psychické a sociální. Je nesporné, že funkce rodiny jako vztahové sítě a sociální opory je pro nesoběstačného rodinného člena nezastupitelná. Bohužel v dnešní době však brání jejím možnostem postarat se o svého blízkého především ekonomická a bytová situace a také obavy z nezvládnutí náročné péče.

Do kapitoly týkající se profesionálních způsobů pomoci lidem se sníženou soběstačností jsem zahrnula sociálně pedagogickou pomoc, kterou zastupují základní způsoby pomoci, a to pomoc edukační v rámci uplatňování nároků a práv osobám se sníženou soběstačností a jejich rodinám a pomoc poskytovanou formou poradenství. Má svá specifika v přístupu, v komunikaci, způsobech pomoci. Svě zastoupení má zde i pomoc pedagogická, vedoucí osobu se sníženou soběstačností k samostatnému rozhodování a znovu začlenění do plnohodnotného života. Komplexní pomoc, která je zaměřena na osoby s postižením, které jej samy nemohou překonat, případně jsou postižením a následným hendikepem ohroženy představuje systém ucelené rehabilitace, zvláště jeho provázané složky léčebná, sociální, pracovní a pedagogická.

Poslední kapitola představuje profesi zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení jako poskytovatele sociálně pedagogické pomoci převážně v roli poradce a zprostředkovatele. Vzhledem k využívání edukačních nástrojů ve své práci má také roli sociálního pedagoga. Tvoří nezastupitelný článek týmové spolupráce uvnitř zdravotnického zařízení, kde se významně spolupodílí na procesu plánovaného propouštění svých klientů do domácího prostředí s doporučením a nabídkou terénních či ambulantních služeb. V případě nepropustitelnosti klienta z objektivních důvodů a nemožnosti jiné formy pomoci a péče

zprostředkuje péči institucionální. Přijetí zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a také zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v nichž je vymezena samotná profese zdravotně-sociální pracovník a jsou zde také uvedeny požadavky k jejímu výkonu, umožnilo sociální práci v rezortu zdravotnictví tolik požadovanou a očekávanou legislativní oporu.

V **empirické části** práce jsem si na základě teoretických východisek a zkušeností z praxe stanovila hlavní cíl zachytit zdravotně sociální problematiku deseti klientů. Jedná se zde o pět klientů v produktivním věku (47-59 let) a pět klientů v seniorském věku (68-87 let) hospitalizovaných v GARC Kladno, jejichž zdravotně sociální situace je zachycena v kontextu situace životní. Ta je pro svou rozmanitost a zároveň jedinečnost každého klienta zpracovaná v deseti kasuistikách.

Z pohledu „výzkumníka“ shledávám osoby se sníženou soběstačností v produktivním věku v nevýhodnějším společenském postavení a ve složitější životní situaci oproti osobám se sníženou soběstačností v seniorském věku, jsou více „rizikovní“, především z hlediska těchto základních specifik – adaptace na změny, rodinné vztahy, finanční situace, nabídka služeb. Přesvědčila jsem se o tom na základě výsledných zjištění ze zpracovaných kasuistik, vedenými rozhovory s klienty a jejich rodinnými příslušníky, tzv. kontaktními osobami. (Jsem si vědoma toho, že u kvalitativního výzkumu nemohu výsledky šetření zobecňovat na celou populaci osob se sníženou soběstačností v produktivním věku a na celou populaci osob se sníženou soběstačností v seniorském věku.)

Zpracovaná analýza sociálně pedagogické práce zdravotně-sociálního pracovníka GARC zaměřená na poskytování jeho služeb klientům poukázala na jeho pracovní činnosti, metody práce s klienty a jejich rodinnými příslušníky. Myslím si, že přispěla ke komplexnějšímu pohledu na profesi zdravotně-sociální pracovníka, jako právoplatného člena týmové spolupráce ve zdravotnickém zařízení, který je pro své klienty především poradcem a zprostředkovatelem pomoci v jejich tíživé životní situaci. Zároveň bych však chtěla upozornit, že není všemocným spasitelem a nedokáže po dobu hospitalizace klienta vyřešit jeho nakumulované životní problémy, jako jsou nevyhovující bytové podmínky, ztráta bydlení, nefunkční rodinné vztahy, ztráta zaměstnání, invalidita bez nároku na výplatu důchodu z důvodu neodpracovaných let, zadluženost apod. Ještě bych chtěla zdůraznit, že pomoc nelze klientovi vnucovat. Z jeho strany by se naopak měla předpokládat jeho aktivní účast, odpovědnost sama za sebe, za své jednání a rozhodování.

Bohužel v praxi tomu tak vždy není, a proto se profese zdravotně-sociálního pracovníka řadí k těm psychicky náročnějším. Často jde o práci „pod tlakem“ několika stran (lékař, klient, rodina, sociální služby.) Vzhledem k současné situaci, kdy zaměstnávání zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních zůstává zcela na rozhodnutí managementu příslušné organizace je zcela běžné, že může docházet k „přetěžování“ zdravotně-sociálního pracovníka, který v zařízení s kapacitou 160 klientů pracuje sám.

Řešení úkolu mé diplomové práce přineslo výpovědi k hlavní výzkumné otázce. Interpretace zjištěných poznatků je obsažena v obsahových závěrech empirické části práce na str. 108-113. Překvapilo mě, že z poskytované pomoci zdravotně-sociálního pracovníka klienti v pěti případech preferují poradenství a čtyři z nich pomoc zprostředkovatelskou. Spíše jsem se domnívala, že budou preferovat z jeho možných způsobů pomoci pomoc prostřednictvím přímé akce či zastupování a doprovázení. Také rodinní příslušníci klientů preferují z jeho pomoci v pěti případech poradenství, neboť jsou často bezradní a nevědí, jak začít s řešením složité situace svého rodinného člena. V pěti případech naopak preferují pomoc poskytovanou doprovázením, tzv. poskytnutím pevné opory, kdy mají potřebu být vyslyšeni a získat tak pro sebe důležitou emoční podporu v nelehké životní situaci.

Klienti a jejich rodinní příslušníci se shodují v představě ideálního způsobu pomoci poskytované ve svém přirozeném domácím prostředí. Klienti chtějí zůstat co nejdéle v domácím prostředí s poskytováním pomoci svých rodinných příslušníků či jen služeb, jejich rodinní příslušníci by chtěli svým blízkým poskytovat pomoc v kombinaci s pomocí terénních služeb zdravotních a sociálních. Pečovatelská služba a domácí zdravotní péče jsou již dlouhodobě z pohledu odborné veřejnosti považovány za soudobý trend poskytovaných služeb v domácím prostředí klienta. Problém však vyvstává v kontinuitě služeb, kdy i terénní služby, které jsou schopny zajistit donášku obědů a nákupů, (což většinou dokážou zajistit svým členům rodiny i jejich rodinní příslušníci) nejsou schopny dostatečně pomáhat lidem, kteří zůstanou ve svém domácím prostředí ve složitých případech vyžadující dlouhodobou osobní péči, jako je zvednutí a umytí nesoběstačné osoby, nakrmení, přebalení, strávení času s ní v její blízkosti apod. V souvislosti s pokračujícími společenskými změnami a měnící se ekonomickou situací rodin, jejich pracovní vytížeností a počínajícími zdravotními problémy, klesá také jejich ochota, možnosti a hlavně schopnost se o svého nesoběstačného rodinného člena postarat. Není proto překvapením, že i rodinní příslušníci vnímají jako ideální způsob poskytované pomoci pro svého nesoběstačného člena rodiny s pomocí institucionální péče.

Klienti naopak vnímají institucionální pomoc v podobě pobytových sociálních služeb až jako nezbytně nevyhnutelné řešení, pokud by své fungování v domácím prostředí přestali zvládat. (Mnohdy však nemají patřičný náhled na svou vlastní životní situaci.) Institucionální pomoc naopak preferují především klienti, kteří si prostřednictvím pobytové služby potřebují vyřešit své bytové problémy.

Ještě považuji za nutné, zmínit se o změnách vyplývajících v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vstoupil v platnost 1. ledna 2007. Ten vymezil nově jednotlivé cílové skupiny klientů pro daná zařízení sociálních služeb a postavil tak do znevýhodněné situace především osoby se sníženou soběstačností (s tělesným postižením) v produktivním věku. Před rokem 2007 nebyl problém s umístěním těchto osob, které byly odkázány na pomoc jiné osoby a neměly ve své životní situaci jiné řešení, do péče institucionální, nejčastěji do „domova důchodců“. V současné době je pro tyto osoby situace daleko složitější, neboť zákon upravil nové typy služeb, resp. typy zařízení – vznik domovů se zdravotním postižením, v nabídce služeb však převládají domovy pro klienty s mentálním postižením či kombinovaným postižením (mentální a tělesné). Zákon také nabídl pro tyto klienty alternativy v podobě terénních služeb, ale některé z nich jsou kapacitně nedostatečné či dobře nefungující (osobní asistence, pečovatelská služba), nebo nemohou z popisu svých služeb zajistit službu celodenní. Také tu jde o záležitost finanční, služby jsou pro mnohé klienty finančně nákladné a tudíž nedostupné. Stejně tak jsou i některé typy služeb, zvláště pro klienty s tělesným postižením v produktivním věku lokálně (místně) nedostupné, kdy je vzhledem ke vzdálenosti zařízení ohrožen kontakt klienta se svou rodinou. Navzdory preferovaným terénním službám z řad odborné veřejnosti především z hlediska efektivity (menší náklady než za služby institucionální) pak problémem zůstává zajištění těchto klientů ve večerních a nočních hodinách. Nezajištěnost klienta službami pak mnohdy vede k dekompenzaci jeho zdravotního stavu a sociální služby pak supluje opakovaná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.

Závěrem bych si dovolila dodat, že úspěšnost práce zdravotně-sociálního pracovníka závisí také na fungující a navazující síti služeb, do kterých předává své klienty. Proto se přikláním k zachování a podpoře institucionální pomoci v podobě poskytování pobytových sociálních služeb nesoběstačným klientům v produktivním i v seniorském věku, neboť hlavně v dnešní době má stále svůj velký význam pro osaměle žijící osoby či osoby s nefunkčním rodinným zázemím, jejichž počet má bohužel vzestupnou tendenci.

Seznam použité literatury

Monografie:

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha : Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2005. 103 s. ISBN 80-70-40-826-X.

JEDLIČKA, R., KOŤA, J. *Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. Praha : Karolinum, 1998. 169 s. ISBN 80-7184-555-8.

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-70-66941-1.

JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. NCONZO Brno, 2004. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha : Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatric: 1. díl integrovaný text pro interdisciplinární studium., Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. et.al. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno : Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NOVOSAD, L.. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha : Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita /diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení/* 1. vyd. Praha : Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením: uvedení do problematiky*. 1. vyd. Liberec : Technická univerzita, 2000. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.

PELIKÁN, J. *Výchova jako teoretický problém*. 1. vyd. Ostrava : Amosium servis, 1995. 234 s. ISBN 80-85498-27-8.

PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. VÚPSV, 2010. 244 s. ISBN 978-80-7416-048-6.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. 1. vyd. Praha : Slon, 1994. s. ISBN 80-85850-00-1.

SLOWÍK, J. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

ŠŤASTNÝ, J. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. Gaudeamus, 2006. 114 s. ISBN 80-7041-775-7.

ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOMEŠ, I. a kol. *Sociální správa. Úvod do teorie a praxe*. 2. vyd. Praha : Portál, 2009. 304 s. ISBN 978-80-7367-483-0.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 3. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Karolinum, 2010. 467 s. ISBN 978-80-246-1832-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÍTEK, J., VÍTKOVÁ, M. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. Brno : Paido, 2010. 245 s. ISBN 978-80-7315-210-9.

VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2000. 139 s. ISBN 80-246-0057-9.

Odborné časopisy

BURYOVÁ, I. Rozpory v charakteru pomáhání v pomáhajících profesích. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 3, s. 38-41.

KNOPOVÁ, V. Uspokojování potřeb starého člověka. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 6, s. 238-239.

KRHUTOVÁ, L. Teorie a metody zdravotního postižení. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 4, s. 49-59.

NOVÁK, J., KALNICKÁ, V. Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky. *Statistika*, 2008, roč. 45, č. 6, s. 541-552.

PŠENICOVÁ, T. Sociální služba v městské nemocnici Ostrava. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 7-8, s. 40.

PŘIDALOVÁ, M. Péče o staré rodiče – nový úděl mladších seniorů? *Sociální práce*, 2006, roč. 6, č. 2, s. 68 -80.

SEVEROVÁ, J. Sociální práce ve zdravotnictví. *Sestra*, 2005, roč. 15, č. 9, s. 27.

VAVROŇ, J. Péče o rodiče? Potíž je práce a peníze. *Právo, nezávislé noviny*, roč. 21, č. 183, s. 4.

Legislativní dokumenty

Zákon č.108/2006Sb., o sociálních službách. In *Sociální a pracovněprávní předpisy*. 2012,48, s. 1-36. ISSN 1903-3970.

Vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sociální a pracovněprávní předpisy*. 2012,48, s. 1-32. ISSN 1903-3970.

Zákon č.435/2004 Sb. o zaměstnanosti. In *Sociální a pracovně právní předpisy*. 2012,48, s.1-49.ISSN 1903-3970.

Elektronické dokumenty a články

Nejsme všichni stejní - pro žáky. *Projekt Výuka k různosti: Nejsme všichni stejní* [online]. 2011 [cit. 2011-05-15]. Dostupné z WWW:

<http://www.nejsmevsichnistejni.cz/sites/default/files/1_1_1_Nejsme_vsichni_stejni_-_zak.pdf>.

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [online]. 2011 [cit.2011-06-16]. Dostupné z WWW:

<http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_96-2004-1.html>.

Vyhláška č.424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků. [online]. 2011 [cit. 2011-06-16]. Dostupné

z WWW: <<http://www.ipvz.cz/farmaceuti/zakony-a-vyhlasiky-tykajici-se-ziskavani-specializace.aspx>>.

Slovníky

Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost: s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. 3. vyd. Praha : Academia, 2003. 647 s. ISBN 80-200-1080-7.

Jiné zdroje

Katalog poskytovatelů sociálních služeb města Kladna

Přílohy

Příloha č. 1

Druhy poradenství

poradenství:	provádí:
psychologické poradenství a psychoterapie	psychologické poradny
partnerské poradenství a rodinná terapie	poradny pro rodinu a mezilidské vztahy
krizová intervence	linky důvěry, psychologické poradny, sociální centra
sociálně-právní poradenství	státní správa
profesní poradenství	Pedagogicko - psychologické poradny (PPP), úřad práce (ÚP), speciální pedagogická centra (SPC)
studijní poradenství	PPP, SPC, VŠ poradny
pedagogicko – psychologické poradenství	PPP, SPC
výchovné poradenství	PPP, výchovní poradci, kurátoři
speciálně-pedagogické poradenství	SPC, speciální školy, centra léčebné rehabilitace (CLR)
technické poradenství	CLR, centra technického poradenství (CTP), rehabilitační oddělení
pastorační činnost	círky a náboženské společnosti
lékařské konzultace	odborní lékaři, SPC, kliniky apod.
resocializační poradenství	státní správa, humanitární org., kurátoři
poradenství v nezaměstnanosti	ÚP, státní správa, JOB poradny

Tabulka č. 4 - Přehled poradenské činnosti.

Zdroj: Novosad, 2000, s. 18, upraveno autorkou diplomové práce.

Příloha č. 2

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně – sociální pracovník

Zákon o nelékařských zdravotnických povolání č.96/2004 Sb. v § 10 uvádí, za jakých podmínek se získává odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka. [online www.clk.cz]

- (1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním:
 - a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření
 - b) nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník, **nebo**
 - c) specializačního studia v oboru zdravotně – sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5
- (2) Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

Akreditovaný kvalifikační kurz zdravotně-sociální pracovník lze absolvovat v Národním centru ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCONZO) v Brně.

Také v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v §110 odstavci 5 se uvádí, že odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče dle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně-sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu, viz. zákon č. 96/2004 Sb.

Příloha č. 3

Pracovní náplň zdravotně-sociálního pracovníka GARC

Pracovní činnost zdravotně-sociální pracovník je podložena zákonem č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a je zakotvena ve vyhlášce č. 424/2004 Sb. Výkon sociální práce obecně je definován v katalogu prací (příloha nařízení vlády ČR č. 469/2002 Sb.) a ve standardech kvality sociálních služeb (MPSV 2002).

Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče.

Základní povinnosti:

Zdravotně-sociální pracovník v rozsahu své odborné způsobilosti provádí zdravotně sociální činnosti bez odborného dohledu, řešení sociálně-právních problémů hospitalizovaných pacientů, provádí sociální šetření u pacientů GARC a posouzení životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům a podílí se na přípravě jejich propuštění, včetně zajištění další péče a služeb.

K jeho ostatním povinnostem náleží:

- aplikace odborných metod sociální práce, monitorování a vyhodnocování potřeb pacienta dle údajů ve zdravotnické dokumentaci
- příjem a evidence žádostí o hospitalizaci v GARC, vedení dokumentace (sociální záznamy)
- objednávání pacientů z jiných zařízení a z terénu k hospitalizaci
- odebrání sociální anamnézy a zjišťování sociálního zázemí pacienta
- první kontakt a komunikace s rodinnými příslušníky nemocných
- komplexní vyřizování žádostí do domovů seniorů a léčeben různého typu
- pomoc rodinám v zajišťování možnosti péče o nemocné v domácím prostředí, kontaktování terénních služeb a zdravotní domácí péče
- zprostředkování odlehčovacích služeb (respitní péče)

- zajištění sociálních hospitalizací (sociální péče ve zdravotnickém zařízení)
- pomoc při vyřizování dávek státní sociální podpory, starobních a invalidních důchodů
- vyřizování korespondence se státními institucemi (soudy, úřady, policie)
- účast při primářských vizitách v GARC, průběžné poskytování informací lékařům a sestřám
- základní a odborné poradenství

Příloha č. 4

Pracovní materiály zdravotně-sociálního pracovníka

Zpracované statistické údaje od 1. 1. 2007 (tzn. od doby platnosti zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) do 31. 12. 2011 (do konce sledovaného období). Týká se požadavků o přijetí do GARC k lůžkové rehabilitaci a ošetrovatelské péči.

	žádost:	přijatých:	storno:	zemřelých:
Muži	399	312	57	30
Ženy	514	448	31	35

Tabulka č. 5 – Přehled podaných a uspokojených žádostí do GARC v roce 2007

	žádost:	přijatých:	storno:	zemřelých:
Muži	325	223	76	26
Ženy	602	445	123	34

Tabulka č. 6 – Přehled podaných a uspokojených žádostí do GARC v roce 2008

	žádost:	přijatých:	storno:	zemřelých:
Muži	398	253	111	34
Ženy	646	536	86	24

Tabulka č. 7 – Přehled podaných a uspokojených žádostí do GARC v roce 2009

	žádost:	přijatých:	storno:	zemřelých:
Muži	365	267	62	36
Ženy	622	511	92	19

Tabulka č. 8 – Přehled podaných a uspokojených žádostí do GARC v roce 2010

	žádost:	přijatých:	storno:	zemřelých:
Muži	375	260	55	60
Ženy	690	598	32	60

Tabulka č. 9 – Přehled podaných a uspokojených žádostí do GARC v roce 2011

Z uvedených zpracovaných statistických údajů vyplývá, že o zdravotnické zařízení GARC Kladno s.r.o. je velký zájem, jak ze strany klientů, tak i doporučujících lékařů praktiků i specialistů. Ty osoby, které svou žádost stornovaly, tak učinily již z důvodu nezájmu o přijetí. Neuspokojené žádosti byly u osob, které před přijetím do GARC zemřely.

Zdravotnické zařízení GARC Kladno s. r. o. má od **1. 8. 2007 zaregistrovanou 1 sociální službu**. Jde o službu sociální péče ve zdravotnickém zařízení dle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Sociální služba poskytovaná ve zdravotnickém zařízení ústavní péče dle § 52 (sociální lůžko)

Poskytovaná pobytová sociální služba v GARC osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke své snížené soběstačnosti nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny do doby, než jim bude zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou, nebo než je jim zajištěno poskytování terénních služeb či pobytových sociálních služeb. Podmínkou k přijetí na tzv. sociální lůžko je stabilizovaný zdravotní stav klienta, podaná žádost do pobytového zařízení sociálních služeb, nejčastěji do domova seniorů a přiznaný či podaný příspěvek na péči.

Tato služba zahrnuje:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při osobní hygieně, nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Vybírám přehled počtu klientů na sociálním lůžku za období od 1. 8. 2007 – 31. 12. 2011.

	Počet	umístění do sociálních služeb:	zemřelí:
Muži	4	0	2
Ženy	7	0	2

Tabulka č. 10 – Počet klientů na sociálním lůžku v období od 1. 8. 2007 - 31. 12. 2007

	Počet	umístění do sociálních služeb:	zemřelí:
Muži	7	2	0
Ženy	16	4	2

Tabulka č. 11 – Počet klientů na sociálním lůžku v roce 2008

		Umístění do sociálních služeb:	Zemřelí:
Muži	10	4	2
Ženy	18	5	3

Tabulka č. 12 – Počet klientů na sociálním lůžku v roce 2009

1 klientka byla propuštěna do domácí péče

		Umístění do sociálních služeb:	Zemřelí:
Muži	16	2	4
Ženy	23	2	4

Tabulka č. 13 – Počet klientů na sociálním lůžku v roce 2010

1 klientka byla propuštěna do domácí péče

		Umístění do sociálních služeb:	Zemřelí:
Muži	21	5	8
Ženy	17	2	1

Tabulka č. 14 – Počet klientů na sociálním lůžku v roce 2011

Příloha č. 5

C4) Zmapování možností dostupných sociálních služeb pro klienty GARC v kladenském regionu.

TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

1/ Středisko komplexní sociální péče Fontána Kladno – nabízené služby:

- **Pečovatelská služba:**

pochůzky, doprovod, dovoz obědů a další úkony dle dohody s uživatelem (hygiena, nákupy, úklid)

společné stravování pro seniory

středisko osobní hygieny

- **Denní stacionář:** (ambulantní služba)

denní pobyt pro seniory (kapacita 20 míst, pobyt Po – Pá 8.00-14.00 hodin)

rehabilitace, ergoterapie

- **Sociálně aktivizační služby:**

poradna pro seniory

kladenská univerzita třetího věku

V Kladně fungují 3 domy s pečovatelskou službou. (Po – Ne od 7.00 -19.00 hodin)

Pečovatelská služba je určena seniorům, osobám s tělesným hendikepem, osobám zajišťujícím péči o tyto osoby. **Klienti GARC ve velké míře využívají. Hlavně rozvoz obědů, donášku nákupů, pomoc s hygienou, denní stacionář, doprovod.**

V regionu je dále zastoupena Pečovatelská služba v těchto obcích: Buštěhrad, Unhošť, Slaný, Bratronice -nabízené služby:

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, pomoc v domácnosti, doprovod, základní sociální poradenství, dohled

Týká se klientů z Unhoště a přilehlých obcí (Pletený Újezd, Nouzov, malé Kyšice, Braškov, Svárov)

Týká se klientů z Buštěhradu a přilehlých obcí (Lidice, Hřebeč, Velké Přítočno)

Týká se klientů z města Slaný a přilehlých obcí (Řisuty, Dolín, Otruby, Zlonice)

Týká se klientů z Bratronic a přilehlých obcí (Běleč, Sýkořice, Lhota, Žilina, Kamenné Žehrovice, Tuchlovice, Doksy, Družec, Velká Dobrá, Braškov, Valdek, Horní a Dolní Bezděkov)

Ve Slaném fungují dva domy s pečovatelskou službou + středisko osobní hygieny. (Po-Ne 7.00-19.00 hodin)

V Buštěhradě funguje jeden dům s pečovatelskou službou. (Po-Pá od 7.00-19.00 hodin, So-Ne od 7.00-18.00 hodin)

Speciální pečovatelská služba, o. s. – nabízené služby:

- **Nepřetržitá pečovatelská pomoc občanům se zdravotním postižením v jejich domácím prostředí (24 hodin)**
- **Doprava speciálně upraveným vozidlem pro přepravu osob přímo na invalidním vozíku**

Tato služba je určena osobám s tělesným postižením a osobám s kombinovaným postižením.

Je poskytována v bytech zvláštního určení „META“, které jsou bezbariérově upraveny pouze jeho obyvatelům, kteří jsou členy občanského sdružení „Speciální pečovatelská služba.“

Klienti GARC si mohou zažádat o bezbariérové bydlení v bytech zvláštního určení „META“ na bytovém odboru Magistrátu města Kladna na základě doporučení a schválení rehabilitační lékařky. Musí jít o vozíčkáře, poměrně soběstačného, který je schopen samostatného fungování za pomoci sociálních služeb (pečovatelská služba, speciální pečovatelská služba)

2/ Centrum pro zdravotně postižené Středočeského kraje – Kladno o. s. - nabízené služby:

- **Poradna** (ambulantní služba)

základní sociální poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory

(po 8.00-16.00 hod., st. 8.00-16.00 hod.)

- **Terénní služba** (osobní asistence – dle domluvy, doprovod)

Tato služba je určena osobám se zdravotním postižením a seniorům. Osobní asistence má však kapacitu 5 pracovníků, které poskytují služby většinou už svým stálým klientům, kapacitní navýšení asistentek se zatím neplánuje.

Klienti GARC osobní asistenci téměř nevyužívají.

3/ Český červený kříž Kladno, o. s. – nabízené služby:

- **Výdejna a rozvoz jídel**
- **Pečovatelská služba**
- **Azylové pobyty**
- **Humanitární pomoc**
- **Hygienické služby a ošacovací centrum**

Tato služba je určena seniorům, osobám s tělesným postižením, dále také rodinám s dětmi, osobám bez přístřeší, osobám v náhlých krizích, osobám po výkonu trestu odnětí svobody.

Klienti GARC využívají především rozvoz jídla, částečně pečovatelskou službu.

4/ Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR, o. s. Centrum služeb Kladno – nabízené služby:

- **Osobní asistence (2 asistentky)**
- **Sociálně- právní poradenství**

(po 8.00-11.00, 13.00-15.00., Út, St 8.00-11.00, jinak dle domluvy)

- **Týdenní rekondiční pobyty**
- **Klubové, zájmové aktivity**

Tato služba je určena pro osoby s chronickým onemocněním, pro osoby dlouhodobě pečující o nesoběstačného člena rodiny, osoby s jakýmkoliv postižením.

Klienti GARC nevyužívají, výjimečně využívají rekondiční pobyty, (musí být více soběstační).

POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

1/ Domov seniorů Kladno, ul. F. Kloze 1178 – nabízené služby:

- **Ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, sociální poradenství, odlehčovací služby, zdravotní a ošetrovatelská péče, rehabilitace, pedikúra, kadeřník**
- **Domov pro seniory (od 65 let)**

Služby jsou určeny osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku (od 65 let), jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Klienti GARC i jejich rodinní příslušníci výrazně preferují toto zařízení, neboť je v místě trvalého bydliště většiny klientů. Čekací doba do tohoto domova seniorů je až 2 roky i více.

2/ Domov pro seniory Kladno-Švermov, ul. V. Dundra 1032 – nabízené služby:

- **Ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zdravotní a ošetrovatelská péče.**
- **Domov pro seniory (od 60 let)**

- Služby jsou určeny osobám od 60 let, seniorům s trvalými změnami zdravotního stavu vyžadujícími komplexní péči.

Klienti GARC i jejich rodinní příslušníci taktéž preferují toto zařízení. Problém je však pro osoby postižené různým stupněm demence, domov požaduje po klientech GARC psychiatrické vyjádření o způsobilosti pobytu v jejich službě.

3/ Domov Pod lipami Smečno, Zámek 1 – nabízené služby:

- **Ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zdravotní a ošetrovatelská péče.**
- **Domov pro seniory (od 60 let)**
- **Domov pro osoby s mentálním postižením**
- **Domov pro osoby s kombinovaným postižením**

(obě služby jsou určeny pro mladé dospělé od 19-26 let, pro dospělé od 27-64 let)

- **Chráněné bydlení (5 osob v bytě 4+1 ve Slaném)**
- **Denní stacionář (Po-Pá 7.00-16.00, kapacita 12 míst)**

Služby jsou určeny osobám od 60 let věku, které klienti GARC využívají a osobám s mentálním postižením a osobám s kombinovaným postižením (od 19 let do 64 let), které klienti GARC nevyžívají.

4/ Domov Unhošť, Berounská 500 – nabízené služby:

- **Ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zdravotní a ošetrovatelská péče.**
- **Domov pro seniory (od 65 let)**

Služby jsou určeny seniorům od 65 let věku. **Velmi dobrá spolupráce zařízení s GARC, čekací doba od 6 měsíců.**

5/ Domov Centrin Unhošť, Tyršovo náměstí 211 – nabízené služby:

- **Ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zdravotní a ošetrovatelská péče.**
- **Domov pro seniory** (od 65 let)
- **Odlehčovací služby** (přechodný pobyt na maximální dobu 3 měsíců)
- **Domov se zvláštním režimem** (pro seniory s chronickým duševním onemocněním, různými formami demence)

Klienti GARC využívají

6/ Domov Velvary, P. Bezruč 484 – nabízené služby:

- **Ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zdravotní a ošetrovatelská péče.**
- **Domov pro seniory** (od 60 let)

Domov nabízí služby osobám se sníženou soběstačností již od 60 let věku. Čekací doba je kolem 1 roku. **Domov není příliš preferován klienty GARC ani jejich rodinnými příslušníky, výjimku tvoří osoby, které bydlí v okolí Velvar.**

7/ Domov Důstojného stáří Tuchlovice, Karlovarská 603 – nabízené služby:

- Ubytování, strava, 24 hodinová péče, praní prádla, služby psychiatra, zdravotní sestry, základní rehabilitace, ergoterapie, pitný režim, perličkové koupele, balneo služby
- Odlehčovací krátkodobý pobyt (850,-Kč /den-ubytování, strava, péče)
- Denní jesle (70,-Kč/ hodina + denní strava 200,-Kč)
- Domov nabízí služby osobám trpícím některou z demencí (vaskulární, smíšená, Alzheimerova...), osobám částečně či plně imobilním (ležící) a osobám s Parkinsonovou nemocí, kteří se o sebe již sami nezvládají postarat (bez omezení věku.)

Klient musí mít však přiznaný důchod (starobní nebo invalidní) a příspěvek na péči. Jde o soukromé zařízení pobytových sociálních služeb, částka za měsíc pro dlouhodobý pobyt představuje spolu s přiznaným příspěvkem na péči 22 500,-Kč se stravou, ubytováním a péčí. Bohužel ne každý si tyto služby z finančního hlediska může dovolit.

8/ Domov seniorů Slaný, Hlaváčkovo náměstí 218 – nabízené služby:

- **Ubytování, stravování, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, zdravotní a ošetrovatelská péče.**
- **Domov se zvláštním režimem (senioři od 65 let)**

Domov nabízí služby osobám se sníženou soběstačností (v seniorském věku od 65 let) z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou nebo Alzheimerovou demencí a osobám s jiným zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Z uvedeného zmapování lze vyvodit tyto závěry:

1. Pokrytí terénními a pobytovými sociálními službami pro osoby se sníženou soběstačností v kategorii seniorů (od 65 let) je v kladenském regionu dostačující. Dá se říci, že jsou zde zastoupeny téměř všechny typy pobytových sociálních služeb. Problémem jsou čekací doby do domovů seniorů, které se pohybují v rozmezí od půl roku až do tří let. V současné době probíhá přístavba nové budovy domova seniorů v Kladně v ulici F. Kloze, kde bude stávající kapacita míst rozšířena o jedno a dvoulůžkové pokoje, což by mělo zajistit větší komfort klientům a uspokojit více žádostí o poskytované služby. Plán dokončení je odhadován nejpozději na podzim v roce 2013. Domy s pečovatelskou službou nabízí služby klientům poměrně soběstačným, kteří zpravidla potřebují jen dopomoc (donáška obědů, nákup, úklid, praní prádla.) Když se však zhorší soběstačnost u těchto klientů, prakticky neexistuje žádná návaznost týkající se jejich přednostního umístění do pobytových sociálních služeb typu domov seniorů. Tito klienti se zpravidla po zhoršení pohyblivosti ocitají ve zdravotnických zařízeních typu LDN či GARC a nejsou tzv. propustitelní a jejich nepříznivá situace si vyžaduje řešení. Rezervy jsou jistě i v kapacitě odlehčovacích služeb, které nabízí v kladenském regionu pouze jediné soukromé zařízení v Tuchlovicích.

2. Jako nedostatečné se jeví zabezpečení pobytových sociálních služeb pro kategorii osob se sníženou soběstačností v tzv. produktivním věku, prakticky až do 59let. Služba osobní asistence je kapacitně málo zastoupena, není příliš využívána. Zákon o sociálních službách sice nabídl alternativy v podobě terénních služeb, ale některé jsou kapacitně nedostačující (osobní asistence, pečovatelská služba), nebo nemohou z popisu svých služeb zajistit službu celodenní.

3. Taktéž u pečovatelské služby, která je v městě Kladně jediným velkým poskytovatelem terénních služeb je nedostatečná kapacita pečovatelek, uvažuje se o jejím navýšení tak, aby mohla své služby poskytovat klientům i ve večerních hodinách a u osamělých klientů i o víkendu. Denní stacionáře, zvané domovinka slouží také kategorii soběstačnějších osob, které zvládnou denní převoz do zařízení, vydrží sedět v křesle apod. Klientům v okolí Kladna, hlavně v malých obcích pečovatelská služba chybí, místo ní přebírají například pomoc s hygienou agentury zdravotní domácí péče, které ještě navíc zajišťují poskytování zdravotnických úkonů v domácím prostředí, (aplikace inzulínu, převazy, dohled nad léky, rehabilitaci), jsou flexibilnější, jezdí ke klientům i několikrát denně na doporučení praktického lékaře či bez doporučení za přímou platbu od klienta.

4. Absence zařízení hospicové péče. Obyvatelé Kladenska využívají nejčastěji hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích, nebo lůžka následné péče GARC Kladno. Absence azylového domu pro klienty bez domova, propuštěné ze zdravotnického zařízení (oblastní nemocnice Kladno, GARC.) Tito klienti mají většinou zdravotní problémy, i když jejich stav je stabilizovaný, není zde žádná možnost tzv. „nízkoprahového“ zařízení, kde by jim byl zajištěn nocleh a strava. Komerční ubytování je pro ně nad rámec jejich finančních možností, pro sociální služby zpravidla nesplňují kritéria (věk, důchod).

Souhlasím s tím, aby moje diplomová práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby citace byly uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze, dne

Podpis

Pořadové číslo	Jméno čtenáře	Č. ISIC karty	Bydliště	Datum