

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Rigorózní práce

Mgr. Jana Sedláčková

Zapojení zdravotně-sociálního pracovníka do péče o seniory

Involvement of a Health and Social Worker in the Care
of Elderly People

Praha 2024

Jméno školitele: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Pavle Kodymové, Ph.D. za její odborné vedení a inspirativní připomínky, děkuji také za její důvěru a všechen příjemně strávený čas při společných diskusích.

Děkuji také všem pečujícím osobám, které se rozhodly věnovat mi svůj čas a cenné názory. Velké díky patří také mému manželovi a mé rodině za trpělivost, veškerou podporu a průběžnou motivaci.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní 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.

Praha 26. 8. 2024

Mgr. Jana Sedláčková

Klíčová slova:

Depistáž, komunitní zdravotní a sociální péče, neformální péče, pečující osoba, soběstačnost, sociální pracovník v komunitní péči, sociální práce ve zdravotnictví, sociální pracovník v primární zdravotní péči, stárnutí, rizikový senior, zdravotně-sociální pracovník.

Keywords:

Screening, community health and social care, informal care, caregivers, self-sufficiency, social worker in community care, social work in healthcare, social worker in primary healthcare, ageing, senior at-risk, health and social worker.

Abstrakt:

Rigorózní práce se věnuje tématu sociální práce ve zdravotnictví (s akcentem na primární lékařskou péči). Zabývá se možnostmi spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka a všeobecných praktických lékařů pro dospělé. Tato práce navazuje na mou obhájenou diplomovou práci.

Teoretická část pojednává o základních i specifických zdravotních charakteristikách nemocnosti seniorů, důsledcích nemocí na sociální fungování a soběstačnost seniorů. Pozornost je věnována sociální práci ve zdravotnictví, neformální a komunitní péči o seniory. Teoretickou část doplňují 2 kazuistiky z praxe.

Empirická část je zaměřena na kvalitativní výzkum. Polostrukturované rozhovory s pečujícími osobami umožnily pochopit a popsat průběh poskytované péče, vnímanou podporu i problémy související s touto neformální péčí. Cílem bylo odhalit, jak by na základě zkušeností z poskytované péče tyto pečující osoby hodnotily případnou možnost spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem, a zodpovědět tak hlavní výzkumnou otázku.

Stejně jako výsledky při diplomové práci, taktéž nové výsledky potvrdily zahraniční zkušenosti z oblasti sociální práce v primární lékařské péči – spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka a všeobecného praktického lékaře by přinesla užitek nejen opečovávaným a pečujícím osobám, ale také lékařům a systému v širším smyslu.

Na základě propojení nových výsledků a výsledků z diplomové práce je v závěru rigorózní práce uveden návrh typové pozice Zdravotně-sociální pracovník v komunitě. Tento pracovník by v rámci modelu péče s předběžným názvem „Podpora seniorů“ rozšířil využití odbornosti zdravotně-sociálního pracovníka a přispěl tak ke zkvalitnění péče o seniory v komunitním prostředí.

Abstract:

The rigorous thesis is devoted to the topic of social work in health care (with an emphasis on primary medical care). It deals with the possibility of cooperation between a health and social worker and general practitioners. The of this thesis follow on from my diploma thesis.

The theoretical part deals with the basic and specific health characteristics of morbidity of older population, the consequences of illnesses on the social functioning and self-sufficiency of older individuals. Attention is paid to social work in healthcare, informal and community care for older adults. The theoretical part is supplemented by 2 case studies from practice.

The empirical part is focused on qualitative research. Semi-structured interviews with caregivers made it possible to understand and describe the course of care provided, perceived support and problems related to informal care. The goal was to reveal how caregivers would evaluate the eventual possibility of cooperation with a health and social worker, and thus answer the main research question.

Like the results of the diploma thesis, the new results also confirmed foreign experience in the field of social work in primary medical care - cooperation between health and social workers and a general practitioner would bring benefits not only to cared-for persons and their caregivers, but also to doctors and the system in a wider sense.

Based on the connection of the new results and the results from the diploma thesis, a proposal for the type position "Health and Social Worker in the Community" is presented in the conclusion of the rigorous thesis. Such worker would expand the use of a health and social worker's expertise within the framework of the care model tentatively labelled "Support for Older People" and thus contribute to improving the quality of care for older persons in the community environment.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 Projevy stárnutí a soběstačnost	14
1.1 Duševní zdraví ve stáří	14
1.2 Tělesné projevy stárnutí	19
1.3 Soběstačnost a její hodnocení	21
1.3.1 Soběstačnost	22
1.3.2 Komplexní geriatrické hodnocení	25
2 Nemocnost seniorů	30
2.1 Zdravotní charakteristiky nemocnosti	30
2.2 Geriatrická křehkost – frailty	34
2.3 Geriatrické syndromy	36
2.3.1 Velké geriatrické syndromy	38
2.4 Příklady nemocí zhoršujících soběstačnost	46
2.4.1 Diabetes mellitus	46
2.4.2 Mírná kognitivní porucha a demence	47
2.4.3 Oční onemocnění	49
2.4.4 Osteoartróza	52
2.4.5 Osteoporóza	53
2.5 Vybraná legislativní a další podpora seniora	55
2.6 Příběh z praxe č. 1 – muž, 79 let	57

3	Sociální práce ve zdravotnictví.....	60
3.1	Zdravotní služby a zdravotní péče v ČR	60
3.2	Všeobecný praktický lékař.....	63
3.3	Sociální pracovník – jiný odborný pracovník.....	66
3.4	Zdravotně-sociální pracovník	68
3.4.1	Rozsah činností zdravotně-sociálního pracovníka.....	68
3.4.2	Získání odborné způsobilosti, další vzdělávání	69
3.4.3	Uplatnění zdravotně-sociálního pracovníka v ČR.....	71
4	Neformální péče	75
4.1	Náročnost a dopady neformální péče	76
4.2	Příběh z praxe č. 2 – žena, 46 let	81
4.3	Potřeby neformálních pečujících.....	83
4.4	Podpora neformálních pečujících.....	85
4.4.1	Podpora na národní úrovni	85
4.4.2	Podpora na krajské a obecní úrovni	89
5	Komunitní přístup.....	91
5.1	Komunitní práce	91
5.2	Komunitní péče na poli zdravotně-sociálních služeb	92
5.3	Propojení sociální práce a primární péče – zahraničí.....	96
6	Výsledky a závěry výzkumu z diplomové práce.....	101
6.1	Výsledky – téma Tazatel	101
6.2	Výsledky – téma Lékař v první linii	102
6.3	Výsledky – téma Spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem	105

6.4	Závěr – návrhy do praxe	107
EMPIRICKÁ ČÁST		111
7	Metodologie výzkumu	110
7.1	Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	110
7.2	Strategie výzkumu, výzkumný přístup a technika sběru dat	112
7.3	Výběr respondentů.....	115
7.3.1	Proces výběru respondentů.....	115
7.3.2	Charakteristika a označení respondentů	117
7.4	Analýza dat.....	119
7.5	Etické aspekty výzkumu	121
7.6	Omezení výzkumu.....	122
8	Výsledky	123
8.1	Pečující a senior v rámci poskytované péče.....	123
8.1.1	Pečující osoba.....	123
8.1.2	Senior v péči	132
8.1.3	Poskytovaná péče.....	134
8.2	Vnímaná formální podpora.....	144
8.2.1	Formální podpora vnímaná jako fungující	144
8.2.2	Formální podpora vnímaná jako nefungující	147
8.3	Spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem při péči o seniory.....	155
8.3.1	Zdravotně-sociální pracovník – kdo je to, kde ho najdu	155
8.3.2	Zdravotně-sociální pracovník – očekávání ze spolupráce.....	158

DISKUSE	167
ZÁVĚR	196
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	200
SEZNAM ZKRATEK	227
SEZNAM PŘÍLOH	I
Příloha 1: Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem	II
Příloha 2: Scénář rozhovoru s rodinnými pečujícími o seniory	III
Příloha 3: Návrh pracovní pozice Zdravotně-sociální pracovník v komunitě...VI	

ÚVOD

Stárnutí populace je jistě pro člověka samotného dobrá zpráva... znamená to, že máme mimo jiné lepší lékařskou péči, klademe důraz na prevenci, dokážeme bojovat s nemocemi, které dříve nebyly léčebně zvládnutelné. Pro náš stát i pro všechny vyspělé ekonomiky světa však stárnutí populace ale znamená také závažné ekonomické důsledky, protože se zvyšuje počet ekonomicky neaktivních osob v dané populaci, na což je nutné reagovat vhodným plánováním finančních rozpočtů na různých úrovních. Stárnutí populace s sebou nese i důsledky do systémů zdravotního a sociálního.

Ačkoliv se moderní společnost snaží vnímat stárnoucí populaci v lepším světle než dříve a podporovat seniory k aktivnímu a zdravějšímu životu, neúprosný involuční proces nutně znamená, že ve společnosti žije kromě zdatných a nezávislých seniorů také stále vyšší počet těch, kteří jsou z důvodu své křehkosti a nesoběstačnosti odkázáni na pomoc okolí. Jejich zhoršené fyzické i psychické funkce pro ně znamenají např. větší náchylnost k nepříznivému průběhu nemoci nebo k častějším hospitalizacím, což jim zhoršuje kvalitu života, případně vede až k jejich úmrtí.

Rigorózní práce navazuje na moji obhájenou diplomovou práci s názvem Depistáž rizikových seniorů – spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka a všeobecných praktických lékařů pro dospělé: Sociální práce ve zdravotnictví. Vycházela jsem v ní ze svých zkušeností, že se bohužel řada seniorů včas nestane součástí sítě zdravotní a sociální podpory. Dva příběhy jsem uvedla v teoretické části diplomové práce jako příklady.

Myšlenka, že by pečujícím a seniorům – obzvláště těm křehkým – přinesla užitek proaktivní péče zdravotně-sociálního pracovníka zapojeného do primární ambulantní zdravotní praxe, se průzkumem vedeným pro účely diplomové práce ukázala jako správná. Z výsledků vyplynulo, že: (1) neexistuje žádná rutinní spolupráce mezi praktickými lékaři a zdravotně-sociálními pracovníky, (2) praktičtí lékaři mají zájem o spolupráci se zdravotně-sociálními pracovníky u uvedené cílové skupiny seniorů a (3) v současné době neexistuje typová pozice zdravotně-sociálního pracovníka, která by umožnila

management případů zaměřený na pacienta jako ústřední bod spolupráce mezi praktickými lékaři a zdravotně-sociálními pracovníky.

Přítom spolupráce mezi praktickými lékaři a sociálními pracovníky je obzvláště výhodná, protože obě profese poskytují nízkoprahovou podporu zaměřenou na člověka. Stejně jako medicína, je i sociální práce založena na interakci jednotlivců a organizací věnujících se blahu ve státě a společnosti. Odborníci v sociální práci mají již dlouhou tradici spolupráce s lékařskou profesí v nemocnicích.

Rigorózní práci jsem rozdělila do dvou částí – teoretické a empirické. V teoretické části se věnuji základním i specifickým tématům zdravotních charakteristik nemocnosti seniorů, důsledkům na jejich sociální fungování a soběstačnost. Pozornost věnuji i neformální péči o seniory nejen s demencí (další neopomenutelný článek spolupráce).

Svůj prostor má také sociální práce ve zdravotnictví i přímo samotný zdravotně-sociální pracovník, jeho komunitní práce a intervence case managementu poskytovaná v komunitním prostředí a cílicí na plánování a koordinaci péče tak, aby vyhovovala individuálním potřebám jednotlivce. Do teoretické části připojuji dvě kazuistiky a zmiňuji výsledky výzkumu z diplomové práce.

V empirické části představuji svůj kvalitativní výzkum, jehož primární data pochází z 12 polostrukturovaných rozhovorů s neformálními pečujícími. Pečující osoby – ve všech případech šlo o ženy – mi popisovaly, jak z různých úhlů vnímají svoji poskytovanou péči blízkému členu rodiny a jak by naopak ony vnímaly případnou podporu ze strany zdravotně-sociálního pracovníka. Ženy se ve svých odpovědích věnovaly nejen počátku i průběhu svého pečování, ale také nedostatkům a problémům, se kterými se během času svého neformálního pečování potýkaly.

Mým cílem bylo v rigorózní práci jednak odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, ale také propojit nové výsledky z výzkumných rozhovorů s pečujícími rodinnými příslušníky s výsledky diplomové práce – a na tomto podkladu připravit návrh typové pracovní pozice Zdravotně-sociální pracovník

v komunitě. Ten by při městu/obci v rámci modelu péče s předběžným názvem „Podpora seniorů“ spolupracoval s praktickými lékaři a zajistil tak propojení primární zdravotní a sociální péče o seniory a podporu pečujících v dané lokalitě. Smyslem navrhované pozice je jednak včasná depistáž rizikových seniorů (resp. jejich pečujících rodin), s jejich následným převzetím do dlouhodobé péče – resp. dispenzarizace – během níž by přímo v rámci spolupráce s praktickými lékaři došlo k propojení a individuálnímu řešení zdravotní a sociální problematiky u daného jedince, případně i jeho pečujících a rodiny.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PROJEVY STÁRNUTÍ A SOBĚSTAČNOST

Slovo stárnutí nemá jednotnou definici¹, je považováno za všeobecné vyjádření určitého nevratného procesu, na který se můžeme dívat jak z perspektivy samotného člověka, tak z pohledu celé populace. Pojetí definice ovlivní to, z pohledu jakého oboru se na stárnutí díváme (Příbyl, 2015, s. 9).

1.1 Duševní zdraví ve stáří

Stárnutí přináší z pohledu těla jedince řadu tělesných i psychických změn, jejichž dokonalý výčet přesahuje možnosti této práce. Uvedenými několika příklady však chci poukázat na to, co si každý člověk s postupem času uvědomuje – mění se nejen výška a váha těla, horší se zrak nebo paměť, ale člověk může být i náchylnější k úzkostnému chování nebo může hůře zvládat krizové situace, které během života přicházejí.

Duševní činnost starých lidí je podle Řičana (2021, s. 341) především zpomalena. Nejde přitom jen o vlastní zpomalení aktivity mozkových buněk, ale také o větší opatrnost starých osob – přesnost je pro ně důležitější než rychlost.

Ačkoliv jsou v rámci psychických změn mezi jedinci velké rozdíly, které souvisí se sociokulturními a biologickými vlivy (Wernerová, Zvoníková, 2016), demografické stárnutí populace je podle Bartoše (2022) spojeno s navyšováním počtu starších osob s poruchami kognitivních funkcí². Ty dle Bartoše na jedné straně označují schopnost člověka přijímat nové informace

¹ Podle Příbyla (2015, s. 9) existuje asi 300 definic vymezujících pojmy stárnutí a stáří, včetně definic od Aristotela, Hippokrata či Galéna.

² Kognitivní (poznávací) funkce je pojem, který se užívá coby synonymum pro myšlení. Kromě něj k nim patří koncentrace, paměť, prostorová orientace, exekutivní funkce, pohotovost a rychlost zpracování informace, řeč a schopnost porozumět a vyjádřit se. (Zvěřová a kol., 2022)

a vjemy, následně je zpracovat, a na druhé straně vydávat signály formou řeči či chování.³

Kognitivní funkce mají individuální charakter, vytvářejí se od narození do dospělosti. Jednotlivé funkce jsou propojené, navazují na sebe a jedna bez druhé nemůže samostatně fungovat. (Zvěřová a kol., 2022)

Dalším obecně uznávaným rysem stáří je podle Říčana (2021, s. 341) horší adaptace na změny – člověk má rád svůj pořádek v čase i prostoru. Tato horší adaptace se týká i nových podmínek života či nových životních situací. Typicky bývají těmito událostmi např. odchod do důchodu, nemožnost dále vykonávat oblíbenou činnost, stěhování se do nového bydliště, ztráta blízkého člověka nebo naopak péče o blízkou osobu, rozkoly v rodině apod. Všechny zmíněné situace může jedinec vnímat jako krize, ohodnotit jejich závažnost lze podle Baldwinovy typologie krizí⁴.

Zhoršující se zdravotní stav a související funkční omezení mají dopad nejen na daného jedince, ale na celou rodinu. (Čeledová a kol., 2017c) Schopnost integrace nemoci či zdravotního postižení do jednotlivých oblastí života, identity, sebepojetí a vnímání těla označujeme jako psychosociální adaptaci (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

Modelem adekvátní adaptace ve stáří je konstruktivnost. Člověk je soběstačný, přiměřeně plní své plány. Je smířený s faktem stárnutí – bere život tak, jak přichází. K novým problémům se staví konstruktivně. Na svůj proběhlý život se dívá spokojeně a zároveň neztrácí plány a program pro budoucnost. (Holmerová a kol., 2021)

Podle Říčana (2021, s. 343) se ve stáří často mění osobnost. Uvádí, že se člověk může stát až karikaturou sama sebe... projevují se u něj nepěkné vlastnosti

³ K hlavním kognitivním funkcím řadíme ještě další jako pozornost, abstrakce, úsudek a psychomotorické tempo (Bartoš, 2022).

⁴ Klasifikační systém podle Baldwina se zakládá na odstupňování závažnosti krize. Jedná se o 6 stupňů, přičemž směrem od třídy 1 po třídu 6 je krize závažnější a zdroj stresu se pohybuje od vnějšího ke vnitřnímu. (Vodáčková a kol., 2020, s. 34)

a sklony, které do té doby uměl tlumit⁵. Až hypochondrického rázu mohou nabýt obavy o vlastní zdraví (Zvěřová a kol., 2022, s. 15) Psychickou involuci Říčan (2021, s. 343) vidí jako demontáž osobnosti – dochází ke zjednodušování osobnosti, ztrátě vztahů k některým osobám, k ideálům, hodnotám, zálibám atd. Co je důležité z pohledu poskytované péče – člověk se se stresovými nebo novými problémy vyrovnává primitivnějším způsobem – například únikem před nepříjemnou povinností do nemoci.

Podle Říčana (2021, s. 344) je další velkou hrozbou stáří podezřívavost, která může leckdy dosáhnout až chorobného stupně – paranoidity. Ohrožuje hlavně osamělé lidi nebo je právě do osamělosti zahání. Nutné je proto vždy individuálně posoudit, zda se přece jen v daném případě nejedná o oprávněné podezírání.

Ve stáří může docházet také ke změnám v chování, a to v akutní podobě např. jako reakce na náhlou změnu či akutní zhoršení zdravotního stavu, či reakce na infekci nebo dehydrataci organismu. Poruchy chování nejsou problémem jen pro samotného nemocného, ale zatěžují⁶ výrazným způsobem i osoby v okolí, které jsou s daným jedincem v kontaktu. (Holmerová a kol., 2021)

⁵ Ve stáří se šetrnost mění až v lakotu, u žen se někdy vystupňuje panovačnost a pořádku-milovnost. Opačná situace nastává u hysterických osob, které se k stáru naopak uklidňují. (Říčan, 2021, s. 344)

⁶ Že je život s takovými lidmi opravdu těžký, vyplývá i ze seznamu projevů, který autoři uvádí: např. urážky a sprosté vyjadřování vůči jiným, jejich zesměšňování, nerespektování základních občanských norem, netolerantnost, sobeckost, manipulativnost, sklon k agresivitě, podvodům a abúzu alkoholu a léků apod. (Holmerová a kol., 2021)

Podle Wernerové a Zvoníkové (2016) přibývá ve stáří duševních poruch⁷, a to hlavně⁸ depresí a demencí⁹. Dle Stárka (2022, s. 85) má duševní porucha ve stáří odlišnou charakteristiku než v jiném období života. Hlavními faktory, které duševní choroby ve stáří ovlivňují, jsou především křehkost, osamělost, životní historie, ale také konfrontace s nemocí, se závěrem života či smrtí. Léčba duševních poruch je podle Stárka (2022, s. 88) obtížná a je výsledkem součinnosti celého týmu odborníků z řad lékařů, terapeutů, ale i sociálních pracovníků. Významnou roli mohou sehrát i svépomocné skupiny.

Chci ještě upozornit na depresivní poruchy, které dle Zvěřové a kol. (2022) patří mezi nejčastější duševní onemocnění vyššího věku vyžadující nutnost psychiatrické intervence, přičemž diagnostika ani léčba deprese nebývají snadné, jelikož symptomatika u starších osob se často liší od té u osob mladšího věku. Přestože je deprese u starší populace častým problémem, asi v 50 % případů zůstává nediodagnostikována (Zenebe a kol., 2021). Prevalence deprese je dle těchto autorů velmi vysoká – 31,74 %. S čímž souhlasí i Zvěřová a kol. (2022, s. 29), kteří uvádí, že se procento trpících depresí v literatuře pohybuje v závislosti na metodice šetření mezi 30–50 %¹⁰.

Podle Venglářové (2007, s. 18) je sice deprese závažná choroba, nikoliv součást stáří. Obecně vzato je deprese u starších lidí výsledkem interakce sociálních, psychologických a biologických faktorů. Silnými faktory jsou podle studie

⁷ Duševními poruchami obecně se zabývá obor, který je nedílnou součástí psychiatrie – gerontopsychiatrie. Na rozdíl od psychiatrie osob mladšího a středního věku je tento obor v jistém smyslu specifický. Specifika souvisí především jednak se stárnutím organismu, ale také např. se sociálními faktory, které bývají buď samotnými stresory nebo spouštěči psychických poruch. (Zvěřová a kol., 2022)

Dle NZIP se gerontopsychiatrie zabývá studiem, prevencí a léčbou duševních onemocnění v pokročilém věku. Mj. diagnostikou, léčbou a zvládnutím různých forem demence a deprese. (Zdroj: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/4412>)

⁸ Jiráček a kol. (2013) řadí k nejvíce zastoupeným duševním poruchám ve stáří i delirium. Zmiňují se také o závislostech na látkách jako alkoholu a léčivech (např. benzodiazepinech).

⁹ Problematiky demence se dotknou v kapitole 2.4.2.

¹⁰ Zvěřová a kol. (2022, s. 29) upřesňují, že je v literatuře nejčastěji udáváno rozmezí 10–12 % prevalence deprese ve stáří v případech, kdy jde o plně vyjádřenou depresivní poruchu, pak 15–25 % v případech, pokud se započítávají i depresivní stavy s neúplně vyjádřenou symptomatikou. Ještě častěji se pak podle výsledků studií objevují deprese u osob, které žijí ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních typu LDN či domovy seniorů.

autorů Zenebe a kol. z roku 2021 např. odchod do důchodu, ženské pohlaví, věk nad 75 let, nízká fyzická aktivita až imobilita, problematické vztahy se členy rodiny, nedostatek sociální podpory ad¹¹. Podle Havránkové (2021, s. 45) je deprese ve vyšším věku provázána se ztrátou různého charakteru¹², která je jejím spouštěčem. S depresí jsou ale spojena i některá tělesná a neurodegenerativní onemocnění¹³ (Zvěřová a kol., 2022, s. 28).

Za základní symptomy deprese můžeme považovat např. horší paměť nebo koncentrace pozornosti, pocity viny a méněcennosti, sníženou schopnost se radovat, pesimistický výhled do budoucna, úzkosti, ale také somatické příznaky, které často komplikují diagnostiku. (Raisová, 2019, s. 155)

Je třeba myslet i na to, že pokud se deprese objevuje v počátcích demence, přičemž projevy u seniorů jsou méně viditelné, mohou se známky deprese zaměnit za známky stárnutí. Depresivní symptomy také mohou vytvořit obraz podobný demenci – tzv. pseudodemenci¹⁴. Kromě zajištění zdravotní péče a psychologické podpory se nemalou měrou na snížení rizika vzniku deprese podílí sociální podpora, fungující podpůrná sociální síť, stimulační prostředí, vhodná komunikace ad. (Venglářová, 2007, s. 18–21)¹⁵

Nejpoužívanějším dotazníkem užívaným pro zjištění přítomnosti depresivních symptomů u seniorské populace je dle Raisové (2019, s. 155) tzv. škála

¹¹ Dalšími silnými faktory, které mají vliv na vznik deprese u starší populace jsou podle autorů Zenebe a kol. (2021): zda je osoba svobodná, nebo rozvedená, kuřáctví, osamělost, špatné fyzické zdraví, špatný spánek, historie závažných životních událostí ad.

¹² Uvědomovaná ztráta může být nejen materiálního charakteru, ale může se týkat i osobních fyzických a psychických hodnot jako např. pociťovaná ztráta domova, fyzických sil, amputované končetiny, ztráta blízkého člověka nebo životního partnera ale i vnímané pozice ve společnosti či sociální role.

¹³ Podle Zvěřové a kol. (2022, s. 29) jsou dávana do souvislosti kvůli vyššímu výskytu deprese např. tato onemocnění: depresivita u 47 % pacientů po CMP, u 45 % pacientů po IM, u 50 % pacientů s hypotyreózou (sníženou funkcí štítné žlázy), u 8–28 % pacientů s DM, u 39 % pacientů s PN, u 58 % pacientů s RS atd. Podle Raisové (2019, s. 154) je depresivních 20 % všech pacientů s AN.

¹⁴ Místo pojmu „depresivní pseudodemence“ se podle Raisové (2019, s. 155) preferuje označení „deprese s příznaky demence“.

¹⁵ Kromě uvedeného uvádí Venglářová (2007, s. 19) ještě další specifika deprese u seniorů: jde např. o zhoršení somatických projevů včetně vzniku vyšší citlivosti na bolest a rezistence na léčbu, dochází také k somatizaci potíží a přechodu k jejich chronicitě.

deprese pro geriatrické pacienty (GDS)¹⁶. Podle autorů Sheik-Yesavage jde o nástroj hodnocení pro osoby s mírnou kognitivní poruchou a s mírným stupněm demence, pro osoby s pokročilejším stupněm demence vhodná není.

Závažnost depresivních poruch ve vyšším věku tkví podle Zvěřové a kol. (2022, s. 28) ve velmi vysokém riziku sebevražedného jednání. Podle autorů Pedrosa a kol. (2016) se sebevražda u seniorů jeví jako multifaktoriální, přičemž 46–86 % starších lidí, kteří dokonali sebevraždu, vykazovalo v předchozích týdnech známky afektivní poruchy, konkrétně právě deprese. S tímto souhlasí i Havránková (2021, s. 42) když udává, že riziko sebevraždy je určeno spíše depresemi a sociální izolací než nedostatkem zkušeností¹⁷.

Mirkena a kol. (2018) uvádí, že starší osoby často dokonají sebevraždu nepřímou cestou – hladověním, vědomě navozenou dehydratací, neužíváním předepsaných léků. To odpovídá i vyjádření Havránkové (2021, s. 51), že starší lidé, kteří sebevraždu plánují např. s využitím medikamentů, si dlouhodobě schraňují léky do zásoby – Havránková mluví o „skryté sebevraždě“, pakliže se rozhodnou naopak léky neužívat – pak hovoří o „pasivní sebevraždě“. Otázkou zůstává, nakolik potom statistika ČSÚ¹⁸ k tématu sebevražednosti v daných věkových kategoriích odpovídá realitě.

1.2 Tělesné projevy stárnutí

Stárnutí organismu označujeme jako souhrn involučních (zánikových) změn morfologických a funkčních, které nastupují postupně, heterochronně¹⁹

¹⁶ Původně 30položková verze z roku 1986 je zkrácená na polovinu.

¹⁷ Mezi rizikové faktory řadí Havránková (2021, s. 43–50) kromě již uvedených ještě bolest různého druhu, zátěž ve smyslu vícečetných diagnóz a nízký ekonomický status.

¹⁸ Zdroj: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj.

¹⁹ Heterochronně = v různých orgánech a systémech téhož organismu v různém věku. (Čevela a kol., 2012)

a po dosažení pohlavní dospělosti. Jsou značně inter-individuálně variabilní. (Čevela a kol., 2012)

Podle Příbyla (2015, s. 10) je proces stárnutí ovlivněn celou řadou faktorů, které se dělí na:

- vnitřní faktory stárnutí – za něž se považují především genetická výbava, psychické poruchy, tělesná onemocnění a celková psychická výbava jedince;
- vnější faktory stárnutí – fyzikální (klíma, pracovní a životní prostředí aj.), chemické (plicní a kožní komplikace) a sociální (vzdělání, rodinné zázemí, podmínky spojené s bydlením a finančním zajištěním aj.).

Borský a kol. (2022) uvádí, že i když stárneme všichni, nestárneme všichni stejně rychle. Během života člověka dochází ke stárnutí od samotných molekul, buněk, tkání až po orgány a celé tělní systémy. Jako příklad molekulárních změn uvedu změny v genetické informaci, na kterou v průběhu života působí jak vlivy chemické (např. volné radikály), fyzikální (např. ionizující záření), tak i biologické (např. viry), čímž dochází k hromadění defektů v DNA (Borský a kol., 2022). Tento typ molekulárních změn je často zmiňován v souvislosti s důrazem na dodržování zdravého způsobu života včetně dostatečného příjmu kvalitní stravy, dostatku pohybu ve zdravém prostředí atd.

Také za buněčným stárnutím a případným souvisejícím rozvojem autoimunitních onemocnění²⁰ jako např. celiakie, Crohnova choroba či ulcerózní kolitida, psoriáza (lupénka) nebo revmatoidní artritida hrají dle Lukešové (2016) velkou roli faktory jako chemikálie, stres, UV záření nebo infekce.

²⁰ Autoimunitní onemocnění je definováno jako poškození vlastních tkání kvůli prolomení autotolerance – tedy mechanismů udržujících reakci proti vlastním tkáním ve fyziologických mezích (Lukešová, 2016).

Výše uvedené změny na molekulární a buněčné úrovni stojí za vznikem tkáňových, orgánových a systémových změn. Tyto známe jako atrofické²¹ změny tkání či změny jejich elasticity a pevnosti. Změny se dotýkají všech systémů od kardiovaskulárního²², přes respirační²³, gastrointestinální, CNS nevyjímaje²⁴. Na první pohled si jich všimneme na pokožce, stejně jako je dobře viditelná i tzv. sarkopenie (svalová atrofie), která je často spjata s hodnocením zdravotního stavu u starších osob, protože je provázená ztrátou svalové síly. (Borský a kol., 2022)

Jak jsem dříve uvedla, Příbyl (2015, s. 10) rozděluje faktory stárnutí na vnitřní a vnější. Z výše uvedených úrovní, ve kterých jsem stárnutí popsala, je zřejmé, že se sice řada procesů v těle ovlivnit nedá, ale např. dodržováním správných dietetických návyků, snížením konzumace alkoholu, nekouřením, zapojením fyzické aktivity nebo snížením nadměrné a dlouhodobé stresové zátěže – tedy zdravým životním stylem – je jednoznačně prokázáno, že je možné ovlivnit nejen fyziologické stárnutí, ale také vznik či průběh nemocí, které s věkem přicházejí.

1.3 Soběstačnost a její hodnocení

Všichni od narození stárneme, podle Haškovcové (2010, s. 20) ale každý „jinak“ – v některých obdobích života stárneme rychleji, v jiných pomaleji.

Jelikož můžeme podle Čeledové a kol. (2016, s. 47–48) z hlediska zdravotního a funkčního stavu rozlišit seniory alespoň orientačně na elitní, zdatné (fit),

²¹ Atrofie = ubývání, hynutí, chřadnutí a zmenšení normálně vyvinutého orgánu nebo jeho části (Klimeš, 2010).

²² Jiráček a kol. (2013) v tomto ohledu zmiňuje především problematiku ischemické choroby srdeční, poruchám převodního aparátu a problematice cévních nemocí jako aterosklerózy, žilní trombózy, které jsou těsně spojené se stárnutím.

²³ Jiráček a kol. (2013) se v tomto tématu věnuje především pneumonii (zápal plic) u starších lidí, CHOPN (chronická obstrukční choroba plic, astmatu. Podle Borského a kol. (2022) je u starších lidí nutné počítat také s nižší plicní rezervou, sníženou silou kašle. Tento moment totiž v negativním smyslu přispívá k horší očistě plic.

²⁴ Příkladem degenerativního onemocnění CNS spojeného s věkem je Alzheimerova choroba.

nezávislé, křehké, závislé, zcela závislé a umírající – je zřejmé, že nemůžeme mluvit o „typickém senioru“. S postupným procesem stárnutí dochází k postupnému posunu i v rámci soběstačnosti člověka – zatímco „elitní“ senioři jsou ve svém životě schopni nadprůměrných výkonů, tak např. ti „křehcí“ senioři mají nízkou odolnost i potenciál zdraví a kvůli častým a náhlým zdravotním a funkčním dekompenzacím potřebují pružnou pomoc a podpůrnou intervenci.

1.3.1 Soběstačnost

Samotné vymezení pojmu soběstačnost není jednotné. Nabízím několik výkladů našich předních geriatrů a gerontologů:

- Soběstačnost je *schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby v daném konkrétním prostředí. Podílí se na ní jednak funkční schopnost člověka a náročnost prostředí.* (Kalvach a kol., 2008)
- Soběstačný člověk *nemá podstatné omezení tělesných nebo duševních schopností, samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije.* (Topinková, 2010, s. 7)
- Pod pojmem soběstačnost rozumíme *schopnost člověka samostatně žít a fungovat v obvyklém prostředí a vyrovnat se s jeho nástrahami.* (Holmerová, 2016)

V Diskusním materiálu k východiskům dlouhodobé péče je soběstačnost definována jako:

- obecná – schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí pomoci;
- konkrétní – schopnost vést důstojný život samostatně v konkrétních podmínkách stávajícího bydliště a sociálního prostředí;
- v základních sebeobslužných aktivitách;
- v instrumentálních aktivitách denního života. (Válková a kol., 2010, s. 10)

V této poslední definici soběstačnosti se odráží i způsob jejího hodnocení. Podle Holmerové a Juraškové (2017) je soběstačnost velmi komplexní pojem, jednotlivé úkony označujeme jako aktivity denního života (Activities of Daily Living). Ty zpravidla dále dělíme na:

- Aktivity základní – ADL²⁵ – které zahrnují činnosti potřebné pro zvládnutí základních fyzických potřeb v oblastech osobní hygieny, oblékání, jedení apod. Tyto schopnosti se osvojují v raném věku.
- Aktivity instrumentální – IADL – které vyžadují složitější aktivity související s nezávislým životem v komunitě jako např. vaření, používání telefonu, správa financí, léků nebo cestování. Výkon IADL je citlivý na časný pokles kognitivních funkcí. (Mlinac a Feng, 2016)

Pro hodnocení obou typů aktivit existuje několik specifických hodnoticích škál. Kelbling a kol. (2023) se v systematickém přehledu věnovali porovnání dokonce 15 škál²⁶, které byly vyvinuty mezi lety 1969–2018. Nejlépe hodnocenou škálou v daném přehledu byla obecná škála pro hodnocení starších osob – Lawtonova škála IADL.

V češtině jsou k dispozici k hodnocení soběstačnosti 4 dotazníky – Dotazník funkčního stavu (FAQ-CZ), Dotazník soběstačnosti (DAD-CZ), Bristolská škála aktivit denního života (BADLS-CZ) a IADL Lawtonova škála (Bartoš, 2019, s. 159)²⁷. Podle Kuckir a kol. (2016) jsou v české geriatrické praxi nejpoužívanější škály ADL dle Barthelové²⁸ a IADL dle Lawtona²⁹.

²⁵ Základní aktivity denního života označují Holmerová a Jurašková (2017) i jako BADL – Basic Activities of Daily Living.

²⁶ Z 15 posuzovaných škál jen 6 hodnotilo výhradně IADL, všechny ostatní hodnotily kombinaci ADL a IADL. Některé ze srovnávaných škál jsou přitom specifické pro osoby s kognitivní poruchou, jiné přímo pro hodnocení demence. Nejlépe hodnocenou škálou byla obecná škála pro hodnocení starších osob – Lawtonova škála IADL.

²⁷ Tyto škály v různé míře hodnotí ADL a IADL, prakticky jsou vhodné pro hodnocení normálního stárnutí, mírné kognitivní poruchy až celého spektra demencí od velmi časných až po velmi pokročilá stádia.

²⁸ Volně dostupné např. na webu ÚZIS: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--ostatni-oborove-klasifikace-a-skaly>

²⁹ Autoři dále uvádí, že podle těchto škál byly konstruovány i některé dokumenty, které se v současnosti využívají při posuzování příspěvku na péči. A zdůrazňují, že se nejedná

Mezi faktory, které soběstačnost ovlivňují, patří dle Holmerové (2016) především zdravotní stav člověka, ale i environmentální a psychosociální podmínky. Dle Kalvacha a kol. (2011, s. 98) je chybou oddělovat funkční zdatnost jedince (jako záležitost zdravotnickou) od náročnosti prostředí (coby záležitost sociální), protože mnohdy hrají větší roli právě hendikepující podmínky prostředí než samotný hendikep.

Nástrojem pro subjektivní hodnocení omezených funkčních schopností člověka je dotazník WHODAS 2.0³⁰, který vznikl ve spolupráci s WHO a dalších³¹ organizací v USA (UZIS – WHO Disability Assessment Schedule 2.0.) Dotazník existuje ve 3 různých rozsazích (12, 24 nebo 36 otázek³²). Pomocí tohoto časově nenáročného dotazníku, který je dostupný i v české verzi³³, lze hodnotit míru obtíží při obvyklém provádění aktivit, s použitím pomůcek nebo s využitím pomoci druhých osob. Získané informace vypoví např. o nutnosti poskytnutí služeb, nároku na jistou sociální dávku apod. I bez speciálního proškolení tazatelů jej mohou využít různé lékařské i nelékařské odbornosti, ale i sociální pracovníci. Informace z dotazníků tak mohou prospět účelnější distribuci péče ve zdravotním i sociálním systému. (Sládková a Svěcená, 2022)

Mlinac a Feng (2016) uvádí, že při jakémkoliv hodnocení soběstačnosti je velmi důležité poznat rozdíl mezi schopností jedince úkol splnit (ve smyslu fyzické

o dotazník, ale škály! Musí vycházet ze znalosti dané osoby a z objektivního zhodnocení jejího stavu.

³⁰ Pilotní studie Topinkové a kol. (2021) ověřující využitelnost dotazníku WHODAS 2.0 u 104 ambulantních geriatrických pacientů průměrného věku 80 let ukázala dobrou korelaci mezi disabilitou (snížením funkčních schopností) vyjádřenou pomocí tohoto dotazníku a jinými standardně prováděnými testy soběstačnosti a sebeobsluhy ADL, IADL a MMSE.

³¹ Dalšími organizacemi byly: Národní úřad duševního zdraví (NIMH), Národní úřad pro zneužívání alkoholu (NIAAA) a Národní úřad pro zneužívání drog (NIDA). (Zdroj: www.uzis.cz – WHO Disability Assessment Schedule 2.0.)

³² Verze s 24 otázkami je v praxi téměř neužívána. Verze s 12 otázkami slouží jen pro prvotní rychlou orientaci při časové tísni, 36otázková verze podává nejucelenější přehled o funkčním stavu respondenta. Tato verze hodnotí celkem 6 domén: porozumění a komunikace, mobilita, sebeobsluha, vztahy mezi lidmi, životní aktivity, účast ve společnosti. (Sládková a Svěcená, 2022)

³³ Dotazník je dostupný na stránkách www.uzis.cz – WHO Disability Assessment Schedule 2.0., jsou zde ke stažení nejen vlastní dotazníky, ale i manuál a jiné metodické dokumenty.

a kognitivní schopnosti) a jeho schopností bez pobídky rozeznat, že je vůbec daný úkol třeba provést (tedy kognitivní schopnost). Podle autorů mají na plnění aktivit vliv např. bolest, smyslové postižení, odmítání vykonávat aktivitu až odpor k péči, ale dokonce i kouření nebo konzumace alkoholu.

Podle Trešlové a Bártlové (2014) souvisí soběstačnost s nezávislostí a je důležitým prvkem osobní identity, sebedůvěry, sebepojetí a pocitu seberealizace seniora. Podle autorek může být už jen samotná žádost o pomoc nepříjemným momentem, natož pokud je nutné žádat o pomoc opakovaně a po delší dobu. Ztráta soběstačnosti tak často souvisí s osamělostí nebo až se sociální izolací seniora.

1.3.2 Komplexní geriatrické hodnocení

Hodnocení soběstačnosti je dle Kuckir a kol. (2016) zapotřebí uvést do souvislosti s výsledky dalších funkčních vyšetření v rámci tzv. komplexního geriatrického hodnocení (CGA, Comprehensive Geriatric Assessment). O důležitosti takového komplexního hodnocení v rámci péče o seniory se vyjadřují již Kane a Rubenstein (1998)³⁴. Jelikož je CGA zaměřeno na zjištění zdravotních, funkčních i psychosociálních schopností a problémů v životě seniora, dává tak do souvislosti již mnohokrát popsanou skutečnost, že zdravotní a psychosociální problémy se prolínají (Pokorná a kol., 2013).

Hlavními oblastmi zájmu jsou jednak osobnost seniora, jeho duševní a tělesné zdraví, dále funkční výkonost a sociální souvislosti. (Kalvach a kol., 2008, s. 51) Přesněji řečeno jde při CGA nejen o hodnocení soběstačnosti, ale o složený diagnostický proces, v jeho zájmu jsou dále např. mobilita, výživa, riziko vzniku dekubitů, úroveň kognitivních funkcí, emotivity, nálady a motivace. (Kuckir a kol., 2016)

³⁴ Autoři ve své zprávě uvádí, že se již v roce 1990 ve Spojeném království vyžadovalo, aby tým primární péče nabízel seniorům starším 75 let komplexní funkční hodnocení.

V rámci CGA tak dochází ke zdravotně-sociálnímu³⁵ propojení problematiky, čímž podle Kalvacha a kol. (2008, s. 56) nabývá i sociální anamnéza vyšší, standardizované podoby označované jako „hodnocení sociálního fungování“. Autoři uvádí, že rozšířená sociální anamnéza u křehkých nebo závislých osob se někdy označuje jako tzv. perignóza. Její součástí jsou tato témata:

- sociální vztahy – např. kdo je hlavní sociální oporou, jaký je rozsah vycházení z bytu, jaký je okruh sociálních nebo komunikačních kontaktů...;
- sociální patologie – např. nevhodné zacházení, sociální exkluze nebo naopak hyperprotektivní zacházení...;
- sociální role – postavení seniora v rodině, čím senior „žije“, čím se baví, jeho „životní program“...;
- náročnost bydlení – kvalita, bezbariérovost, vybavenost kompenzačními pomůckami...;
- soběstačnost v domácích podmínkách – zvládnutí IADL...;
- čerpání či potřeba zdravotně-sociální pomoci, dávek a služeb.

Komplexní geriatrické hodnocení CGA je tedy multidimenzionální proces, pro něhož by bylo optimální nastavení týmové geriatrické spolupráce nejen lékařských a jiných zdravotnických odborníků³⁶, ale i sociálních pracovníků. (Hudáková a Majerníková, 2013) Podle Kalvacha a kol. (2008, s. 49) by bylo optimální důsledné vytváření multidisciplinárních geriatrických týmů, a to jak ústavních, tak i ambulantních.

³⁵ Spojení slov zdravotně-sociální jsem zvolila záměrně, ačkoliv v různých zdrojích je užíváno různých jiných variant spojení těchto slov – např. zdravotně sociální péče, sociálně zdravotní služby či sociálně-zdravotní pracovník. Rozhodla jsem ale dostát pravidlu uvedenému v Internetové jazykové příručce, kde je uvedeno, že se jedná o složené případné jméno, v němž první slovo je ukončeno na -ně, slova jsou v souřadném vztahu. Je tedy z hlediska pravidel jedno, jestli zvolím slova ve tvaru sociálně-zdravotní či zdravotně-sociální. Jelikož se ale ve své práci zabývám pracovní kvalifikací s názvem „zdravotně-sociální pracovník“, zůstanu u toho tvaru slov. (Zdroj: <https://prirucka.ujc.cas.cz/?ref=164&id=140#nadpis2>)

³⁶ Autorky Hudáková a Majerníková zmiňují odborníky z oblasti geriatric, ošetrovatelství, fyzioterapie, ergoterapie.

S tímto souhlasí i Matějovský a kol. (2012), kteří uvádí, že by CGA mělo být zařazeno v určitých intervalech (např. v rámci preventivní lékařské prohlídky) coby součást dlouhodobé péče o seniory žijící ve vlastním prostředí. Podle autorů by cílem tohoto doplnění rutinní péče bylo včasné rozeznání a efektivní řešení odhalených problémů.

V rámci CGA získáváme 2 druhy informací:

- Jednak zjistíme úroveň schopností seniora, jeho kapacitu zvládat specifické úkoly, protože snížení úrovně schopností může naznačovat vývoj nějakého chorobného procesu. (Wieland a Hirth, 2003) Z tohoto pohledu jsou u seniorů žijících ve vlastním prostředí velmi přínosné různé screeningové nástroje – např. pro vyhodnocení kognitivních funkcí nebo přítomnosti deprese u seniorů, které bývají poddiagnostikovány. (Matějovský a kol., 2012)
- Další oblast informací, které pomocí CGA získáme, se týkají povahy a stupně dostupné pomoci, kterou senior může čerpat z různých zdrojů. Základem jsou právě informace ze sociální anamnézy seniora. (Wieland a Hirth, 2003)

Hodnocení CGA probíhají podle Pokorné a kol. (2013) ve třech úrovních – první je empirická, druhá úroveň již využívá screeningového testování, které už za dodržení pravidel administrace testů může provádět i nelékařský odborník. A třetí úroveň hodnocení je již podrobná a vyžaduje speciální vybavení.

Některé zdroje uvádí jen dvě úrovně komplexního hodnocení – první screeningová úroveň by měla probíhat již v rámci primární péče, a to bez složitého vybavení a zaškolování hodnotitele – to aby se screening mohl provádět s menší časovou zátěží u co nejvíce seniorů. Cílem prvního stupně je odhalit křehké seniory, kterým by se v rámci druhé úrovně dostalo již náležitého komplexního hodnocení. (Ma, 2018)

Dle Matějovského a kol. (2012) je právě včasné a důsledné screeningové vyšetření v rámci CGA a následné intervence odhalených problémů v jejich počáteční fázi důležitou podporou pro zachování soběstačnosti a schopnosti seniorů zůstat v jejich vlastním prostředí. Na tuto myšlenku navazuje i Kuckir

a kol. (2016) – CGA je zaměřeno holisticky s cílem vypracovat plán léčení a dlouhodobé sledování. Hodnocení nemá smysl, pokud nevyústí do plánu péče... a plán nemá žádnou hodnotu, pakliže není realizován, míní Wieland a Hirth (2003).

Praktický význam CGA tkví v tom, že by zdravotní dokumentace neobsahovala jen seznam nozologických³⁷ jednotek, ale také hodnocení a postupy řešení např. zjištěné malnutrice nebo poruch mobility apod. (Weber, 2018)

Holmerová (2016) však přichází s kritikou – uvádí, že v našich podmínkách dlouhou dobu vnímá neuspokojivou komunikaci mezi resorty práce a sociálních věcí a zdravotnictví. Jako jeden z důsledků vidí problémy v rámci hodnocení zdravotního stavu pro účely přiznání příspěvku na péči.

S podobnou výtkou o nezařazení výsledků komplexního geriatrického hodnocení do rozhodování ohledně PnP přišly Holmerová a Jurašková i v roce 2017 – podle jejich vyjádření by se v opačném případě mohlo „do značné míry zabránit chybné alokaci příspěvku tam, kde není potřeba, a naopak jej využít pro ty, pro něž je opravdu nezbytný“. (Holmerová a Jurašková, 2017)

Tato dvě kritická vyjádření uvádím záměrně jako důkaz, že se situace v tomto směru v mezidobě poněkud změnila – podle Metodického pokynu ředitelky sekce lékařské posudkové služby č. 8/2023³⁸ se v čl. 8 hovoří o zvláštěnostech posuzování stupně závislosti u seniorů. Např. se připouští, že chronická onemocnění seniorů se často pojí s nejistou prognózou, zdlouhavou léčbou, polypragmazií, psychosociálním stresem apod., přičemž je zjevné,

³⁷ Nozologie = nauka o třídění nemocí, systematický popis nemocí. (Zdroj: KLIMEŠ, Lumír, 2010. *Slovník cizích slov*) Nozologická jednotka = choroba, nemoc.

³⁸ Tento metodický pokyn mi byl zaslán Institutem posuzování zdravotního stavu na základě mé žádosti (dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím) podané datovou schránkou.

že somatický stav úzce ovlivňuje stav psychický a šířeji i psychosociální adaptaci.³⁹

Metodický pokyn již také uvádí, že je při posuzování dbát na respektování individuality seniora i s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. A že v případě, kdy u polymorbidního seniora došlo k tak závažné poruše zdraví, že nelze již od počátku vzniku této poruchy⁴⁰ předpokládat významné zlepšení funkčních schopností pro zvládnutí základních životních potřeb, lze velmi brzy konstatovat DNZS⁴¹, tedy není nutno čekat na určité ustálení zdravotního stavu.

³⁹ Dále metodický pokyn hovoří o souvislosti zvyšující se intenzity depresivních příznaků na psychosociální adaptaci seniorů, o syndromu geriatrické křehkosti a uvádí také 5 základních znaků geriatrické křehkosti.

⁴⁰ Metodický pokyn jako příklad uvádí např. stavy po amputaci či po velmi těžké CMP.

⁴¹ DNZS = Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav – dle § 3 písm. c) ZoSS jde o takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.

2 NEMOCNOST SENIORŮ

2.1 Zdravotní charakteristiky nemocnosti

Ačkoliv není v pořádku dávat rovnítko mezi slova stáří a nemoc, z povahy výše popsaných involučních procesů je zřejmé, že stárnutí s vyšší nemocností přece jen souvisí. Dokládají to i výroky respondentů z výzkumu Saka a Kolesárové (2012, s. 138):

- Odpověď „Nemám žádnou diagnózu ani zdravotní problémy, převážně se cítím dobře“ uvedlo ve věkové kategorii 46–60 let 29 % a v kategorii 61–70 let 11 % osob, ve věkové kategorii 71+ už to byla jen 2 % respondentů.
- Opačná situace nastala u odpovědi „Potřebuji pravidelnou lékařskou péči a dílčí pomoc pro zabezpečení mých životních potřeb“ – ve věkové kategorii 46–60 let 2 % a v kategorii 61–70 let 3 % osob, ve věkové kategorii 71+ už to bylo 21 % respondentů.

Vyroky respondentů dokreslují i výše výdajů, které zdravotní pojišťovny vynakládají na léčbu seniorů. Podle ČSÚ (2023, s. 38–45) odchází již od roku 2017 v průměru 43 % celkových výdajů na léčbu seniorů ve věku 65+. Přesněji řečeno – zdravotní pojišťovny zaplatily na jednoho seniora staršího 65 let (bez ohledu na pohlaví) v průměru 77,6 tis. Kč⁴².

Ze stejné statistiky ČSÚ také vyplývá, kam mířila největší část vynaložených peněz pojišťoven za léčbu seniorů. Zatímco 1. místo na pomyslném žebříčku průměrných výdajů v každé sledované věkové kategorii⁴³ zaujímají výdaje na léčbu nemocí oběhové soustavy⁴⁴, v přepočtu na jednoho seniora výdaje s přibývajícím věkem rostou, na 2. místě se střídají dva okruhy diagnóz.

⁴² Výdaje na léčbu žen ve věku 65+ byly o 17,3 tis. Kč nižší než výdaje na 1 muže stejného věku – výdaje za ženy činily 70,3 tis. Kč, za muže 87,6 tis. Kč. (ČSÚ, 2023, s. 39)

⁴³ Zmíněná statistika ČSÚ (2023, s. 40) pracuje se 7 věkovými rozpětími: 65–69, 70–74, 75–79, 80–84, 85–89, 90–94 a 95+.

⁴⁴ Statistika sem řadí především IM, hypertenzní nemoci, plicní embolii, CMP, záněty žil apod.

Ve 4 věkových kategoriích (celkově od 65–84 let) zaujímají 2. místo výdaje na léčbu novotvarů. Ve 3 sledovaných věkových kategoriích (celkově od 85 let výše) se na 2. místo řadí „ostatní“ diagnózy jako nemoci nervové soustavy, poruchy duševní a poruchy chování, ale i poranění, otravy apod. (ČSÚ, 2023, s. 41–42)

Ve stáří dochází vzájemnou interakcí nemoci a vlastního procesu stárnutí ke zvláštnostem klinického obrazu chorob (Ondrušová, Krahulcová a kol, 2019, s. 287). Mezi nejvýznamnější zvláštnosti nemocí ve stáří podle řady autorů (uvedených za výčtem) patří především:

- Multimorbidita (polymorbidita) – s věkem se zvyšuje výskyt nemocí, jejichž klinický obraz se překrývá nebo potencuje. Nemoci se vyskytují buď současně bez kauzální (příčinné) souvislosti, nebo jedna nemoc vyvolává druhou. Kritéria multimorbidity obecně naplňuje až 25 % dospělých, kteří mají 2 a více chronických onemocnění.⁴⁵
- Atypický klinický obraz – ten bývá nenápadný, s nespecifickými příznaky jako únava, nechutenství nebo „zhoršení stavu“. Diagnosticky cenné příznaky se oslabují nebo chybí. Naopak jsou přítomny změny chování a funkčních schopností.
- Specifické komplikace jako např. rychlý nástup imobilizačního syndromu nebo deliria⁴⁶.
- Kaskádový princip onemocnění, řetězení příznaků.
- Selhávání „nejkřehčího“ orgánu – při zátěži z nemoci nebo i mimo ni (např. při stresové zátěži) obvykle dojde nejdříve k dekompenzaci orgánu nebo systému, který je u seniora nejzranitelnější. Může tak jít o srdce, ledviny, ale nejčastěji o mozek.

⁴⁵ Multimorbidita ve stáří je často i důsledkem kumulace rizikových faktorů a chorob již v preséniu (Weber, 2018)

⁴⁶ Delirium – česky označované jako stav zmatenosti, není zatím jednoznačně definováno. Jde o akutní neuropsychiatrický syndrom, který se projevuje kvalitativní poruchou vědomí, kognice, chování, pozornosti a jiných mentálních funkcí. Výrazně je postižena paměť. Rozvíjí se velmi rychle (minuty až dny). Příčin může být mnoho – např. některá onemocnění, užívané léky, otravy, vážné infekce apod. (Zvěřová a kol., 2022, s. 185)

- Nemoci mají sklon k přechodu do chronicity a ke komplikacím, závažné nemoci pak mívají horší prognózu a je zvýšené riziko úmrtí.
- Nesignalizování zdravotních problémů a potřeb – i když jsou podle Kalvacha a kol. (2008, s. 138) geriatřičtí pacienti často považováni za „*nadměrně obtěžující chronické a multimorbidní pacienty*“, prezentace potíží bývá nízká a pozdní, často se objevuje bagatelizace, vytěsňování závažnosti, samoléčitelství nebo laické konzultace mimo obor zdravotnictví.
- Významný vliv sociálních faktorů a provázanost zdravotní a sociální situace. Každá nemoc je pro seniora sociální událostí, naopak sociální událost může mít vliv na zdravotní stav seniora. Související problémy v psychické a sociální rovině je třeba řešit se stejnou důsledností jako zdravotní neduhy.
- Specifické geriatrické sociální syndromy – geriatrický maladaptivní syndrom⁴⁷, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání (označovaný též jako syndrom nevhodného zacházení, EAN – elder abuse and neglect)⁴⁸.
- Specifická rizika geriatrických pacientů – ohrožení jejich důstojnosti, životní smysluplnosti, motivace k dalšímu životu, riziko tzv. geriatrického hospitalismu⁴⁹.
- Polyfarmacie (polypragmázie) – pojem vyjadřuje nadužívání léků v terapii. Většinou se mluví o lehčím stupni v případě podávání 5–7 léků, o těžším stupni v případě podávání 9 a více léků. Nejde však

⁴⁷ Jde o specifickou poruchu přizpůsobení ve smyslu psycho-somato-sociální maladaptace. Důvodů pro vznik toho syndromu je řada, vždy závisí na poměru síly stresoru (z pohledu samotného seniora!) a dispozic, úrovni psychické odolnosti a adaptability seniora. Obecně je ale spojován především s nástupem do ústavní péče – např. do domova seniorů nebo po přeložení z nemocnice do LDN. (Kalvach, 2008, s. 294)

⁴⁸ Problematice EAN se v zahraničí věnovala pozornost už od 70. let 20. století, v ČR a SR až o 20 let později. Jde o označení závažně nevhodného jednání se starými lidmi, na kterém se podílí jejich zdravotní a funkční znevýhodnění (případně až závislost na pečující/týrající osobě při závažném postižení). K takovému chování může docházet jak ve vlastním prostředí seniora, tak v ústavní péči. K jednání dochází dlouhodobě, nemusí ale soustavně. (Kalvach, 2008, s. 248)

⁴⁹ Geriatrický hospitalismus definují Kalvach a kol. (2006) jako „*souhrn negativních tělesných, psychických i sociálních důsledků pobytu geriatrického pacienta v ústavní péči*“. Jako příklad těchto důsledků autoři uvádějí např. rozvoj instability, imobility, ztrátu soběstačnosti a sociální role, psychosomatickou dekompenzaci a otřesení sebeúcty.

jen o vlastní počet léků, ale i o délku jejich podávání. U křehkých seniorů (zvláště u klientů dlouhodobé ústavní péči) by nemělo být podáváno současně více jak 5 léků... mělo by platit zlaté pravidlo „méně je více“.

- Iatrogenní postižení – odhaduje se, že desítky procent zdravotních geriatrických problémů jsou způsobeny iatrogenně⁵⁰, a to především v rámci polyfarmacie a nežádoucími účinky léků. K těm u seniorů běžně užívaných léků patří např. nechutenství, hubnutí, závratě, pády, psychický útlum, zmatenost, anémie, kolísání krevního tlaku, ale také závažné krvácení do trávicího traktu při léčbě nesteroidními antirevmatiky. (Čevela a kol., 2012, s. 119), (Kalvach a kol., 2006), (Kalvach a kol., 2008), (Nováková, 2012), (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 287–289), (Topinková, s. 2010, s. 7–9), (Topinková a Vágnerová, 2020, s. 21–24), (Weber a kol., 2015), (Zadák, 2017)

Výše uvedené problémy (somatické, psychické i sociální) se ve vzájemné interakci vyznačují chronickým průběhem s progresí, relativně nepříznivou prognózou a „obtížnou léčitelností“. Péče o takové polymorbidní seniory s kombinací problémů představuje řadu rizik nejen pro samotné pacienty, ale také pro lékaře (Weber a kol., 2015)

Boyd a kol. (2005) uvádí, že právě péče o polymorbidní seniory vyžaduje nejen velké diagnostické, analytické a syntetické dovednosti, ale vyžaduje od lékaře hlavně schopnost jednat s lidmi. S čímž souhlasí Weber a kol. (2015), když uvádí, že úkolem ošetřujícího lékaře je nejen koordinace terapie a spolupráce s lékaři jiných specializací, ale také dovednost komunikace s nemocnými a jejich rodinami, aby byla dobře zkoordinovaná terapeutická snaha nevyšla nazmar... ale aby byla dobře pochopena i uskutečňována.

⁵⁰ Iatrogenní = „neúmyslně vyvolané lékařem“ nebo „vyvolané nesprávným léčebným postupem“. (Zdroj: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5863>)

2.2 Geriatrická křehkost – frailty

Již výše jsem uvedla, že je populace seniorů z různých pohledů velmi heterogenní. A právě i z tohoto důvodu není ani možné každého staršího člověka považovat rovnou za „geriatrického pacienta“. Podle Holmerové a Juraškové (2017) takto můžeme popsat člověka vyššího věku (většinou nad 80 let), „jehož onemocnění je komplikováno dalšími významnými onemocněními ovlivňujícími diagnostický proces, terapii i rehabilitaci a který je ohrožen zhoršením či ztrátou soběstačnosti, kvalitativními poruchami vědomí a dalšími geriatrickými komplikacemi a syndromy.“

Problematiky a specifičnosti péče o geriatrické pacienty se týká syndrom geriatrické křehkosti (frailty). Tomu se věnuje pozornost už od 90. let 20. století. Dneska geriatrickou křehkost chápeme jako medicínský syndrom, v němž jde o postižení 4 oblastí – somatické, kognitivní, sensorické a nutriční. (Šalomon, 2018) S tímto souhlasí i Vágnerová (2020, s. 126) když geriatrickou křehkost popisuje jako multifaktoriálně podmíněný pokles potenciálu zdraví ve smyslu zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu s kumulací funkčně závažných deficitů a změn především v mentální, pohybové i nutriční oblasti.

Autorkou první standardizované definice primární⁵¹ křehkosti je Linda P. Fried, která ji s kolektivem v roce 2001 definovala jako klinický syndrom, ve kterém jsou přítomny 3 nebo více z následujících 5 znaků:

- neúmyslný úbytek tělesné hmotnosti alespoň 4,5 kg za rok (podle autorů více jak 10 liber);
- subjektivně vnímaná únava a vyčerpanost;
- svalová slabost, slabý stisk ruky;
- pomalá chůze;
- nízká úroveň pohybové aktivity. (Fried a kol., 2001)

⁵¹ Sekundární křehkost může být vyústěním řady závažných nemocí a klinických stavů (Weber, 2018).

Autoři ve své práci původně chtěli vyvrátit mylný předpoklad o stejném významu křehkosti, multimorbidity a disability. Doložili, že křehkost není synonymem ani multimorbidity, ani disability⁵², ale že multimorbidita je naopak rizikovým faktorem pro vznik křehkosti a disability je jejím výsledkem. Nabídnutých 5 znaků pak podle autorů umožní relativně snadno a bez velkých nákladů na hodnocení provádět u starších osob standardizovaný screening křehkosti.

Podle Čeledové a kol. (2016, s. 50) bývá geriatrická křehkost označována jako „svatý grál“, myšlenkové jádro a hlavní poslání geriatrické medicíny. Stejně jako v rámci celostního pojetí člověka ve smyslu bio-psycho-soci-spirituální jednoty má i křehkost svoje propojené aspekty tělesné, psychické, sociální i spirituální. Záleží pak na úrovni zdatnosti, odolnosti a adaptability člověka, jaký na něj budou mít efekt stresory, se kterými se setká.

Právě provázanost aspektů vede u člověka k dominovému efektu⁵³, kdy při nízké úrovni zdatnosti, odolnosti a adaptability stále více i jen běžných zátěží denního života navozují selhání, dekompenzaci a následnou potřebu intervence nejen zdravotní, ale v řadě případů také sociální. Například i lehká virová infekce může přerůst kvůli dekompenzaci tělesné (např. dušnost) přes dekompenzaci psychickou (např. úzkost, strach) až k sociální ve smyslu např. ztráty soběstačnosti seniora či v dobrovolné izolaci od sociálního okolí s důsledkem až do spirituální (existenciální) roviny, kdy senior rezignuje na „život plný obtíží“.

Ke klinickému obrazu geriatrické křehkosti patří kromě již zmíněných 5 znaků dle Fried a kol. např. úbytek spontaneity a variability ať už v rámci pohybu, ale i stravování nebo programu dne, s tím související změna zvyklostí pohybových aktivit, změna postury, instabilita a pády, klesající tolerance

⁵² Definice disability dle MKF – v Praze byl v roce 2006 přijat návrh definice: „Disability je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ (MKF, 2020).

⁵³ Kalvach a Holmerová (2008) hovoří o mechanismu vzájemného potencionání jednotlivých faktorů, zacyklování a utahování spirály zhoršování stavu (deteriorace).

zátěže tělesné i psychické, dekonidice, nechutenství, poruchy kognice, apatie apod. (Kalvach a kol., 2008, s. 124)

Podle Vágnerové (2023) je sice geriatrická křehkost v odborné literatuře považována za stav předcházející disabilitě, ve svých počátečních fázích však dobře reaguje na komplexně pojatou léčebnou intervenci. Autorka také uvádí názor, že by právě včasné odhalení křehkosti už v primární péči a její následná intervence byla z hlediska prevence optimálním místem, kam obrátit svoji pozornost. Protože v případě vhodně nastaveného managementu péče by se mohly zmírnit dopady křehkosti na zdravotní, ekonomickou i sociální péči. Screeningových nástrojů pro primární péči je dle Vágnerové sice k dispozici několik, významnou překážkou v jejich implementaci je mimo jiné i krátký čas, který naši praktičtí lékaři věnují vyšetření pacienta.

Křehcí senioři patří mezi rizikové osoby, a z toho důvodu potřebují včasnou, odbornou a pravidelnou péči, aktivní depistáž a dispenzarizaci (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 299).

2.3 Geriatrické syndromy

Na podkladu zkušenosti, že se některé závažné zdravotní problémy a symptomy u geriatrických pacientů opakují často a nemají přitom zřejmé spojení na určitou chorobu, definoval na přelomu 60. a 70. let 20. století britský geriatr B. Isaacs tzv. „geriatrické obry“, geriatrické syndromy. Tehdy mezi ně zařadil 4 základní symptomy nebo zdravotní problémy:

- instabilitu,
- imobilitu,
- inkontinenci
- intelektové poruchy jako např. zmatenost, demenci, delirium, poruchy chování. (Kalvach a kol., 2011, s. 117)

Podle Holmerové (2016) geriatrické syndromy významně ovlivňují soběstačnost člověka. S tímto souhlasí i Wernerová a Zvoníková (2016),

když uvádí, že geriatrické syndromy zpravidla neohrožují život jedince, ale podstatně ovlivňují kvalitu života a soběstačnost. Podle autorek představují samostatnou kategorii, bohužel lékaři často opomíjenou, podceňovanou a zaměňovanou za projevy indexových chorob. Podle Kalvacha a kol. (2011, s. 119) se mnohdy právě příčiny komplexního syndromu redukuje na jednu – často násilně vybranou „standardní“ nemoc, která je pak např. mylně uváděna jako hlavní příčina hospitalizace seniora.

Weber (2018) na tuto myšlenku navazuje – o schopnosti seniora žít nezávisle zpravidla nerozhoduje akutní onemocnění, ale spíše nástup nebo progresse komplikací v rámci geriatrických syndromů. Z tohoto důvodu také nemusí křehký senior profitovat z léčby určité nemoci, pokud k ní přidružené problémy zhoršují kvalitu života (Kalvach a kol., 2011, s. 119).

Podle Mádlové a Topinkové (2020, s. 43) znamená výskyt jakéhokoliv geriatrického syndromu nepříznivý prognostický faktor pro vznik nejen geriatrické deteriorace a disability, ale případně i nutnosti umístění do pobytové péče či zvýšené úmrtnosti. Geriatrické syndromy signalizují celkovou křehkost seniora, jeho vulnerabilitu a ohroženost zdravotními komplikacemi... s následnými vysokými nároky na zajištění péče.

Kauzální (příčinná) léčba podle Šalamona (2018) neexistuje, je třeba postupně rozplétat spirálu deteriorace komplexní intervencí a kompenzací vzniklých deficitů. Z tohoto pohledu je cílem celého interdisciplinárního týmu postupně seniora „rozjít, rozchodit a motivovat“.

Navzdory nebezpečnému dopadu geriatrických syndromů na kvalitu života, disability a úmrtnost seniorů, jsou syndromy často nedostatečně identifikovány. Ačkoliv existuje řada screeningových nástrojů pro hodnocení geriatrických syndromů, vzhledem k omezenému času, který může praktický lékař věnovat vyšetření seniora, je problém s jejich zavedením do praxe. (Sanford a kol., 2020)

Pro správnou identifikaci geriatrických syndromů a jako další možnosti intervencí nabízí Weber a kol. (2011) – včasnou depistáž a dispenzarizaci, optimalizaci komunitních a institucionálních služeb, psychoterapeutickou

podporu, nutriční a ergoterapeutickou podporu včetně optimálního nastavení kompenzačních a jiných pomůcek, úpravy v bytě apod.

2.3.1 Velké geriatrické syndromy

K základní čtveřici geriatrických syndromů, kterou definoval B. Isaacs, bylo později přiřazeno ještě páté „I“ – iatrogenní postižení.⁵⁴ V následujících desetiletích byl celý koncept dopracován, nyní se běžně přijímá, i když často chybí přesné definice identifikačních kritérií (Kalvach a kol., 2011, s. 117).

Podle Kalvacha a kol. (2008, s. 141) je v současnosti popsáno dokonce několik desítek příznaků (obtíží), které jsou nejčastěji chápány jako geriatrické symptomy. V knize Geriatrické syndromy a geriatrický pacient (2008, s. 143) jich Kalvach a kol. v tabulce podle abecedy seřadili celkem 68. A přesto není výčet kompletní – např. Katsumi a kol. (2021) popsali další symptom – geriatrickou anémii.

Velmi přehledně geriatrické syndromy rozdělily Mádlová a Topinková (2020, s. 44), a to na:

- somatické – např. syndrom poruchy chůze, nestability a pádů, syndrom geriatrické křehkosti, syndrom anorexie, malnutrice a dehydratace, dekubity...
- psychické – depresivní syndrom, poruchy chování, syndrom maladaptace...
- sociální – syndrom sociální izolace, ztráta soběstačnosti, závislost na péči druhých, dysfunkce rodiny, EAN...

⁵⁴ Výčet geriatrických syndromů se značně rozrostl. Např. Grünerová Lippertová (2022) k nim kromě základní petice řadí např.: impaired (postižené oči a uši), iritabilitu kolonu, izolaci, impecunity (finanční nouzi).

Není úkolem této práce podrobně se věnovat jednotlivým geriatrickým syndromům, z důvodu dalšího výkladu a výzkumu však alespoň v krátkosti popíši základní čtveřici geriatrických syndromů.

IMOBILITA

Mobilita – obecně schopnost pohybu – nemá dosud podle Topinkové jednotnou definici (2021). Už Webber a kol. (2010) označili mobilitu jako „schopnost klienta se pohybovat – ať již samostatně, nebo s užitím kompenzačních pomůcek či transportních prostředků – a to jak ve vlastním prostředí, tak v nejbližším okolí i mimo něj“. Dále uvedli, že mobilita je základem aktivního stárnutí a je úzce spojena se zdravotním stavem a kvalitou života jedince.

Podle Topinkové (2021) kolem 35 % sedmdesátiletých a většina osmdesátiletých seniorů uvádí omezení pohyblivosti. Mezi determinanty mobility se řadí jak vlastní fyzické schopnosti jednice, tak i podmínky finanční, kognitivní, psychosociální, kulturní ad. Rizikovými faktory jsou chronická onemocnění, psychologické faktory – u starých lidí jde především o vyšší výskyt pádů, který s sebou nese i strach před případnými dalšími. S rozvojem pádů souvisejí i environmentální bariéry ve smyslu vhodného prostředí či např. překážek v pohybu v bytě apod.

Podle Ondrušové, Krahulcové a kol. (2019, s. 301) může dojít ve stáří k imobilitě jak náhle (např. po úrazu či v důsledku CMP), tak postupně, může jít o přechodný stav, nebo o stav trvalý. Čím déle však tento stav trvá, tím více s sebou nese negativních důsledků do řady systémů organismu.

V otázce imobility – čili neschopnosti se pohybovat – hraje velkou roli pokles svalové hmoty⁵⁵ následkem atrofie⁵⁶ svalových vláken a s tím související i pokles svalové síly a kondice – souhrnně nazývané sarkopenie⁵⁷. (Dědková a kol., 2017) Ztráta 1 % svalové hmoty znamená 3% pokles svalové síly. Na vzniku sarkopenie se podílí řada vlivů – např. akutní a chronická onemocnění, nesprávná deficitní výživa, neurodegenerativní procesy, ale i sedavý způsob života. (Topinková, 2021; Dědková a kol., 2017; Zadák, 2016)

Následky imobility mohou být jak fyzické, tak psychické. Patří mezi ně např. změny v oběhovém systému, tlakové poškození kůže a měkkých tkání (rozvoj dekubitů), degenerativní přestavby vaziva, kloubů, osteoporóza, vznik respiračních problémů, infekcí apod. Imobilního člověka ohrožují i sensorická deprivace a psychické problémy jako deprese, deprivace. Strach a pasivita nad vlastní bezmocí a nesoběstačností často ústí do ztráty sebeúcty. Velkou hrozbou představuje i rozvoj sociální izolace, která může vést k dalšímu poklesu kognitivních funkcí a dalšímu rozvoji psychických změn. (Grünerová Lippertová, 2022; Ondrušová, Krauhulcová a kol., 2019, s. 302)

INSTABILITA

Na vývoj instability má vliv řada faktorů, mezi něž patří i již zmíněná sarkopenie – v jejímž důsledku dochází ke zpomalení a znejistění chůze, zhoršení schopnosti vyrovnávat vychýlení a pádu zabránit. Dalšími důvody rozvoje instability jsou např. závratě, poruchy zraku nebo rovnovážného

⁵⁵ Pokles svalové hmoty je zapříčiněn tukovou infiltrací svalu a vlastním úbytkem svalových vláken. Mezi 30. a 80. rokem věku může u fyzicky neaktivních osob pokles dosáhnout až 40 %. (Topinková, 2021) Svalová síla je nejvyšší mezi 20. a 30. rokem života, přičemž v dalších 2 deceniích je pokles pozvolný, po 50. roce života se pokles zrychluje – během jednoho decennia až o 15 %. (Čeledová, Čevela a kol., 2017a, s. 390)

Z tohoto důvodu dochází podle Grünerové Lippertové (2022) ke změně postupů v akutní péči – zatímco v 80. letech byl po nekomplikovaném infarktu myokardu se zavedením stentu předepsán pacientovi klid na lůžku až po dobu 10 dnů, nyní je mobilizován už po 24 až 48 hodinách.

⁵⁶ Atrofie je sice reverzibilní, ale opětovná restituce vyžaduje 2–4x delší dobu, než jaké byla doba imobilizace. (Grünerová Lippertová, 2022)

⁵⁷ Sarkopenie se vyskytuje v běžné populaci od 30 % až do 68 %, na její vznik má vliv kromě řady hormonálních změn také nedostatek vitamínu D. Hypovitaminóza D má vysokou prevalenci u postmenopauzálních žen – např. v Evropě u 92 %. (Zadák, 2016)

ústrojí apod. Výsledkem je opět vyšší výskyt pádů⁵⁸. (Kalvach a kol. 2008, s. 155)

Komplikacemi pádů jsou opařeniny, popáleniny a úrazy – především zlomeniny krčku kosti stehenní, zlomeniny předloktí, paže, žeber nebo kompresivní zlomeniny obratlů. Velmi nepříznivý vliv mají pády na psychiku starých osob – vedou k rozvoji strachu z dalších pádů, nejistotě při pohybu, úzkostem, neochotě se pohybovat... až k sociální izolaci. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 303)

Z výše uvedeného k imobilitě a instabilitě je zřejmé, že v prevenci obou geriatrických syndromů má svoje místo kromě nutriční podpory, fyzioterapie a ergoterapie i sociální práce. Ta může seniorům pomoci např. zajištěním osobní asistence a vhodného stravování, podporou motivace k pohybu prací s jednotlivcem i rodinou, vhodnou nabídkou komunitních služeb, ale i zajištěním a koordinací dobrovolníků pro zajištění vhodného denního programu, vycházek apod. Ovšem pokud jde o chuť k pohybu – mnozí senioři (a to nejen křehcí geriatrickí pacienti) vnímají pohyb jako dyskomfort, který nejsou ochotni překonat (Kalvach a kol., 2008, s. 146). Velkou jistotou, kterou může sociální pracovník seniorům a pečujícím rodinám nabídnout, je zajištění tísňové péče.

INKONTINENCE

Inkontinence označuje neschopnost regulovat odchod moči nebo stolice. Postihuje ženy, muže i děti bez rozdílu věku, rasy a pohlaví (Pokorná a Krajčůvková, 2017), je spojena s významným zhoršením kvality života zejména u starých lidí (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 304). S uvedeným souhlasí i Drábková (2015), která uvádí, že u seniorské populace je inkontinence chápána jako prioritní ošetrovatelská záležitost, je indikátorem

⁵⁸ Podle mechanismu a příčiny pádů je rozlišujeme na pády: zhroucením, skácením, zakopnutím, zamrznutím. Rozlišují se také pády nediferencované (např. nepřizpůsobení chůze podmínkám terénu) a pády, které nesouvisí s chůzí jako např. pád ze sedu nebo lůžka. (Kalvach a kol., 2008, s. 180)

dlouhodobé dekompenzace křehkého seniora, ale i jedním z prediktorů nepříznivé životní prognózy.

Inkontinence sice neohrožuje člověka na životě, ale život ovlivňuje v mnoha rovinách. Senioři se zdráhají hovořit o svých problémech s inkontinencí, zažívají rozpaky, stud i deprese. Inkontinence může vést až sociální izolaci. (Vlachová, 2022) Četnost výskytu se podle Drábkové (2015) určuje jen velmi nepřesně, jelikož si řada seniorů problém vůbec nepřipouští, nicméně uvádí, že jistá literární shoda je ve věku 65 let, kdy se močová inkontinence u obou pohlaví vyskytuje v průměru u 35 % případů⁵⁹. V seniorním věku se rozdíl mezi pohlavími postupně stírá a výskyt stoupá (Drábková, 2015).

Podle Drábkové (2015) se na vzniku a rozvoji močové inkontinence podílí řada rizikových faktorů, které rozděluje do dvou skupin:

- faktory ovlivnitelné – např. nadváha, obezita, namáhavá fyzická aktivita, špatná životospráva, nevhodné složení tekutin⁶⁰ apod.
- faktory neovlivnitelné – např. genetickou predispozici, věk⁶¹, vliv některých lékových skupin⁶², poruchy mobility, onemocnění dolních močových cest, u mužů onemocnění prostaty, u žen snížení hladiny estrogenu apod.

Klinická klasifikace odlišuje několik druhů močové inkontinence, nebudu se zde zabývat všemi, uvedu jen dva nejčastější typy:

- stresová⁶³ – bez pocitu nucení na močení dochází k úniku moči – malého množství při zvýšení tlaku v dutině břišní např. při kašli, smíchu,

⁵⁹ Podle Vilhelmové (2011) se močová inkontinence u mužů a žen ve věku na 65 let vyskytuje v rozmezí 15–35 %, v dospělé populaci 2–4x častěji u žen než u mužů.

⁶⁰ Autorka uvádí především kouření, pití sycených nápojů, alkoholu, kofeinu.

⁶¹ Podle Vlachové (2022) četnost i tíže inkontinence roste s věkem.

⁶² Podle Vlachové (2022) patří mezi látky s efektem na močový měchýř např. antihistaminika (ze skupiny – alergie), benzodiazepiny (ze skupiny – analgetika a sedativa), antidepressiva a antipsychotika (ze skupiny psychotropní látky), antiarytmika, diuretika ad.

⁶³ Nejde o stres psychický, ale fyzický – pro svaly pánevního dna (Macháčová, Holmerová a kol., 2019, s. 139)

kýchání, zvedání těžkých břemen (stupeň I), většího množství při pohybu bez zvýšení nitrobršního tlaku (stupeň II) nebo i v klidu (stupeň III) . Tento typ inkontinence se nejčastěji vyskytuje u žen;

- urgentní – v tomto případě dochází k úniku od pár kapek do kompletního vyprázdnění měchýře (Vlachová, 2022). Jedná se o projev hyperaktivního močového měchýře, urgencí je myšleno silné nucení, ačkoliv posléze k úniku moči nedojde (Macháčová, Holmerová a kol., 2019, s. 139) Tento typ inkontinence se vyskytuje u 16 % mužů a žen starších 40 let (Vlachová, 2022);

Deprimující handicap představuje inkontinence stolice (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 305), která postihuje min. 2 % dospělé populace, ve stáří její výskyt stoupá až o 15 %. (Pokorná a Krajčiková, 2017). Trvalá inkontinence stolice je mnohem hůř tolerována a je téměř vždy doprovázena inkontinencí močovou, často je důvodem k umístění seniora do pobytového sociálního zařízení. (Topinková, 2010, s. 41)

S problematikou inkontinence obecně je spjata otázka zajištění tzv. zdravotních prostředků pro inkontinentní pacienty (častěji označovaných jako inkontinenční pomůcky). Pravidla preskripce a úhrady těchto pomůcek upravuje zákon o veřejném zdravotním pojištění⁶⁴ (dále ZoVZP). Na úhradu těchto zdravotnických jednorázových prostředků z veřejného zdravotního pojištění mají nárok osoby s prokázanou inkontinencí⁶⁵. V příloze č. 3 ZoVZP jsou v rámci skupiny 02 uvedeny typy výrobků, na které mohou lékaři určité

⁶⁴ Jde o zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

⁶⁵ V příloze č. 3 ZoVZP jsou uvedeny stupně inkontinence I-III s jejich přesnou specifikací.

odbornosti⁶⁶ vystavit poukaz, dále jejich množstevní⁶⁷ a úhradový⁶⁸ limit v Kč bez DPH.

Dle domluvy s lékařem je možné vystavit poukaz na jeden až tři měsíce (na tři pouze u osob se stabilizovanou inkontinencí). Na každý druh pomůcky musí být vypsán jeden poukaz, ale těch může být předepsáno několik. V dnešní době je už možné poukazy zasílat i ve formě e-poukazů, ty následně předložit příslušné firmě, která je často schopna nejen poradit s výběrem vhodné pomůcky a poskytnout vzorky pro vyzkoušení, ale zajistit i dodání pomůcek až na adresu objednatele. Tento postup je pak pro pečující osoby velkou pomocí, protože mohou celý proces zajištění inkontinenčních pomůcek pro svého bližního vyřídit takřka „od stolu“.

INTELEKTOVÉ PORUCHY

Do této skupiny geriatrických syndromů patří celá řada poruch spojených s úbytkem kognitivních funkcí. Podle Kalvacha kol. (2011, s. 117) řadíme do této skupiny geriatrických syndromů především demenci, o které budu hovořit později, a delirium.

Delirium – česky hojně označované jako stav zmatenosti – není zatím úplně jednoznačně definovaná porucha, jde spíše o syndrom než o samostatnou nozologickou jednotku (Jiráček, 2022, s. 185). Deliria představují velmi závažný a nedoceněný problém nejen medicíny, ale i sociální péče o seniory (Kalvach a kol., 2011, s. 297) Základní predispoziční faktory jsou především: věk, somatické postižení, demence aj. poruchy kognitivních funkcí, deprese,

⁶⁶ Poukaz mohou vystavit lékaři specializací: geriatrie, gynekologie, chirurgie, nefrologie, neurologie, pediatrie, urologie a všeobecný praktický lékař. Od 1. 1. 2022 má možnost pomůcky předepisovat také sestra v domácí péči a sestra v lékařských oborech.

⁶⁷ Pro příklad – pro absorpční pomůcky jako pleny různého typu zákon uvádí max. limit 150 ks/měsíc. V případě inkontinence III. stupně (mimovolní únik moči nad 200 ml v průběhu 24 hodin + smíšená inkontinence) je možné předepsat také podložky v počtu max. 30 ks za měsíc.

⁶⁸ Pro příklad – pro absorpční pomůcky jako pleny různého typu zákon uvádí spoluúčast pacienta 15 % (v případě inkontinence I. st.), 5 % (pro II. st.) a 2 % (pro III. st.), pro podložky (při III. st.) spoluúčast 25 %.

nesoběstačnost, porucha senzorických funkcí a závislost na alkoholu nebo jiných látkách. (Jirák, 2022, s. 185)

Příčin vzniku delirií je vzhledem k nesespecifickému charakteru celá řada, často se příčinu ani nepodaří určit, delirium zůstane nerozpoznané a neléčené. Nicméně delirium je reakcí na různá psychická, tělesná nebo intoxikační postižení. (Konrád, 2013, s. 248) K nejčastějším spouštěčům deliria patří především:

- Infekční a zánětlivé vlivy⁶⁹ – např. chřipka, sepse, bércové vředy.
- Metabolické a endokrinní vlivy – např. dehydratace, selhání jater, snížená/zvýšená hladina cukru v krvi.
- Drogy a farmaka – např. alkohol, kortikoidy, barbituráty, antidepresiva včetně jejich náhlého vysazení.
- Neurologická onemocnění – CMP, epilepsie...
- Úrazy, operace, somatická onemocnění.
- Bolest.
- Environmentální faktory – imobilita, pády, změna prostředí (např. porucha adaptace po přijetí do nemocnice či domova seniorů), ztráta brýlí aj.
- Iatrogenní faktory – změny pečujícího personálu, chybně nastavená medikace... (Jirák, 2022, s. 186–187; Kalvach a kol., 2011, s. 296; Konrád, 2013, s. 250)

Mezi základní spouštěče náleží např. dehydratace, nedostatečná výživa, tma – více delirií se objevuje po soumraku, proto označení „sundown syndrom“ (Kalvach a kol., 2011, s. 296). Někdy se může delirium objevovat i opakovaně večer a v noci, zatímco dopoledne s námi může senior komunikovat normálně. Delirium může trvat hodiny až týdny, výjimečně měsíce. Typický je rychlý rozvoj během krátké doby (hodin až dnů). (Konrád, 2013, s. 251)

⁶⁹ A s tím související vysoká tělesná teplota.

2.4 Příklady nemocí zhoršujících soběstačnost

Kromě již popsaných geriatrických syndromů vede ke snížení soběstačnosti seniora i řada onemocnění, která jsou často spjata s vyšším věkem a involucí tělesných systémů. Nejde přitom jen o somatická onemocnění, velkou měrou jsou zastoupena i onemocnění psychická. Alespoň v krátkosti představím několik z nich, řadit je budu dle abecedy.

2.4.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (DM, cukrovka) je chronické onemocnění, jehož výskyt každoročně roste⁷⁰. Jde o syndrom porušené látkové výměny, který je způsoben buď absolutním nedostatkem inzulínu (pak mluvíme o DM 1. typu), nebo vznikne z komplexu různých příčin (DM 2. typu). (Kudlová, 2015) Na vzniku DM sice mají u člověka do jisté míry podíl genetické faktory, ale velkou roli hrají faktory vnějšího prostředí.

Pro stanovení diagnózy DM je klíčovým ukazatelem glykemie (hladina cukru v krvi), protože subjektivní i objektivní příznaky mohou a nemusí na DM upozornit, někdy příznaky mohou zcela chybět. (Rybka, 2007, s. 27) Mezi příznaky patří např. slabost, vleklá únava, hubnutí i při normální chuti k jídlu, časté močení, a to i v noci, a naopak nadměrná žízeň, dále bolesti nebo křeče ve svalech, poruchy vidění, pomalé hojení ran, časté mykózy a řada dalších. (Rybka, 2007, s. 27; Kudlová, 2015)

Člověk, který onemocněl diabetem, vyžaduje celoživotní lékařskou péči, přičemž k základním opatřením patří kromě farmakologické léčby také dodržování výživových a dietních opatření. Při diabetu jsou velmi závažné jak akutní komplikace, které vznikají v důsledku nadměrné, nebo nedostatečné, léčby. Při chronicky zvýšené hladině cukru v krvi nastupují tzv. specifické komplikace, jejichž prevalence významně podmiňuje trvání choroby – jde

⁷⁰ Zatímco v roce 2022 bylo léčeno léky celkem 833.858 osob se diabetem (z toho pro ilustraci 438.877 mužů a 394.981 žen), tak o sedm let dříve to bylo celkem „jen“ 704.331 osob. (Zdroj: <https://csu.gov.cz/zdravotni-stav-obyvatelstva?pocet=10&start=0&podskupiny=262&razeni=-datumVydani>)

např. o postižení malých cév sítnice oka⁷¹, diabetické poškození ledvin, postižení periferního nervového systému nebo tzv. syndrom diabetické nohy coby souhra několika komplikací a dalších příčin (např. infekce v daném místě). (Kudlová, 2015)

Podle Obšilové a kol. (2022) je DM v posledních desetiletích dáván do souvislosti s geriatrickými syndromy, ať už jako klíčový prvek pro jeho vznik, tak také jako jeho důsledek.

Z výše uvedeného je patrné, že DM je velmi závažné onemocnění, které má svým širokým záběrem komplikací obrovský dopad nejen na somatické a psychické⁷² zdraví jedince (např. strach z amputace či ztráty zraku), ale potažmo také na jeho soběstačnost, finanční zajištění, může ovlivnit i vztahy v rodině (např. změnou rolí jejích členů) a na celkové sociální fungování v komunitě daného člověka.

2.4.2 Mírná kognitivní porucha a demence

V průběhu normálního stárnutí postupně dochází ke zhoršování kognitivních funkcí, zejména pozornosti, vybavování z paměti, zhoršuje se ale i psychomotorické tempo, schopnost se přizpůsobit nečekaným událostem a změnám, prodlužuje se reakční doba. Tyto problémy se označují jako benigní stařecká zapomnětlivost. (Franková a kol., 2011, s. 13)

Avšak osoby trpící mírnou kognitivní poruchou (MCI, mild cognitive impairment) si již samy stěžují na zapomínání, objektivně je porucha paměti potvrzena. Tato forma MCI se označuje jako amnestická, člověk je stále soběstačný, nejsou příliš porušeny aktivity denního života (ADL), ale přece jen jde o patologický stav. MCI v této formě je považováno za preklinické stádium Alzheimerovy nemoci. Ročně se v ni rozvine 12–18 % osob s MCI amnestické

⁷¹ Tzv. diabetická retinopatie – postižení sítnice oka u diabetika – je v současnosti v západních zemích nejčastější příčinou slepoty u osob ve věku 20–74 let. Přitom riziko oslepnutí je u diabetika 10–20x vyšší než u osoby nepostížené DM. (Rybka, 2007, s. 91)

⁷² Podle Vágnerové (2014, s. 93) psychické potíže, výkyvy nálad i výkonu a vyšší unavitelnost mohou kolísat právě hladinou cukru v krvi. Nemocní navíc často trpí depresemi a vyšší úzkostností.

formy. (Zvěřová a kol., 2022, s. 44) Pokud jsou postiženy jiné kognitivní domény než paměť, pak jde o neamnestickou formu MCI a znamená zvýšené riziko vzniku jiných typů demence.

Demence je syndrom způsobený chorobou mozku, který znamená získaný úbytek kognitivních schopností. Na rozdíl od MCI mají osoby s demencí natolik narušeny kognitivní funkce, že to už omezuje jejich soběstačnost. V různé míře bývají postiženy i psychické funkce, postupně dochází k degradaci celé osobnosti. (Vágnerová, 2014, s. 249) Právě o tom, že při demenci jde o komplexní postižení psychických funkcí a aktivit, hovoří její označení jako tzv. ABC demence, kde A = activities of daily living, B = behaviour a C = cognition. (Zvěřová a kol., 2022, s. 49)

Podle Zvěřové a kol. (2022, s. 51) dělíme demenci podle různých kritérií. Také podle příčiny vzniku na – demence atroficko-degenerativního původu a na demence vzniklé sekundárně, kdy se podkladem stalo buď celkové onemocnění člověka nebo např. úraz, infekce, nádor, cévní či jiné poruchy postihující mozek. Do první skupiny řadíme např. Alzheimerovu demenci nebo parkinsonskou demenci. Do skupiny druhé např. vaskulární demenci.^{73,74}

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou demence. Podle Mátlové (2022, s. 8) může z 62 % za její vznik. Tato nemoc přichází nenápadně⁷⁵, od počátečních stádií dominuje porucha paměti, typické je pro ni neuvědomování si vlastní nemoci⁷⁶ a plíživé zhoršování příznaků. Nicméně pozor – k akutnímu zhoršení příznaků může dojít např. v důsledku dehydratace, infekce nebo po operačním výkonu. (Franková a kol., 2011, s. 17)

⁷³ Přesné dělení demence viz MKN-10, F00-F09: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>.

⁷⁴ Právě Alzheimerova nemoc a vaskulární demence byly v roce 2022 na 7. místě (přičemž 4. místo patřilo Covidu-19) v příčinách úmrtí seniorů nad 65 let. (Zdroj: ČSÚ, Seniori v datech 2023, s. 22)

⁷⁵ Při vnímaných poruchách paměti se nemusí nutně vždy jednat o Alzheimerovu nemoc. Vždy je třeba vyšetřením vyloučit další možnosti těchto poruch, kterými mohou být např. deprese nebo delirium.

⁷⁶ Jde o tzv. anozognozii... typickými výroky nemocných jsou podobné těmto: „nevím, proč mám jít k lékaři, rodina mi řekla, že mi něco je, ale já jsem úplně v pořádku...“

Rozlišují se 3 hlavní stádia demence – lehká, středně těžká a těžká. Člověk s demencí postupně ztrácí schopnost vykonávat běžné činnosti. Nejdříve schopen je vykonávat ještě sám s potížemi, pak s dopomocí, pak se stává na péči druhých přímo závislý.

Právě ze znalosti projevů v tom kterém stupni postižení by se měla odvíjet poskytovaná péče i komunikace, aby byla efektivní pro nemocného i pečujícího, a aby také minimalizovala projevy problémového chování, ke kterému dochází např. kvůli nepochopení přání či nenaplnění potřeb nemocného v pozdějších stádiích nemoci.

Z výše uvedeného je zřejmé, že choroba neovlivňuje život jen samotného nemocného, ale s postupem času ve stále širším pohledu narušuje i život pečujících osob. Podle Vágnerové (2014, s. 269) se tak děje ve dvou rovinách – jednak je zatěžující změna sociálních rolí a postavení nemocného v rodině, a za druhé je velmi obtížná a náročná samotná péče o nemocného. Stále větší nutnost hlídat a kontrolovat nemocného, nemožnost plnit jeho stále nesmyslnější přání apod., je po fyzické i psychické stránce vysilující... a co víc... z pohledu pečujícího není naděje ke zlepšení, ve výhledu je jen marnost vynaloženého úsilí.

2.4.3 Oční onemocnění

Častou příčinou ztrátou soběstačnosti ve stáří jsou podle Topinkové (2010, s. 61) poruchy zraku. Pokud jde o vlastní zrakový orgán, poruchy se mohou týkat všech jeho anatomických struktur, mohou zhoršovat funkci zraku, ovlivňovat ostatní funkce zrakového aparátu (např. tvorbu slz) a dokonce i měnit vzhled pacienta (Čeledová, Čevela a kol., 2017a, s. 231).

Poruchy zraku můžeme rozlišit na akutní a chronické progredující poruchy. Na prvních třech místech⁷⁷ pomyslného žebříčku progredujících očních

⁷⁷ Mezi další patří diabetická retinopatie (poškození sítnice v důsledku špatně udržované hladiny krevního cukru při DM 2. typu, přímo úměrně přitom záleží i na délce trvání této choroby) a glaukom související s hodnotou nitroočního tlaku, vyskytuje se u 6–7 % seniorské populace (Topinková, 2010, s. 61; Kalvach, 2004)

onemocnění, která postihují starší osoby, stojí refrakční vady⁷⁸ (které ovšem zřídka kdy vedou ke slepotě), pak katarakta a věkem podmíněná makulární degenerace. (Topinková, 2010, s. 61; Kalvach a kol., 2004)

Zmíněné poruchy zhoršují celkovou soběstačnost člověka, čímž významně ovlivňují jeho kvalitu života. (Topinková, 2010, s. 61) Mají vliv nejen na omezení mobility osoby zásahem do vnímání prostorové orientace, ale ovlivňují i interakci se sociálním okolím kvůli změněným podmínkám pro komunikaci. Dnešní doba nabízí široké spektrum pomůcek⁷⁹ které usnadňují alespoň částečně kompenzovat ztráty zraku a pomáhat tak v každodenním životě a sebeobsluze. Přesto zůstává řada problematických momentů, které při komunikaci či společenském kontaktu dělají senioru problémy. Může tak dojít až k jeho sociální izolaci.

Katarakta

Stav, kdy se začne zakalovat oční čočka, se označuje jako šedý zákal – katarakta. Jako senilní kataraktu ji označujeme v případě, že se objeví po 50. roce věku, přičemž není známa jiná příčina (Kalvach a kol., 2004). Nemocní si stěžují na zastření obrazu, jako by se dívali přes zamlžené/špinavé okno. U seniorů po 75. roce se toto onemocnění objevuje až u 90 % z nich. (Čeledová, Čevela a kol., 2017a, s. 236) Zkalení čočky postihuje jednotlivé struktury čočky, proces probíhá postupně měsíce a roky. Pokročilá katarakta je vidět pouhým okem. (Kalvach a kol., 2004)

⁷⁸ Mezi refrakční vady řadíme např. krátkozrakost (myopie, dobré vidění na blízko, špatné na dálku), dalekozrakost (hypermetropie, špatné vidění na blízko, dobré na dálku), astigmatismus (rohovka oka není ve všech rovinách zakřivena stejně). U starších lidí se přidává ještě věchozrakost (presbyopie, důsledkem stárnutí čočka v oku ztrácí svoji pružnost, tzv. špatně akomoduje). Zdroj: <https://www.nzip.cz/clanek/379-vetchozrakost-presbyopie>

⁷⁹ Jde především o elektronické pomůcky, které u slabozrakých osob využívají zbytků zraku, pracují přitom s jasnou barvou, zvětšením, u nevidomých pak s jejich sluchem a hmatem (Hamadová a kol., 2007, s. 119) Pomůcky mimo jiné rozdělujeme na neoptické a optické, které např. v podobě různých filtrů nebo lup (ruční, stojánkové) pomohou senioru vykonávat oblíbené činnosti. (Hamadová a kol., 2007, s. 120)

Podle Topinkové (2010, s. 61) je katarakta druhou nejčastější příčinou slepoty ve stáří. Řešením je podle Kalvacha a kol. (2004) operace⁸⁰, která je indikována tehdy, pokud je katarakta pro člověka zdrojem významných každodenních potíží.

Věkem podmíněná makulární degenerace

S věkem spojená degenerace makuly (centra sítnice oka – tzv. žluté skvrny macula lutea) má zásadní vliv na život nemocných. Podle Stěpanova (2023) je toto onemocnění nejčastější příčinou ztráty zraku u starších 65 let. S přibýváním aktivních seniorů se tato nemoc stává celospolečenským⁸¹ zdravotním problémem (Kalvach a kol., 2004).

Rozlišujeme dvě formy – suchou a vlhkou. Suchá forma může být dlouhou dobu asymptomatická, rozvíjí se pomalu a léčba není známa (Kalvach a kol., 2004). Přibližně u 10 % osob se ale projeví rychle se vyvíjející vlhká forma, která může až v 80–90 % končit praktickou slepotou⁸². Zásadním předpokladem úspěšné léčby obou forem je včasná diagnostika a zahájení léčby (Stěpanov, 2023).

Tato nemoc je způsobena multifaktoriálně vlivy genetického původu, ke kterým se v průběhu života připojují vlivy prostředí a životního stylu (Beneš, 2019). Mezi rizikové faktory patří kromě dědičnosti, věku a pohlaví také např. kouření, hladina cholesterolu a tuků v krvi, vliv oxidačního stresu, zánětu, nutriční faktory nebo UV záření. (Beneš, 2019; Králová a Kapounová, 2020; Stěpanov, 2023)

Toto postižení centrálního vidění, které se zpočátku může člověku jevit jen jako nenápadné lehké vlnění centra obrazu – stěžuje si např. na vlnění slov

⁸⁰ Podle Čeledové, Čevely a kol. (2017a, s. 237) je operace katarakty jedním z nejčastěji prováděných chirurgických výkonů, při kterém se v lokální anestézii u spolupracujících pacientů vyjme zkalená hmota čočky a do zachovaného pouzdra se vloží nová. Tato bezpečná operace má pro člověka zásadní vliv na jeho kvalitu vidění.

⁸¹ Celosvětově jí trpí 30–50 mil. lidí (Králová a Kapounová, 2020).

⁸² Podle Kalvacha a kol. (2004) sice onemocnění vede k úplné ztrátě centrálního vidění, periferní vidění je však zachováno, úplná slepota nehrozí.

v rádcích při četbě. Postupně se přidávají výpadky v samém centru obrazu, zásadně se zhoršuje centrální zrková ostrost. (Čeledová, Čvela a kol., 2017a, s. 241) Tyto problémy vedou k obtížím rozlišování obličejů osob, člověk není schopen řídit auto, číst ani sledovat televizi, psát ani třeba vykonávat ruční práce nebo jinou činnost na blízkou vzdálenost (Stěpanov, 2023).

2.4.4 Osteoartróza

Osteoartróza (dále OA) je nejčastější příčinou kloubního postižení ve středním, a hlavně ve vyšším věku⁸³ (Kroupová a Palička, 2023). Rizikovými faktory jsou kromě věku i pohlaví⁸⁴, nadváha a obezita, genetika⁸⁵, rasa, nutriční faktory⁸⁶, dále hraje roli zranění, přetěžování a abnormální zatížení kloubů (Holubová a kol., 2019).

Jde o degenerativní proces, začínající v chrupavce se současně probíhajícími procesy na kosti, doprovázený mírnou zánětlivou reakcí. (Šléglová, 2023)

Subjektivními příznaky OA jsou bolest⁸⁷, ztuhlost⁸⁸, otok a ztráta normální funkce (Šléglová, 2023). Nejčastěji jsou OA postiženy velké klouby (kolenní a kyčelní), dále malé klouby rukou a klouby na páteři (Kroupová a Palička, 2023). Při degenerativním onemocnění páteře dochází jak ke ztrátě normální struktury, ale i funkce postiženého úseku páteře. Kromě nerovnoměrného či nadměrného statického či dynamického zatížení hrají roli i depresivní a neurotické stavy, které mohou např. vést ke křečovitému držení těla. Dochází tak

⁸³ V dospělé populaci je dle Topinkové (2010, s. 171) prevalence OA 12 %, s věkem stoupá – u většiny osob nad 65 let je již OA na rentgenu zřejmá, po 75. roce jsou přítomny i klinické projevy OA u ¾ seniorů.

⁸⁴ OA se vyskytuje u žen 2x častěji než u mužů (Holubová a kol., 2019)

⁸⁵ Podle Holubové a kol. (2019) lze z velkých genetických studií, které proběhly v první dekádě 21. stol. konstatovat, že je OA do značné míry geneticky podmíněna.

⁸⁶ Z nutričních faktorů zmiňují Holubová a kol. (2019) především roli vitamínů C, D a E.

⁸⁷ OA je nejčastější příčinou chronické bolesti ve stáří, typicky jde o námahovou bolest při zatížení kloubu, která ustoupí v klidu, a startovací bolest při započetí pohybu. (Topinková, 2010, s. 171)

⁸⁸ Ztuhlost je krátkodobá, nepřesahuje 30 min. (Topinková, 2010, s. 171)

k postižení především krční a bederně-křížové oblasti páteře. (Cuřba, 2014, s. 25)

V léčbě OA hrají podle Šléglové (2023) zásadní roli nefarmakologické⁸⁹ postupy, dalšími formami jsou farmakologická⁹⁰ a chirurgická léčba.

OA je nejčastější příčinou disability ve stáří (Topinková, 2010, s. 171). Osoby s degenerovanými klouby často trpí trvalými bolestmi, mají problémy vykonávat aktivity každodenního života, nemohou se dobře pohybovat ani kvalitně spát, musí omezit svoje sociální aktivity, potřebují v různé míře pomoc z okolí.

2.4.5 Osteoporóza

Dalším závažným onemocněním, které souvisí mimo jiné i s věkem jedince, je tzv. osteoporóza (dále OP). Je definována jako multifaktoriální, systémové metabolické kostní onemocnění, které nemá jednu příčinu (Broulík a Kočí, 2023) Rozlišuje se primární a sekundární OP. Primární se označuje jako involuční (stařecká, degenerativní) OP, tedy související s procesem stárnutí a mimo jiné i s nižším příjmem kalcia stravou, nižší hladinou vitamínu D. Při sekundární OP hraje roli např. menopauza⁹¹ žen nebo dlouhodobé užívání kortikoidů. (Topinková, 2010, s. 167)

Toto onemocnění je spojeno s rizikem snížené pevnosti kostí a tím s vyšším rizikem kostních fraktur v důsledku úbytku kostní hmoty. Při snaze definovat OP je věk jedním ze základních problematických bodů. Nelze nahlížet na riziko zlomenin a posuzovat skelet seniora ve věku 60–70 let a ve věku 80–90 let.

⁸⁹ Jde např. o zařazení pravidelného přiměřeného cvičení s vyloučením nevhodné zátěže kloubů, redukci nadváhy, nastavení vhodné fyzioterapie... (Šléglová, 2023)

⁹⁰ Využívající celé řady preparátů od volně dostupného paracetamolu (např. Paralen), přes nesteroidní antirevmatika (např. Ibuprofen) až po opioidy. S užíváním nesteroidních antirevmatik jsou však spojeny nežádoucí účinky jako např. krvácení, vředová choroba žaludku, ospalost, kognitivní dysfunkce, otoky, akutní selhání ledvin ad. (Šléglová, 2023)

⁹¹ OP se vyskytuje u 15 % žen starších 60 let, u žen starších 90 let již u 70 % z nich. (Broulík a Kočí, 2023)

Jedná se o klinicky i terapeuticky odlišné situace s plynulým přechodem. (Broulík a Kočí, 2023)

Zlomeniny jsou pro seniora významnou a život měnící událostí. Mohou mít za následek nejen omezení až ztrátu fyzických funkcí, pokles kognitivních funkcí, čímž výrazně snižují kvalitu života jedince, ale následně znamenají dodatečné náklady na zajištění zdravotní péče a dlouhodobé péče ošetrovatelské a sociální. (El Miedany a kol., 2023)

Nejzávažnější ze všech osteoporotických zlomenin je zlomenina krčku⁹² kosti stehenní (femuru), u níž dosahuje mortalita až 20 %, navíc pouze polovina přežívajících dosáhne funkční nezávislosti v běžných aktivitách. (Topinková, 2010, s. 167; Horák, 2019)

Že je OP závažným problémem, zmiňují Kroupová a Palička (2023) – uvádí, že jen mezi lety 2010–2019 stoupl celosvětově počet osob s OP o 5 miliónů na 32 miliónů potenciálně ohrožených osteoporotickou zlomeninou. Podle Broulíka a Kočí (2023) může při těžké OP dojít ke zlomenině i po neadekvátně malém úrazovém ději nebo dokonce spontánně. A právě zlomenina je obvykle prvním příznakem této nemoci, která je zákeřná v tom smyslu, že sama o sobě probíhá „v tichosti“, přičemž přibližně 80 % pacientů⁹³ zůstane neléčeno.

Podle Broulíka a Kočí (2023) se mezi 60. a 90. rokem více než zdvojnásobí riziko pádu, ženy mají přitom 3× vyšší pravděpodobnost fraktury obratle po malém pádu⁹⁴ než muži. Pro seniory s centrálními senzomotorickými deficity je OP navíc závažnou komplikací kvůli vysokému ohrožení pády. Následkem imobility pak dochází k OP hlavně v oblastech kyčle, chodidla a kolena. (Grünerová Lippertová, 2022)

⁹² V oblasti krčku femuru se mezi 50.–80. rokem zvyšuje mechanická zátěž při chůzi až o 20–80 %. (Broulík a Kočí, 2023)

⁹³ V ČR v roce 2019 trpělo OP přes 572 tisíc lidí. (Kroupová a Palička, 2023)

⁹⁴ V průběhu života se asi 3násobně snižuje síla nutná ke zlomení kosti (Broulík a Kočí, 2023)

2.5 Vybraná legislativní a další podpora seniora

Všechny zmíněné nemoci stárnoucího člověka trápí a omezují v jeho každodenním životě. Podle tíhy onemocnění lze zvažovat využití podpory, kterou seniorovi nabízí systém zdravotního pojištění a systém sociálního zabezpečení v rámci příslušných zákonů. Jako stěžejní uvedu tyto:

- **Zákon č. 48/1997 Sb.**, o veřejném zdravotní pojištění⁹⁵. Jak jsem již zmínila u tématu inkontinence, tento zákon upravuje mimo jiné pravidla úhrady zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz a hrazených z veřejného zdravotního pojištění⁹⁶.
- **Zákon č. 329/2011 Sb.**, o poskytování dávek pro osoby se zdravotním postižením – ten upravuje poskytování příspěvku na mobilitu a příspěvku na zvláštní pomůcku. Dále hovoří o průkazu osoby se zdravotním postižením.

Za zvláštní pomůcky dle tohoto zákona a příslušné vyhlášky⁹⁷ jsou považovány např.: nájezdové ližiny, schodolez, schodišťová sedačka, stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě nebo uzpůsobení koupelny a WC apod.⁹⁸

- **Zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách, který se ve své druhé části věnuje tématu příspěvku na péči, a ve své třetí části sociálním službám – tedy sociálnímu poradenství, službám sociální péče a sociální prevence, a to ve formě ambulantní, terénní nebo pobytové.

⁹⁵ Přesněji zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Online dostupné: www.zakonyprolidi.cz.

⁹⁶ Tak např. senior potýkající se s artrózou kloubů může na základě indikace od lékaře získat podporu pro svou mobilitu v podobě chodítka, berlí, invalidního vozíku apod. Diabetik má k tomu navíc možnost získat např. speciální obuv, pomůcky pro diagnostiku a aplikaci léčiva apod.

⁹⁷ Jde o vyhlášku č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Zákon i vyhláška jsou dostupné na www.zakonyprolidi.cz.

⁹⁸ Dle § 9 odst. 8) zmíněného zákona však nelze příspěvek na zvláštní pomůcku poskytnout v případě, pokud je tato pomůcka zdravotnickým prostředkem a je tedy plně (nebo částečně dle § 9 odst. 9) hrazena z veřejného zdravotního pojištění, nebo je zapůjčena zdravotní pojišťovnou, nebo v případě, že z důvodu nedostatečné indikace hrazena z veřejného zdravotního pojištění nebo zapůjčena zdravotní pojišťovnou není.

Vzhledem k závažnosti nejen několika výše uvedených onemocnění, ale obecně zdravotních problémů spjatých s geriatrickými syndromy a s celkovou křehkostí seniora, ocení senior i o něj pečující osoby v přirozeném prostředí např. osobní asistenci, pečovatelskou či odlehčovací službu, průvodcovské a předčitatelské služby, tísňovou péči nebo služby zařízení sociální péče.

Ale vzhledem k tomu, že např. dávky pro OZP nebo příspěvek na péči jsou vázány na stanovení tzv. dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS), není hodnocení této podmínky jednoduché. Např. po chirurgickém řešení artrózy kloubu formou implantace totální endoprotézy (TEP) je dle Zubiny (2016) nutné zhodnotit, zda vůbec DNZS vznikl, potrvá či lze předpokládat jeho ústup, a podle toho přiznat/nepřiznat⁹⁹ příslušnou dávku nebo i průkaz OZP.

Dalším zdrojem podpory, směřované přímo k nemocným seniorům nebo i k jejich pečujícím, mohou být kromě vlastních poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb také:

- Zdravotní pojišťovny, které se svými příspěvky a podpůrnými programy snaží o podporu prevence¹⁰⁰, o podporu nemocných v nemoci¹⁰¹ nebo příspěvkem (např. od VZP až 5.000 Kč/rok) podporují zvýšení dostupnosti psychosociální podpory či (např. od VZP až 1.000 Kč/rok) přispívají na trénování/testování paměti pro seniory.
- Neziskové a komunitní organizace, které směřují svoje aktivity k cílovým skupinám osob s určitou nemocí nebo k jejich pečujícím, přičemž

⁹⁹ Autor v tomto směru zmiňuje, že totální náhrada kloubu má pro osoby s OA výrazný efekt jak léčebný, tak sociální a ekonomický. Proto např. vlastní nekomplikovaná implantace TEP kyčelního kloubu není důvodem uznání DNZS např. pro účel přiznání příspěvku na péči.

¹⁰⁰ Např. VZP nabízí příspěvky pro dospělé a seniory ve výši až 1.000 Kč na zdravotní cvičení a různé pohybové a sportovní aktivity (např. na úhradu Sokola, turistického kroužku, jógy či členského příspěvku, startovného) nebo např. na očkování proti pásovému oparu (3.000 Kč) nebo proti RS virům (2.000 Kč) Příspěvky jsou poskytovány za určitých podmínek, některé podporované aktivity (např. rehabilitační) mohou být podmíněny absolvováním nějakého ze screeningových vyšetření. (Informace aktuální k 12_5_2024) Zdroj: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky/pohyb>.

¹⁰¹ Jako např. VZP svým příspěvkem až 6.000 Kč/rok na různé pomůcky a aktivity diabetikům. Zdroj: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky/podpurne-programy/diabetes-mellitus>. (Informace aktuální k 12_5_2024)

si berou za cíl být lidem oporou, nabízet jim odborné (často i právní a sociální) poradenství, poskytovat jim informace o dané nemoci, o zdrojích další formální i neformální podpory apod. Často se snaží i o zastupování a hájení oprávněných zájmů osob s postižením¹⁰², pořádají osvětové a vzdělávací akce pro šíření povědomí mezi širší (neodbornou) veřejnost.

Tyto „pacientské organizace“ coby obhájci práv pacientů jsou za tím účelem v kontaktu nejen s lékaři a lékařskou komorou, ale s širokou odbornou veřejností. Postupně se jejich činnost profesionalizuje, na ministerstvu zdravotnictví funguje tzv. Pacientská rada¹⁰³, která je stálým poradním orgánem ministra zdravotnictví.

2.6 Příběh z praxe č. 1 – muž, 79 let

Pan Luděk žije se svou manželkou Renatou ve vlastním bytě v jednom české krajském městě. Poznali se na vysoké škole a hned po jejím ukončení se vzali. Luděk pracoval celý život jako středoškolský pedagog a jeho paní jako učitelka na základní škole. Sami měli 2 děti – dceru a syna. Dcera je čerstvě rozvedená, má 3 dospívající děti, žije asi 80 km od rodičů, za rodiči se snaží dojíždět jednou týdně. Syn žije v zahraničí, rodiče navštěvuje několikrát za rok.

Za posledních pět let se výrazně zhoršilo Luděkovu zdraví. Problémy začaly zhruba v době, kdy pro poruchy srdečního rytmu musel podstoupit operaci srdce, při které mu lékaři zavedli kardiostimulátor. Byl následně i v lázních,

¹⁰² Jako příklad pacientských organizací uvedu: Aliance pacientů s diabetem ČR, z.s.; Česká alzheimerovská společnost o.p.s.; Společnost Parkinson, z.s.; Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR, z.s., Tyfloservis, o.p.s. Zaměření neziskových organizací vyplývá často již z jejich názvu.

¹⁰³ Pacientská rada funguje na ministerstvu zdravotnictví od roku 2017 jako zprostředkovatel hlasů pacientů a má až 25 členů, kteří jsou jmenováni ministrem zdravotnictví na 4leté funkční období. Zástupci této rady jsou v současnosti zapojeni do 13 pracovních skupin, poradních orgánů a odborných komisí ministerstva zdravotnictví nebo v meziresortních pracovních skupinách. Pacientská rada může zřizovat i vlastní pracovní skupiny pro řešení dílčích otázek. (Zdroj: <https://pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientska-rada>, citováno: 14_7_2024)

ale od operace se už necítil, jako dřív. Srdíčko ho omezovalo v činnostech, které rád dříve vykonával. Celý život byl zvyklý pohybovat se mezi lidmi, sportovat, s manželkou hodně cestovali a měli rádi turistiku, jezdili hodně i na kole, nyní musel pohyb hodně omezit.

Kvůli cukrovce se panu Luďkovi asi před dvěma lety výrazně zhoršily neurologické potíže, špatně chodil, navíc ho začala hodně bolet záda a pravá kyčel. Dostal od ortopeda ke zvážení návrh na výměnu kyčelního kloubu, moc se mu ale do další operace nechce. Poslední rok a půl se pohybuje s pomocí berlí, na větší vzdálenosti využívá mechanický invalidní vozík, který mu dcera zařídila.

Vždycky se mezi kamarády pyšnil, že až do operace nemusel užívat skoro žádné léky... Teď ale léků přibýlo, celkem jich musí užívat 9 druhů, navíc na bolavé koleno musí brát i léky na bolest, které nikdy neužíval, bolí ho po nich žaludek, ale bez nich být také delší dobu nemůže.

Bohužel se za poslední rok zhoršilo zdraví i jeho ženy. Stěžovala si hodně na únavu, trápí ji vysoký tlak, bolesti hlavně malých kloubů ruky a pravého ramene. Luďkova paní, která byla vždy na jeho straně, pomáhala mu, jezdila s ním na procházky, má nyní často s vedením vozíku problémy, i když si před vycházkou zabalí zápěstí do ortézy. Pan Luděk by byl rád více mezi lidmi a jel do přírody, ale má o svoji ženu starost, ví, že jí přidělává hodně práce.

Uvědomuje si také, že i kamarádů v jeho okolí za poslední rok dva ubylo. A když se nemůže sám pohybovat, kontaktů je stále méně. Také se bojí, aby nemusel kvůli problémům do nemocnice, protože při minulé hospitalizaci mu dávali týden špatně léky, taky neměl vůbec s chováním personálu dobrou zkušenost, tak si spíš problémy nechává víc pro sebe. Také kvůli manželce, chce ji zatěžovat co nejméně, spíš se jí snaží co nejvíce pomáhat, ale necítí se dobře fyzicky, ani psychicky. Je stále více skleslý, nechutná mu jíst, zhubl skoro 3 kg.

S praktickou lékařkou není příliš spokojený. Když mu bylo po operaci srdce hodně špatně, měl i otoky nohou a nemohl dýchat, ani přesto ho lékařka nebyla ochotna přijít v rámci návštěvní pochůzky vyšetřit. Nakonec

mu musela žena zavolat sanitku a strávil týden v nemocnici. Od té doby praktické lékařce moc nevěří a nechce s ní příliš hovořit. Rozhodl se tedy, že se se svými myšlenkami svěří při příští kontrole neurologovi, který mu vždy dobře poradil.

Neurolog při vyšetření zjistil, že pan Luděk trpí depresemi. Nasadil mu sice léky, které by mu měly v tomto směru pomoci, pan Luděk ale vnímá mnohem větší pomoc v jiném směru. Pan doktor jej totiž uklidnil, že to, co vnímá, je v dané situaci normální a navrhl mu, aby manželé zkontaktovali sociální pracovníci z místní Charity. Byla to náhoda, ale dokonce mu mohl předat přímo i kontakt na tuto paní, protože se už několik let stará o jeho skoro devadesátiletou maminku. Pan Luděk odcházel z ordinace klidnější, dokonce se opět na něco těšil... na to, že problémy, které cítí, mohou mít řešení.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ačkoliv není možné zdravotní a sociální problémy starých lidí oddělit, jelikož potřebují oba typy péče současně, nebo se střídá jejich naléhavost (Haškovcová, 2010, s. 224), zdravotní a sociální systémy péče o seniory jsou v současné době v ČR odděleny. Podle Jeřábka a kol. (2013, s. 46) tvoří „*dvě větve institucionálního zabezpečení života starého nesoběstačného člověka s dosud ne zcela vyřešeným systémem spolupráce*“.

Agendou Ministerstva zdravotnictví ČR, která se dotýká přímo péče o seniory, jsou především¹⁰⁴:

- zdravotní služby;
- zdravotní pojištění;
- zdravotnické prostředky;
- léčiva.

Do agendy patří i dobrovolnictví ve zdravotnictví. A že tato problematika nestojí na okraji pozornosti, svědčí i vyhlašování Ceny ministra zdravotnictví za rozvoj dobrovolnictví ve zdravotnictví, která je udělována poskytovateli zdravotních služeb lůžkové péče¹⁰⁵.

3.1 Zdravotní služby a zdravotní péče v ČR

Zdravotní služby, podmínky jejich poskytování včetně výkonu státní správy, zdravotní péči, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických a jiných odborných pracovníků a další činnosti související s problematikou zdravotních služeb

¹⁰⁴ Ostatními agendami jsou krizové řízení; kvalita a bezpečí zdravotních služeb, práva a povinnosti pacientů; Český inspektorát lázní a zřídel; návykové látky a prekursori drog; interní audit. Zdroj: <https://mzd.gov.cz/category/agendy-ministerstva/>

¹⁰⁵ V roce 2023 ji např. ze 13 poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče získala Fakultní Thomayerova nemocnice. Zdroj: <https://mzd.gov.cz/ministr-vlastimil-valek-ocenil-poskytovatele-zdravotnich-sluzeb-za-rozvoj-dobrovolnictvi/>

upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování¹⁰⁶ (dále ZoZS).

Tento zákon ZoZS ve svém § 2 v odst. 2 a 3 definuje pojmy zdravotní služba a zdravotní péče, kterým se pak blíže věnuje v části druhé. Záměrně neuvádím kompletní výčty položek spadajících pod uvedené pojmy, ale jen ty, se kterými se může nemocný senior nebo osoba pečující o seniora v rámci pečování nejčastěji setkat.

Pojmem zdravotní služby ZoZS rozumí¹⁰⁷ např.:

- Poskytování zdravotní péče zdravotnickými nebo jinými odbornými pracovníky.
- Konzultační služby, poskytované za účelem posouzení individuálního léčebného postupu (popř. navržení jeho změny či doplnění), a další konzultace podporující rozhodování pacienta ve věci zdravotních služeb.
- Zdravotnická záchranná služba.
- Zdravotnická dopravní služba – např. přeprava pacientů mezi poskytovateli nebo k poskytovateli a zpět do vlastního sociálního prostředí, je-li to nezbytné k zajištění poskytnutí zdravotních služeb.
- Zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových nebo tkáňových zařízení.

Pojmem zdravotní péče ZoZS rozumí¹⁰⁸ např.:

- Soubory činností a opatření prováděných u fyzických osob, které mají:
 - Posuzovat zdravotní stav.
 - Předcházet, odhalovat nebo odstranit nemoci, vady nebo zdravotní stav.
 - Udržet, obnovit nebo zlepšit zdravotní nebo funkční stav.
 - Udržet, prodloužit život a zmírnit utrpení.

¹⁰⁶ Zákon dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>.

¹⁰⁷ Viz § 2 odst. 2) ZoZS.

¹⁰⁸ Viz § 2 odst. 3) ZoZS.

- Preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky – jde o tzv. „zdravotní výkony“¹⁰⁹. Pro ilustraci uvádím několik položek, které může vykázat lékař s odborností 001 (tzn. všeobecné praktické lékařství) za zdravotní péči o seniora s demencí, včetně doby trvání výkonu:
 - komplexní vyšetření praktickým lékařem (60 min.);
 - kontrolní vyšetření praktickým lékařem (10 min.);
 - konzultace praktického lékaře s rodinnými příslušníky pacienta (10 min.);
 - časný záchyt demence v ordinaci praktického lékaře (15 min.);
 - péče o pacienta s demencí (20 min.)
 - návštěva praktického lékaře u pacienta (bez limitu).

Druhy¹¹⁰ zdravotní péče dělí ZoZS podle:

- Časové naléhavosti jejího poskytnutí – neodkladná, akutní, nezbytná a plánovaná.
- Účelu jejího poskytnutí – preventivní, diagnostická, dispenzární, léčebná, posudková, léčebně rehabilitační, ošetrovatelská, paliativní a lékárenská.

Formy¹¹¹ zdravotní péče rozlišuje ZoZS čtyři:

- Ambulantní – při této formě péče se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo jeho přijetí na lůžko do zařízení poskytovatele jednodenní péče.
 - Primární¹¹² – účelem je poskytnutí preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, koordinace a návaznost

¹⁰⁹ Zdroj: <https://szv.mzcr.cz>.

¹¹⁰ Viz § 5 ZoZS.

¹¹¹ Viz § 6–10 ZoZS.

¹¹² Primární péče je ve vyspělých zemích považována za základ fungujícího zdravotnictví. V ČR poskytují primární péči lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, zubní lékařství a gynekologie a porodnictví. (Zdroj: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>)

- poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli. Tuto zdravotní péči poskytuje pacientovi lékař, u něhož je registrován.
- Specializovaná – poskytovaná pacientovi v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče¹¹³.
 - Stacionární – pro případy, kdy pacientův zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.
 - Jednodenní – pro případy, kdy je vyžadován pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin. Při této formě péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.
 - Lůžková – v případech, kdy zdravotní stav pacienta vyžaduje hospitalizaci – rozlišuje se akutní lůžková péče intenzivní a standardní, následná lůžková péče (když zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo léčebně rehabilitační péči) a dlouhodobá lůžková péče (když zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavné ošetrovatelské péče se zhoršuje).
 - Ve vlastním sociálním prostředí pacienta – již výše u sazebníku výkonů zmíněná návštěvní služba praktického lékaře, a domácí péče (ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní).

3.2 Všeobecný praktický lékař

Všeobecný praktický lékař pro dospělé¹¹⁴ (dále VPL) poskytuje soustavnou zdravotní péči u něj registrovaným pacientům, ale i neodkladnou péči všem

¹¹³ Dle § 4 odst. 4) jde např. o zubní lékařství, farmacii, obory specializačního vzdělávání nebo nelékařských zdravotnických pracovníků.

¹¹⁴ Každý lékař, který vykonává na území ČR lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem České lékařské komory (ČLK). Ta je nezávislá samosprávná profesní organizace lékařů, která zaručuje odbornost svých členů, organizuje a odborně garantuje celoživotní vzdělávání lékařů, dbá, aby členové při výkonu povolání ctili nejen právní předpisy, ale také etická pravidla. Zároveň komora posuzuje a hájí práva a profesní zájmy členů, chrání jejich profesní čest a prosazuje řádné podmínky pro výkon lékařského povolání. (Zdroj: <https://www.lkcr.cz>)

dalším osobám bez ohledu na věk, pohlaví, trvalé bydliště, rasu či vyznání. (Čeledová, Holčík a kol., 2017b, s. 97)

Praktičtí lékaři jsou kompetenčně uznanými koordinátory primární péče. (Kalvach a kol., 2011, s. 182) Zajišťují první kontakt občana se zdravotnickým systémem. Svě znalosti a dovednosti uplatňují v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných a posudkových u všech nemocí a stavů. (Seifert, Čeledová a kol., 2012, s. 14)

Podle Vágnerové (2020, s. 66) je praktický lékař „geriatrem první linie“ a pro osamělé seniory často jedním z mála sociálních kontaktů vůbec. Jeho role důvěrníka a rádce občanů nejen v rovině zdravotní a posudkové, ale i zdravotně-sociální (resp. sociální) a osobní mu dává punc nezastupitelnosti. (Seifert, Čeledová a kol., 2012, s. 14)

Jak jsem už uvedla v kapitole 2, zvláště u polymorbidních geriatrických pacientů může dojít k pocitu „obtížné léčitelnosti“ pro vzájemnou interakci somatických, psychických i sociálních problémů a chronického průběhu nemocí. Od ošetřujícího lékaře se pak očekává nejen koordinace terapie a schopnost spolupracovat s ostatními lékaři, ale také určitá dovednost komunikace s nemocným a jeho rodinou. (Weber a kol., 2015)

K činnostem VPL, které úzce souvisí (kromě vlastní preventivní a léčebné péče) s péčí o seniora, patří např.:

- Indikace domácí péče¹¹⁵ (dále DP), která je plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění¹¹⁶. Sestry z domácí péče poskytují nelékařskou zdravotní¹¹⁷ péči (převážně ošetrovatelskou a rehabilitační) ve vlastním

¹¹⁵ Zavedení služby domácí péče (jinak také home care) v ČR je spojeno s porevoluční privatizací ordinací praktických lékařů, resp. s ukončením činnosti tzv. geriatrických sester v roce 1991. (Haškovcová, 2010, s. 213) Geriatrické sestry tehdy byly velmi důležitými prvky v péči o geriatrické pacienty, protože za nimi docházely domů, řešili s nimi nejen zdravotní záležitosti, ale hlavně měly přehled o jejich sociální situaci a byly kompetentní situace i řešit.

¹¹⁶ Ovšem pouze v max. rozsahu 3 hod., ať už v kuse, nebo rozložených na několik návštěv. (viz Sazebník zdravotník výkonů, zdroj: <https://szv.mzcr.cz>)

¹¹⁷ Formy domácí péče se odvíjí potřeb vzhledem ke zdravotnímu stavu člověka. Rozlišují se: 1) domácí hospitalizace – např. pooperační nebo poúrazová péče; 2) dlouhodobá DP – často

sociálním prostředí seniora. Jde např. o odběry biologického materiálu, měření např. tlaku, glykemie, aplikace injekcí, ošetřování ran. Sestry ale také poskytují složitější výkony jako jsou péče o stomie¹¹⁸, podávání infuzí nebo výživy sondou apod. Senior se tak nemusí kvůli těmto výkonům dopravovat, nebo být dopravován, na odběrové místo či k praktickému lékaři.

- Indikace pečovatelské služby a různých forem rehabilitace.
- Posouzení zdravotního stavu pro účely sociálních dávek či příspěvku na péči nebo potvrzení žádosti o sociální služby terénní či pobytové.
- Poskytnutí poradenství a konzultace k výběru kompenzačních pomůcek.
- Pokud¹¹⁹ VPL zná nejen pacienta, ale i jeho rodinu a sociální zázemí včetně bydlení, může iniciovat i potřebné úpravy v domácnosti směrem k bezpečnosti seniora nebo odhalit nevhodné zacházení, zanedbávání apod.
- A především jde o provádění depistáže¹²⁰ a dispenzarizace¹²¹. U depistáže je však situace ztížena tím, že nejde o plošnou depistáž, ale pouze o praxi u lékaře registrovaných pacientů. (Kalvach a kol., 2011, s. 182–183; Seifert, Čeledová a kol., 2012, s. 14–17)

po měsíce až roky; 3) preventivní DP a 4) hospicová (paliativní) DP, při níž neplatí časová podmínka max. 3 hodin denně. (Kalvach a kol. 2011, s. 185)

¹¹⁸ Stomie je umělé vyústění dutého orgánu na povrch těla. Může být dočasná, nebo trvalá. K tomuto chirurgickému výkonu se přistupuje např. při řešení zhoubného nádoru tlustého střeva. (Zdroj: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/3392>)

¹¹⁹ Bohužel ta výhoda, že lékař znal celou rodinu, mnohdy nepřekala změny, ke kterým došlo po revoluci, především v souvislosti se zrušením vymezených „obvodů“. Rodinní příslušníci si tak mohou zvolit praktického (již ne „obvodního“) lékaře podle vlastní volby, takže není výjimkou, že každý člen domácnosti je registrovaný u jiného praktického lékaře.

¹²⁰ Depistáž = cílevědomé včasné vyhledání ohrožených lidí, čímž by došlo k identifikaci osob, kteří v danou chvíli již potřebují, nebo v dohledné době budou potřebovat dlouhodobou zdravotně-sociální podporu. Výstupem je buď dispenzarizace, nebo „case management“ coby nastavení ucelené podpory. (Kalvach a kol., 2011, s. 163)

¹²¹ Dispenzarizace = aktivní sledování klientů/pacientů dlouhodobé zdravotně-sociální péče, a to formou periodických návštěv, doplňováním služeb podle aktuálních potřeb, obzvláště v situacích, které jsou pro danou osobu zátěžové nebo rizikové s možností dekompenzace zdravotního stavu (Kalvach a kol., 2015, s. 20).

Zmíněné položky dokazují, že sociální služby jsou spjaty s poskytováním zdravotní péče, a že naopak k řadě sociálních služeb je třeba zhodnocení zdravotního stavu. (Seifert, Čeledová a kol., 2012, s. 15)

V současnosti probíhá v ČR reforma primární péče. V rámci ní by mělo dojít k jejímu posílení tak, aby byla schopna poskytnout v maximálním rozsahu co nejširší a kvalitní péči. (MZČR, 2020) Ta by se měla uskutečňovat co nejbližší bydliště pacienta v ordinaci praktického lékaře, se kterým má dlouhodobý a důvěrný vztah, který jej dobře zná. (ČLK, 2019)

V budoucnu se bude více prosazovat týmová práce. VPL bude potřebovat více kvalifikovaného zdravotnického, ale i pomocného personálu. (Čeledová, Holčík a kol., 2017b, s. 98) V tomto duchu hovoří i nová koncepce změn primární péči – tradiční model 1 lékař + 1 sestra se jeví jako nedostačující, moderní praxe si žádá více nelékařského zdravotního personálu, a to nejen sester. (ČLK, 2019)

V zahraničí je trendem i integrovaná komunitní péče, která v sobě nese jak zdravotní, tak sociální péči – ty se prolínají a navzájem tak vytváří kontinuální koordinovaný systém s nastavenou velmi důležitou obousměrnou zpětnou vazbou. Informace tak běží od lékaře k sociální službě, a naopak. (Seifert, Čeledová a kol., 2012, s. 16) Tomuto tématu se budu dále věnovat v kap. 5.

3.3 Sociální pracovník – jiný odborný pracovník

Sociální práce ve zdravotnictví je rozmanitá, vykonávají ji jak sociální pracovníci, tak zdravotně-sociální pracovníci. Podle Kuzníkové a kol. (2011) je smyslem práce obou pomoci nejen samotnému pacientovi (v terminologii medicínské) / klientovi (v terminologii nejen sociálních služeb, vyjadřující vztah jedné strany službu/péči poskytující a druhé strany přijímající) s odstraněním nebo zmírněním negativních sociálních důsledků jeho nemoci, ale pomoci v tom taktéž jeho nejbližší rodině či širšímu prostředí. Pracovník přitom využívá vlivu psychosociální sféry k lepší adaptaci, motivaci a celkově k jeho kvalitnějšímu životu.

Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka upravuje ve svých paragrafech 109–111 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále ZoSS¹²²). Právě z § 111 vyplývá povinnost dalšího vzdělávání v rámci prohloubení kvalifikace, a to v rozsahu nejméně 48 hodin za 2 po sobě jdoucí kalendářní roky.

Dále se sociální práci ve zdravotnictví věnuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (dále ZoNZP¹²³), který sociálního pracovníka, stejně jako oftalmopeda, logopeda či psychologa, označuje jako „jiného odborného pracovníka“ (dále JOP).

Vlastní činnosti JOP se věnuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Podle § 44 sociální pracovník vykonává činnosti *pod odborným dohledem nebo pod přímým vedením zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování zdravotní péče*. Mimo jiné vede např. zdravotnickou dokumentaci a dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s příslušnými právními předpisy. Ještě přesněji je činnost sociálního pracovníka vyjasněna v § 51:

- může posuzovat životní situaci pacienta,
- provádět sociálně-právní poradenství,
- a ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky sociální šetření nebo psychosociální intervenci do životní situace pacienta.

¹²² Zákon je online dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>.

¹²³ Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) je dostupný z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96?text=96%2F2004>.

3.4 Zdravotně-sociální pracovník

3.4.1 Rozsah činností zdravotně-sociálního pracovníka

Na rozdíl od výše zmíněného sociálního pracovníka (tedy jiného odborného pracovníka) vykonává zdravotně-sociální pracovník (dále ZSP) svoji odbornou činnost dle § 9 již zmíněné vyhlášky č. 55/2011 Sb. bez dohledu a bez indikace. Za výkon povolání ZSP se považuje dle § 10 ZoNZP činnost v rámci *preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče*. Dále se ZSP podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb.

Mezi další profesní kompetence ZSP patří např.:

- provedení zápisu do zdravotnické dokumentace a další dokumentace vyplývající z jiných právních předpisů, ZSP pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb;
- dále poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně poskytuje pokyny lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, klinického psychologa, klinického logopeda, ergoterapeuta nebo fyzioterapeuta;
- podílí se na přípravě standardů;
- motivuje a edukuje jednotlivce, rodiny a skupiny osob ve spolupráci s multidisciplinárním týmem k přijetí zdravého životního stylu a k péči o sebe;
- provádí sociální šetření u pacientů a posuzuje životní situace pacienta ve vztahu k nemoci nebo k jejím následkům, podle potřeby objektivizuje rozbor sociální situace na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovává zprávu o posouzení životní situace pacienta;
- ZSP sestavuje plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizuje;

- účastní se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získává pacienti a jejich sociální okolí. (Viz kap. 5.1 Věstníku MZ¹²⁴ č. 15/2022, z prosince 2022)

K dalším nejčastějším činnostem ZSP patří podle vlastního šetření Havlíkové a Hubíkové (2011, s. 202–206) např. i tyto:

- být s klienty, když to potřebují, povzbuzovat je,
- obhajovat stanoviska nebo zájmy klientů při jednání s jinými lidmi anebo organizacemi,
- zastupovat klienty při vyřizování záležitostí s jinými organizacemi,
- vyřizovat žádosti – posuzovat nárok klienta na dávku nebo službu,
- vyhledávat klienty a navazovat s nimi kontakt.

3.4.2 Získání odborné způsobilosti, další vzdělávání

V § 10 ZoNZP se hovoří o možnostech, jakými lze získat odborná způsobilost k výkonu povolání ZSP. Lze ji získat absolvováním:

- akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření;
- nebo specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získání odborné způsobilosti všeobecné sestry.

Nebo:

- Studium na VOŠ v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální

¹²⁴ Věstník MZ č. 15/2022 je online dostupný:

<https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/wepub/8860/35359/Priloha-c.-28-%E2%80%93-AKK-%E2%80%93-Zdravotne-socialni-pracovnik.pdf>

a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost společně s absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu (AKK) zdravotně-sociální pracovník.

- Studium na VŠ¹²⁵ v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku společně s absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu (AKK) zdravotně-sociální pracovník.

Podmínka ohledně nutnosti absolvovat příslušný AKK v obou případech neplatí, pakliže je už osoba odborně způsobilá k výkonu povolání všeobecné nebo dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře.

Aktuální vzdělávací program zdravotně-sociální pracovník je uveden ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR č. 15/2022¹²⁶. Jen v krátkosti představím jeho rozsah:

- Obsahuje celkem 90 hod. teoretické výuky a 80 hod. odborné praxe v akreditovaném zařízení¹²⁷ poskytovatele zdravotních služeb = celkem 170 hod, přičemž „hodina“ teorie trvá 45 min. a odborné praxe 60 min.
- Vzdělávání je možné v denní nebo kombinované formě, teoretická část může proběhnout i v distanční formě.
- Max. doba kvalifikačního vzdělávání je 1 rok.
- Vzdělávací program sestává z 10 modulů.¹²⁸

¹²⁵ Na webových stránkách ministerstva zdravotnictví je pravidelně zveřejněn seznam zdravotnických studijních programů a oborů VŠ, kterým bylo uděleno souhlasné či nesouhlasné stanovisko. V případě absolvování takového programu či oboru osoba získává způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. (Zdroj: <https://mzd.gov.cz/prehled-souhlasnych-stanovisek-vs/>) Podle poslední aktualizace k 4. 1. 2024 má akreditaci celkem 7 VŠ – Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Ostravská univerzita, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Univerzita Palackého v Olomouci, Univerzita Pardubice, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Vysoká škola polytechnická Jihlava.

¹²⁶ Dostupný online: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>

¹²⁷ Dle aktualizovaných údajů k 1. 3. 2024 jsou v ČR 3 akreditovaná zařízení: 1) NCO NZO v Brně, 2) Institut zdravotních a sociálních věd v Praze 4 a 3) VOŠ ekonomická, sociální a zdravotnická, Obchodní akademie, SPŠ a SZŠ Most.

¹²⁸ Těmi jsou Zdraví a zdravotnictví + Základy zdravotnické legislativy, Vnitřní lékařství, Pediatrie, Chirurgie, Geriatrie, Neurologie, Psychiatrie, Epidemiologie a Ošetřovatelství.

- Kurz je ukončen závěrečnou zkouškou, která se skládá z praktické a teoretické části.
- V rámci odborné praxe jsou předepsány výkony, kterými musí účastník projít. V závěru zpracovává kazuistiku.
- Obě části kurzu jsou zpoplatněny (buď částku hradí organizace, která účastníka na kurz vysílá, nebo je účastník v kurzu na vlastní náklady).

Zdravotně-sociální pracovník, má dále dle § 53–54 ZoNZP povinnost celoživotního vzdělávání^{129, 130} – tedy průběžné obnovování, prohlubování či zvyšování a doplňování vědomostí a své způsobilosti. Stejná povinnost platí také pro sociální pracovníky v pozici JOP. Na rozdíl od sociálních pracovníků, tedy pracujících dle ZoSS mimo zdravotnictví, nemají ZSP ani JOP přímo hodinově tuto povinnost¹³¹ stanovenou.

3.4.3 Uplatnění zdravotně-sociálního pracovníka v ČR

Zdravotně-sociální pracovník pomáhá podle Geissler a kol. (2019a, s. 38) pacientům v rámci interdisciplinárních (multidisciplinárních) týmů v lůžkových zdravotnických zařízeních jako jsou rehabilitační ústavy nebo léčebny dlouhodobě nemocných a hospicová zařízení. Nejčastěji ho však zastihneme v nemocnicích. Jeho zaměstnávání je v těchto zdravotnických zařízeních zcela v rukou managementu, který rozhoduje, zda sociální práci z rozpočtu financovat bude, či nikoliv (Kuzníková a kol., 2011, s. 21).

Toto vyjádření souhlasí i s výzkumným šetřením Musila a kol. (2011, s. 214), z něhož vyplynuly dva směry vnímání pozice ZSP:

- Část zkoumaných zdravotnických zařízení pracovníka specializovaného na výkon sociální práce ani nemá, ani jej zaměstnat nechce. Přitom ale

¹²⁹ Formami celoživotního vzdělávání dle § 54 jsou např.: certifikované kurzy, specializační vzdělávání, odborné stáže, účast na školicích akcích, konferencích apod., ale také samostatné studium odborné literatury či e-learningové kurzy.

¹³⁰ Celoživotní vzdělávání nabízí např. NCO NZO Brno nebo IPVZ Praha.

¹³¹ Sociálním pracovníkům povinnost dalšího vzdělávání stanovuje zákon č. 108/2006 Sb. ve svém § 111.

nikdo z těchto institucí nevyprávěl, že se u nich sociální práci vůbec nevěnují... asi ji vykonává jiný typ pracovníka než sociální pracovník nebo ZSP. Zde je sociální práce zřejmě vnímána jako okrajová činnost, kterou mohou v rámci své vlastní profese vykonat jiní pracovníci.

- Avšak jakmile zařízení takového specializovaného pracovníka pro výkon sociální práce má (přesněji přímo ZSP), pocítují vedoucí pracovníci největší deficit úvazků (u nezdravotnických pozic) právě u těchto ZSP. Zde je nejspíš sociální práce vnímána jako specifická forma intervence, která přísluší odborně připravenému pracovníkovi.

Pro ilustraci uvádím výsledek vlastního dotazování u pěti nemocnic, jehož cílem bylo zjistit, zda zaměstnávají sociálního pracovníka či ZSP, a pakliže ano, kdo jsou jejich nadřízení vedoucí. Byly jimi např. hlavní sestra, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči či náměstkyně pro nelékařská zdravotnická povolání. (Sedláčková, 2023, s. 65)

Od roku 2023¹³² je zdravotně-sociální pracovník vsazen do nové funkce – tzv. odborného nelékařského zdravotnického pracovníka (ONZP) – jehož úkolem je posuzování zdravotního stavu fyzických osob pro účely sociálního zabezpečení. (MPSV, 2022) K tomuto kroku došlo z důvodu zefektivnění procesu vyřizování vysokého počtu podaných žádostí při dlouhodobém nedostatku posudkových lékařů.

Prvotní předpoklad¹³³ byl, že tým posudkový lékař + ONZP zvládne podstatně více práce, i když bude ONZP zpracovávat posudky v méně složitých agendách.

¹³² Na základě zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Online dostupné: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-582/zneni-20240101?text=odborn%C3%BD%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%BD>

¹³³ Podle tiskové zprávy z 2. 12. 2022 bylo cílem vytvořit zhruba 160 systemizovaných míst odborných nelékařských zdravotnických pracovníků (tedy ZSP v pozici ONZP). Zpráva dostupná: https://www.mpsv.cz/documents/20142/2786931/TZ_LPS_Sen%C3%A1t_021222.pdf/ef18fc84-91b0-5b12-fd2d-ed0b0d1a8ae3

V současnosti jsou tito ONZP zařazeni pod nově vzniklý Institut posuzování zdravotního stavu, k 1. 4. 2024 jejich počet činil 77 osob¹³⁴.

Podle metodických pokynů IPZS zpracovávají ONZP posudky v oblasti řízení nepojistných systémů¹³⁵ – čímž pádem na jedné žádosti fyzické osoby spolupracují zároveň sociální pracovník na straně ÚP a zdravotně-sociální pracovník v IPZS.

Pro ilustraci – pro postupy týkající se např. vyřizování příspěvku na péči (PnP) jsou ONZP zmiňováni v základních metodických pokynech č. 8–10/2023¹³⁶. Podle těchto pokynů je posudek ONZP platný pouze po schválení a podepsání příslušným posudkovým lékařem, ten také zodpovídá za úplný a přesvědčivý obsah tohoto posudku. Zdravotně-sociální pracovník v pozici ONZP (v úvazku 1,0) má za úkol vypracovat 120 posudků o zdravotním stavu za měsíc – průměrná časová dotace na 1 posudek činí 60 minut¹³⁷. Tento ukazatel optimální činnosti se samozřejmě upravuje v případě nepřítomnosti ONZP v práci (resp. je k nepřítomnosti při vyhodnocování přihlíženo).

V rámci zdravotnictví by pacienti mohli těžit ze spolupráce se sociálním pracovníkem – resp. přímo se ZSP – i v jiných formách péče (výše definovaných¹³⁸ dle ZoZS). Když pomínu jednodenní péči¹³⁹, tak by sociální pracovníci a ZSP mohli nabídnout svoje znalosti, dovednosti a kompetence v domácí péči a v rámci spolupráce s lékaři primární péče. Z těchto lékařů

¹³⁴ Tuto informaci jsem získala na základě podané žádosti na podatelnu IPZS podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, dne 12. 4. 2024. Žádost o informaci byla podána datovou schránkou.

¹³⁵ Dle čl. 2 bod 3) metodického pokynu ředitelky sekce LPS č. 9/2023 se s ohledem na náročnost jednotlivých agend ONZP přidělují k posuzování žádostí pro účely nepojistných systémů.

¹³⁶ Metodické pokyny jsem získala na základě podané žádosti na podatelnu IPZS podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, dne 12. 4. 2024. Žádost o informaci byla podána datovou schránkou.

¹³⁷ Viz čl. 10 bod 1) písm. e) Metodického pokynu ředitelky LPS č. 9/2023.

¹³⁸ Připomenou dělení forem zdravotní péče dle zákona o zdravotních službách (ZoZS): ambulantní péče, jednodenní, lůžková a poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta – návštěvní služba a domácí péče. (viz. § 6–10 ZoZS)

¹³⁹ Při jednodenní péči je zdravotní péče pacientovi na lůžku poskytovaná po dobu kratší 24 hodin, a to vzhledem k charakteru a délce poskytovaných zdravotních výkonů. Musí však být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové intenzivní péče (viz § 8 ZoZS).

primární ambulantní péče¹⁴⁰ mám v rámci mého tématu péče o seniory na mysli především spolupráci se všeobecným praktickým lékařem. Nicméně propojení sociální práce s praktickými lékaři pro děti a dorost, zejména spolu se širším zapojením sociální práce do školství, se mi jeví jako velký důvod k zamyšlení.

¹⁴⁰ Jsou jimi: všeobecný praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost, zubní lékař, lékař z oboru gynekologie a porodnictví (viz § 3 ZoZS).

4 NEFORMÁLNÍ PÉČE

Pojem „neformální péče“ nemá jednotnou definici. Zatímco podle Dobiášové a kol. (2015) formální poskytovatelé mají na starosti medicínskou a fyzickou stránku péče, neformální pečující nabízí seniorovi „zbytek“ – osobní péči, pomoc v domácnosti i emocionální podporu. Podle Průši a kol. (2021, s. 271) v souvislosti s neformální péčí mluvíme o péči „laické“, a to z toho důvodu, že ji nabízí i osoby, které nemají přímo vzdělání v relevantních oborech, které s péčí souvisí. Ale i přesto podle Jeřábka a kol. (2013, s. 56) pečující zvládnou poskytovat všechny složky péče – zdravotní (kromě akutní) i sociální, fyzickou (ošetřovatelskou/pečovatelskou) i emocionální.

Neformální péče je též označována za „rodinnou“, což např. rozvíjí i Jarolímová a kol. (2016, s. 129) při zvažování celého „rodinného systému“ v rámci poskytované péče, ať už jde o samotnou rodinu nebo jiné blízké osoby. Přičemž je nutné vzít v potaz, že osoby v systému nejsou jen ty, které péči poskytují, ale také ty, které se naopak nezapojují a mnohdy i aktivně tvoří překážky pro péči.

Ať je tedy definice neformální péče jakákoliv, podstata je tatáž... jde o neprofesionální péči poskytovanou z jiných pohnutek než jako primární zdroj příjmu, přičemž jde o péči o blízkého člověka, který tuto pomoc potřebuje kvůli své snížené soběstačnosti, ať už je jejím podkladem cokoliv... věk, zdravotní stav, sociální podmínky apod. Péče o starší členy rodiny je v povědomí lidí odnepaměti, se zvyšujícím se počtem seniorů v populaci se i podle Geissler a kol. (2019a, s. 4) otázka neformální péče postupně a s větší naléhavostí dostává do veřejně-politického prostoru.

Zmíněné pohnutky pro započítání péče mohou být různé – podle Závěrečné zprávy z šetření jsou 3 hlavní důvody tyto: Postarat se je normální (70 %), Mám k osobě blízký vztah (69 %) a Cítím morální povinnost postarat se o blízkého člověka (47 %). (Fond dalšího vzdělávání, 2018, s. 40)

4.1 Náročnost a dopady neformální péče

Skupina pečujících osob je velmi různorodá, jak co do pohlaví, věku, vzdělání, příjmu, vztahu k opečovávané osobě atd. Podle Geissler a kol. (2019a, s. 11) se k péči o blízkou osobu v ČR hlásí 22 % dospělých, zkušenosti z minulého pečování má 32 % Čechů, současnou i minulou zkušenost má 45 % dospělých osob. Autoři potvrzují i obecný náhled, že péči o bližního poskytují převážně ženy... uvádí, že ženy tvoří 62 % z pečujících osob.

Nejvíce (83 %) je péče poskytována jedné osobě, 13 % pečujících se stará o 2 osoby a jen 4 % osob pečuje o více jak 3 osoby. Většina péče (83 %) je poskytována osobám starším 60 let, přičemž nejčastěji je pečováno o rodiče (37 %), dále o prarodiče (16 %), o partnery (14 %) a o rodiče partnerů (11 %). (Geissler a kol., 2019b, s. 12)

Podle Průši a kol. (2021, s. 268) je ve 24 % pečujícím jen jedna osoba. Podle autorů tato situace může nastat např. z důvodu vyšší soběstačnosti opečovávaných seniorů, pak je v polovině případů pečováno do 20 hodin za týden. Ale v druhé polovině případů tak tomu být nemusí – pak taková péče pro pečujícího znamená velkou zátěž, jež jen z pohledu času dosahuje rozsahu 18–105 hodin týdně.

Řada pečujících osob patří mezi tzv. sendvičovou generaci. Vlastně o generace dvě – jednak jde o osoby v produktivním věku, které pečují jak o svoje děti a zároveň o rodiče či prarodiče, a pak jde o osoby, které se k seniorskému věku blíží, nebo v něm již jsou, a které se starají na jednu stranu o své rodiče nebo staršího partnera a zároveň vypomáhají s péčí o vnoučata. (Špaková, 2021, s. 14)

Poskytovaná péče může být různého charakteru – v přítomnosti opečovávaného nebo vykonávaná na dálku – je i různého rozsahu. V základu záleží na schopnostech opečovávaného vykonávat činnosti všedního života, resp. se péče odvíjí od toho, ve kterých činnostech potřebuje:

- dohled – např. sledovat zdravotní stav opečovávané osoby, kontrolovat užívání léků, hlídat její bezpečí, aby neupadla nebo se neztratila apod.

- pomoc – např. asistovat při přesunu z místa na místo, ale i výpomoc v rámci komunikace se třetími osobami, úřady apod.
- péči – např. psychická podpora, úkony osobní hygieny, drobné zdravotní úkony, příprava a podání stravy apod.

Vnímaná náročnost poskytované péče záleží na mnoha faktorech – např. zda bydlí opečovávaná osoba spolu s pečujícím, nebo za ním musí pečující dojíždět, zda je pečující osoba zaměstnaná a nakolik se jí daří sladit práci a život, zda se pečující kromě seniora stará ještě i o svoje potomky, v jaké fyzické a psychické kondici se pečující cítí, jaké má pro péči zázemí uvnitř i vně rodiny apod. Pro pečující osobu tak může být péče náročná hned v několika rovinách:

- Fyzická náročnost.

K fyzicky náročnějším činnostem bude jistě patřit péče o domácnost, která je dle Geissler a kol. (2019b, s. 12) pečujícími poskytována nejčastěji (75 %), a také přímá péče o opečovávanou osobu (51 %). Je nutné si uvědomit, že na péči nikdo pečující osobu nepřipravil, a přitom je často nucena vykonávat fyzicky namáhavou péči, ke které není potřeba jen prostá fyzická síla, ale také jistý grif (Průša a kol., 2021, s. 323). Není divu, že jsou pečující vystaveni fyzickému vypětí, které se v dlouhodobém kontextu může odrazit na jejich vlastním zdraví – ženy si např. často z péče odnáší problémy se zády aj.

- Psychická náročnost.

Kontakt s nemocným a nesoběstačným člověkem může být náročný už jen pro samotnou připomínku vlastní zranitelnosti a ohrožení existence. (Vágnerová, 2014, s. 79) Další zátěž může plynout např. z konfliktu rolí ve vztahu pečující-opečovávaný nebo také z agresivity opečovávané osoby s demencí či jejího problematického chování apod. Psychicky náročný může být také dopad péče do rodinných vazeb... např. nutnost volby v případě současné péče o rodiče a potomky pečujícího (u tzv. sendvičové generace).

Podle Jeřábka a kol. (2013, s. 86) se vyšší psychická i fyzická (ev. také finanční) zátěž projeví při vyšší časové náročnosti a se vzrůstajícími reálnými

nároky na péči. Respondenti výzkumu vedeného pro Charitu¹⁴¹ ČR odpověděli, že psychická, finanční a fyzická náročnost patří mezi největší obavy spojené s pečováním.

Podle Geissler a kol. (2019b, s. 13) měla poskytovaná péče pro 11 % pečujících dopad na zhoršení jejich vlastního duševního zdraví. Dobiášová a kol. (2015) uvádí, že podle OECD je mezi pečujícími osobami o 20 % vyšší záchyť psychických problémů než mezi nepečujícími osobami. Navíc někteří pečující při péči z různých důvodů (čas, přednost řešení problémů opečovávaného...) odkládají řešení svých vlastních zdravotních problémů.

- Časová náročnost.

Zátěží jsou pro neformálního pečujícího i vlastní časové nároky na poskytovanou péči, protože v ní tráví mnohem více času než jakýkoliv odborník, který je pro výpomoc nasmlouván. Čas potřebuje např. na vlastní osobní péči, pro vyhledávání potřebných informací, na nákupy a vaření, na dopravu k lékařům, ale i na cestu k opečovávané osobě, pakliže s ní nesdílí společnou domácnost. Podle Geissler a kol. (2019b, s. 12) se až 70 % pečujících péči věnuje do 20 hodin týdně, dalších 19 % poskytuje péči 20–39 hodin... tedy hodinově skoro jako poloviční až plný pracovní úvazek.

- Omezení či odtržení se od vlastních sociálních vazeb.

Podle Holeňové (2019, s. 61) jsou velmi často vnímanými problémy pocit izolace a omezení sociálního života např. z důvodu, že je pečující péči hodně časově vytížený, cítí neochotu či strach okolí z kontaktu s rodinou, která pečuje o osobu s diagnózou, ke které se váže nějaké stigma apod. Tyto důvody pak mohou navodit ještě těsnější spojení pečujícího s opečovávanou osobou... až jakousi závislost. Pečující často zaujme takový „životní styl“, který ho izoluje

¹⁴¹ Výzkum pro Charitu ČR realizovala společnost ppm factum research s.r.o. Název: *Vnímání stáří a péče o blízké*. Zprávu z výzkumu jsem si vyžádala přímo na centrále společnosti. Pro psychickou náročnost se vyslovilo 52 % respondentů, pro finanční 47 % a pro fyzickou 24 % oslovených.

(někdy i s opečovávanou osobou) od okolního světa (Mikanová a Dvořáková, 2020, s. 51)

- Vliv na osobní aktivity.

Z výzkumu Jeřábka a kol. (2013, s. 100) vyplynula řada aktivit, kterých se pečující dobrovolně chtěli či se museli vzdát... mezi nejvíce citované položky patřily dovolená, volný čas k odpočinku, koníčky a čas pro sebe.

- Vliv na pracovní a finanční zajištění.

Podle Geissler a kol. (2019b, s. 13) celkem 14 % pečujících vypovědělo, že se jim během poskytování péče zhoršila finanční situace. Nepochybně to často souvisí s omezením pracovní aktivity z důvodu vyšší časové náročnosti poskytované péče. Mnoho pečujících tak kvůli péči opouští pracovní trh, což má vliv nejen na rodinný rozpočet, ale i na ten státní. S tímto souhlasí také Pospíšil a kol. (2016, s. 28), když uvádí, že u pečujících dochází k propadu celkových příjmů, čímž jsou ohroženi zvýšeným rizikem vzniku chudoby v produktivním i postproduktivním věku.

Navíc je do poskytované péče často nutné investovat nemalé peníze např. na nákup pomůcek, úpravy v bytě apod., které jsou pak kryty právě z rozpočtu pečující rodiny. Ačkoliv se tedy může zdát, že neformální péče nic nestojí, opak je pravdou (Remr, 2020, s. 163)

- Nutnost si poradit s nedostatkem služeb a informací, nefunkční nebo nevhodně nastavenou institucionální podporou.

Pečující o osoby s demencí postrádají průvodce při řešení vzniklých problémů a pro pomoc při výběru potřebných služeb, protože si nejsou schopni kvůli neznalosti problematiky nemoci sami informace zajistit (Dragomirecká a kol., 2022, s. 208).

Pečující se také často potýkají s nemožností domluvit si pečovatelskou službu podle aktuálních potřeb pečujícího nebo opečovávaného. Podle Dragomirecké a kol. (2021, s. 37) pečující neznají kompetence pracovníků, co smí, nebo nesmí... Typicky jde např. o nemožnost sjednat službu na vyšší počet hodin

nebo na hodiny večerní/noční, zvolit náhradní činnost v momentu nemožnosti provést v danou chvíli dopředu sjednanou službu (např. místo koupání seniora provést úklid či jinou činnost v domácnosti) apod. Pečující jsou si podle Mikanové a Dvořákové (2020, s. 57) vědomi toho, že využívání sociálních služeb by jim bylo ku prospěchu v jejich péči, využívají je ale v reálu méně, než by chtěli, a to z důvodu nedostupnosti v dané lokalitě nebo kvůli malé kapacitě služeb stávajících. Tuto skutečnost potvrzuje i Horecký a kol. (2021, s. 21), když uvádí, že kvůli nedostatečným kapacitám je někdy klient nucen využívat disponibilní služby, a ne ty, které by opravdu v danou chvíli potřeboval.

V případě, že je opečovávaný senior při zhoršení zdravotního stavu hospitalizován, existují podle Pospíšila a kol. (2016) případy, kdy se senior vrátil zpět zhoršený v tom smyslu, že měl např. opruzeniny, dekubity, trpěl podvýživou nebo byl pohybově horší. Z vlastní zkušenosti mohu jako příklad uvést ještě případy, kdy se u seniora rozvinul zánět močových cest z důvodu nasazení močové cévky, ačkoliv do té doby senior na WC docházel a inkontinenční plenu měl jen jako pojistku, nebo v nemocnici nuceně přešel na tyto pleny a po příjezdu do domácího prostředí již nebyl schopen se vrátit k původnímu režimu „pojistky“ a plena se stala nutností.

Právě i zdravotnické pomůcky (např. zmíněné inkontinenční pomůcky, nebo zařízení pro ulehčení přesunu nepohyblivé osoby) by měly pečujícím ulehčit péči, ale prakticky vzato jejich obstarání mnohdy znamená jen velkou přítěž.

A právě, pokud jde o tuto individuálně vnímanou obtížnost péče, z výzkumu Dragomirecké a kol. (2021, s. 35) vyplývá, že pečující osoby (v tomto případě o osoby s demencí) považují těchto pět oblastí péče jako nejtěžší: 1) komunikace s člověkem s demencí; 2) zvládnutí stresu spojeného s péčí; 3) výběr vhodných služeb a jejich poskytovatelů; 4) emoční podpora a 5) dozvědět se o nárocích o pomoc. Z následujících 12 položek, které byly hodnoceny jako druhé nejtěžší jsou opět zmiňovány oblasti související s informační podporou (např. získat informace o dostupných službách, komunikace s lékaři, najít informace o povaze onemocnění) a s organizací péče (např. uspořádání péče a rozdělení úkolů, zajištění fungování rodiny).

Z výše uvedeného vyplývá, že neformální péče o seniory je nesmírně náročná a často s sebou nese závažné negativní dopady na kvalitu života pečující osoby, která se ale podle Dobiášové a kol. (2015) v ČR necítí finančně, ani morálně dostatečně ohodnocena. Navíc efekt celkového vyčerpání v kombinaci s pocitem marnosti z vynaloženého úsilí a s pocitu negativní změny citového vztahu s nemocným mohou přivést pečující osobu až ke vzniku syndromu vyhoření (burn-out syndromu). (Vágnerová, 2014, s. 79)

V důsledku nejen demografických změn, ale také kvůli změnám ve velikosti a struktuře rodin a při nedostatku formálních sociálních služeb, bude neformální péče stále větší výzvou (Plöthner, 2019).

4.2 Příběh z praxe č. 2 – žena, 46 let

Paní Eva žije sama se svou 17letou dcerou na okraji Brna, manžel jí před 5 lety tragicky zemřel. Pracuje v jedné větší pojišťovně v oddělení klientské podpory. Dcera bude za dva roky končit střední školu, ráda by studovala dál na vysoké škole, ale její vysněný obor se bohužel v Brně neotevívá.

Kromě dcery se paní Eva stará i o své rodiče, kteří bydlí ve svém domě se zahradou na okraji Brna. Maminka (71 let) ještě před rokem chodila vypomáhat kolegyním do výroby lahůdek, kde posledních 20 let pracovala. nyní ji ale hodně trápí bolesti zad, má diagnostikovaný VAS, takže s výpomocí musela skončit. Ani o domácnost a zahradu se už nezvládá v plné míře postarat jako dříve, což ji psychicky hodně tíží. Tatínek (75 let) celý život pracoval jako řidič autobusu, měl ale před 7 lety těžký srdeční infarkt. Po léčbě se už do práce nevrátil. Má nadváhu, trpí diabetem a problémy s ním spojenými. Má na zahradě svoji dílnu, v níž tráví skoro celý den.

Paní Eva za rodiči dojíždí každý druhý třetí den, jak jí to práce dovolí. Pomůže mamince, co v danou chvíli potřebuje, většinou v domě uklidí a přiveze s sebou nákup, protože maminka nesmí nosit těžké věci. Často s sebou vezme i nějaké uvařené jídlo nebo upečený koláč, aby maminka nemusela dlouho stát u vaření. Manželé spolu příliš nekomunikují, tatínek je hodně výbušný,

často se proto hádají. Paní Eva tak mamince jezdí dělat i společnost, aby nebyla tolik smutná, jako poslední dobou bývá.

Je to asi půl roku, co byla paní Eva na kontrole u neuroložky, k níž chodí skoro 15 let kvůli velkým migrénám. Ty za poslední roky hodně ustoupily, za což je moc ráda, protože ji hodně limitovaly doma i v zaměstnání. Při zevrubné kontrole paní doktorka náhodou zachytila nepravidelnost srdečního rytmu. Paní Eva také přiznala, že trpí různými bolestmi zad a břicha, které mají různou intenzitu a stěhují se. V posledních měsících proto postupně absolvovala rentgen páteře, sono břicha i gastrokopii, všechny výsledky byly v pořádku. Při důkladném rozhovoru s lékařkou, ke které má tak dlouho dobu velkou důvěru, si paní Eva postěžovala, že je toho na ni moc... práce, dcera, rodiče a teď i vlastní zdravotní problémy...

Paní doktorka jí tedy nabídla, že na bolesti páteře jí napíše poukaz na 7 procedur na rehabilitačním oddělení a že by jí také ráda předepsala Cipralex (antidepresiva), aby zátěž a stres lépe zvládala. Paní Eva ale nové léky tohoto typu nechtěla, nasazení antidepresiv se přímo lekla... domluvila se tedy s paní doktorkou, že se na lécích domluví, až přijde po absolvování rehabilitace.

Během měsíce, co chodila paní Eva na procedury, měla čas přemýšlet. Pomohla jí k tomu i sama fyzioterapeutka, poradila jí, aby se zamyslela, zda by jí nepomohla nějaká forma výpomoci ze strany sociálních služeb. Paní Eva byla nejdříve proti o něčem podobném vůbec uvažovat, péči o rodiče od počátku cítila jako svoji povinnost... postupem času ale svůj názor změnila a přijala myšlenku, že nechat si v péči pomoci není projev její slabosti, ale cesta k tomu, aby se sama z péče nezhroutila, a přitom rodiče dostali to, co potřebují a co jim sama doteď poskytuje.

Paní neuroložce při následné kontrole po rehabilitaci sdělila, že se rozhodla oslovit sociální pracovníky s prosbou o pomoc. Doufá, že jí pomohou zajistit nějaké služby, které by jí časově trochu uvolnily ruce, aby se mohla více věnovat sobě a dceři, aby spolu mohly třeba trávit více času... Slibuje si od toho snížení stresu a tím i celkové zlepšení psychického stavu. Věří, že tím

pádem antidepressiva bude moct nechat až jako poslední variantu řešení jejich zdravotních problémů...

4.3 Potřeby neformálních pečujících

Ať už jsou motivy lidí k rozhodnutí pečovat v rámci neformální péče jakékoliv, nestačí jen „chtít“, ale člověk musí mít k péči také nastavené takové podmínky, aby péči „mohl“ poskytovat a měl i dostatek informací a praktické dovednosti, aby péči „uměl“ zvládat a „uměl“ si poradit. Lidé, kteří se sice mnohdy chtějí o svého blízkého postarat, při nedostatečném nasycení dalších dvou podmínek se cítí jako v pasti... pečovat sice chtějí, ale nemohou nebo neumí.

Remr (2020, s. 171-176) definoval celkem 9 oblastí potřeb, v mnohých se přímo odráží výše zmíněné prvky vnímané náročnosti péče o blízkou osobu. Remrovy potřeby doplním mimo jiné také o výsledky ze studie Plöthnera a jeho kolegů z roku 2019:

- **Vzdělávací potřeby** – je třeba zvolit správný čas i způsob intervence, protože vzdělávání příliš brzo/pozdě vůči uvažované/poskytované péči se mohou minout s vnímanou potřebou. Stejně tak tomu je i s případným obsahem vzdělávací aktivity.... např. pečující o osoby v terminálním stádiu onkologického onemocnění mohou potřebovat načerpat jiné informace než pečující o seniora s demencí.
- **Praktické potřeby** – např. osvojení si zásad manipulace s opečovávaným tak, aby byla efektivní a bezpečná pro obě strany. Praktické dovednosti tak mohou významně kvalitativně zlepšit poskytovanou péči.
- **Technické potřeby** – např. úpravy prostor podle individuálních potřeb opečovávané osoby, přístupu do nich apod.
- **Administrativní potřeby** – např. velká subjektivně vnímaná administrativní náročnost některých podání, nutnost opakovaného dodání identických dokumentů nebo dokládání informací, které „už někde v systému“ jsou, jako např. fotografie žadatele pro vyhotovení průkazu ZTP apod. Protože takové vyhotovení fotografie může znamenat

další problematickou přepravu opečovávané osoby kvůli jejímu pořízení. Není divu, že se některé rodiny raději rozhodnou o nějakou dávku/příspěvek/pomůcku nepožádat, protože předpokládají velkou administrativní náročnost.

- Psychologické potřeby – často neuvědomovaná potřeba, která s sebou nese velké ohrožení pečujícího ve smyslu nástupu různých neuróz, depresí, úzkostných stavů nebo psychosomatických zdravotních problémů apod. Zároveň tuto potřebu vidím jako hůře řešitelnou, protože ačkoliv podle výzkumu Charity ČR¹⁴² se 52 % osob obává psychické náročnosti péče, pomoc od odborníka na psychologii z nabídky jednotlivých prvků pomoci se ukázala jako nepříliš populární.
- Emocionální potřeby – v mnohém podobné psychologickým.
- Sociální potřeby – Remr sem řadí kromě kontaktů v rámci vlastní sociální sítě také komunikaci v rodině a komunikaci profesionální jako např. se zdravotníky, pečovateli nebo sociálními pracovníky.
- Zdravotní potřeby – spojené s vlastním zdravotním stavem pečující osoby, přičemž může jít o potřebu uvědomovanou i neuvědomovanou. Někdy pečující naplnění této své potřeby odkládají až na dobu, kdy za sebe najdou zástup. Nebo je to důvod pro umístění opečovávaného do respitní služby či pobytového zařízení.
- Finanční potřeby – zajištění dostatku finančních prostředků pro péči je významnou potřebou i dle výzkumu pro Charitu ČR¹⁴³, kde se pravidelná finanční pomoc např. od státu ocitla na prvním místě v hodnocení z nabídky variant pomoci. Podle Průši a kol. (2021, s. 277) celkem 23 % pečujících hodnotí svoji ekonomickou situaci jako spíše špatnou nebo velmi špatnou, 42 % pečujících v daném výzkumu nemá dostatek financí na úhradu výdajů spojených s péčí a 57 % si nemůže

¹⁴² Charita ČR: Vnímání stáří a péče o blízké. Výsledky dotazníkového šetření dostupné na dotaz v centrále společnosti.

¹⁴³ Charita ČR: Vnímání stáří a péče o blízké. Výsledky dotazníkového šetření dostupné na dotaz v centrále společnosti.

dovolit úpravu bydlení. Také ceny sociálních služeb mohou být pro mnohé pečující i opečovávané bariérou v jejich využívání.

Plöthner a kol. (2019) k výše uvedeným potřebám přidává samostatně ještě:

- Organizační potřeby – tedy postupy pro vytvoření rovnováhy mezi pracovním a osobním životem.
- Informační potřeby – např. informace o existujících sociálních službách, o zdrojích komunitní péče, o formálních podpůrných službách, ale také zdravotní informace k nemoci a informace ohledně lékařských intervencí, které jsou důležité pro další koordinaci péče o seniora.
- Potřeby společenského uznání – sem autoři řadí např. potřebu uznání důležitosti práce pečovatele... aby pečující byli respektováni, pochopeni a dostalo se jim povzbuzení nejen ze strany státu, ale od široké komunity.

V souvislosti s posledním bodem ještě Dobiášová a kol. (2015) doplňují:

- Být respektován jako partner při vyjednávání ohledně opečovávané osoby – pečující často vnímají, že ačkoliv by se mělo budovat jakési partnerství s praktickým lékařem i jinými zdravotnickými i sociálními pracovníky v rámci poskytované péče, vztah je často jen formální. S tím souhlasí i Dragomirecká (2018), když uvádí, že se pečující často setkávají s nepochopením a bagatelizací sdělovaných příznaků samotnými lékaři, na které se během péče obrací.

4.4 Podpora neformálních pečujících

4.4.1 Podpora na národní úrovni

Z výše uvedeného výčtu dopadů péče a potřeb pečujících osob je zřejmé, že péče poskytovaná neformálními pečujícími je velmi náročná a má často velký dopad do různých stránek jejich života. Bohužel jsou pečující osoby aktéři s nejistým a slabým postavením (Geissler a kol., 2019b). Jejich podpora je zpravidla nepřímé povahy (Geissler a kol., 2015). Podle Mikanové

a Dvořákové (2020, s. 58) slouží jako přímá podpora jednak sociální poradenství, ale především respitní služba, která by jim měla vytvořit potřebný čas k odpočinku a načerpání ztracených sil. V reálu však tato služba není buď dostatečně přístupná v dané lokalitě, nebo nedostupná z důvodu nízké kapacity služby.

Aby bylo možné pečujícím nabídnout kvalitní podporu, která pro něj bude mít maximální efekt, je nejdříve nutné porozumět jeho potřebám. Přesné cílení podpory by mělo jít ruku v ruce s tvorbou vlastní politiky v rámci systémových nastavení – tedy na makroúrovni. Přitom nejde jen o sociální politiku, ale podle Dvořákové (2018) spadá neformální péče také do témat rodinné politiky.

Podle Geissler a kol. (2019a) není v ČR neformálním pečujícím věnován žádný samostatný strategický dokument na celonárodní nebo krajské úrovni.¹⁴⁴ Aktuálně se na národní úrovni o neformální péči hovoří například v 2. implementačním plánu Strategického rámce Česká republika 2030¹⁴⁵ (pro roky 2022–2025, přesněji v KO1 Lidé a společnost), v Národním akčním plánu pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030¹⁴⁶ nebo v Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025¹⁴⁷.

Právě v posledně zmiňovaném dokumentu je definovaných 9 problémových oblastí (1–9) na něž reaguje 10 strategických cílů (A–J). V souladu s tématem této práce rozvedu vybrané Strategické cíle C a D, resp. jejich Specifické cíle C.4, D.4:

- V **oblasti zdravotně-sociálního pomezí** byla definována nepropojenost systémů zajišťujících sociální a zdravotní potřeby klienta. V souvislosti s tímto je také uvedeno, že je „*nezbytně nutné reflektovat nedostatečný*

¹⁴⁴ A přitom „*Zvýšení podpory pečujících osob na regionální a lokální úrovni*“ je název Opatření D.4.2. v rámci Specifického cíle D.4: Zvýšit podporu neformálních pečovatелů ze strany veřejné správy, s dobou realizace 2016–2017.

¹⁴⁵ Dostupné: www.cr2030.cz/wp-content/uploads/2022/10/Implementac%CC%8Cni%CC%81-pla%CC%81n-2022-2025.pdf

¹⁴⁶ Dostupné: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/04/NAPAN-2020-2030.pdf>

¹⁴⁷ Dostupné: www.databaze-strategie.cz/cz/mpsv/strategie/narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025?typ=download

počet zdravotně-sociálních pracovníků a uceleně podporovat jejich zapojení v rámci případových multidisciplinárních týmů.“ Podpora spolupráce musí fungovat jako OD sociálního pracovníka působícího ve zdravotnictví, tak směrem k němu.

Chybějící přístup může mít za následek nejen nekompletní saturování potřeb seniora, ale v konečném důsledku může vést ke zhoršení jeho zdravotního stavu, sociální situace a z pohledu systému pak k neefektivně vynaloženým nákladům na péči. (Pospíšil a kol., 2016, s. 24, Oblast 3)

Tomuto odpovídá i **Specifický cíl C.4:** *„Zajištění personálních zdrojů sociálních pracovníků působících ve zdravotnictví a podpora multidisciplinárního přístupu v rámci case managementu“.* Příslušné opatření, které se k tomu váže, hovoří o navýšení počtu sociálních pracovníků působících ve zdravotnictví, protože jejich počet nedostačuje tomu, aby byla ve všech případech včas zachycena a kvalitně řešena nepříznivá sociální situace osob – ale pozor – těch, které se nacházejí se ve zdravotnickém zařízení, aby se podpořilo včasné řešení ještě před ukončením hospitalizace. (Pospíšil a kol., 2016, s. 73, Opatření C.4.1)

Z pohledu této práce zde vyznívá důležitá informace, že jsou uvažovány osoby v lůžkové péči, nikoli v primární lékařské péči.

Podle druhého Opatření C.4.2 by se měl podpořit multidisciplinární přístup v rámci case managementu, a tím nejen zhodnotit specifické potřeby a jejich uspokojování s ohledem na zdravotní i sociální služby, ale celkově je nastolit komplexně co do služeb i celostního přístupu ke klientovi. Mělo by se tak přispět k prevenci sociálního vyloučení osob, které potřebují sociální nebo zdravotní péči, k včasnému poskytnutí pomoci a podpory a taky k nastavení systému zdravotně-sociální péče tak, aby lépe nasedala na potřeby uživatelů vyžadujících i zdravotní péči. (Pospíšil a kol., 2016, s. 73, Opatření C.4.2)

Tento chybějící přístup může mít za následek nejen nekompletní saturování potřeb seniora, ale v konečném důsledku může vést ke zhoršení jeho zdravotního stavu, sociální situace a z pohledu systému pak k neefektivně vynaloženým nákladům na péči. (Pospíšil a kol., 2016, s. 25)

Zde je z pohledu této práce důležitá informace o plánu posílit depistáž a při řešení sociálních problémů řešit současně sociální i zdravotní složky péče.

- Pokud se jedná o **oblast pečujících osob a neformální péče**, dokument popisuje mimo jiné problém nedostatečné podpory ze strany obce a komunity – pečujícím tak často chybí základní informace „*o způsobu adekvátní péče, o vzdělávání pečovatelů a psychologickém poradenství či péči.*“

Nefungující (resp. právně neexistující, nepodložené) nastavení dlouhodobé péče vede kromě řady problémů s financováním sociálních služeb, s jejich nedostatkem včetně poradenství a edukace pro pečující apod. také k nemožnosti vhodně a pro klienty žádoucím způsobem sdílet péči mezi formálními a neformálními poskytovateli zdravotní a sociální péče. (Pospíšil a kol., 2016, s. 27–28, Oblast 4)

Tomuto odpovídá **Specifický cíl D.2:** „*Zvýšit podporu pečujících osob prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb*“. V příslušném Opatření D.2.1 se říká, že by se na úrovni obcí a regionů měla vytvořit pozice koordinátora podpory, jehož práce by měla pomáhat pečujícím a být k užítku i opečovávaným osobám. (Pospíšil a kol., 2016, s. 75, Opatření D.2.1)

Dále se koordinátora podpory týká **Specifický cíl D.4:** „*Zvýšit podporu neformálních pečovatelů ze strany veřejné správy*“. V příslušném Opatření D.4.1 se hovoří o nutnosti nastavit koordinovaný a koncepční přístup k podpoře pečujících např. zavedením sociálního pracovníka – koordinátora podpory – na obci III. typu, jehož výkon sociální práce by probíhal na základě přenesené působnosti a z toho pohledu by byl i financován.¹⁴⁸

¹⁴⁸ Doba realizace tohoto Opatření D.4.1 byla 2016–2017, předmětem byla i související novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde měly být definovány kompetence navrhovaného sociálního pracovníka – koordinátora podpory, ale tato změna není součástí aktuálního znění zákona nabytého účinností dne 1. července 2024.

4.4.2 Podpora na krajské a obecní úrovni

Důležitou metodou, která hraje na územích krajů i obcí zásadní roli pro efektivní nastavení sítě sociálních služeb, aby co nejlépe kryly potřeby občanů, je komunitní plánování sociálních služeb. (Šťastná, 2016, s. 47) Také Kalvach a kol. (2014, s. 22) považují participativní komunitní plánování za určitých podmínek za metodický nástroj k tvorbě obecních programů.

Zákon o sociálních službách¹⁴⁹ přímo říká, že obce sdělují kraji informace o kapacitě sociálních služeb potřebných pro jejich občany, kraj střednědobý plán rozvoje sociálních služeb zpracovává. Obce také samy mohou (ale nemají povinnost) vytvářet střednědobé plány. MPSV (2020b) upřesňuje, že jde o cyklický, spirálovitě se opakující proces, který probíhá za účasti uživatelů, poskytovatelů, zadavatelů sociálních služeb a veřejnosti. Platformou pro setkávání těchto aktérů jsou tzv. pracovní skupiny, které bývají zpravidla zaměřeny na určitou cílovou skupinu a slouží k diskusi o stávajících službách a k tvorbě návrhů na zlepšení (Glumbíková a kol., 2021, s. 25)

Cílem komunitního plánování je posílení sociální soudržnosti komunity, dále podpora začleňování a také předcházení sociálnímu vyloučení jednotlivců i skupin obyvatel. (MPSV, 2020a) Vzniklý komunitní plán je konsenzem mezi „možným“ a „potřebným“. (MPSV, 2020b). Podle Glumbíkové a kol. (2021, s. 31) není v ČR komunitní plánování praktikováno ve všech krajích stejně aktivně – v některých tuto příležitost využijí skoro všechny obce s rozšířenou působností, v některých krajích se tak děje jen sporadicky.

Pokud jde přímo o podporu neformálním pečujícím, pak se podle Tomáškové a kol. (2015, s. 27) postoj k tomuto tématu liší region od regionu a obecně vzato nepatří mezi prioritní témata samospráv. To dokládá také Geissler a kol. (2019a, s. 17) když uvádí, že dokumenty, které na krajské úrovni obsahují problematiku neformální péče, jsou spíše střednědobé plány rozvoje sociálních služeb, koncepce rodinné nebo seniorské politiky, případně strategie rozvoje

¹⁴⁹ Přesněji § 95–96 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách.

kraje nebo krajské plány vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením – žádný z nich se tedy nevěnuje pečujícím jako svébytné skupině, vše je řešeno z pohledu potřeb opečovávaných osob.

Ale najdou se kraje, které sice nevěnují neformální péči samostatný dokument, přesto pečujícím svoji pozornost věnují, a je to dobře... protože, jak uvádí Dvořáková (2018) – podpora na úrovni krajů už má jiný rozměr než na národní úrovni, je zase o kus blíže občanům, má tak možnost lépe reagovat na jejich potřeby¹⁵⁰.

Obec je však občanovi ještě blíží. Podle Kalvacha a kol. (2015, s. 7) je nutné posílit jejich roli, kompetence a zdroje, aby mohly účinně iniciovat potřebné společenské změny, včetně souvisejících legislativních a ekonomických nástrojů. Je důležité, aby obce nečekaly na řešení „shora“, ale vyvíjely tlak na řešení „zdola“, aby se nejen seniorům a osobám se sníženou soběstačností vytvořily vstřícné podmínky pro život v komunitě, aby se také podpořilo dobré sousedství.

¹⁵⁰ Jako příklad uvedu Konceptci rodinné politiky pro všechny generace 2020-2030, kterou v roce 2020 vydal Jihomoravský kraj. V tomto dokumentu se uvádí, že mezi lety 2016–2017 bylo ročně podpořeno průměrně 19 žádostí od spolků, obecně prospěšných společností, ústavů nebo církevních právnických osob na projekty, které se týkaly podpory pečujících osob, přesněji – na podporu neformálních pečujících o osobu se zdravotním postižením nebo seniora. Dostupné: www.databaze-strategie.cz/cz/jmk/strategie/koncepce-rodinne-politiky-pro-vsechny-generace-2020-2030

5 KOMUNITNÍ PŘÍSTUP

5.1 Komunitní práce

Pojem komunita se v rámci sociální práce užívá v několika významech (Šťastná, 2016, s. 8) Pro příklad – komunita může z geografického pohledu znamenat společenství lidí, kteří žijí a kooperují v nějaké definované lokalitě (nebo instituci) a jsou vázáni sociálními vazbami (Matoušek, 2016, s. 85). Nejde ale o jedinou formulaci. Kromě této Matouškovy definice např. Šťastná (2016, s. 9) dodává, že komunitní vztahy nemusí nutně souviset s určitou lokalitou, komunitu lze chápat i jako *„výsledek cíleného úsilí a hledání sdílených významů, které se stanou základem pro další aktivity.“* Místní komunita má podle této autorky i svoji časovou a hodnotovou charakteristiku. Specifickým rysem komunity je pocit komunitní sounáležitosti (Jarošová, 2007, s. 23).

Podle Matouška a kol. (2013, s. 267–269) se v zahraničí za dobu vzniku komunitní práce obvykle považuje 2. pol. 19. století, v ČR se o její historii může hovořit jen velmi obtížně. Komunitní práce je metoda sociální práce, která má vyvolávat a podporovat změny v rámci daného společenství, má lidem v komunitě ukázat zdroje a možnosti pro řešení jejich problémů, zapojuje občany do života komunity (Matoušek a kol., 2013, s. 266), čímž zdůrazňuje participaci na věcech veřejných, posiluje v lidech sociální odpovědnost, pocit solidarity s respektem k životnímu prostředí, k místním tradicím apod. (Šťastná, 2016, s. 8)

Mezi typy organizací, které v rámci péče o seniory využívají a rozvíjejí postupy komunitní práce podle Matouška a kol. (2013, s. 270–272) patří např.:

- komunitní nadace¹⁵¹ – podporují např. projekty sousedských setkání...;

¹⁵¹ Např. Ústecká komunitní nadace – www.komunitninadace.cz.

- organizace zaměřující se na ochranu životního prostředí¹⁵² – provozují např. komunitní zahrady, starají se obnovu vnitrobloků...;
- komunitní školy¹⁵³ – odpoledne/večer slouží komunitě např. pro kulturní nebo vzdělávací akce pro pečující, setkávání jiných zájmových skupin...;
- organizace působící přímo v sociální nebo zdravotní péči – buď poskytují přímo služby, které v komunitě chybí (např. pečovatelská služba, služby domácí péče, centra komunitních služeb¹⁵⁴, mezigenerační a komunitní centra¹⁵⁵) nebo koncepčně a metodicky v těchto službách pomáhají;
- informační a kulturní centra – knihovny¹⁵⁶ nabízející koncerty, cvičení pro seniory, přednášky, výuku na PC, „digitální poradnu“ pro práci se smartphonem, donášku knih domů apod.

5.2 Komunitní péče na poli zdravotně-sociálních služeb

Některé aktivity výše zmíněných organizací, které připravují programy pro seniory, by se mohly považovat za služby „komunitní péče“, protože podle Matouška a kol. (2013, s. 267) nabízí služby pro skupiny „na okraji“ (v mém případě pro seniory), aby jim pomohly žít co nejdéle v komunitě.

O komunitní péči hovoříme jednak ve smyslu péče poskytované v rámci komunity (kdy členové komunity využívají systém státních a nestátních služeb), a také ve smyslu péče, kterou si členové komunity poskytují navzájem (v rámci sousedské výpomoci, svépomoci mezi rodinami). (Matoušek, 2016, s. 87) Takto vytvořené přátelské vazby, vztahy mezi sousedy, svépomocné

¹⁵² Např. Bieno – www.vnitrobloky.cz/; nebo Komunitní zahrady KOKOZA – <https://kokoza.cz/komunitni-zahrady>.

¹⁵³ Např. ZŠ Velká Dlážka Přerov – www.zsvd.cz/regioklub-pro-seniory-2/.

¹⁵⁴ Např. Centrum komunitní služeb Pro život – www.ckspz.cz/.

¹⁵⁵ Např. Komunitní centrum Život 90 – www.zivot90.cz/cs/komunita nebo Stárneme ve zdraví – www.starnemevezdravi.cz.

¹⁵⁶ Např. Městská knihovna v Praze – www.mlp.cz/cz/o-knihovne/sluzby/pro-seniory/donaskova-sluzba-pro-seniory/ nebo Knihovna Jiřího Mahena v Brně – www.kjm.cz/klub-senioru-kjm#o-klubu-senioru.

skupiny apod. jsou důkazem fungující sociální sítě, její síla pak určuje, nakolik se o ni budou moci lidé opřít při své snaze zůstat ve svém vlastním prostředí i v časech zhoršující se soběstačnosti.

V rámci komunitní péče se člověk může obrátit na řadu zdravotních, sociálních a jiných služeb, které vychází z potřeb komunity, doplňují primární péči a jsou alternativou specializované a institucionální péče poskytované na regionální úrovni. (Jarošová, 2007, s. 25) Avšak podle Janečkové (2020, s. 97) profesionální sociální služby nemohou naplno vykompenzovat neexistující nebo málo funkční sociální síť.

V případě péče o seniory umožní komunitní péče přesun těžiště poskytování služeb z institucionálního do domácího prostředí, což je jednak finančně úspornější¹⁵⁷ pro systém, ale hlavně výhodnější pro uživatele. Musí však být ukotvena nejen v místní infrastruktuře, je nutné, aby měla i regulační a finanční podporu národních institucí. (Schulmann a kol., 2021, s. 281)

Při neformální péči ovlivňuje pečující osobu podle Jarolímové a kol. (2016) množství informací nejen o podstatě a průběhu nemoci, o možnostech a formě pomoci, ale svoji roli hraje i celkový náhled a vnímání nemoci pečujícím. V tomto směru je proto velmi zajímavé, že při výzkumu pro Charitu ČR¹⁵⁸ neuvěřitelných 75 % ze 680 osob starších 15 let odpovědělo, že kdyby měli řešit péči o své blízké, tak neví, kam by se měli obrátit. Největší počet z těch, kteří věděli, upřesnili, že by se obrátili s dotazem na sociální odbor, úřad a ČSSZ (42 %) nebo na lékaře (20 %).

Kalvach a kol. (2014, s. 32) uvádí, že právě praktický lékař by měl být chápán jako významný člen týmového case managementu v péči o seniory a obce by měly usilovat o to, aby tomu tak i bylo. Také podle Geissler a kol. (2019a, s. 42) by měla obec vhodným přístupem usilovat o navázání spolupráce

¹⁵⁷ S přesunem těžiště péče právě do komunity a se zvýšenou podporou integrace zdravotní a sociální péče se počítá také z důvodu zvýšení trvalé udržitelnosti zdravotnického systému (MZ ČR, 2020).

¹⁵⁸ Charita ČR: Vnímání stáří a péče o blízké. Výsledky dotazníkového šetření dostupné na dotaz v centrále společnosti.

s praktickými lékaři a cíleně je motivovat k účasti na podpoře pečujících rodin – např. propojením se sociálním odborem obce, zapojením do komunitního plánování nebo třeba poskytováním informačních a vzdělávacích materiálů, aby je mohli dále předávat do pečujících rodin.

Informace o tom, že by pečující osoby oslovili svého lékaře, souhlasí i s vyjádřením Dobiášové a kol. (2015), podle nichž by právě praktičtí lékaři měli být v komunitě těmi klíčovými pro správné nasměrování ke zdravotním, sociálním a jiným službám. Avšak Dobiášová a kol. (2015) uvádí, že opak je pravdou... v praxi se v tomto směru jednání praktických lékařů značně liší... mnozí podobné služby neposkytují (často nepraktikují ani návštěvní službu). Tato vyjádření plně odpovídají mým závěrům z diplomové práce (viz. kap. 6).

Také Kalvach a kol. (2014, s. 32) uvádí, že by praktičtí lékaři měli posoudit potřeby, přání a prognózy, a na tomto základě sestavit pro seniora vhodné služby, ale obvykle „*nejsou schopni, případně nemají zájem ani možnost*“ být hlavním koordinátorem podpory ani poskytovat ucelené poradenství k integraci služeb a dlouhodobé péči. Z vlastní zkušenosti vím, že pečující rodiny tuto neschopnost či neochotu ze strany praktického lékaře řeší přeregistrací opečovávané osoby k jinému praktickému lékaři, což ale nebývá úplně jednoduché.

Kromě informační podpory by pečující v komunitě mohli najít psychosociální podporu. Jejím příkladem jsou dle Jarolímové a kol. (2016) např. odborné poradenství, podpora ve svépomocných skupinách, nabídka relaxačních programů, ale i telefonická krizová pomoc nebo psychoterapie. Z výzkumu pro Charitu ČR¹⁵⁹ vyplynulo, že by pečujícím (hned po pravidelné finanční pomoci) velmi pomohla podpora od odborníka na zdravotnictví.

Také psychoedukace má podle Dragomirecké a Janečkové (2019) pro pečující významnou pozici, stejně jako nabídka vzdělávacích aktivit. Obě činnosti totiž pečující nejen nasytí informacemi, ale také zkvalitní jejich dovednosti

¹⁵⁹ Charita ČR: Vnímání stáří a péče o blízké. Výsledky dotazníkového šetření dostupné na dotaz v centrále společnosti.

a celkový náhled na péči. Především v počátcích je taková podpora velkým přínosem. Nevystačí však na celý průběh péče, je třeba navázat další dlouhodobou individualizovanou podporou. Zásadní roli pak opět hraje koordinátor podpory a uplatnění case managementu. (Dragomirecká a Janečková, 2019)

Podle Tomáškové a kol. (2015, s. 27) by nejvhodnějším místem pro ustanovení koordinátora byla obecní úroveň. Také podle Schulmann a kol. (2021, s. 283) by do prostoru „mezi“ zdravotní a sociální péči bylo vhodné zařadit novou profesi, ať se bude nazývat case manager (případový manažer), koordinátor sítě, mediátor či sociální animátor. Právě takovou komplexní podporu pečujícím i opečovávaným osobám by mohl přinést pracovník v roli koordinátora podpory, o kterém hovoří výše zmíněné Specifické cíle¹⁶⁰ D.2 a D.4.

Tento spojující článek by na obci mezi formálními/neformálními a zdravotními/sociálními službami coby case manager – z pozice „nad“ všemi poskytovateli – plnil nejen výše uvedené požadavky na informační, koordinační, poradenskou, vzdělávací aj. integrovanou komunitní podporu, ale byl by také klíčovou osobou vyvíjející tlak na zefektivnění služeb na daném území a také důležitým aktérem v procesu komunitního plánování. Kontakt tohoto case managera s primární zdravotní péčí by znamenal efektivnější depistáž nejen pečujících osob potýkajících se s problémy během vlastní poskytované péče, ale především aktivní vyhledávání rizikových seniorů, kteří se včas z různých důvodů nezařadili do služeb komunitní zdravotně-sociální péče.

Podle Kalvacha a kol. (2015, s. 5) se u nás potýkáme s neprovázaností zdravotního a sociálního systému, roztržitostí a často neznalostí celé nabídky služeb, přičemž není ani dořešeno integrované financování a možnost volby balíčku služeb šitého na míru bez ohledu na to, pod který resort služby

¹⁶⁰ Specifické cíle Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025. (Pospíšil a kol., 2016)

patří. Stejně tak podle autorů prakticky zcela chybí koordinační case management, integrované komunitní služby vznikají spíše výjimečně z iniciativy obcí nebo neziskových organizací. Spolupráce sociálních pracovníků a praktických lékařů při zmíněné depistáži a dispenzarizaci rizikových seniorů také není, na rozdíl od zahraničí, zavedena do běžné praxe.

5.3 Propojení sociální práce a primární péče – zahraničí

Tématu spolupráce sociálních pracovníků a praktických lékařů je v zahraničí věnována velká pozornost. Řada zemí už v rámci primární zdravotní péče více zohledňuje sociální, ekonomické, psychologické a jiných faktory, které mají vliv na objektivní zdravotní charakteristiky i subjektivní vnímání zdraví. Sociální pracovník se stává členem multidisciplinárního týmu, který má tak větší možnost v širším záběru postupovat v duchu bio-psycho-sociálně-spirituální jednoty člověka.

Podle Löwe a kol. (2022) mohou sociální pracovníci a praktičtí lékaři spolu přímo pracovat v jedné instituci, na jednom pracovišti, nebo jsou praktičtí lékaři při své soukromé praxi v kontaktu se sociálními pracovníky zaměstnanými pod hlavičkou veřejné instituce. Myšlenka, že je pro spolupráci výhodnější blízkost obou odborníků, se ve své práci věnuje např. Lombardi a kol. (2019).¹⁶¹

V největší míře je spolupráce zavedena ve Velké Británii a Kanadě (Löwe a kol., 2022). V Kanadě jsou podle Tadic a kol. (2020) sociální pracovníci zapojeni do péče v rámci komunitních zdravotních center nebo rodinných zdravotních týmů, které, ačkoliv nenabízí shodné služby, jsou navrženy tak,

¹⁶¹ Viz např.: LOMBARDI, Brianna M; ZERDEN, Lisa de Saxe a RICHMAN, Erica L., 2019. Where are social workers co-located with primary care physicians? Online. *Social Work in Health Care*. 2019-08-21, roč. 58, č. 9, s. 885-898. ISSN 0098-1389. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1659907>. [cit. 2024-07-02].

aby vyhovovaly potřebám místní komunity. Pokud jde o zapojení sociálního pracovníka do primární péče v jiných zemích, Löwe a kol. (2022) se vyjadřují v tom smyslu, že kromě Velké Británie a Kanady je spolupráce nastavena ještě v Irsku coby komunitně orientovaná péče, ale naopak např. v Německu nebo Švýcarsku k rutinní spolupráci v rámci primární péče nedochází, kontakt je tam omezen jen na specializované praxe pro osoby bojující se závislostmi.

Feryn a kol. (2022) uvádí, že také v Belgii jsou v souvislosti s narůstající poptávkou po podpoře sociální pracovníci stále více uznáváni jako součást primární zdravotní péče. Multidisciplinární komunitní zdravotní centra si kromě povinně přítomného lékaře a zdravotní sestry mohou zvolit, kterého z dalších nelékařských odborníků si najmou... zda dietologa, psychologa, fyzioterapeuta či sociálního pracovníka.

Podle Ashcroft a kol. (2018) přináší sociální práce přidanou hodnotu zejména týmům v oblastech duševního zdraví, závislostí, ale také chronických onemocnění a v rámci péče o seniory. Podle de Saxe Zerden a kol. (2019) se sociální práce v integrovaných prostředích rozšiřuje rychle jak ve smyslu věkově definovaných skupin pacientů (od pediatrie po geriatrii), ale věnuje se i širší patientské populaci z hlediska zdravotních neduhů (psychické choroby, demence, Parkinsonova choroba, chronická onemocnění apod.).

Autoři Fraser a kol. (2018) si ve své studii vzali za úkol identifikovat role sociálních pracovníků v meziprofesionálních týmech primární péče. Podle autorů zastávají sociální pracovníci 3 hlavní role, které mohou vykonávat samostatně, ale mohou se v jejich práci prolínat v různé míře i všechny tři najednou.

- Specialista na duševní zdraví – sociální pracovníci v primární péči se účastní hodnocení a léčby duševního zdraví, provádí krátké intervence zaměřené na řešení problémů, motivační rozhovory atd. Z tohoto pohledu jsou takoví sociální pracovníci obvykle vyškoleni i pro využívání hodnoticích a diagnostických nástrojů.
- Manažer péče – sociální pracovníci jsou pověřeni řízením péče, posilují zapojení pacienta do léčby, přijetí nemoci pacientem, identifikují překážky, které by narušovaly dodržování plánu péče.

- Specialista na zapojení do komunitní péče – ze znalosti nabídky služeb a obzvláště při spojení s rolí manažera péče pomáhají lidem orientovat se v systému služeb.

Fraser a kol. (2018) dodávají ještě jeden důležitý úkol – sociální pracovníci hájí zájmy pacientů napříč týmy péče. Ashcroft a kol. (2018) doplňují skupinovou práci, dlouhodobé poradenství, zapojení komunitních zdrojů do péče o pacienta, podporu rozvoje komunity a aktivit spolupráce v komunitě.

V podobném duchu jako minulí autoři se k funkci sociálního pracovníka v primární zdravotní péči vyjadřují i Zuchowski a McLennan (2023), kteří v rámci systematického přehledu literatury nad rámec již zmíněných služeb identifikovali nebo rozšířili např. ještě tyto: koordinace zdravotní péče, plánování pokročilé péče, rodinná terapie, psychoterapie, školení a vzdělávání (zaměřené na pacienty, rodiny i personál a studenty), psychoedukace, trénink relaxace, poskytování informací... a být obhájcem a prostředníkem v oblasti zdrojů, hodnotit potřeby a následně zajistit propojení klienta se službami.

Integrace sociální práce do zdravotní služby primární péče podle řady autorů přináší efekt lékařům, pacientům i systému. Např. Zuchowski a McLennan (2023) popisují u pacientů zlepšení projevů deprese a úzkosti, projevy optimismu a lepší zvládání stresu, žádaný úbytek hmotnosti, snížení komplikací, lepší dodržování léčebného režimu a plánu medikace, dokonce i snížení hladiny glukózy.

Toal-Sullivan a kol. (2024) uvádí několik důvodů, které za těmito efekty stojí. Za základní považují neodsuzující přijetí a naslouchání protistranou, nabídku širšího časového rámce pro řešení problémů oproti času vymezenému v ordinaci praktického lékaře. Takové bezpečné prostředí pacientům umožňuje dostatečně se problémům věnovat a sdělovat i citlivá osobní témata. Velmi důležitým se jeví rovněž vybudovaný respektující vztah a důvěra mezi pacientem a službou, který mimo jiné zvyšuje pravděpodobnost, že se pacient pro nabízenou podporu rozhodne a bude se i vracet. V tomto směru

má výrazný efekt na pacientovo rozhodování už jen samotné doporučení od daného lékaře, oproti oslovení „neznámé“ služby.

Toal-Sullivan a kol. (2024) se podrobně věnovali také efektům, které by praktickým lékařům přinesla spolupráce se sociálním pracovníkem v integrované péči. Podle autorů si lékaři, stejně jako pacienti, pochvalují navození respektujícího vztahu a vzájemné důvěry, také čas pro ně hraje zásadní roli v kontaktu s pacientem. Sociální pracovník jim ulevuje od časově náročného procesu ve prospěch vlastní poskytované zdravotní služby. Navíc se lékaři pro řešení sociální problematiky a pro hledání nejlepších komunitních zdrojů ani necítí dostatečně informačně zabezpečeni. Není divu, že podle Toal-Sullivan a kol. (2024) praktičtí lékaři opakovaně vyjádřili svůj návrh na zapojení sociálních pracovníků coby nelékařských koordinátorů/průvodců pacientů do praxí praktických lékařů.

Kromě pozitivního efektu pro pacienty a lékaře popsali Fraser a kol. (2018), Zuchowski a McLennan (2023) ještě další efekty jako – snížení nadužívání zdravotních služeb, snížení počtu návštěv na lékařské pohotovosti, lepší dodržování léčebného režimu pacienty, řešení nákladově zatěžujícího neefektivního užívání léků apod. O stejném systémovém efektu spojení sociálního pracovníka s praktickým lékařem referuje také Löwe a kol. (2022).

Pokud jde o klíčové bariéry či „výzvy“ integrace sociální péče do primární lékařské péče, Zuchowski a McLennan (2023) jich popsali hned několik – např. problémy ve financování takové služby, organizační bariéry (prostory, přístup k informacím apod.), nutnost legislativní podpory, nedostatečný přístup k mentoringu, supervizi a vzdělávání sociálních pracovníků. Za velký problém označili autoři i špatné pochopení role a kompetencí sociálních pracovníků ostatními zdravotnickými kolegy, podceňování jejich pozice v týmu.

S tímto vyjádřením souhlasí i oslovení sociální pracovníci ve výzkumu Ashcroft a kol. (2018), kteří nastínili ještě další problémy ztěžující jejich pozici v reálné praxi – těmi jsou vysoká poptávka a nedostatek zdrojů, což vede

k omezení časových dispozic pro práci s pacienty a k dlouhým čekacím lhůtám, což v důsledku vede ke zvýšené zátěži sociálních pracovníků.

Löwe a kol. (2022) jsou toho názoru, že je pro vzájemnou spolupráci v integrovaném systému velmi důležité nejen jasně definovat role jednotlivých odborníků v týmu a znát navzájem kompetence, ale také neustále zvyšovat povědomí o prospěšnosti a nutnosti rozvíjet takovou spolupráci. V tomto duchu už by měly být podle autorů nastaveny i vzdělávací osnovy zdravotníků i sociálních pracovníků.

Když shrnu všechna vyjádření, je zjevné, že již spolupracující sociální pracovníci přináší výhody nejen pro praktické lékaře, s nimiž jsou v přímém spojení, a kterým by bylo umožněno věnovat svůj omezený čas lékařské péči, ale pomoc sociálního pracovníka ovlivňuje také kvalitu života a zdravotní stav samotných pacientů. Nepominutelná je výhoda i z pohledu širšího systému. Proto Toal-Sullivan a kol. (2024) sestavili 3 doporučení do praxe, která by měla podpořit integraci sociální práce s primární lékařskou péčí a napojení pacientů na komunitní zdroje. Jeden z návrhů počítá i se širokou propagací nabízené podpory a komunitních zdrojů.

Kromě podpory a řešení individuálních problémů jednotlivců vidí Feryn a kol. (2022) ve spojení sociální práce a primární péče ještě jedno „vyšší“ poslání. Působení sociálního pracovníka připodobňují ke stavbě mostu – pilíře tvoří životní příběhy pacientů a individuálně nastavená podpora. Sociální pracovníci jsou tím mostem ke zdravotně-sociálním službám, ale také spojují individuální a strukturální perspektivy. Alespoň po malých krůčcích se snaží prosazovat změny na vyšší úrovni. Např. aby zdravotničtí kolegové přijali ke svému náhledu na pacienta fakt, že zdravotní a sociální problematiky v jeho životě souvisejí. Nebo se sociální pracovníci snaží upoutat pozornost na strukturální problémy a překážky, které při své práci vnímají.

6 VÝSLEDKY A ZÁVĚRY VÝZKUMU Z DIPLOMOVÉ PRÁCE

Diplomová práce (DP), kterou jsem obhájila v září 2023, nesla název Depistáž rizikových seniorů – spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka a všeobecných praktických lékařů pro dospělé: Sociální práce ve zdravotnictví. Jejím cílem bylo zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: Jak všeobecní praktičtí lékaři vnímají případnou spolupráci se zdravotně-sociálním pracovníkem v rámci depistáže a péče o seniory registrované v jejich ambulantní praxi?

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, designem byla zakotvená teorie. Primární data jsem získala z polostrukturovaných rozhovorů se 7 všeobecnými praktickými lékaři pro dospělé (VPL) z různých částí ČR.

Z výzkumu vplynula 3 hlavní témata, která v krátkosti představím v následujících podkapitolách.

6.1 Výsledky – téma Tazatel¹⁶²

Výzkum ukázal, že se na VPL obracejí nejen senioři-pacienti a jejich pečující rodinní příslušníci, ale také třetí osoby – cizí osoby ze sociálního okolí seniora. Dotazy, které tyto osoby lékařům kladou, se týkají peněz, zajištění vlastní péče o seniora a kontaktů na třetí osoby ze zdravotní i sociální sféry. Přesněji řečeno – dotazy nejčastěji souvisí s celým procesem přiznávání příspěvků na péči, s příspěvkem na mobilitu, s průkazy osob se zdravotním postižením a také se zajištěním zdravotních nebo kompenzačních pomůcek. Dále pak jde o dotazy kolem přijetí do terénních a pobytových sociálních služeb – jak postupovat a kde zajistit pečovatelskou službu, osobní asistenci, obědy pro seniora a jak postupovat v případě zájmu o přijetí do domova seniorů. (Sedláčková, 2023)

¹⁶² Kategorii „Tazatel“ jsem v DP využila záměrně. Jde sice o nestandardní užití tohoto slova, ale pokud bych se jej snažila jakkoliv opsat – „ten, kdo se táže“ nebo „dotazující se“ – vytratilo by se zamýšlené časové a situační upřesnění.

Lékaři se jednoznačně vyjádřili v tom smyslu, že za nimi tazatelé přichází s dotazy v momentu, kdy se senior nebo pečující ocitnou v nějaké krizové situaci – např. při prudkém zhoršení soběstačnosti po propuštění z nemocnice po ortopedické (např. po operaci zlomeného krčku), nebo po jiné operaci, po úrazech či mrtvici. Dále VPL zmiňovali situace, kdy se zdravotní stav u osamělého seniora natolik zhorší, že někdo z jeho okolí lékaře upozorní, že by mu bylo třeba nějak pomoci. Často také za lékaři přichází sami pečující, když nejsou schopni péči zajistit vlastními silami, ba co víc – že už sami trpí zdravotními problémy. (Sedláčková, 2023)

Lékaři se ve svých odpovědích shodli, že je tazatelé kontaktují s prosbou o orientaci a vysvětlení jejich možností v rámci celého zdravotně-sociálního systému, že také chtějí vysvětlit základní rozdíly mezi zdravotním a sociálním systémem a poradit, nač mají nárok, kde a co mají zajistit apod. Lékaři se vyjádřili v tom smyslu, že dokud se lidé nedostanou do nějaké dramatické situace, často do té doby nemají představu, jaké možnosti jim sociální systém nabízí pro jejich další fázi života, pak jsou ve stresu a zaskočení. (Sedláčková, 2023)

6.2 Výsledky – téma Lékař v první linii

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že lékařům zdravotně-sociální pomezí splývá, a že sociální složku berou jako nutnou a přirozenou součást pacientova života, která se musí řešit ruku v ruce s tou zdravotní problematikou. Tento názor vycházel i z odpovědí, kdy o pečovatelkách z pečovatelské služby lékaři mluvili jako o „sestřičkách“ nebo ohledně řešení sociální problematiky nabízeli nastavení péče ze strany domácí péče (tedy zdravotní služby). Padnul i názor, že mnohdy je nutné sociální oblast zajistit jako první, aby se vůbec mohla řešit zdravotní stránka péče. (Sedláčková, 2023)

Výzkum ukázal, že co se týká následné reakce na dotazy tazatelů, odpovědi lékařů hodně korespondovaly s množstvím u nich registrovaných pacientů, ale také s jejich vlastním osobním nastavením, vlastní osobní zkušeností z péče o blízkou osobu, a také souvisely s přesvědčením o tom, co patří

do práce praktického lékaře. Mezi časté patřily výroky vztahující se k osobní angažovanosti, důvěře a nutnosti pracovat na vztahu lékař-pacient. Dalším hojně užívaným pojmem byla komunikace nejen lékař-pacient, ale také lékař-rodina. Výzkum naznačil také 3 etická témata, která jsem pojmenovala: Nabízet, či nenabízet; Kde začíná odpovědnost pacienta; Osobní angažovanost. (Sedláčková, 2023)

Výzkum ukázal, jak se dále lékaři zabývají vznesenými dotazy tazatelů... jaké jsou jejich první a následné kroky. Ve dvou případech se lékaři po prvním vysvětlení a předání potřebných základních kontaktů dále na věc nedoptávají, jako ostatní lékaři-respondenti. Z výzkumu vyplynulo, že lékařům dělá řešení takových dotazů potíže – až na jednu respondentku všichni uvedli, že z mnoha důvodů nejsou příliš rádi, když musí sociální problematiku řešit. Necítí se být připraveni se při řešení sociální problematiky angažovat více, než co považují pro pacienta za nejnutnější. (Sedláčková, 2023)

V další části se výzkum týkal depistáže rizikových seniorů v praxích jednotlivých VPL. Všichni lékaři uvedli, že se aktivní depistáži nevěnují. Hledání rizikových faktorů nechávají buď na preventivní prohlídku, na kterou ale ne všichni lékaři pacienty aktivně zvou, anebo jen čekají, až se pacienti ozvou sami nebo si přijdou pro recept na léky. Z výzkumu vyplynuly i některé z důvodů, proč tomu tak je... na prvním místě lékaře v řadě činností limituje čas. Ten kromě aktivní depistáže rizikových seniorů ovlivňuje i frekvenci vykonaných návštěv v domácnostech pacientů a omezuje i nabídku preventivních kontrol. (Sedláčková, 2023)

Kromě faktoru času výzkum odhalil ještě další, který limituje VPL v jejich péči nejen o seniory. Jde o komunikaci se třetími stranami – především s nemocnicemi a s institucemi sociální sféry – a nedostatečný prostup informací mezi praktickými a odbornými lékaři. (Sedláčková, 2023)

Pokud jde o nízkou úroveň komunikace se sociální sférou a její problematice budování výzkum ukázal na 3 roviny, které v tomto hrají roli:

- Kvůli nepřehlednosti plynoucí z oddělení zdravotní a sociální problematiky mají z pohledu VPL pacienti/pečující problém s uchopením

oddělené problematiky, chybí jim přesné kontakty a informace o možnostech péče či návaznosti jednotlivých typů služeb. Toto nechybí jen jim, ale podle výzkumu i lékařům samotným.

- Výzkum naznačil, že výše uvedenou situaci ztěžuje i fakt, že už neexistují místně vymezené obvody, pacienti tak náleží i k několika lokalitám a pracovištím úřadů.
- Za absencí komunikace se sociálními pracovníky na úřadech výzkum odkryl i osobní důvody VPL – dřívější (třeba i osobní) špatné zkušenosti se u nich následně promítly i do pracovní roviny a další nechuti komunikovat. (Sedláčková, 2023)

Z dalších problémů, které VPL na zdravotně-sociálním pomezí vnímají, výzkum odhalil tyto, podle respondentů zásadní systémové nedostatky:

- Absence informací o průběhu řízení o přiznání příspěvku na péči – lékaři tak nemají přehled o soběstačnosti pacienta, jak si stojí po sociální stránce, zda potřebuje zajistit sociální služby, případně jakého charakteru.
A také tím chybí zpětná vazba na vlastní práci, kterou pro vyřízení příspěvku na péči vynaložili.
- Propojení zdravotních a sociálních informací v rámci péče o osoby se zdravotním postižením.
- Velikost praxí a jejich roztržitost z hlediska bydlišť registrovaných pacientů.
- Nedostatek praktických i odborných lékařů s následným dopadem na přeplněnost praxí.
- Neustálé navyšování už tak velkého množství administrativy, což lékařům dále ukrajuje čas, který by měli věnovat péči o pacienta. (Sedláčková, 2023)

K podtématu VPL a domácí péče výzkum ukázal, že lékaři považují zdravotní sestry z domácí péče jako svou pravou a prodlouženou ruku, protože mají možnost vidět seniora v jeho vlastním sociálním prostředí, pro lékaře představují cenný zdroj informací. Z výzkumu ale vyplynuly dva zásadní faktory – jednak samotná „včasnost“ indikace seniora-pacienta k této

zdravotní službě, a pak opět čas, který tentokrát mají zdravotní sestry pro pacienta k dispozici. Jak z výzkumu vyplynulo... oba tyto faktory zásadním způsobem ovlivňují okruh osob, které mohou domácí službu využívat. Podle výzkumu tak mají lékaři možnost tuto zdravotní službu doporučit jen několika desítkám svých pacientů, zatímco by uvítali, aby o širším sociálním zázemí věděli u všech svých seniorů. (Sedláčková, 2023)

Na druhou stranu výzkum ukázal, že lékaři někdy domácí péči využívají místo pečovatelské služby. A to vesměs v situacích, kdy jde o osamělé seniory (převážně muže), kteří nemají podporu ani v pečujících, ani nemají nastavenou žádnou sociální službu. Což jen dokazuje to, co se neslo celým výzkumem jako červená linka – lékaři vnímají velký problém právě v nedostatečném systémovém propojení zdravotních a sociálních služeb. (Sedláčková, 2023)

6.3 Výsledky – téma Spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem

V rámci tohoto tématu měli respondenti možnost promyslet pozitivní a negativní momenty, které vnímají z případné jejich spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem (ZSP), jehož kompetence a pole působnosti jsem lékařům představila, protože nikdo o této kvalifikaci neslyšel.

Z výzkumu vyplynula celá řada pozitivních očekávání:

- Hlavní výhodou je samotná podstata kvalifikace ZSP – jde o jediného pracovníka, který se umí pohybovat jak v sociální oblasti (splňuje podmínky pro danou kvalifikaci), tak je zároveň nelékařským zdravotnickým pracovníkem (tedy i zde s příslušnou kvalifikací).
- Zapojení sociální práce do primární zdravotní péče souvisí s otázkou zavedení depistáže a posílení celkové péče o seniory.
- Lékaři by v ZSP měli partnera (který v současnosti chybí) pro řešení sociální problematiky na podkladu současného i budoucího zdravotního stavu pacienta. ZSP by se měl v praxi VPL komplexně starat o sociální agendu pacientů, přitom být lékaři k dispozici radou v tomto směru.

Výzkum ukázal, že by lékaři takto uvolněnou časovou kapacitu využili např. pro rozvinutí preventivní péče, což by bylo v souladu s reformou primární péče a jistě ku prospěchu pacientům.

- Lékaři by získali mnohem více informací o sociálním zázemí seniorů, než mají v současnosti. A to i o těch seniorech, kterým nejsou a nemusí být v danou chvíli kvůli špatnému zdravotnímu stavu indikovány služby domácí péče... v tom lékaři mysleli i na ty seniory, kteří zatím potřebují jen podpořit, aby byli více soběstační a byla tady jakási prevence zlomu zdravotního stavu z důvodu nezabezpečených sociálních potřeb seniora.
- Lékaři by získali partnera, který by jim pomohl svou znalostí metod práce s jednotlivci i rodinami, navíc by měl větší časový prostor, aby mohl záležitosti se seniory nebo rodinami procházet častěji nebo jim informace sdělovat opakovaně. Lékaři zmiňovali především situace, kdy potřebují s rodinami promyslet další péči o jejich bližního – např. když se rodiny bránily některým krokům, které se už zdravotníkům jevily v danou chvíli nezbytné, ale rodina to nebyla schopna přijmout. Lékaři na tuto časově náročnou komunikaci v současnosti nemají volnou časovou kapacitu. (Sedláčková, 2023)

Výzkum ukázal, že by spolupráce se ZSP přinesla užitek i samotným seniorům-pacientům a jejich pečujícím:

- Podle lékařů by získali partnera, s nímž by měli dostatek prostoru pro sdílení starostí, mohli by vyjádřit své potřeby, prodiskutovat nastíněné varianty a případně se k tématům opakovaně vrátit. ZSP by zajistil bezpečné prostředí pro jejich dotazy.
- Podle lékařů by se ZSP staral nejen o seniory, kteří nemají pečující zázemí rodiny, ale také právě o rodiny jako o komplex... tedy nejen o samotného seniora-pacienta, ale také o jeho pečující osoby. Z výzkumu vyplynulo, že se pečující na lékaře nejpozději po ukončení péče obrací s vlastními zdravotními potížemi, které jsou důsledkem vyčerpávající péče. Lékaři proto nemoc seniora-pacienta vidí jako „nemoc rodiny“.
- Lékaři mají za to, že když jim samotným pacientům důvěřují, tak že by pro ně byl ZSP také důvěryhodnou osobou, která by znala jejich zdravotní

stav a na tomto základě by byla schopna jejich situaci vyhodnotit a průběžně je péčí provést. Pacienti i jejich pečující by tak v ZSP našli průvodce péčí, rádce i koordinátora služeb. Vše by mělo směřovat k podpoře zvýšení nebo alespoň zachování soběstačnosti v takové míře, která by seniorovi umožňovala pobývat co nejdéle ve svém přirozeném sociálním prostředí.

- Z výzkumu vzešel také názor, že by se – vzhledem k roztržitosti systému zdravotních a sociálních služeb – seniorům-pacientům a jejich rodinám hodně ulevilo, kdyby potřebné informace k péči byly u jednoho zdroje (tedy u ZSP), který by o nich (kromě lékaře) věděl vše podstatné a byl s praktickým lékařem v kontaktu. (Sedláčková, 2023)

Z výzkumu vzešla i 4 negativní očekávání:

- Vyšší časová zátěž kvůli jednání se ZSP. Na druhou stranu si ale lékaři promítli, kolik času by se jim ušetřilo, pokud by již nemuseli sociální problematiku v ordinaci řešit, a časovou zátěž přehodnotili na výhodu.
- S přibývajícím počtem seniorů, kterým by se ZSP věnoval, také s přibývajícím počtem vyřizovaných příspěvků na péči nebo preventivních vyšetření apod., by následně narostlo množství práce i pro samotné lékaře. Což je otázka kapacity ordinace.
- Musela by se vyřešit přeprava ZSP, zvláště mimo velká města.
- Kdo by služby ZSP občanům hradil? (Sedláčková, 2023)

6.4 Závěr – návrhy do praxe

Výzkum při diplomové práci a její celkové závěry mne dovedly k přesvědčení, že v současnosti není naplno využita odbornost zdravotně-sociálního pracovníka (ZSP). Proto jsem v závěru DP zformulovala návrhy do praxe, které by vedly k širšímu využití odbornosti ZSP, a tím posílit pozici sociální práce ve zdravotnictví.

Jednalo se o tyto 4 oblasti:

1. Spolupráce VPL a ZSP

Navrhuji model péče např. s názvem „Podpora seniorů“, jehož základem by byla spolupráce VPL + ZSP. Při současné znalosti zdravotního stavu pacienta by se ZSP staral o jeho sociální potřeby, podporu by věnoval i pečujícím. Cílem tohoto modelu péče je posílení a dlouhodobá podpora seniorů-pacientů a jejich pečujících v rámci neformální péče ve vlastních podmínkách seniora.

Ke zvýšení povědomí o možnosti pomoci ze strany ZSP by byla zavedena informační podpora (letáky, plakáty, bannery atd.) umístěná především u lékařů primární péče (nejen VPL), v lékárnách a na dalších místech. Smyslem takové propagace je větší záchyt rizikových seniorů, protože by se o péči ZSP mohli přihlásit pacienti i pečující sami, nemuseli by čekat až na doporučení od svého VPL. (Sedláčková, 2023)

2. Posílení preventivních aktivit

Navrhuji, aby ZSP v rámci modelu „Podpora seniorů“ posílil preventivní aktivity v praxi VPL, a to prováděním pravidelného screeningového testování kognitivních funkcí, hodnocení soběstačnosti, křehkosti seniorů, deprese (u pacienta i pečujícího) apod.

Smyslem tohoto je větší záchyt rizik u seniorů tím, že by se včas identifikoval přechod od zdatnosti směrem k závislosti, na zdravotní neduhy pacientů by lépe a včas nasedlo řešení jejich sociálních dopadů. (Sedláčková, 2023)

3. Vzdělávání ZSP i VPL

Dále navrhuji, aby se posílením vzdělávacího aparátu umožnilo kvalitní průběžné zvyšování a rozšiřování kvalifikace ZSP, aby tak mohl svoji nabídku pomoci v rámci spolupráce s VPL stále zlepšovat. Při využití metod práce nejen s jednotlivci, ale i s rodinami a skupinami by tak při spolupráci VPL a ZSP našli podporu nejen pacienti, ale i pečující v rámci např. podpůrných skupin, krizové a jiné psychosociální intervence. (Sedláčková, 2023)

ZSP by naopak měl přispět k orientaci v sociální problematice v kontextu zdravotně-sociálního pomezí nejen budoucím praktickým lékařům v rámci predatestační přípravy, ale i praktickým lékařům s již vlastní praxí. V rámci této edukace by lékaři získali např. informace k sociálním důsledkům některých diagnóz, mohli by lépe pochopit problémy pečujících rodin nebo by se dozvěděli, kam případně nasměrovat pacienty/pečující, pakliže by nebyli v kontaktu se žádným zdravotně-sociálním pracovníkem. (Sedláčková, 2023)

4. Příspěvek na péči

Poslední návrh se týká zapojení ZSP do řízení o příspěvku na péči, a to hned v několika jeho fázích. Jednak by při znalosti sociální i zdravotní situace žadatele sám alespoň rámcově posoudil (a s žadatelem projednal), zda podání žádosti nebude jen marným zatížením už tak přetíženého systému. Pak by v případě potřeby pomohl pacientovi (a pečujícímu – poskytovateli péče) vyřídit administrativní záležitosti kolem podání žádosti na ÚP. Zároveň by informoval VPL o podávané žádosti, aby si mohl v předstihu vyhradit čas na vyšetření pacienta a na vypracování zprávy o jeho zdravotním stavu. Tento postup by měl snížit nejen stresovou zátěž na straně lékaře i žadatele, ale jistě by se dosáhlo i časové úspory v dané fázi řízení. (Sedláčková, 2023)

Ze znalosti pacientovy zdravotní situace by ZSP objektivně provedl a vyhodnotil sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele, o jeho schopnosti zvládat základní životní potřeby by vypracoval příslušný písemný záznam. Tento krok by byl přínosnou podporou pro činnost sociálních pracovníků ÚP. (Sedláčková, 2023)

Závěry ze šetření by pro VPL byly vítanou informací, ZSP by posloužily k další dlouhodobé individuální spolupráci s pacientem a pečujícími.

Širší zdůvodnění k těmto návrhům do praxe jsou uvedena v závěru DP. Hlavní myšlenkou všech návrhů je, že znalost zdravotní problematiky pacienta i vědomí sociálního přesahu téhož dělá ze ZSP ideálního odborníka pro kvalitní a dlouhodobou podporu pacienta i pečujících v rámci primární lékařské péče. (Sedláčková, 2023)

EMPIRICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

7.1 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky

Spojení sociální práce a zdravotní péče má v ČR dlouhou tradici. Zdravotní a sociální problémy starých lidí nelze oddělit, jelikož potřebují buď oba typy péče současně, nebo se střídá jejich naléhavost (Haškovcová, 2010, s. 224). Přesto je u nás v současné době řešení zdravotní a sociální problematiky péče o seniory nedostatečně propojeno.

Sociální práci ve zdravotnictví vykonávají jak sociální pracovníci¹⁶³, tak je v příslušných zákonech¹⁶⁴ ukotveno i povolání zdravotně-sociální pracovník (ZSP). Jeho kompetence, znalosti a dovednosti jsou však využívány v převážné míře v rámci lůžkové zdravotní péče – jako např. v nemocnicích, rehabilitačních ústavech nebo LDN (Sedláčková, 2023, s. 68).

Rutinní spolupráce ZSP s lékaři primární zdravotní péče však není v naší zemi, na rozdíl od zahraničí, zavedena do praxe. Přitom spolupráce praktického lékaře se sociálním pracovníkem by byla pro seniory a jejich pečující velmi užitečná, a to nejen z důvodu v současnosti stále nedostatečné depistáže rizikových seniorů. Obě profese totiž poskytují nízkoprahovou podporu zaměřenou na člověka. Samotní lékaři mají – dle výzkumu při mé diplomové práci¹⁶⁵ – o spolupráci se zdravotně-sociálním pracovníkem v rámci své praxe z různých důvodů velký zájem.

Zdravotně-sociální pracovník by vzhledem k činnostem, které může vykonávat bez odborného dohledu a indikace (např. depistáž rizikových seniorů, sociální

¹⁶³ Sociální pracovníci dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

¹⁶⁴ Především jde o zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (ZoNZP), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (ZoZS) a vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

¹⁶⁵ Viz prezentované výsledky v kap. 6.

šetření a posouzení životní situace seniora v souvislosti s jeho nemocí nebo vzhledem k následkům nemoci apod.) v roli manažera péče (monitoring a hodnocení plánů péče, propojení komunitních zdravotních a sociálních služeb atd.) i coby obhájce seniorů a jejich pečujících měl silný potenciál zlepšit procesy péče o rizikové seniory, jejichž zdravotní problémy mají sociální přesah. A to vše s cílem přispět k co možná nejdelšímu zachování soběstačnosti seniorů, aby i nadále mohli žít ve svých domovech a komunitách, pakliže si to tak přejí. (Sedláčková, 2023, s. 68)

(Pozn.: Jen upřesním, že vzhledem k tématu péče o seniory mám na mysli v rámci primární péče přímo všeobecné praktické lékaře (VPL) pro dospělé¹⁶⁶. Nicméně jsem toho názoru, že i propojení primární péče – z rukou praktických lékařů pro děti a dorost, pediatrů – a sociální práce ve školství by bylo velmi prospěšné pro řadu žáků i jejich rodin. Tato problematika však není předmětem mé rigorózní práce.)

V souvislosti s výzkumným problémem jsem stanovila výzkumnou otázku:

Jak na základě vlastní zkušenosti z poskytované péče o seniora – rodinného příslušníka – vnímá pečující osoba případnou možnost spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem?

V návaznosti na hlavní výzkumnou otázku jsem stanovila 3 vedlejší výzkumné otázky:

VVO1: Jak pečující osoby vnímají svoje fungování v rámci vlastní poskytované péče senioru – rodinnému příslušníkovi?

VVO2: Jakou pečující osoby vnímají podporu v rámci poskytované péče senioru – rodinnému příslušníkovi?

¹⁶⁶ Primární zdravotní péči u nás poskytují registrovanému pacientovi lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, zubní lékařství a gynekologie a porodnictví. Primární péče je ve vyspělých zemích považována za základ fungujícího zdravotnictví. (Zdroj: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>)

VVO3: Jak pečující osoby vnímají případnou možnost spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem v rámci péče o seniora – rodinného příslušníka?

Cílem výzkumu je pochopit a popsat – jak respondenti vnímají svoje fungování v roli pečující osoby, jakou vnímají podporu v péči, z jaké strany tato podpora přichází a jaká naopak vnímají problematická místa. Dále jak by hodnotili případnou možnost pomoci ze strany zdravotně-sociálního pracovníka, kde by jeho pomoc v systému současných zdravotních a sociálních služeb hledali a co by si od vzájemné spolupráce slibovali.

7.2 Strategie výzkumu, výzkumný přístup a technika sběru dat

Vzhledem k cíli pochopit a popsat reálnou poskytovanou péči ze strany neformálních pečujících, a také vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám, jsem si vybrala kvalitativní výzkumnou strategii. Tato volba mi umožnila detailnější náhled na průběh péče ze strany pečujících rodinných příslušníků, na pocíťovanou podporu od neformálního okolí a od formálních zdravotních nebo sociálních služeb. Zvolená strategie mi umožnila jistou volnost věnovat se jednotlivým proměnným tak, jak se v průběhu výzkumu odvíjely, a věnovat se i těm, které se původně zdály okrajové.

Základní data jsem získala z polostrukturovaných rozhovorů s pečujícími osobami, která jsem doplnila studiem dokumentů. Skladba rozhovorů mi umožnila držet se na jednu stranu jistého scénáře a struktury, na druhou stranu dala respondentům volnost vyjádřit se sice ke všem otázkám z jednotlivých okruhů, ale učinit tak podle vlastní potřeby a zájmu. Navíc jsem si mohla přes dotazy k pečujícím zpětně ověřit názory praktických lékařů, které mi sdělovali ve výzkumných rozhovorech při DP.

Po volbě strategie následovala volba výzkumného přístupu. Designem výzkumu byla zakotvená teorie, protože je jejím smyslem vytvořit teorii pevně zakotvenou v datech, tedy teorii zkoumaného jevu – jeho teoretické uchopení,

které umožní daný jev přesně pojmenovat, lépe a v různých souvislostech ho pochopit (Řiháček a Hytych, 2013, s. 44).

Zakotvená teorie mi tak umožnila postavit se k datům bez předpojatosti, data průběžně porovnávat, doptávat se na stanoviska respondentů k nabízené podpoře z okolí, na jejich fungování v reálném procesu poskytované neformální péče, ověřovat si u nich výroky praktických lékařů z DP, které se jich dotýkaly apod. Slovy Strausse a Corbinové (1999, s. 14) – nechala jsem, ať se vynoří to, co bylo v oblasti zájmu významné.

Výzkumný proces v zakotvené teorii se vyznačuje tím, že se jeho kroky a fáze prolínají, výzkumník se k nim znovu i zpětně vrací, přičemž by měl být schopen oddělit podstatné od nepodstatného a mít do zkoumaného tématu vhléd (Hricová a kol., 2023, s. 139). Dovoluji si uvést, že právě tento vhléd do tématu mi umožnily nejen mé zkušenosti z praxe, ale především předchozí zpracování výzkumu pro DP.

Základem pro tento současný výzkum byla jednak data primární, jejichž zdrojem byly polostrukturované rozhovory, ale využila jsem také sekundární data získaná studiem dokumentů.

V rámci polostrukturovaných rozhovorů jsem hovořila s rodinnými příslušníky, kteří svým blízkým – seniorům – poskytovali neformální péči. Rozhovory probíhaly podle přání respondenta¹⁶⁷ po telefonu, osobně nebo jako videohovor. Délka hovoru se pohybovala od 35 min. – 1 hod. 47 min., přičemž 3 hovory měly délku 1 hod. 25 min., všechny ostatní hovory se pohybovaly mezi 56 min. – 1 hod. 7 min. Podle přání pečujícího bylo stanoveno, v jaký den (pracovní či víkendový) a v jakou hodinu se rozhovor uskuteční.

Polostrukturovaný rozhovor vyžaduje podle Miovskeho (2006, s. 159) náročnější přípravu, protože si vytváříme určitý scénář, který je pro tazatele závazný. Přesně tak jsem postupovala i já – scénář polostrukturovaného

¹⁶⁷ Jelikož mými respondenty byli pečující rodinní příslušníci, budu ve vhodných situacích místo „respondenti“ užívat i pojmu „pečující“.

rozhovoru je k nahlédnutí v příloze č. 2. Scénář obsahuje témata i přesnější návodné otázky, které jsem v rozhovoru s pečujícími prošla. Mišovič (2019, s. 80) takové povinné schéma závazné pro výzkumníka označuje jako „jádro rozhovoru“.

Během rozhovoru jsem se sice řídila scénářem, ale pořadí témat a otázek jsem, pokud to bylo možné, ponechala v zájmu zachování plynulosti rozhovoru na respondentech. Měli tak možnost se vyjádřit ke všem tématům svým tempem, vracet se v myšlenkách zpět, doplňovat či rozvíjet je. Rozhovory tak probíhaly v poklidné atmosféře, kterou sami pečující, soudě podle jejich zpětné vazby, nevnímali jako „výslech“, ale jako příjemné popovídání.

Vzhledem k délce rozhovorů jsem kromě vlastního scénáře rozhovoru (na monitoru nebo v tiskové podobě) využívala další pomůcky: jednak jsem si při každém rozhovoru zapisovala ručně poznámky do záznamového archu (a ty následně přepsala do xls. tabulky), a pak jsem využívala diktafon, pro jehož použití jsem si od respondentů předem vyžádala souhlas na základě dokumentu „Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem“¹⁶⁸.

Doplňující technikou sběru dat k polostrukturovaným rozhovorům bylo studium dokumentů. Takto získaná sekundární data pocházela jednak z veřejně dostupných zdrojů – jako např. dokumenty k demografickému vývoji populace, průřezové statistiky nebo věstník ministerstva zdravotnictví. Šlo ale také o dokumenty a informace mnou vyžádané¹⁶⁹ jako např. metodické pokyny a jiné dokumenty z Úřadu práce, MPSV či IPZS¹⁷⁰.

¹⁶⁸ Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem – viz příloha č. 1.

¹⁶⁹ Žádost o informace jsem podávala na základě zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím formou dokumentu odeslaného datovou schránkou příslušné státní instituci. Pravidla např. pro podání takové žádosti k MPSV jsou uvedeny zde: <https://www.mpsv.cz/9.-misto-a-zpusob-jak-ziskat-prislusne-informace>

¹⁷⁰ Tj. Institut posuzování zdravotního stavu.

7.3 Výběr respondentů

7.3.1 Proces výběru respondentů

Polostrukturované rozhovory jsem vedla s pečujícími rodinnými příslušníky. Vstupní podmínkou zahrnutí do výběru bylo, aby se pečující (žena nebo muž) dříve staral o blízkého rodinného příslušníka staršího 65 let nebo se o něj stará v současnosti. Přesněji řečeno – aby respondenti patřili mezi hlavní pečující osoby. Místo výkonu péče ani časové podmínky délky poskytované péče nebyly specifikovány. Takto stanovené podmínky nebylo během rozhovorů důvod měnit či upravovat.

K oslovení pečujících osob a k jejich získání coby respondentů pro rozhovor jsem využila několika cest, které se rozbíhaly paralelně. Nejdříve jsem v rámci záměrného (účelového) výběru oslovila osoby z vlastního sociálního okolí. Jednalo se celkem o 6 žen, o nichž jsem věděla, že se staraly či se starají o svého bližního. Každé z nich jsem v krátkém telefonickém rozhovoru vysvětlila, oč ve výzkumném polostrukturovaném rozhovoru půjde, na jak dlouho jej předpokládám, a dohodla jsem se s nimi, kam (e-mailem či přes sociální sítě) mohu odeslat Informovaný souhlas s výzkumný rozhovorem. Z těchto 6 žen:

- se ve 2 případech pečující později omluvila, že se ze zdravotních důvodů zúčastnit nemůže,
- v 1 případě v danou dobu zemřela opečovávaná osoba a já tedy svoji žádost o rozhovor stáhla,
- 1 žena po úvodním rozhovoru oznámila, že se z časových důvodů účastnit hlavního rozhovoru nebude.
- Výzkumný rozhovor jsem tak vedla se 2 pečujícími ženami, které jsem později označila jako R5 a R10.

Každá z výše uvedených 6 žen mi dále doporučila 1 osobu – výběr vzorku se začal odvíjet i podle metody snowball. Proces zpracovávání výsledků z prvního záměrného výběru tak probíhal paralelně s výběrem respondentů

metodou snowball. Touto cestou jsem v obdobném prvním „zjišťovacím“ rozhovoru vysvětlila okolnosti výzkumu dalším 6 pečujícím ženám:

- v 1 případě osoba přestala dále komunikovat,
- ve 2 případech jsem pečující po úvodním rozhovoru vyřadila z výběru z důvodu nesplnění stanovené podmínky věku opečovávané osoby (byly mladší 65 let).
- 1 žena se po úvodním rozhovoru rozhodla hlavního rozhovoru z časových důvodů nezúčastnit.
- Výzkumný rozhovor jsem tak vedla se 2 pečujícími ženami, které jsem později označila jako R2 a R8.

Paralelně s oslovením výše uvedených osob z vlastního sociálního okolí jsem požádala o spolupráci správce 2 facebookových skupin¹⁷¹, které se tematicky věnovaly péči o stárnoucí rodiče. Správce daných skupin jsem přímo požádala, zda by mohli vložit do skupiny krátký příspěvek, který měl oslovit pečující osoby s žádostí o účast v mém výzkumu. Ani v jednom případě bohužel správci nereagovali.

Dále jsem svým příspěvkem oslovila facebookovou skupinu¹⁷², která se věnovala informační podpoře, darování a výměně produktů různého typu v rámci komunity určitého území. Na příspěvek reagovalo celkem 19 osob, kterým jsem cestou sociální sítě poděkovala a požádala je o obdobný první krátký rozhovor, jako v případě oslovené vlastní sociální sítě. Z těchto 19 osob bylo 17 žen a 2 muži.

- K prvnímu úvodnímu rozhovoru v 6 případech nedošlo vůbec, jelikož osoby přestaly komunikovat. Jednalo se o oba muže a 4 ženy.
- Ve 2 případech se po prvním rozhovoru pečující žena omluvila, že se s časových důvodů hlavního výzkumného rozhovoru účastnit nechce.

¹⁷¹ Z důvodu zachování anonymity záměrně neuvedu názvy těchto facebookových skupin.

¹⁷² Z důvodu zachování anonymity záměrně neuvedu název této facebookové skupiny ani kterého území se komunita týká.

- V dalších 2 případech jsem pečující ženu z výběru pro hlavní rozhovor vyřadila pro nesplněnou podmínku věku opečovávané osoby (byly mladší 65 let).
- V 1 případě se v den předpokládaného hlavního rozhovoru žena omluvila, že se jej ze zdravotních důvodů nezúčastní a dále přestala komunikovat.
- Výzkumný rozhovor jsem tak vedla s 8 pečujícími ženami, které jsem později označila jako R1, R3, R4, R6, R7, R9, R11 a R12.

Pro lepší přehled tedy shrnu – 2 respondentky vzešly z oslovené vlastní sociální sítě (R5 a R10), 2 další jsem získala na základě metody snowball (R2 a R8) a dalších 8 respondentek vyšlo z oslovení facebookové skupiny (R1, R3, R4, R6, R7, R9, R11 a R12). Celkem proběhlo 12 výzkumných rozhovorů s respondenty-ženami. Rozhovory se konaly osobně (1x), jako videohovor (2x) nebo prostý telefonický hovor (9x) v období leden až květen 2024.

7.3.2 Charakteristika a označení respondentů

Všechny osoby, které o účast ve výzkumu projevily zájem, jsem požádala o první „zjišťovací“ rozhovor. Všichni také obdrželi cestou, kterou si sami zvolili (via Messenger, WhatsApp, e-mail), dokument Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem. V prvním krátkém rozhovoru jsem vysvětlila podmínky výzkumu, jeho smysl a předpokládanou délku. Každému z respondentů, kteří vyhovovali podmínkám výzkumu, jsem zopakovala svoji žádost o pořízení nahrávky z rozhovoru. Vysvětlila jsem, že nahraný rozhovor bude doslovně přepsán a po něm následně anonymizován a kódován, aby byla znemožněna jejich identifikace. V sociodemografické charakteristice proto není uveden ani přesný věk (pouze věková kategorie pečujícího), ani přesně město, v němž péče probíhala (pouze přibližný počet obyvatel města či obce). S nahrávkami i přepisy rozhovorů je naloženo dle stanovených podmínek v dokumentu o informovaném souhlasu.

Jak jsem již uvedla, výzkumných rozhovorů se zúčastnily pouze ženy. Tyto respondentky¹⁷³ označuji již od momentu přepisu rozhovoru přes jeho analýzu až po prezentaci výzkumu pouze značkami R1–R12. Krátká charakteristika respondentek je zde:

- R1: Žena – věková kategorie 55–59 let, žije ve městě s cca 100.000 obyvateli, pečovala tamtéž o ženu – tchýni, která již zemřela ve věku více jak 90 let. OSVČ mimo zdravotně-sociální oblast.
- R2: Žena – věková kategorie 50–54 let, žije v obci s cca 2.000 obyvateli. Zaměstnána mimo zdravotně-sociální oblast. Pečuje spolu se sourozenci a tatínkem o maminku ve věkové kategorii 70–74 let.
- R3: Žena – věková kategorie 70–74 let, sama se nikdy profesně nepohybovala ve zdravotně-sociální oblasti, žije ve společné domácnosti s opečovávanou maminkou ve věkové kategorii 90-94 let. Město s cca 100.000 obyvateli.
- R4: Žena – věková kategorie 50–54 let, stará se ve společné domácnosti o svoji maminku ve věkové kategorii 80-84 let. Město s cca 8.000 obyvateli. Zaměstnána mimo zdravotně-sociální oblast.
- R5: Žena – věková kategorie 45–49 let, starala se o tatínka ve věkové kategorii 85–89 let, který již zemřel. Péče probíhala v obci s cca 1.000 obyvateli, později ve městě s cca 80.000 obyvateli. Zaměstnána mimo zdravotně-sociální oblast.
- R6: Žena – věková kategorie 65–69 let, sama se nikdy profesně nepohybovala ve zdravotně-sociální oblasti, žije ve společné domácnosti s opečovávanou maminkou ve věkové kategorii 90-95 let. Město s cca 3.000 obyvateli.
- R7: Žena – věková kategorie 40–44 let, sama se nikdy profesně nepohybovala ve zdravotně-sociální oblasti. Starala se nejdříve o dědečka ve věkové kategorii 90–94 let, který již zemřel, ale již v průběhu jeho života započala pečovat i o babičku, o kterou se stará dodnes.

¹⁷³ Vzhledem k faktu, že se výzkumných rozhovorů zúčastnily pouze ženy, budu o respondentech výzkumu mluvit přímo jako o „respondentkách“ nebo „pečujících ženách“ či jen o „pečujících“.

Ta je ve věkové kategorii 85–89 let. Žije a stará se ve městě s cca 100.000 obyvateli.

- R8: Žena – věková kategorie 70–74 let, starala se ve společné domácnosti o svoji maminku ve věkové kategorii 90-94 let, která již zemřela. Město s cca 100.000 obyvateli. Pracovně se vždy pohybovala mimo zdravotně-sociální oblast.
- R9: Žena – věková kategorie 60–64 let, starala se ve společné domácnosti o svoji maminku ve věkové kategorii 80-84 let, která již zemřela. Město s cca 80.000 obyvateli. Pracovně se vždy pohybovala mimo zdravotně-sociální oblast.
- R10: Žena – věková kategorie 45–49 let, společně se starala s tatínkem o maminku ve věkové kategorii 70–74 let, která již zemřela. Žije ve vesnici s cca 500 obyvateli, maminka zůstala ve své domácnosti ve městě s cca 80.000 obyvateli. Zaměstnána je mimo zdravotně-sociální oblast.
- R11: Žena – věková kategorie 40–44 let, starala se o svoji babičku ve věkové kategorii 95–100 let, která již zemřela. Žila i pečovala ve městě s cca 100.000 obyvateli, s babičkou nežila ve společné domácnosti.
- R12: Žena – věková kategorie 60–64 let, profesně se pohybuje v sociální oblasti. Starala se o svoji maminku ve věkové kategorii 90–94 let. Péče probíhala ve společné domácnosti ve městě s cca 140.000 obyvateli. Maminka již zemřela.

7.4 Analýza dat

Pro analýzu primárních dat získaných během polostrukturovaných rozhovorů s pečujícími ženami jsem zvolila kódování vycházející ze zakotvené teorie. Univerzální a efektivní způsob, jak nastartovat analýzu dat, je skrz otevřené kódování, kdy výzkumník rozdělí analyzovaný text na jednotky různé délky, spíše podle jejich významu, a těmto jednotkám přidělí určitý kód (Švaříček, Šedová a kol., 2014, s. 211). Toto otevřené kódování výzkumník aplikuje již prvním průchodem daty (Hendl, 2016, s. 251).

Samotná povaha kvalitativního výzkumu a otevřeného kódování umožňuje, abychom se ke zvoleným kódům opakovaně při analýze dat vraceli, revidovali a zpřesňovali je. (Švaříček, Šedová a kol., 2014, s. 220) Analýza se tak stává celkově náročnou, a to i na čas... jisté nadšení pro téma tak velmi pomůže toto překonat (Hricová a kol., 2023, s. 139)

Prvním krokem k analýze získaných dat z rozhovorů, byl jejich doslovný přepis po pořízení nahrávky. Vzhledem k průměrné délce nahrávky kolem 1 hodiny, představoval její doslovný přepis časově náročný proces. Na druhou stranu ale umožnil již během přepisu první okódování, zvýraznění důležitých bodů a myšlenek, ke kterým by bylo vhodné se vrátit během dalších rozhovorů. Některé výroky se vztahovaly i k několika kódům. Po přepisu rozhovoru jsem nejdříve kodovala ručně – což se označuje jako metoda tužka-papír (Švaříček, Šedová a kol., 2014, s. 213). Poté jsem citované úryvky s přiřazenými kódy přenesla do xls. souboru, který mi pak po celou dobu analýzy umožnil jejich vyhledávání, třídění a filtrování.

S každým dalším zpracovaným záznamem vznikal postupně i seznam použitých kódů, začala se tvořit první hierarchie na základě podobnosti či souvislosti mezi kódy. Začaly postupně vyvstávat i jednotlivé kategorie. Opakovaným procesem kódování a při provázanosti shromažďování dat a jejich analýzy jsem se stále pohybovala mezi jednotlivými typy kódování, stejně jako toto popisuje Strauss a Corbinová (1999, s. 71).

Postupnou analýzou dat jsem získala celkem 7 kategorií s názvy:

1. Pečující osoba
2. Senior v péči
3. Poskytovaná péče
4. Formální podpora – vnímaná jako fungující
5. Formální podpora – vnímaná jako nefungující
6. Zdravotně-sociální pracovník – kdo je to, kde ho najdu
7. Zdravotně-sociální pracovník – očekávání ze spolupráce

V závěru vyplynula celkem 3 témata:

1. Pečující a senior v rámci poskytované péče
2. Vnímaná formální podpora
3. Spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem při péči o seniory

Pro interpretaci dat jsem využila techniku vyložení karet – tedy převyprávění výše uvedených kategorií, které souvisejí s výzkumnou otázkou.

7.5 Etické aspekty výzkumu

Etické otázky je třeba podle Švaříčka, Šedřové a kol., (2014, s. 43) brát v potaz v rámci každého výzkumu, jejich zvážení je na každém výzkumníkovi. Dodržování etických pravidel se přitom týká celého procesu od návrhu výzkumu přes jeho realizaci až po interpretaci a vlastní prezentaci výsledků. Přičemž se samozřejmě týkají jako výzkumníka samotného, ale především jeho spolupráce s respondenty.

V rámci svého výzkumu jsem se všemi partnery dodržovala základní pravidla, vždy jsem s nimi jednala s úctou, respektem, bez předsudků a s důrazem na dobrovolnost spolupráce. Opakovaně jsem si ověřovala, aby se zájemci i respondenti necítili pod tlakem či jakkoliv fyzicky nebo psychicky nekomfortně. Opakovala jsem, že mohou kdykoliv odstoupit od svého záměru se výzkumu účastnit, čehož bylo v několika případech v různé fázi spolupráce využito.

Zároveň jsem ukončila spolupráci v momentech, kdy jsem předpokládala, že by se osoby mohly cítit v tlaku či jinak nekomfortně – např. když ohlásili zhoršení zdravotního stavu jejich nebo seniora v péči. Stejně tak jsem upustila od dalšího jednání v případě, kdy senior během dané doby zemřel.

Se stejnou důsledností jsem dodržovala i vzájemně sjednaná pravidla vyplývající z Informovaného souhlasu s výzkumným rozhovorem. Podstatu dokumentu jsem vysvětlila již při prvním „zjišťovacím“ rozhovoru, stejně jako jsem si vždy vyžádala vyjádření, zda respondenti všemu v dokumentu rozumí,

zodpověděla jejich případné dotazy a požádala o jejich výslovný souhlas, ať již byl podaný písemnou či ústní formou přímo do nahrávky hlavního rozhovoru.

Byla jsem si také vědoma toho, že se etické principy týkají i mého závazku coby výzkumníka vůči vědecké komunitě, a to v rámci průběhu celého výzkumu, tak jak o ní hovoří Mišovič (2019, s. 77). Stále a důsledně ctím další pravidla – jako že by bylo neetické manipulovat s daty ve vlastní prospěch, neinformovat o špatných nebo chybných závěrech. Stejně jako stále ctím pravidla týkající se citací z děl jiných autorů.

7.6 Omezení výzkumu

Během procesu hledání respondentů a následného jednání s nimi jsem se potýkala se dvěma problémy... jednak to byla prvotní nedůvěřivost osob vzhledem k požadavku rozhovor nahrávat, a pak to byla velká časová náročnost plánovaného hovoru, protože řada pečujících doslova zvažovala každou minutu svého času.

Jako nejúspěšnější se ukázalo oslovení facebookové skupiny, která se svým zaměřením týkala podpory různého druhu v rámci členů dané skupiny-komunity. Zvláštním zjištěním pro mne bylo, že naopak u facebookových skupin tvářících se jako podpůrné skupiny pro pečující osoby, jsem se s žádnou podporou nesetkala ani od samotných správců skupiny.

Určitou možnost pro zkreslení výsledků výzkumu vidím v tom, že už v počátku jednání ustoupili ze záměru zúčastnit se rozhovorů oba muži, kteří původně na moji výzvu reagovali mezi prvními. Myslím, že by v případném podobném výzkumu týkajícího se neformální péče bylo velmi vhodné oslovit specifické zdroje, které by nesly větší šanci pečující muže pro rozhovor oslovit. Jsem toho názoru, že by pečující muži mohli přinést jiný pohled na poskytovanou péči.

8 VÝSLEDKY

V této kapitole postupně shrnuji výsledky mého výzkumu. Jednotlivé podkapitoly odpovídají 3 tématům: Pečující a senior v rámci poskytované péče, Vnímaná formální podpora, Spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem při péči o seniory. Jde o témata, která vyplynula z analýzy polostrukturovaných rozhovorů s 12 pečujícími osobami o seniory – rodinné příslušníky. Další členění odpovídá stanoveným 7 kategoriím.

8.1 Pečující a senior v rámci poskytované péče

Základem pro tuto kategorii byly otázky týkající se toho KDO neformální péči rodinnému příslušníkovi poskytoval, O KOHO se pečovalo a JAK pečující osoba svoji poskytovanou péči vnímala.

8.1.1 Pečující osoba

Všichni respondenti mého výzkumu byly ženy, budu tedy o respondentech mluvit dále v ženském rodu. Jednalo se o pečující ženy ve věkových kategoriích 40–44 let (2x), 45–49 let (2x), 50–54 let (2x), 55–59let (1x), 60–64 let (2x), 65–69 let (1x) a 70–75 let (2x).

Zároveň tyto ženy byly **hlavními pečujícími osobami** nebo k nim alespoň patřily. Další pečující, které ženy označily, byli buď manželé či sourozenci respondentek nebo manželé opečovávaných žen... tedy tatínkové respondentek. Pro příklad uvádím výrok respondentky R1: „*Starali jsme se převážně my dva s manželem.*“ Nebo výrok respondentky R10: „*Táta se snažil starat... a pak my všechny tři děti ve věku 46 až 54 let.*“

Zároveň se 3 respondentky vyjádřily v tom smyslu, že jsou vlastně jedinými hlavními pečujícími osobami: „... *já, jen a pouze z rodiny...*“ (R5), „... *jsem na tu péči sama...*“ (R6) nebo „... *ne že by nefungoval, ale vlastně nebyl nikdo tak blízký, aby se staral...*“ (R8).

Pokud jde o **dřívější zkušenosti** s podobnou poskytovanou péčí, zaznamenala jsem vyjádření v tomto smyslu od 4 respondentek (R1, R5, R6 a R7). V jednom případě byla péče v dané míře poskytovaná poprvé: „... ostatní rodiče to vyřešili tou rychlejší cestou, jakože zemřeli buď v nemocnici, nebo doma a rychle... toto takto bylo poprvé...“ (R1). V opačné situaci se ocitla respondentka R7: „... pečuji už 20 let o vlastní seniory...“

Péče u respondentek probíhala buď postupně, jako u pečující R5, která se nejdříve 9 let starala s tatínkem o maminku, pak po několika letech začala pečovat o tatínka. Avšak respondentky R6 a R7 se po nějakou dobu staraly zároveň o dva rodinné příslušníky se sníženou soběstačností. V případě pečující R6 šlo o tatínka a maminku, přičemž tatínka bylo po nějaké době nutno kvůli špatnému zdravotnímu stavu spojenému s Alzheimerovou nemocí umístit do péče domova se zvláštním režimem. Pečující tak nyní pokračuje jen v péči o maminku. U pečující R7 se situace vyvinula jinak – péče o prarodiče se nějaký rok překrývala, ale pak po úmrtí dědečka pečující pokračuje v péči o babičku.

V průběhu rozhovorů respondentky zmiňovaly i další osoby, které jim s péčí v menší míře pomáhaly, šlo však o občasnou výpomoc různého charakteru. Pokud nešlo přímo o pomoc fyzickou, tak se dotyční zapojovali třeba poskytnutím informace, zajištěním dopravy apod. Mezi tyto **vedlejší pečující osoby** patřili např. manžel – „manžel pomáhá jen občas, spíš že nás někam odveze...“ (R4), nebo syn – „... syn pracuje ve firmě se zdravotnickými potřebami... ten pomáhá v tomto...“ (R3), nebo „...syn neměl zkušenosti, ale aspoň hlídal...“ (R9).

Kromě rodinných příslušníků označovaly pečující za další neformální pomocníky např. bývalého manžela – „... ony to neuměly, tak jsem požádala svého bývalého muže, aby ji vždycky tu krev odebral...“ ale také kamarádky – „... v tom mi pomáhala jeho kamarádka... snažila se mu ty léky nějak podstrčit...“ (R5). Nebo pečující R8: „... já mám tři kamarádky v domě, to je jako sen... ale ty mi mohly pomoci jen o víkend, přes týden byly v práci...“

Dalšími neformálními pomocníky, kteří nepatřili do rodiny, ale respondentkám (R2, R8, R11) při péči pomáhali, byly soukromě nasmlouvané pečovatelky. Všechny 3 respondentky si spolupráce s nimi velmi vážily, moc si péči pochvalovaly, a ve všech případech jsem měla z jejich vyjádření pocit, že bez těchto soukromých pečovatelek by si doslova nevěděly rady. Např. jak vyplývá ze slov pečující R2: „... *nejdůležitější je pro nás paní asistentka, kterou už teď platíme 2x denně... je pro nás spásou...*“ Vypomáhaly s hygienou, hlídaly přes den seniora při nepřítomnosti respondentek, nebo hlídaly i přes noc, aby si pečující mohla lépe odpočinout: „... *soukromá pečovatelka chodila na 3 a někdy i na 4 noci v týdnu, abych se vyspala... chodila i přes den, abych si mohla aspoň nakoupit...*“

Pečující ženy se v průběhu rozhovorů opakovaně vracely k vlastnímu vnímání poskytované péče, k otázce vlastních hranic, k osobnímu přesvědčení o smyslu a kvalitě poskytované péče rodinnému příslušníkovi. Ale také zmiňovaly, co pro ně bylo velkým zklamáním a v jakém směru cítí negativní dopady pečování do svého života.

Pokud se jedná o vnímané **osobní hranice**, pak je respondentky cítily v několika rovinách... jednak šlo o pocíťované limity vlastní úrovně zdraví – např. vyjádření respondentky R3: „... *sama jsem tehdy absolvovala operaci pro onkologickou diagnózu, tak mi to zakázali dělat...*“ Nebo výrok respondentky R11: „... *byla jsem po úrazu, nebylo úplně dobře ji tahat...*“

Hranice byly pocíťované také v rovině psychické odolnosti: „... *já si toho všimla až jsem sama byla na psychiatra... byla jsem stejnej magor... že mi nepřijde nenormální, co dělá...*“ (R5) Nebo z vyjádření respondentky R6: „*Já že ji jako odložím do domova?? S tím se těžko vypořádávám.*“ Respondentka R2 to viděla takto: „*Člověk má pocit, že se topí v moři naprosto nejasným... teď neví, co má dělat, kam má jít, co udělat dřív, a co potom...*“

Za jistou subjektivně vnímanou osobní hranicí ale byly i některé aktivity, ať už byly finančního rázu, nebo se jednalo o určité ošetrovatelské úkony. Příkladem budiž vyjádření respondentky R1: „*Já nechtěla píchat ředění krve... já to nebudu dělat, nejsem přece sestra!*“ Nebo výrok pečující R7: „*Já přece*

nejsem lékař... nerozumím tomu!“ Nebo pečující R7: „ ... neodvážila jsem se dělat pedikúru u diabetika...“ K vnímané finanční hranici se přiblížila pečující R11, když řekla: „... abych to neplatila všechno z výplaty... protože děti, kroužky... všechno stojí peníze...bylo to finančně hodně na hraně...“

Dvě respondentky (R2 a R10) se vyjádřily i k hranici druhého pečujícího – v obou případech ženy hovořily o svém tatínkovi, který žil v domácnosti s manželkou, o kterou se pečovalo. Vyjádřily se ve stejném smyslu – že je péče pro muže/tatínka hodně složitá a zatěžující v mnoha ohledech. Respondentka R2 řekla: „... ale oni ti chlapi jsou taky různí, nejsou od přírody úplně nastavení pečovat... je to pak pro ně o to těžší...“ Respondentka R10 se vyjádřila ve stejném smyslu: „... protože táta je chlap... který... prostě chlap... uvařit umí akorát vajíčka, namazat chleba a zalít čaj...“

Respondentky se příležitostně vyjadřovaly i k aktivitám, které samy považovaly jako něčím výjimečné nebo nad rámec běžně poskytované péče. Jednalo se většinou o **zvýšené nasazení** při jednání s úřady jako např.: „... nakonec jsem to napotřetí s nima vyřídila... dalo mi hodně práce dostat ty úřednice do reality...“ (R2) nebo „... to jsem se musela opravdu strašně snažit, musela jsem létat a dozvídat se, co je další krok, co musí být ten další...“ (R6) nebo „... než jsem se to všechno doštourala, dověděla... tedy detektivní metoda, jak se dostat k těm pomůckám... vopravdu plný nasazení...“

Ve dvou případech (R1 a R7) se respondentky rozhodly pro zvýšení své informovanosti či snížení své nejistoty při poskytované péči absolvovat kurz, jako respondentka R1: „Tehdy v tý nemocnici dělali kurzy péče o ležící pacienty, tak jsem se tam nadšeně přihlásila, že jako pak budu děsně chytrá...“ Nebo jako v případě respondentky R7: „Byla jsem na školení v XXX, kde mi řekli různý tipy.“ Respondentka R7 dokonce uvažovala o zvýšení své kvalifikace: „... už jsem byla ve stavu, že si i při svém ekonomickém vzdělání udělám dálkově zdravotní sestru, abych věděla, co těm doma mám dělat!“

Velmi často se respondentky vyjadřovaly o tom, co je při jejich pečování důležité, jaké vnímají osobní hodnoty pro pečování i komunikaci. Respondentky užívaly podobná slovní spojení, která se nesla v lince: být

v kontaktu s **jedním spřízněným člověkem** schopným se vcítit, jednat s pochopením a proaktivně — s sebou nese jistý dlouhodobý vztah — a spolu s ním i vybudovanou důvěru — která umožní pečujícím se na dotyčného spolehnout — což vnímají jako velkou pomoc i úlevu.

Tyto důležité body budu postupně demonstrovat na výrocih respondentek. Začnu vyjádřeními spojenými s preferováním nějakého jednoho pevného bodu, ke kterému by se pečující ženy mohly obracet. Např. jak se vyjádřila pečující R2: „... pocit, že má člověk u sebe nějakou jednu spřízněnou osobu, že to je jako dlouhodobej vztah, který prostě přináší výhody, člověk potřebuje pevný bod...“ Nebo vyjádření respondentky R3: „... jeden člověk má pro mne mnohem větší význam než jakákoliv skupina osob z jedny společnosti... protože se mohu spolehnout, že tento člověk bude vědět...“ Respondentka R7 se vyjádřila dost podobně: „... když je v kontaktu jedna osoba, co vás zná... je v podstatě jako další člen rodiny, co jí věříte...“

O důležitosti vytvoření **vztahu** i s dalšími články péče, se kterými respondentky přicházely do kontaktu, stejně jako o vnímaném pocitu **důvěry** a možnosti se na dotyčného **spolehnout** se vyjádřily např. respondentka R1: „... aby se vybuodoval nějaký vztah, aby se člověk taky nějak mohl spolehnout na tu péči...“ nebo respondentka R2: „... je úžasný mít při ruce někoho, na koho se můžete spolehnout... že by taky dotyčný věděl, kdo je na té druhé straně... kdyby měl přijít pokaždý někdo jiný, to by bylo šílený... to všechno odříkáváte jako kolovrátek pořád dokola...“ nebo vyjádření pečující R3: „... vy se přece raději obrátíte k člověku, o kterém něco víte a který ví něco o vás... ke kterému získáte důvěru...“ K pocitu důvěry se vyjádřila i respondentka R6: „... pokaždý přišel někdo jiný... ale je přeci jasný, že určitá míra důvěry bej musí... když se mají schvalovat a diskutovat osobní věci...“ O tom, že je pocit důvěry přenositelný, hovořila respondentka R9: „... jako kdyby se důvěra k tomu lékaři přenesla v důvěru na toho člověka, kterého lékař doporučil...“

Z rozhovorů vyplynuly i názory pečujících žen na jejich vnímání sebe sama v systému péče. Respondentky se shodly, že cítí velkou dávku povinnosti vůči svým blízkým, ale že je naopak trápí pocity osamocení v péči, odtržení od běžného života, že celkově vnímají velkou zátěž.

Mezi výroky, z nichž jsem vnímala tento **pocit povinnosti** vůči opečovávané osobě, patří vyjádření respondentky R5: „...*vlastně jsem měla celou dobu zakódovanej pocit, že se musím postarat já... že když to neudělám, tak jsem selhala... je to moje povinnost.*“ Nebo jak se vyjádřila pečující R6: „... *uvědomuju si, kde je moje povinnost, kde je moje úcta ke stáří a kde závazek... vždyť je to moje máma...*“ Nebo jak řekla pečující R2: „... *i když ten příspěvek nedostaneme, stejně se postaráme... je to naše povinnost... lidé zvládnou hodně věcí, když mají dobrej návod...*“ Respondentka se sice nevyslovila přímo k „povinnosti“ pečovat, svůj pocit ale popsala podobně: „... *z hlediska nějaké výchovy, kterou jsem v rodině absolvovala, mi přijde naprosto přirozený a samozřejmý o člena pečovat...*“

Příkladem vyjádření **pocitu osamocení** mohou být slova respondentky R12: „... *ten pečující je v tom jakoby vopuštěnej... musí furt hledat nějaký cesty, aby se z toho nezbláznil...*“ S myšlenkou souhlasí i pečující R1, když řekla: „... *udělala se velká díra v generacích, je to tím, jak ta rodina funguje... pečování není ale z žádný strany jednoduchý...*“ Výstižná byla i slova respondentky R3: „... *došlo mi, že když se nebudu věnovat normálnímu životu a komunikaci, nebudu fungovat jako všichni v babičkovským věku... tak s nimi za čas nenajdu společnou řeč...*“

Pocity velké zátěže dokládají např. slova respondentky R2: „... *vůbec si neumím představit, že péči může někdo dlouhodobě zvládat... to musí prostě znamenat strašně brzký vyhoření... není v lidských silách všechno obsáhnout, pokud má člověk chodit ještě do práce... to nejde...*“ O přítomnosti stresu se přesně vyjádřila pečující R4: „... *myslím, že stres vnímám stejně jako řada neformálních pečujících, který znám... je všude...*“ Úryvky na téma zátěže ukončím slovy respondentky R7: „... *kdo chce něco dávat, musí to mít... chcete dávat sílu... musíte ji sama mít...*“ A respondentky R3: „... *člověk v péči je jako v kleštích někdy i vlastních pochybností... jakoby se točil v kruhu... strašně to někdy tíží...*“

Kromě výše popsaných pocitů povinnosti, osamocení a zátěže se respondentky snažily vyjádřit i svůj celkový **náhled na pečování**. Za všechny respondentky použiji výrok pečující R9: „... *tohleto je taková oblast, když člověk najednou...*“

kde do toho prostě spadne jako hozený do vody...“ V podobném duchu se vyjádřila i pečující R8: „... člověk není ‘dobřej’... jen dělá, co může... aby zvládl, kam ho osud hodí...“

Respondentky se také hojně vyjadřovaly ke svému vnímání opory ze strany systému, ze strany poskytovatelů zdravotních i sociálních služeb. I když se v pozdějších fázích rozhovorů k tématu opory „zvenčí“ několikrát vracely s upřesněním k jejich vlastní poskytované péči (a já se tím pádem k tématu vrátím v dalším svém výkladu výsledků), považuji nyní za vhodné nabídnout alespoň některé základní myšlenky pečujících žen.

Především respondentka R1 měla na **systemovou podporu** jasný názor: „... jestli tady nějaký nárok je, tak se o něj budeme hrdlit! Protože jak si nemyslím, že by stát měl poskytovat všechno bez placení, tak v tomto mu já na druhou stranu vydělávám docela dost peněz tím, že pečuji sama... měl by poskytovat takovou službu, aby víc lidí chtělo a mohlo si dovolit nechat ty rodiče doma...“ Dodala ještě jeden postřeh: „... a když tedy stát chce, aby o starý lidi nemusel pečovat, měl by ty pečující aspoň přivzdělávat...“ K tématu financování péče se připojila svým názorem i pečující R2: „... pokud na to máme nárok, tak ať ty peníze dostaneme, ať máme volný ruce a nemusíme uvažovat nad tím, na co z důchodu máme...“ Vyjádření respondentky R4 se potažmo také financí týká: „... přijde mi to praštný... ty pleny přece nekupuju proto, abych si časem našetřila na norkový kožík... ale asi těžko můžu chtít, když je v tom člověk celej den... aby měla 1 nebo 2 pleny na den...“

Stesky na systémovou oporu se ale netýkaly jen **financí**. Vyjádření respondentek se týkala také informací a celkového dojmu z komunikace s poskytovateli formální péče. K dostatku informací se vyjádřila např. respondentka R8: „... víte co... probírat průběh péče by měla být snad i povinnost těch lékařů, ale ne každej to dělal... nevím, ale když přece vidím, že člověk informaci potřebuje, tak mu ji nabídnu, ne? Vždycky je lepší mít informací víc, než v danou chvíli potřebuju...“ Připojím i slova respondentky R11: „... když už mají z úřadu potřebu posílat každý rok k narozeninám xerox s nějakými informacemi, proč s nimi nepřijde někdo osobně... nedonese kytičku a s rodinou informace neprobere osobně... nebo aspoň nezavolá... proboha, proč xerox?“

Pokud jde o **komunikaci**, doplním ještě slova pečující R11: „... *minimálně aspoň ta lidská podpora, teplé slovo a lidská sociálnost, kdyby byla... a ne se nesmyslně po těch vystresovaných lidech, který se do poslední chvíle opravdu starají, se vozit...*“ Myslím, že jasně se vyjádřila i respondentka R1: „... *to je asi takový obecný... empatie se vytrácí s přemírou papírů...*“ A nesmím k tématu komunikace pominout slova pečující R4: „... *přijde mi, že pacient s Alzheimerem je v nemocnici... prostě že je jakoby na ocase... nikdo ho nebere vážně a vlastně je to takový blbeček, co otravuje...*“

Když respondentky povídaly svoje myšlenky k názoru na oporu v systému při své péči o seniory... 4 z nich si vypomohly **přírovnáním**. Jednak se ženy odkazovaly k péči o děti, jako pečující R3: „... *když dělám s dětmi, taky jim dávám zpětnou vazbu, kdykoliv udělají něco dobře... ale u těch starých se to nějak vytratilo, ačkoliv to potřebujeme taky...*“ Nebo vyjádření pečující R9: „...*když se staráte o dítě, všude je plno různých knížek, všude na vás vyběhnou nějaký rady a pomoci... ale o péči o seniory jsem snad neviděla žádnou...*“ K péči o děti se vyjádřila také respondentka R4: „... *protože stres a tů práce je srovnatelný s matkama na mateřský... ale o nich se všude mluví, všichni je chválí, plácají po rameni... jak jsou jako hrozně dobrý...*“

Respondentka R1 svoje přírovnání vztáhla nejen k dětem, ale i k péči o seniory dříve: „... *jako když se dříve narodilo miminko, chodila dětská sestra a edukovala maminky... co kdyby nám to do začátku pečování taky někdo řekl a ukázal... nebo jako to bylo dřív... když byly geriatrický sestry... tak to bylo super, věděly všechno... jak jsou na tom se zdravím i jestli mají navařeno... to dneska vůbec nefunguje...*“

Na otázky, které směřovaly k vnímaným **dopadům péče do života**, mi respondentky odpověděly, že vidí celkem 3 oblasti, v nichž pocítily jisté ztráty oproti létům, kdy péči o blízkého seniora neposkytovaly v takové míře. Jednalo se o dopady do: osobního života, zdraví a do pracovní oblasti.

Pokud šlo o osobní život, jako příklad uvedu slova respondentky R4: „... *roky to máme s manželem tak, že buď může odejít z domu jeden, nebo druhý... naše manželství je v podstatě dálkovéj kurz...*“ Nebo vyjádření pečující R6: „*Co mám*

doma maminku, necestuju.“ Dopad péče do pracovní stránky života vystihují výroky respondentky R6: „... *musela jsem odejít do důchodu...*“ Nebo pečující R8: „... *byla jsem sice OSVČ, ale pracovat při mamince stejně nešlo...*“ Poslední vyjádření patří respondentce R1: „... *i naši práci jsme se museli věnovat míň... to se prostě člověk nenafoukne, aby zvládl všechno...*“

S vyjádřeními o dopadu pečování o rodinného příslušníka souvisely i myšlenky jakéhosi **zklamání**, které se týkalo v největší míře zbytečně vynaloženého času, ale také pocitu nedostatečné péče ze strany formálních poskytovatelů. Ať šlo o cokoliv, bylo znát, že situace pečující ženy vnímaly jako hodně zatěžující pro jejich psychiku.

Otázka času se týkala např. vyjádření respondentky R12: „... *kdybych se nevěnovala tolik tomu shánění informací... raději bych ten čas věnovala té mamince...*“ Podobná slova užila pečující R1: „... *to lícitování o tom, co pro nás mohou udělat, zabralo ale takového času... škoda, že jsme ty hodiny nevěnovali té babi...*“

Ohledně poskytnuté péče, kterou ženy vnímaly jako nedostatečnou, uvedu vyjádření respondentky R11: „... *kdyby byla hlídána dřív, nemusela by spadnout...*“ nebo slova pečující R10: „... *škoda... kdyby si s rodiči tehdy někdo promluvil... jako i s rodinou si sedl a vysvětlil, oč v tý nemoci jde... ale ani doktor mi nevěřil... kdybychom možná zařídili ten servis mámě dřív, nemusela skončit v tý nemocnici... možná by se zbytečně tak skokově nezhoršila...*“ Jako poslední ještě doplním smutná slova pečující R12: „... *připadala jsem si jako v chudobinci, kde čekám 4 hodiny na lavici na injekci... šlo spíš o nezájem, než že by to nešlo řešit... bylo to celý o tý bídě toho konce, no... otřesné...*“

Na závěr přináším ještě vyjádření pečující R4, které v sobě odráží ten celkový boj o informace, o podporu, jaký jsem na výrocích pečujících dokladovala výše. Respondentka R4 řekla: „... *ale my nejsme už úplně mladý... máme ještě dost povinností, můžeme mít ve svém věku třeba i menší děti... ale jsme vlastně... jsme uuuuuplně přehlížená skupina.*“

8.1.2 Senior v péči

Již v charakteristice respondentů jsem v krátkosti naznačila, o kterého z rodinných příslušníků se pečující ženy staraly, a k jaké věkové kategorii seniori patřili. Zopakuji, že se ženy staraly (nebo dosud starají) v 8 případech o maminky, v 1 případě o tatínka, v 1 případě o tchýni, 1 případě o babičku a v 1 případě se prolínala nějakou dobu péče o dědečka s péčí o babičku.

Pečující ženy buď bydlely se svými seniory ve společné domácnosti (např. R1, R3, R4, R6, R8, R9, R12) nebo žily od seniorů v docházkové vzdálenosti (R7, R11), ve třech případech za svými seniory musely dojíždět z jiného města (R2, R5, R10).

Při výzkumu jsem kladla řadu otázek, které se dotýkaly **zdravotního stavu** seniorů, s cílem zjistit, které nemoci opečovávané seniory trápily a přímo souvisely s rostoucí nesoběstačností seniorů, která si posléze vyžádala péči respondentek. Stejně tak mne zajímalo, zda zdravotní problémy přicházely postupně, tedy šlo o chronická onemocnění, nebo zdravotní problémy souvisely s akutním onemocněním nebo např. s úrazem. V některých případech mi ale respondentky odpověděly, že seniori netrpí/netrpěli žádnou chorobou, která by jejich soběstačnost významně ovlivňovala, a že za jejich zhoršením po psychické i fyzické stránce stojí/stál „jen“ přibývajícím věk.

Pečující při svých vyprávěních často zmiňovaly tyto choroby: diabetes mellitus (DM), onemocnění štítné žlázy, srdeční nedostatečnost, artróza kloubů, nemoci očí jako katarakta nebo věkem podmíněná makulární degenerace. Seniori se často až ve svém starším věku potýkali s následky trombózy nebo embolie, nebo absolvovali operaci srdce (tzv. bypass), operaci zlomeniny krčku stehenní kosti či výměnu kyčelního kloubu (tzv. totální endoprotéza, TEP). Podle respondentek často některá z takových operací, resp. související celková narkóza, výrazně zhoršila zdravotní stav jejich opečovávaného seniora.

Z degenerativních procesů mozku trpělo několik seniorů Alzheimerovou nemocí, Parkinsonovou nemocí, nebo jiným typem demence.

Respondentky se také často vyjadřovaly v tom smyslu, že senior často padal, trpěl inkontinencí nebo že byl křehký.

Jelikož zdravotní stav u všech seniorů výrazným způsobem ovlivnil nástup i průběh poskytované péče, v krátkosti uvedu hlavní zdravotní neduhy všech opečovávaných seniorů, jak mi je kdykoliv v průběhu rozhovorů respondentky sdělily.

Respondentka R1 řekla o zdravotním stavu své tchýně toto: „... *byla polymorbidní, měla DM... každou chvíli padala... co neměla, to si na doktorech vyprosila... takže prášky měla na stole metr... píchalo se jí ředění krve... chodit se jí fakt nechtělo, ačkoliv měla nožky jako laňka... problémy byly asi spíš psychický... a měla pleny.*“

Respondentka R2 řekla o zdravotním stavu maminky toto: „... *zásadní diagnóza je vaskulární nebo Alzheimerova demence, jinak byla maminka celý život zdravá... nyní ale ani nevidí důvod, proč by se měla hýbat nebo jíst... inkontinentní je už dlouho.*“

Respondentka R3 řekla o zdravotním stavu maminky toto: „... *maminka byla celoživotně prakticky zdravá... proběhla embolie a pak rozsáhlá žilní trombóza... nepohybuje se sama již několik let, zvedáme ji a na jejích nohách ji přepravujeme... má Alzheimeru... pleny má už dlouho.*“

Respondentka R4 řekla o zdravotním stavu maminky toto: „...*maminka má Alzheimeru... je po zlomenině krčku, takže se hůře pohybuje... čas nevnímá vůbec, většinou je orientovaná aspoň osobou... tedy ví, kdo jsem... moje děti nepoznává.*“

Respondentka R5 řekla o zdravotním stavu tatínka toto: „*Tatínek měl Alzheimeru.*“

Respondentka R6 řekla o zdravotním stavu maminky toto: „... *měla kardiologický problém, byla po bypassu... taky měla operaci kyčle.*“

Respondentka R7 řekla o zdravotním stavu dědečka a babičky toto: „... *děda měl Alzheimeru... babi měla rakovinu mozku... měla DM... stěžovala*

si na klouby všude... v rukou měla artrózu... byla ještě na operaci zákalu oka... oba byli plně inkontinentní...“

Respondentka R8 řekla o zdravotním stavu maminky toto: „... stalo se, že pro velké bolesti v 87 letech absolvovala výměnu kyčelního kloubu... to už stejně bylo hop nebo trop... ale po půl roce přišla opravdu velká ztráta tý krátkodobý paměti... myslím, že to bylo tou narkózou... pak si sedla mimo křeslo a zlomila si pánev... jistě, pleny měla dlouho...“

Respondentka R9 řekla o zdravotním stavu maminky toto: „... maminka sice říkala, že má to, co Zeman... ale měla Parkinsona... pak vlastně nebyla vůbec pohyblivá... pak měla DM, vysoký tlak... ale před 15 lety měla rakovinu prsu, sice to zvládla dobře, ale myslím, že to byl velmi těžkej zásah i tak, že po něm hodně sešla...“

Respondentka R10 řekla o zdravotním stavu maminky toto: „... maminka byla po 3násobném bypassu... a asi i v důsledku špatně kompenzované cukrovky měla Alzheimeru... asi i ta narkóza všechno odstartovala... dřív všechno dělala, jen měla léky na úzkosti...“

Respondentka R11 řekla o zdravotním stavu své babičky toto: „... byly tam pády... pleny... taky demence, ale ne Alzheimer... v podstatě to bylo asi pojmenovaný až po úrazu, co se jí stal před 99 narozeninami... předtím ale byla minimálně sledovaná lékaři...“

Respondentka R12 řekla o zdravotním stavu maminky toto: „... měla bolesti kolene, vždycky jí tahali vodu... taky špatně viděla pro makulární degeneraci... byla skoro slepá... taky si zlomila nohu v krčku... ale jinak se hodně dobře orientovala... věnovala se kumštu, poslouchala recenze... do těch 94 byla mentálně opravdu fit...“

8.1.3 Poskytovaná péče

Podkladem pro tuto kategorii byla sada otázek, které se týkaly vlastní poskytované péče respondentkami a vedlejšími neformálními pečujícími. Především mne zajímalo, co pečující osoby vedlo k rozhodnutí začít o svého blízkého seniora pečovat, jak toto péče probíhala, jakou pečující vnímali

psychickou podporu, z jakých zdrojů čerpali informace důležité pro péči. V neposlední řadě mne zajímalo, jak respondentky péči zvládaly a jaké vnímaly problematické momenty.

Co se týkalo samotného zjištění, že je třeba svému bližnímu začít ve větší míře pomáhat – tedy jaké byly **počátky péče** – mi respondentky odpovídaly dvojitým způsobem. Buď, že péče se navyšovala postupně... stejně jako se postupně i zhoršoval zdravotní stav opečovávaného seniora. V tomto smyslu se vyjádřila např. respondentka R2: *„... tak nějak se postupně začala zvyšovat frekvence návštěv u doktorů... pak tatínek už nějak nezvládal... pak už to bylo s nasazením celý rodiny...“* Nebo jak mi pověděla respondentka R5: *„... jak umřela maminka, tak jsem za ním docházela tak jednou za týden... pak jsem ale zjistila, že není něco v pořádku... chodila jsem častěji... ale pak jsem po něm chtěla, aby mi něco namaloval, což jinak dělal celý život... a ono mu to už nešlo... tak jsme se šli podívat k jednomu specialistovi... a já začala chodit častěji...“* Připojím také vyjádření pečující R9: *„... to ještě byla vcelku samoobslužná, tak jsem jí chodila nakupovat, každý den nebo několikrát za týden jsem ji chodila navštěvovat... protože už nemohla řídit auto...“* Jednoduše a stručně mi na otázku „jak to začalo“ odpověděla pečující R12: *„Ono to bylo pozvolný...“*

Druhou variantu odpovědí k počátku péče jsem označila jako **bod zlomu**, za kterým se u 4 opečovávaných seniorů skrývalo buď prudké zhoršení jejich zdravotního stavu, pád, nebo úraz. Respondentka R1 mi sdělila, že: *„... vše šlo v pohodě, než maminka upadla, našli ji doma za dva dny... a bylo jasné, že se už k sobě zpátky do bytu nevrátí...“* I v případě respondentky R6 byl bodem zlomu v péči pád seniorky: *„... sotva jsem poprvé po dlouhých letech odcestovala za vnoučaty, maminka upadla... tak špatně, že měla komplikovanou několikanásobnou zlomeninu stehenní kosti a skončila v nemocnici...“* V případě tatínka respondentky R5 také znamenal bod zlomu v péči úraz: *„... to bylo už hodně špatný... měl úraz, že ho odvezli do špitálu a pak už se domů k sobě nevrátil...“* V případě maminky respondentky R10 bylo bodem zlomu prudké zhoršení zdravotního stavu: *„... máma skončila v nemocnici, měla hypoglykemický šok, protože nejedla...“*

Další sada otázek se týkala pocitu zvládnání samotné péče o blízkou osobu. Respondentky jsem dotazy vedla k tomu, aby mi pověděly, jak vlastní péče probíhala, s jakými situacemi se setkávaly, které je v péči jakkoliv limitovaly, nebo co jim naopak v péči pomáhalo a posouvalo je kupředu.

Když se pečující ženy rozpovídaly o **průběhu péče**, většinou ji popisovaly chronologicky po obdobích, ve kterých se v rámci péče něco zásadnějšího událo. Ženy vyprávěly např. o tom, kdo z pečujících měl jaké úkoly: „... dokázali jsme se v průběhu týdne nějak s manželem vystřídat, ale hygienu nedělal...“ (R1) Nebo jak řekla respondentka R2: „...prostě jsme si rozdělili úkoly... navíc každé něco uvaří a to jídlo jim necháváme na druhý den...“ Typické ráno popsala např. pečující R3: „... stále se snažíme... každé ráno ji ve dvou zvedneme, na jejích nohách ji přepravíme do koupelny, kde ji umeju, oblíknu do denního a zase ji ve dvou přepravíme do křesla... chodíme stylem jeden táhne, druhý tlačí...“

Povídání o průběhu péče pomohlo respondentkám postupně si vybavovat i důležité momenty v péči, jako např. situace, když se opečovávané osoby vracely po hospitalizaci domů nebo zda pečující využívaly respitní služby... Tak např. respondentka R8 řekla: „... po té operaci se maminka shrabala opravdu rychle, rehabilitovala a prakticky hned, jak přišla domů, přestala chodit s hůlkou... všechno bylo zalitý sluncem...“ K respitní péči se vyjádřila respondentka R5 takto: „... ta dočasná mu způsobila ohromné trauma, že vlastně přestal chodit i na záchod, zůstal už na plínách...“

Respondentky si vybavovaly i řadu tehdy těžkých situací, které nyní hodnotily s jistým nadhledem. Např. respondentka R8 mluvila o tom, že: „... jak maminka nikdy nevařila, tak s Alzheimerem se snažila... takže jsme málem uhořely, protože nechala hrníček s vodou na plotně, pak podpálila digestoř...“ Nebo jak vyplynulo z vyprávění pečující R5: „... schovávala jsem špunty od umyvadel, protože vytopil sousedy... pak jsem odpojila sporák, aby něco neudělal... nebo mi volali sousedi, že močí do výtahu nebo na balkón... schovával mi klíče do popelnice, mazal hovínka na zeď... no, bylo to veselé...“

Při povídání o průběhu péče nebylo pro mne ani tak důležité podchytit důsledně všechny momenty a situace, které respondentky zažívaly, důležitější pro mne byly ty informace „mezi řádky“, které se týkaly vlastního pocitu zvládnání péče a potřeb. Vyjádření v tomto směru bylo mnoho... Většinou respondentky mluvily o zátěži z **pocitu nesystematičnosti péče** – jako např. pověděla respondentka R8: „... šlo o náhody nebo osobní vazby... žádná jako smysluplná pravidelná nebo jakkoliv stabilní pomoc to tedy nebyla... spíš takový pokus-omyl...“ Ve stejném duchu se vyjádřila i pečující R7: „... já jela v podstatě v režimu pokus-omyl...“ Nebo respondentka R4: „... na všechno přicházím tak nějak za pochodu... bohužel...“ A také pečující R5 měla stejný pocit: „... získávala jsem informace sama... všechno za pochodu...“

Z řady vyjádření respondentek jsem vnímala také **pocit bezmoci a permanentního stresu**. Příkladem jsou slova respondentky R4: „Stres je moje prostřední jméno!“ Nebo vyjádření pečující R5: „... byla jsem jako v mlýnu... není nadhled... jen od A do B, pak do C... dál nešlo koukat...“ Nebo slova pečující R8: „... my tou péčí s mamkou nějak proplouvaly... nikdo se nezajímal... jen jsem hasila požáry...“ Výstižná byla i slova pečující R7: „Všechno je stále stres!“ A slova R6: „... to je sice všechno krásný, když už jsem aspoň dostala kontakty... ale vy pak nevíte, co s tím... taky je mi 70!“

Několik respondentek se vyjádřilo i v tom smyslu, že byly ve stresu kvůli **komunikaci s opečovávaným seniorem**, nebo že nezvládaly např. **změnu v rolích rodič-dítě**, ke které kvůli poskytované péči často docházelo. Jako příklad uvedu slova respondentek R5 a R6: „... mě ty jeho výplody už rozčilovaly... to byla vždycky taková velká diskuse, aby vůbec něco snědl...“ (R5) Nebo „...těžké bylo soužití učitelky a silný autoritativní maminky, která celý život přesně věděla, jak to na světě chodí...“ (R6), nebo výrok pečující R9: „... nebyla jsem důsledná, ale chtěla jsem, aby cvičila... a ona že... ty mi nebudeš říkat, co mám dělat, jsem tvoje máma! To bylo hodně těžký...“

Pokud šlo o vnímání **stresu při péči**, respondentky uváděly i další situace, které jim přinášely stres. Šlo např. o situace, kdy měly za opečovávaného seniora udělat nutné rozhodnutí, které se ale seniorovi nelíbilo... jako se např. vyjádřila respondentka R7: „... babi mi samozřejmě dává za vinu, že jsem

ji šoupla do tů LDN, protože chce umřít doma, ale já jí říkám... dokud nebudeš chodit, nemohu si tě vzít domů, abych tě tam zase našla někde na zemi...“ Nebo slova respondentky R10: *„... prostě vždycky brečela, že se jí chceme zbavit... to bylo těžký...“*

Z vyprávění respondentek vyplynuly i další stresující situace. Patřily mezi ně např. **změny**, na které se pečující ženy nemohly předem připravit... jako např.: *„... začali nám vyhrožovat, že jestli si ji do zítřka neodvezeme, máme hledat někde po Čechách, kam ji odložili...“* (R1) Nebo: *„... měly jsme jet na kontrolu... zavolala jsem tedy sanitku... ale kvůli těm našim schodům na mne byli taaaak nepříjemní, že jako točitý schodiště... nechali nás tam a odjeli...“* (R4) Stejnou zkušenost s **přepřavou** měla i respondentka R7: *„...sháněla jsem, jak babičku dostat ven... ale někdo to při objednávce zvrzal a pánové přijeli bez schodolezu... takže odjeli, a já musela rychle sehnat taxíka, chlapy u domu jsem uplatila stovkou, aby mi babi na židli došoupali po patrech dolů...“*

Řada stresujících situací, o nichž respondentky vyprávěly, měla společného jmenovatele – byla to nefungující **komunikace s formálními poskytovateli** péče. Pro příklad uvedu situaci, kterou popisovala respondentka R1, když přišla navštívit svoji tchýni v nemocnici: *„... přijdu tam, postel prázdná... kdyby tam přišel nejdříve manžel a nikdo by mu nebyl schopen říct, kde maminka je... tak ho asi odvezou... oni totiž... aniž by nám cokoliv řekli... babičku naložili a odvezli do jiné nemocnice... bez našeho vědomí ji odvezli... prý je svéprávná...“* Podobnou zkušenost s nezapojením pečující osoby do komunikace měla respondentka R9: *„... mamí říkala, že tam byl nějaký sociální pracovník a že jí něco nabízel... a že ona odmítla... ale kdyby na mne počkal, až přijdu... možná by to všechno dopadlo jinak... strašně záleží na tů komunikaci...“*

Vyjádření respondentek k tématu komunikace v rámci péče obsahovala slova jako: *„přišli babičku vyzpovídat“* (R1) nebo *„praktička byla vcelku našťvaná, že má něco křížkovat“* (R1), nebo *„byli tedy strašně nepříjemní“* (R4) nebo *„no, bavila se se mnou jako s bláznem, připadala jsem si úplně ostudně“* (R7) nebo *„to byl tedy zážitek jen pro silný nervy, strašná zkušenost s tou doktorkou“*

(R8). Respondentky R11 a R12 měly bohužel také špatné zkušenosti s komunikací s personálem nemocnice: „... *byla jsem z toho jednání se sociální pracovníci velmi smutná... bylo až směšný, jak v tý můj bezmoci se po mně vozila...*“ a „... *tam tedy byla speciálně hrozně nepříjemná žena... že tam má starého člověka...*“ (R12) a k vyjádření ještě dodala: „... *já si tedy vlastně ani nepamatuju, že bychom narazily na někoho, kdo by byl opravdu vlídnej a vstřícněj...*“

Během povídání o pocitu zvládnání péče, především když jsem viděla, že pečování je pro respondentky často hodně vyčerpávající a stresující, doptávala jsem se na zdroje podpory, které měly respondentky při péči k dispozici. Ptala jsem se jak na zdroje psychické podpory, tak na zdroje informační.

Pokud šlo o **psychickou podporu**, tedy o to, kdo respondentkám pomáhal si od zátěže ulevit, vypovídat se apod., některé ženy se cítily samy a psychickou **oporu nevnímaly**. Jako vyplývá např. ze slov respondentky R3: „... *nemám u koho... po bytě se pohybuju de facto sama, takže po cestě mluvím na jednoho psa, na druhého psa... případně sama na sebe...*“ Nebo dle slov respondentky R7: „... *já kolem sebe neměla nikoho takového, kdo by pomohl nebo poradil...*“ Nebo slova pečující R8: „... *já měla jen tu mamku... dokud mohla, tak oceňovala, pak už moc pohlázení po duši nebylo...*“ I vyjádření respondentky R9 říká hodně: „... *až teďka má spousta mých kamarádek rodiče v podobný situaci... ale tenkrát jsem měla takový pocit, že jsem první... neměla jsem možnost o tom s někým mluvit nebo se vyptat na pomoc...*“

Někdy ženy zmiňovaly **oporu v rodině**, jako např. respondentka R1: „... *to jsem akorát vždycky probrala s manželem nebo se sestrou...*“ Nebo respondentka R7: „... *my vše řešili jen v rámci rodiny... péče byla prakticky naším jediným tématem...*“ Jindy jako zdroj opory posloužili **přátelé, kamarádky** – jako např. u respondentky R4: „... *vypovídat se nemám moc kde... i když... mám kamarádky... to pak semeleme ženský – fotbal – politiku...*“ Nebo oba zdroje: „... *psychickou oporu mi tak nějak supluje rodina a přátelé...*“ (R11)

Naopak respondentka R5 rodinu pro psychickou oporu ani nechtěla vidět, vnímala ji z opačného úhlu: „... rodinu jsem do toho zatahovat nechtěla... navíc dva chlapy... aspoň s nima jsem se chtěla cejtit normálně... takže jsem to doma brala spíš jako ostrov, kde je pohoda a nic se řešit nemusí...“ Právě tato respondentka sama zmínila, že by podporu hledala třeba v komunitě, skupině pečujících apod.: „...myslím, že skupiny by moc pomohly, třeba jako jsou anonymní alkoholici... taková ta sounáležitost by mi bejvala dost asi pomohla... a nebo skupina online by byla taky super...“

S **podporou ve skupině pečujících** souhlasila i respondentka R2, i když v žádné skupině nebyla: „... umím si ale představit, že by si po večerech stárnoucí dcery... až jejich tatínkové a maminky spí... společně povídaly, jak to která se svým rodičem má... ulevilo by se jim... už jen z toho pohledu, že v tom nejsou samy...“ Zato respondentka R12 zkušenost se skupinou pečujících měla a „šířila v tomto kolem sebe osvětu“: „... v té skupině tu oporu opravdu najdou... třeba když má nějaká mamka dekubity, hnedka jí pošlou, čím to kdo maže... i s fotkama a značkou mastičky... a ještě řeknou, ať se nebojí...“

K psychické opoře jako takové se nicméně všechny respondentky vyjádřily jednomyslně – že je taková podpora nutná, ať už pochází z formálního zdroje, z neformálních zdrojů od rodiny, blízkých osob nebo i z komunity od jiných pečujících. Jako příklad uvedu několik vyjádření: „... člověk potřebuje i nějaký ventil, čemu se i zasmát... prostě vědět, že v tom není sám...“ (R2) Nebo: „... mít oporu v tomto směru osvobozuje od takových těch chmur, že dělám něco špatně nebo že za něco můžu... teplé slovo je mnohem důležitější než peníze...“ (R3)

Velmi mne potěšilo, že respondentka R6 mi nakonec k vlastnímu vnímání psychické podpory řekla: „... a vidíte... myslím, že teď je to snad poprvé, kdy jsem se sama vyzpovídala z těchto svých traumat...“

Od zdrojů psychické podpory jsem své dotazy směřovala také k jiným zdrojům – především k tomu, kde respondentky čerpaly informace. Někdy uváděly **zdrojů více** a cítily se co do informací komfortněji. Především šlo o pečující ženy, jejichž několikačlenné rodiny byly do péče zainteresované prakticky celé (především R2 a R3): „... nemít sestru, asi bych ani nevěděla, na co mám

nárok...“ (R2) a R3: „... *kdyby v tom nedělal syn a snacha, nic bych nevěděla... a vidíte, i tak nevím, že máme nárok na podložky... to nám nikdo neřekl...*“ A také v případech, kdy samy respondentky byly profesně z oboru alespoň vzdáleně podobného zdravotnímu nebo sociálnímu (např. R12): „... *ale kdybych to neznala, vůbec nevím, na co bych se koho měla zeptat...*“ Všechny tyto osoby vypověděly, že byly schopné si informace zjistit... každý z členů rodiny si vzal na starost některé z věcí, které bylo třeba zařídit. Jak řekla respondentka R2: „... *jak je nás na to víc, všechno si nějak rozprostřeme mezi sebe a pak se to lépe zvládá...*“

Častěji ale měly respondentky pocit, že mají **nedostatek informací**. Např. pečující R7 řekla: „... *nevěděla jsem, koho se mám ptát... žila jsem v domnění, že se všechno kupuje... pak mi někdo řekl, že je taky půjčovna a já byla jako Alenka v říši divů...*“ Nebo slova respondentky R1: „... *otázka je, jestli jsme vůbec měli všechno, co jsme mohli potřebovat, protože jsme ani nevěděli, že by na něco měla nárok...*“ Nebo vyjádření pečující R8: „... *jistě jsem nevěděla všecko... až teď přicházím na věci, co jsem využít mohla a nevyužila...*“

K příspěvkům přímo se vyjádřila jak respondentka R5, tak R11: „... *o příspěvcích jsem se nějakým způsobem dověděla, o tom na mobilitu ale ne... škoda, hodil by se...*“ (R5) a R11: „*nene... nic z toho nemáme... nikdo mi neřekl... já jakoby nevím, že bych toho mohla využít... ale nakonec jsem se přece jen dopátrala aspoň toho, že může mít babička příspěvek na péči...*“

Když jsem se tedy blíže ptala, které zdroje kromě vlastní rodiny respondentky využívaly, tak zmiňovaly především **internet** – jako např. R5, R7, R11: „... *hledala jsem jen na tom internetu... ale sežralo to moře času...*“ (R5) Podobně se vyjádřila pečující R7: „... *jedině na internetu... třeba na lékařských serverech...*“ Nebo podle slov pečující R11: „... *jela jsem jen přes internet...*“

Ale přitom respondentky R1, R5 a R8 mi také odpověděly, že sice využívají internet, zároveň ale zpochybňovaly, jestli je právě tato cesta vhodná: „... *když si to přečtu někde na internetu, to ale nemusí platit pro mne, že... a taky nevím, jak moc aktuální ta rada je... nebo na mne začnou vyskakovat takové ty*

nabídky za 50 tisíc... ty co nepotřebuji, a ty co potřebuji, ty nemám šanci najít... a než se proklikám... co to sežere času!“ (R1) Nebo slova respondentky R5: „... ale otázka, nakolik je internet vhodný...“ Či pečující R4: „... jooo, hledání v nějakých skupinách na Facebooku... to je velké zdržení a vlastně ani nevím, jestli je ta informace pak správná...“ A ještě vyjádření pečující R8: „... můžu sice koukat na internet, ale tam toho jsou mraky... copak si vybrat... a taky nakolik je to aktuální, že...“

Naopak respondentka R3 internet úplně vyřadila z hledáčku: *„... rozhodně bych nehledala na internetu, protože si nejsem jistá, jestli jsem tak odborně zběhlá, abych dokázala posoudit, že zrovna tato věc mi bude ku prospěchu...“*

Kromě internetu přišly k respondentkám informace díky **přátelům a komunitě** – tento zdroj uvedly skoro všechny pečující např. R1, R2, R4, R5, R6, R7 nebo R8: *„... v řadě věcí jsme si vystačili v rámci komunity... jakože kolega měl náhodou půjčenou postel a že ji bude vracet...“ (R1) Nebo: „... na domov jsem přišla náhodou díky mužovému kamarádovi...“ (R5) Slovy pečující R6: „... sehnali jsme jen díky přátelskému kontaktu a de facto náhodě...“ Vyjádření ukončím slovy respondentky R2: „... my se o všem bavíme hlavně mezi přáteli, kteří mají stejně staré rodiče... sdílení je strašně důležitý...“*

Ať už jsme se s respondentkami bavily o průběhu poskytované péče, nebo o tom, kde hledají informace... opakovaně se v jejich povídání objevovalo téma času. Podle vyjádření pečujících hrála **časová zátěž** při poskytované péči opravdu velkou roli. Pro příklad několik vyjádření: *„... zajistit babi péči byl vždycky takový rébus... hodně drahý, časově myšleno... dvě hodiny jsme vždycky věnovaly tomu, aby pečovatel pečoval hodinu... takže jsme stále byli minus hodina...“ (R1) Nebo slova respondentky R2: „... dopátrat se informací ohledně domovů... vybrat jej... to byla mnohaměsíční činnost...“*

Jak je vidět, časovou zátěž vnímaly všechny respondentky, a snad ještě více ty, které neměly na starosti pouze daného rodinného příslušníka, ale měly další povinnostmi k rodině, měly děti a pracovaly... jako např. respondentka R4: *„... já jsem nic moc zatím z informací nehledala, nebyl nějak čas...“*

Nebo slova pečující R7: „... já jsem sice slyšela, že existuje mobilní oční lékař nebo pedikérka... ale víte co... to je takového hledání a pátrání... na to není čas!“ Na závěr ještě uvedu názor pečující R11: „... nebyl čas po něčem pátrat... čas sotva stačil na povinnosti... práce, děti, rodina, babička...“

Pokud se jednalo o časovou zátěž, 3 respondentky se přímo vyjádřily k časovým ztrátám při **zajišťování inkontinenčních pomůcek** pro opečovávaného seniora: „... jednou jsem musela k doktorce, pak do těch potřeb a potřebí pro ty pleny... z hlediska času to bylo vždycky hodně těžké...“ (R1) Dost podobně se vyjádřila i pečující R7: „... a zase ten čas... takového času s tím stráveného... sehnat doktora, dojet si pro poukaz... pak pro pleny... tak jsem si řekla, že na to kašlu a kupuju to za svůj...“ Nakonec ještě slova respondentky R7: „... když ta naše doktorka to chtěla růčo... a já na to prostě neměla čas... v těch jejích ordinčních hodinách se k ní dostat... s dítětem... já na druhém konci města... a ještě stihnout vyřídit ty poukazy, žádanky a hlídat vše dopředu... není prostě čas...“

Ke konci rozhovorů ke kapitole zvládání poskytované péče respondentky většinou došly k vyjádření ve smyslu, že ten permanentní stres, nemožnost přijít k tolik potřebným informacím, časová zátěž, problémy v komunikaci s opečovávanými i institucionálními poskytovateli péče apod., že hodně vyčerpává... Některé výroky k **pocitu vyčerpání sil** byly opravdu silné: „... měla jsem silný pocit, že už nemůžu ani fyzicky, ani psychicky... a že mi buďto hrábne, nebo si hodím mašli...“ (R5) Nebo jak mi pověděla pečující R4: „je to hrozné... jako bych skládala puzzle a pořád měla o tři dílky málo...“ I pečující R7 si posteskla: „... na osobní asistenci jsme nedosáhli... na psychickou podporu taky ne... byla jsem na pokraji vyhoření...“ Nakonec uvedu ještě vyjádření respondentky R8: „... hodně špatná jsem pak byla i já, vyčerpaná, nevyspaná... a jako bonus jsem hnedka po smrti maminky vyfasovala parádní infarkt.“

Na závěr kapitoly o poskytované péči blízkým seniorům jsem se respondentek ptala, co by mi k tématu ještě rády pověděly, resp. co v mých otázkách nezaznělo. Překvapilo mne, že se 6 respondentek (z 12) vyjádřilo shodně v tom smyslu, že postrádají (postrádaly) při svém pečování **zpětnou vazbu**.

Považuji za vhodné uvést v krátkosti všechna tato vyjádření, jelikož velmi výstižně vystihují, jak se ženy v péči cítily a co jim chybělo: R1: „... abychom věděli, že toto děláme dobře a toto špatně... nikdy jsem nevěděla, jestli to dělám dobře... a vlastně ani nevím, na co vše jsem nedosáhla...“

R3: „... chtěla bych vědět, že něco dělám dobře... nebo aspoň kdyby někdo řekl, že se snažím... že dělám, co můžu... chybí mi ten nezávislý názor, jiný pohled na věc... a takový to ocenění... jsem už strašně stará na to, abych za ocenění považovala to, že dostanu peníze za to, že se o maminku starám...“

R5: „... potřebovala jsem slyšet, že si nemám co vyčítat... že ta choroba je prostě taková... a ať se budu snažit a stavět i na hlavu... stejně to tak bude...“

R7: „nebyl nikdo, kdo by řekl hele, ty to děláš dobře, nebo blbě...“

R8: „potřebovala jsem potvrzení, že to má smysl, že i tak jak to dělám, že je to v pořádku... přemýšlela jsem, jestli dělám dost...“ R12: „... já to sice dělala od srdce, ale nikdy mi nikdo neřekl, jestli správně...“

8.2 Vnímaná formální podpora

Během rozhovorů, tak jak postupně respondentky popisovaly průběh poskytované péče, jsem se často doptávala na zdroje podpory v jakémkoliv směru. Respondentky hovořily jak o tom, kdo a v čem jim byl oporou z členů rodiny, přátel a komunity... Vyjadřovaly se průběžně také k tomu, jak hodnotí formální podporu ze strany zdravotních a sociálních služeb. A právě tyto otázky a odpovědi tvoří podklad aktuálně popisovaného tématu. Rozdělila jsem je ještě na dvě kategorie – formální podpora vnímaná jako fungující a nefungující.

8.2.1 Formální podpora vnímaná jako fungující

Z odpovědí týkajících se formální podpory, kterou respondentky považovaly jako fungující, mi vyplynuly 2 oblasti, o kterých hovořily... jednak některé z respondentek popisovaly, jak jim lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky či sociální pracovníce pomohly s orientací v systému, podaly informace atd. nebo popisovaly, jak jim stejné osoby pomohly nabídkou nebo poskytnutím

služeb. Co mne při analýze zarazilo... takových kladných hodnocení bylo velmi málo.

Pokud šlo o **poskytnutí informací**, nebyla pozitivní vyjádření příliš frekventovaná, dokonce jsem u 2 respondentek (R5, R12) v tom smyslu vyjádření ani neregistrovala. Pečující povídaly o tom, že jim: „... o kartě řekla paní na obci“ (R6), „...nejvíce na naší cestě poradila vrchní sestra z hospicu...“ (R6), „v geriatrickém centru mi poradili, abych při pádu zavolala policii...“ (R7), „...paní z agentury domácí péče nám poradila, kam se mám obrátit pro dovážku obědů...“ (R10).

Ve dvou případech se pečující vyjádřily v tom smyslu, že jsou spokojené, že: „... když jsme odcházely z nemocnice, dostali jsme nějaký papír s kontakty...“ (R1) nebo „... dostala jsem od městský části seznam organizací“ (R11). U respondentky R6 ale radost z předaných informací střídalo zklamání: „... samozřejmě jsem se obracela na úřad... často milí lidé mi říkali, jak všechno jde... prý tady máte adresy a kontakty... ale vy pak nevíte, co s tím...“

Ve vyjádřeních respondentek se objevila i pochvala směrem k ošetřujícím lékařům... a to přímo v těchto případech: „O příspěvku na mobilitu mi řekla doktorka na gerontologii.“ (R4) Nebo: „Obvoďačka nám rovnou řekla, na co máme nárok, což byla velká pomoc... taky že všechno bude posílat elektronicky, že nikam nemusíme...“ Nebo: „... praktička zase pomohla s tím, že mi pořád říkala... trvejte na tom příspěvku na péči...“ (R6)

Ve dvou případech respondentky informace získaly až poté, co na vlastní žádost změnilý praktického lékaře: „... ta druhá paní doktorka byla také výrazně mladší než ta první paní doktorka, ale hlavně byla sdílnější...“ (R3) Nebo „...stejně maminka změnila obvodní doktorku, už nepatřila k tý protivný... ta druhá už nám to pak nabízela...“ (R9)

V jednom případě mi respondentka, aniž by to věděla, nejspíše popsala práci zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici: „... v té nemocnici měli nějakou... nevím, jak se ta funkce jmenovala... prostě asistentku pro zařizování zdravotních a sociálních služeb... a ta mi jako nejvíc poradila, kam se mám obrátit, taky mi zprostředkovala kontakt s agenturou...“

Druhou oblastí, kterou respondentky pozitivně hodnotili u formálních pečujících, bylo **vlastní zajištění služeb**. Pečující R1 a R7 chválily přístup pečovatelské služby: „... až jsme se napojili na Charitu, tak jsme konečně měli 3 stálé pečovatelky, na které bylo spolehnutí... byly ochotné přijít i mimo pracovní dobu, za nějaký peníz... některé věci fungovaly, což nás příjemně překvapilo...“ (R1) Nebo slova pečující R7: „... pečovatelská dělala hygienu a podávala snídani... a tím, že chodily každé dopoledne, tak jsem měla jistotu, že ji někdo vidí...“

Respondentky R8 a R9 si velmi chválily zdravotní sestřičky z home care služby: „... sestřička byla velmi příjemná, fungovala jako rehabilitační, ale i nám udělala odběry a odnesla je do laborky...“ A slova pečující R9: „... sestřičky poradily hodně, ale pomohly i tím, že když jsme podávaly tu první žádost o příspěvek na péči... oni ho zamítli... a tyto sestřičky nám doporučovaly žádat znovu a znovu... a taky nám k tomu napsaly vlastní posudek...“

Bohužel pouze dvě respondentky R2 a R7 si chválily pomoc lékařů. Byly doslova nadšené z jejich přístupu: „... měli jsme štěstí... lékaři pomáhali... sešla se nám velmi dobrá konstelace... kromě praktičky fungovala i neuroložka...“ (R2) A slova pečující R7: „... měli jsme úžasnou geriatricku... protože praktička vůbec nefungovala... takže protáhla babi i dědu všemi vyšetřeními... ta pomohla nejvíc, geniální žena... babičce dokonce stáhla medikaci z 18 prášků na 12...“ a ještě dodala: „... měli jsme štěstí i na zubaře, asi měl sociální cítění, že babi vzal i bez registrace...“

V jednom případě si respondentka R8 velmi pochvalovala přístup Cesty domů: „... v tu dobu je člověk jako šílenej... ale přijede lékař a všechno vysvětlí... a ta jejich sestřička, to je anděl na telefonu... když člověk odejde, tak jí zavoláte, ona přijde, pomůže oblíct, poradí...“

Sociální pracovníci pochválila jen jedna respondentka (R12), když vysvětlovala, jak se snažila pro maminku zařídit, aby se mohla i se zbytkem zraku dívat na televizi a číst oblíbené knížky: „... přišla sociální pracovnice z organizace pro nevidomý... se všema těma přístrojema... s celým vozejkem... byla vlastně jediná osoba, která mi sama nabídla, že přijde, nabídne

a vyzkouší... Tak to jsem tedy byla opravdu překvapená, jak ta nezisková sféra funguje... jaký mají zájem o ty svoje ovečky...“

8.2.2 Formální podpora vnímaná jako nefungující

Podkladem pro tuto kategorii byly odpovědi, které mi ženy nabídly na příslušnou sadu otázek z mého scénáře... např. na přímou otázku, jak hodnotí poskytovanou formální podporu ze strany zdravotních nebo sociálních služeb? Tato kategorie tak upřesňuje celkový náhled a pocit ze systémové podpory, čímž navazuje na kategorii Pečující osoba.

Při zpracování výsledků do kategorie „nefungující“ mne zarazilo množství vyjádření, které mi respondentky nabídly. Ve srovnání s kategorií „fungující“ se jednalo o několikanásobně vyšší počet konkrétních příkladů... což odpovídalo i celkovým pocitům respondentek z podpory v rámci systému péče.

Respondentky se svými výhradami dotýkaly několika oblastí. Výsledky jsem tedy rozdělila do 3 skupin: zdravotní a sociální stránka podpory ze strany formálních poskytovatelů péče a další vnímaná opora v systému.

Zdravotní služby

Ohledně poskytovaných zdravotních služeb se respondentky v rozhovorech vyjadřovaly k péči ze strany – lékařů, sester z domácí péče (home care) a k péči v lůžkových zařízeních.

Pokud šlo o přímou péči lékařů, pak se vyjádření nejčastěji týkala registrujících praktických lékařů (často o nich respondentky hovořily jako o „obvodácích“). Přičemž respondentka R2 si na péči lékařů praktických, ani jiných vůbec nestěžovala, její vyjádření byla v tomto směru pouze pozitivní, proto jsou její výroky zařazeny jen v minulé kategorii.

Co respondentkám v rámci **péče lékařů** nejvíce chybělo, byla aktivní ochota poradit, poskytnout informace k dalšímu postupu v péči či o progresi onemocnění opečovávaného seniora, chyběl jim také zájem o průběh pečování a potřeby rodiny. Jako příklad uvedu slova respondentky R1: *“... ta praktička nám nic neporadila... ničemu se příliš nevěnovala, natož aby udělala něco navíc*

nebo si pospíšila... spolupráce s ní fakt nebyla žádná... praktici nemají čas a taky se v tématu moc neorientují... nebo jen velmi decentně...“ Nebo jak vyplývá ze slov respondentky R5: *„... obvoďačka nám z péče úplně vypadla... to byla čistě náhoda, že tatka chtěl řidičák a neprošel testy...“* Nebo slova respondentky R10: *„... praktik by měl mít tyhle kontakty... ale ten náš byl k ničemu...“* Podobně zněla i slova pečující R6: *„... tak naše praktička ordinovala tak akorát od stolu... jen papírovala... nepomohla vůbec a ani radou, žádný kontaktem nebo doporučením... maminku neviděla takových 5 let... možná paní doktorka pomůže jiným lidem, nám ale ne...“* Nebo slova pečující R8: *„... nene, průběh péče jsme neprobíraly... nebo jen velmi letmo... a že by se nám to hodilo... ona měla vždycky moře práce...“* Výstižně svůj názor na praktickou lékařku popsala i respondentka R12: *„... doktorka nešla nějak naproti, aktivně nenabídla, co my mohla mít... a co vím od kolegyň... to ti doktoři vlastně nedělaj... ale co je horší – nedělá to ani ten praktik! Mně neřekla spoustu věcí... neřekla, že jsem třeba nemusela kupovat vozík, ale že jsem si ho mohla jen půjčit...“* a dodala: *„neměli zájem rady poskytovat, asi že to nemá smysl... mám pocit, že pro ty doktory jsou starý lidi jako nepotřebný železo...“*

Respondentky často vnímaly i vlastní zdravotní stránku péče jako nedostatečnou... lékaři nechtěli docházet na návštěvy do vlastního prostředí seniorů, léky předepisovali dlouhodobě bez návaznosti na vyšetření seniora... mnohdy respondentky řekly, že se výkon zdravotní služby zmenšil na předpis léků a poukazů na inkontinenční pomůcky. Jako např. řekla pečující R1: *„... nedocházela, tedy nechtěla docházet, i když to měla cca 400 metrů... zato ale ochotně psala prášky...“* Nebo ze slov respondentky R5: *„... jak to probíhá se už nikdo neptal... jen předepisovali prášky a plíny...“* Příp. slova pečující R7: *„jajo... nic víc než že léta posílá prášky na mobil... to je veškerá péče, tím to zhasne...“* Nebo pečující R12: *„... praktik psal pořád ty stejný léky, opravdu nic dalšího se nedělo... vůbec si nepamatuju nikoho, kdo by poradil něco víc, než jak bylo v jeho zajetých kolejích...“*

Dále se vyjádření respondentek (R1, R3, R4, R6, R7) týkala práce agentur **domácí péče (home care)**. Nejvíce si pečující stěžovaly na chybějící kontinuitu

péče kvůli střídajícím se sestřím, a na časové ztráty spojené s touto terénní zdravotní péčí.

Příkladem mohou být slova respondentky R1: „... *ta home care... kdykoliv se objevily, pro nás to znamenalo, že způsobí spíš problém... řekli, že přijdou v 9 a přišly v 11... jednou to pochopím, ale vymlouvaly se furt! Navíc jednou přišla ta, podruhé jiná, za týden zase jiná... chyběla naprosto kontinuita... kolikrát to bylo ve stylu, že přilítla... kdo máte todle, proč nemáte todle... ta druhá to pak zase nechtěla...“ Zajímavá byla i slova pečující R4: „... *vždycky si psala 45 minut, ale celý to cvičení nikdy netrvalo víc jako 10 minut... tak jsem jí řekla, ať nechodí, že to nemá smysl... navíc přišla vždycky v jiný časy a mne to akorát zdržovalo, stejně jsem na ni musela čekat doma...“ Podobně se vyjádřila i pečující R6: „... *sestřička přišla pozdě... spíš přilítla, změřila tlak... nádech, výdech... s maminkou bývalou sokolkou... nebyla dýl jak 10 minut... a nás to pak začalo obtěžovat... a pojišťovna platí něco, co vůbec nemá cenu...“***

Posledními, ke komu se respondentky (a to R1, R3, R4, R6, R11) vyjadřovaly stran zdravotní péče, byl personál **lůžkových zařízení**. Jednak si pečující R4 stěžovala na možnost umístit maminku po operaci kyčle na následnou rehabilitační péči: „... *ta kyčel se už nerozhýbala, protože mi ji nikam nechtěli vzít do klasický lůžkový části... prý není soběstačná a je inkontinentní... jako kdyby to ty sestry neuměly řešit!*“ Stejná respondentka nastínila i jiný problém s kvalitou nemocniční péče: „... *no a minule mi ji (byť po týdnu!) z nemocnice vrátili s proleženinama, který jsem pak další měsíce léčila... jak zabránit proleženinám sestřím očividně někdo zatajil... celému oddělení... voni na ni vopravdu byli hnusní... z tejdne se pak léčila tři měsíce... fyzicky i psychicky... a kdybych se s ní nenechala ubytovat jako doprovod, tak by ji tam uhubili... asi by umřela na nemocniční péči...“ S proleženinami měla podobnou zkušenost i respondentka R3: „*První dekubitus si maminka dovezla po 14denním pobytu v nemocnici na interně. A přivezla si i opruzeniny.*“*

Speciálně na chování v nemocnici si stěžovaly respondentky R6 a R11: „... *diskutabilní byl ten přístup sester... někdy byl empatický, ale někdy až člověka brnělo... uměly něco přelepit, ale sociální péči, pomoci někomu někam dojít... to odmítaly...“* Podobnou zkušenost měla respondentka R11, jednalo se

o sociální pracovníci: „... tamní sociální pracovníce byla tedy opravdu ultra asociální člověk... jen jsem od ní dostala takovou tu tisíci kopií... seznam ústavů, kam mám babičku přemístit... a ještě byl dva roky starej... taky bych takto chtěla pracovat... dát jen do ruky výcuc odněkud, kde je napsáno ,staženo v roce 2021‘... ani aktuální to neměla... naprostý nezájem...“

Sociální služby

Stejně jako respondentky hodnotily zdravotní služby, tak se vyjádřily ke službám sociálním. V jejich odpovědích lze oddělit 3 základní oblasti, s nimiž pečující nebyly spokojené, o kterých mluvily jako o nedostatečných, nefunkčních nebo zatěžujících, a které ve svém důsledku znamenaly nemožnost služby zajistit tak, aby tvořily nějaký ucelený a na míru seniora postavený komplex služeb, které v danou chvíli potřebuje.

Jednak šlo o problémy s časovou zátěží, kterou pro ně poskytovaná pečovatelská služba představovala, pak jim opět vadilo střídání pečovatelek, ale hodně výtek zaznělo i ohledně kapacit služeb.

V rámci **časové zátěže**, která souvisela s poskytovanou pečovatelskou službou, se respondentky vyjadřovaly podobně, jako když si stěžovaly na služby domácí péče... pečovatelky chodily později nebo nechodily vůbec, navíc se i opakovaně poskytované služby musely stále dokola vyjednávat: „... vždycky tam musel člověk dojít, s nima jakoby licitovat, jestli příští týden přijdou jednou nebo dvakrát... pak měly přijít v 10 a přišly ve 12... prostě vyrušovaly nebo nechodily... manžel z toho byl běsný, protože říkal... tak já tady rozdělám práci nebo se obědvá... a ona vítězoslavně dorazí o dvě hodky později, že bude přebalovat...“ a dodává: „... měli jsme za to, že by nám ten pečovatel měl přece jen umožnit nějakou dobu pracovat...“

K problému **střídání pečovatelek** se vyjádřila např. pečující R7 takto: „... u babičky se střídaly pečovatelky jako na běžícím pásu... to bylo krajně nepříjemné i pro mne... prostě si nakonec vymodlila, že chce jen jednu... a pokavaď byla nemocná nebo měla dovolenou... tak raději nic...“ V podobném duchu se vyjádřila i pečující R2: „... když mám neustále někoho novýho noname, tak musíme znova a znova něco vysvětlovat... ale celá historie

se někdy nedá v pár větách vysvětlit...“ A ještě slova pečující R11: „... pečovatelky neměly telefon, tak jsme se nemohly domluvit, co je třeba... nakonec tu byl sešit, tak jsme si psaly... bylo to velmi neosobní a já neměla pořádnou zpětnou vazbu...“

Většina respondentek si stěžovala hlavně na **kapacity služeb** vůbec – na možnost převzít seniora do péče a nabídnout mu službu komplexní a v rozměru, který senior v danou dobu potřeboval. Jako příklad uvedu slova respondentky R7: *„... pečovatelská dělala jen hygienu, asistenci tam neměli...“* Nebo dle pečující R1: *„... pečovatelská nosila jen jídlo a možná že ho ohřeje, ale to jsem pro mamku nepotřebovala... pak chodili jen hrát na kytaru, ale nedělali zase nic jiného...“* Nebo: *„... kdybych jim řekla, ať přijdou 3 dny za sebou... tak se mi vysmějí... nebo jindy potřebuji péči třeba na 4,5 hodiny, ale ony přijdou, dají za 20 minut najíst a jdou pryč!“* (R4) Nebo slova pečující R8: *„... projela jsem ten seznam opravdu shora dolů, všude zavolala a slyšela stále totéž... nemáme kapacity... já na tu pečovatelskou službu čekala rok (!) než došli... maminka se jí skoro ani nedožila...“*

Všechny tyto problémy, které respondentky zažívaly, dovedlo 3 z nich (R2, R8, R11) k tomu, že si raději zajistily soukromě (několikanásobně více) placené pečovatelky, které jim tyto nedostatky oficiálních poskytovatelů terénních sociálních služeb vykrývaly. Pečující si pochvalovaly, že je s nimi bezproblémová individuální domluva a že je péče o seniora smysluplná, komplexní a kontinuální... Jako příklad uvedu slova respondentky R11: *„... tak třeba přišla, že má v plánu babi koupat, ale babi nechtěla... tak paní za 10 minut odešla... tak jsem říkala... když už máte pro nás rezervovanou hodinu, nemůžete třeba místo koupání umýt umyvadlo, dát do pračky, převlíct to lůžko... vždyť babi v tom počúraným leží, dokud to nepřijdete převlíct, tak můžete raději častěji převlíkat, když je čas... a ona mi na to řekla, že to nesmí, že na to nemám sjednaný služby... smutné... a přitom by mi pomohlo, kdyby cokoliv z toho udělala, protože pak bych se mohla babi věnovat o to dýl... říkala jsem... chodte častěji, já to zaplatím... a ony, že nejsou lidi a mají málo času...“*

Zvláštní situaci zmínila respondentka R6: „... v té službě jsem poznala dvě ukrajinský pečovatelky... a že mi prý dají svoje číslo a že ke mně budou chodit samy...“

Další oblasti a celkový názor na vnímanou oporu

Další téma, které respondentkám dělalo starosti, byl **příspěvek na péči**. Stěžovaly si na délku celého řízení, na jeho závěry, ale i na sociální šetření. Např. podle pečující R1: „... jsme to nedostali na základě toho pohovoru, protože babi sice byla nemožná, ale té sociální pracovníci vlastně vysvětlila, že všechno umí a všechno si dělá sama... pak dlouho trvalo... psali jsme odvolání... abychom ty úředníky dostali do reality... Nakonec to dostala až na toho ležícího...“

Na sociální šetření i na délku řízení si stěžovala např. respondentka R5: „... už si tedy nepamatuju, jak dlouho to trvalo... ale všechno dlouho trvalo... a pak přišla ta paní... snad za půl roku... a asi po půl hodině byla pryč... víc tam ta paní nebyla...dostal dvojku, ale to bylo až fakt v závěru, když už byl s tím Alzheimerem fakt špatný...“ Podobný pocit z obojího měla i pečující R6: „... furt to odvolávali, protože tomu úřadu furt něco chybělo... pak přišla ta sociální pracovníce a snad ode dveří sepsala... nechodí, neslyší, má chodítko... a byla pryč... nula nějakého osobního účastenství... ta sociální z úřadu necejtila vůbec nic...“

Směrem k Úřadu práce směřovala výtku i respondentka R9: „... byla jsem na ÚP podávat ty papíry... nemůžu říct, že by tam tedy byli vstřícní... pak to zamítli, ale ty sestřičky vlastně napsaly vlastní posudek, že jako že by to dostat měla, že tu péči potřebuje... tak jsem to podala znovu a potom už příspěvek dostala.“ Jako poslední uvedu slova pečující R11: „... žádali jsme, ale byl jí přiznanej až v těch 95 letech a jen 2. stupeň... což byly asi 4 tisíce... ale to stejně nestačilo... asi čekali, že dřív umře...“

Další problémy, které respondentky v péči vnímaly, se týkaly přepravy nemocného seniora a podpory při vyřizování kompenzačních pomůcek a inkontinenčních plen. U těchto položek sice nebyl označen jasný „viník“, ale

zjevně respondentky vyřizování těchto záležitostí zatěžovalo a necítily podporu odnikud.

Pokud pečující mluvily o **přepřavě** např. k lékařům, stěžovaly si na to, že když už si sjednaly cestu tam, měly problém seniora dovézt od lékaře zpět: „*můžeme si sjednat sanitu jen na jednu jízdu... když se řešil očař... stejná katastrofa s cestou... tak se pak k očaři nechodilo...*“

Pokud šlo o předpis na **inkontinenční pomůcky**, respondentky si stěžovaly, jak je složité jejich vyřízení, že musí nejdříve pro poukaz k lékaři, pak je objednat ve zdravotnických potřebách a nakonec si pro ně dojet. Každopádně vždy se respondentky zmiňovaly, že předpis plen ani podložek v dané výši nestačí, jako např. podle slov pečující R4: „*Plen a podložek předepisují stejně málo.*“ Nebo co je horší: „*... doktorka napsala jen jeden nebo dva druhy plen, ale mamka je nechtěla nosit... jakoby neseseděly... máme plný sklep plen, co nikdo nechce...*“ A poslední příklad je od pečující R1: „*... myslím, že mezi pacienty se o tom moc neví, že je na pleny nárok... a už vůbec se podle mne neví, že mohou dojet až domů...*“

Velkým tématem během rozhovorů byl **přístup k informacím** a jejich pocíťovaný nedostatek. V tomto směru se vyjádřily opravdu všechny respondentky.

Nejčastěji si postesklly, že: „*... to nám nikdo nevysvětlil... kdyby to k tomu papíru ještě někdo vysvětlil, co bude péče obnášet...*“ (R1) Nebo slova pečující R3: „*... a vlastně kdyby nám někdo řekl, jak s takovým pacientem pracovat a co čekat... tak by se nám velmi ulevilo...*“ Nebo výrok respondentky R2: „*... my se ptali i na té radnici, zda by nám něco doporučili... a oni jen, že si to musí zajistit každý sám a nic víc nám neřekli... ale představte si starýho pána, co se stará o manželku... co s tím jako má dělat?*“ Nebo slovy pečující R4: „*... to nám nikdo neřekl o tom parkování... my tam pořád platíme v tý nemocnici...*“ Nebo: „*Nikdo nám to nikdy pořádně nevysvětlil, co můžeme mít.*“

Názor na věc vyjádřila i respondentka R12: „*... myslím, že sice existují nějaké klíčky a finty, jak to s pojišťovnou vyřídit, ale ty informace nevisí na jednom*

místě... jako halooo, pojedte si vyřídit vozík... když něco chcete, tak si to najděte... určitě nemají zájem, aby to bylo lehké zjistit a aby museli platit...“

Zajímavá shoda, tedy spíš neshoda, vyplynula z vyjádření respondentky R1 a R12. Obě se dostaly do situace, kdy jejich maminkám uplynula platnost občanského průkazu. Zatímco pečující R1 řekla, že: *„... tak přišla paní z úřadu a normálně ji tady vyfotila... pak zase odešla a přišla až s občankou... tak jsme koukali, co všechno jde...“* Naopak pečující R12 měla zcela jinou zkušenost: *„... jednou si pamatuju, že mamce došla občanka, tak jsem je požádala, jestli můžeme přivést fotky nebo oni přijet... a oni tehdy řekli, že takto to neexistuje, že tam musíme dojet... tak jsme nešťastnou babičku, téměř polomrtvou, nasadili do auta a dovezli na úřad... aby ji před smrtí vyfotili a udělali občanku... to byl jedinej a poslední kontakt s úřadem.“*

Na závěr této kapitoly bych ráda uvedla vyjádření respondentek, které jsem nazvala **marné očekávání**. Jde o takovou směsici postesknutí, ke kterým během rozhovorů respondentky dospěly, a které dokreslují jejich pocity doprovázející poskytovanou péči blízním. Jako první uvedu slova pečující R5: *„... to jako nikoho nezajímalo, kdo bude o tátu pečovat... jenom diagnostikovali a tím to skončilo...“* Podobně zněla slova pečující R2: *„... my jsme tak trošku doufali, že nám někdo bude třeba na obci k ruce... ale nic nám neřekli...“* Dvakrát se respondentky vyjádřily v tom smyslu, že jsou zklamané, jaký „byznys“ sociální služby jsou: *„... půjčovna zdravotních pomůcek... já myslela, že to souvisí se sociální službou a ono je to normální byznys, jen s jiným zbožím... taky jsem hledala respitní službu... a než se proklikám... opět jen obří byznys... každej z vás tahá jen peníze a nepomáhá... to si příště rozmyslíte o někoho pečovat...“* (R1) a slova pečující R6: *„... ten domov... jaký byznys s lidskými těly to je!!!... platila jsem 26 tis., pak chtěli v tom druhém 42 tis.!!! A prý tam jezdí zpěváci a mají taneční sál... ale nic z toho přece ten ležící otec nepotřebuje!!!“*

Kapitolu uzavřu slovy respondentky R12: *„... nečekala jsem, že mne bude někdo chválit, že pečuji o maminku... ale čekala jsem, že oni budou dělat svoji práci tak dobře, jako dělám já tu svoji...“*

8.3 Spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem při péči o seniory

V rámci tohoto tématu představím odpovědi respondentek na sadu dotazů týkajících se jejich názoru na případnou spolupráci pečující osoby (pečujících osob) se zdravotně-sociálním pracovníkem (ZSP) v rámci péče o seniora. Respondentky se úkolu zhostily dobře, a i v případě, kdy cítily, že by ony samy v nějakém směru pomoc nepotřebovaly, dokázaly uvažovat i z pozice pečujícího, který např. nemá takovou podporu ze strany rodiny, jakou mají ony samy.

Část rozhovorů o ZSP jsem vždy otevřela dotazem, zda respondentky znají tuto kvalifikaci, zda mají pocit, že se s tímto pracovníkem setkaly a případně při jaké příležitosti nebo kde se tak stalo. Ani jedna z respondentek však neodpověděla kladně. Představila jsem tedy v krátkosti kvalifikaci ZSP, řekla jsem, co je jeho pracovní náplň a kde v současnosti nejvíce působí.

Dále se již odpovědi respondentek odvíjely s určitou představou o této kvalifikaci. Odpovědi jsem seřadila do 2 kategorií, jednotlivé podkapitoly jim odpovídají.

8.3.1 Zdravotně-sociální pracovník – kdo je to, kde ho najdu

V této fázi rozhovorů jsem respondentky požádala, aby si zkusily spolupráci s takovým pracovníkem představit a pakliže by o ni měly zájem... aby mi řekly, jak by si jej představovaly a kde by měl podle jejich názoru působit.

Z popisovaných **vlastností**, které respondentky uváděly, nejvíce zaznívalo, že by měl být empatický, naladěný na klienta, ochoten pomoci, měl by jednat proaktivně, pečující by v něj měli mít důvěru. Naopak on by měl být na jejich straně, měl by hájit zájmy pečujících a opečovávaných seniorů.

Příkladem uvedu slova respondentky R1: *„kdyby se ten člověk dokázal vcítit a nedělal jenom takovou tu administrativu... aby prostě na člověka hleděl jako na člověka a ne jako na nějaké číslo... aby byl schopný lidského jednání a pochopení...“* s tímto názorem souhlasila i respondentka R11, když řekla:

„aby byl člověk na svém místě... sociálně zdatnej, kterej ty lidi podrží...“
Nebo pečující R3: „... měl by nabídnout vlídné empatické slovo, a být spíš vrba-
odborník... který to pustí jedním uchem tam, druhým ven a v tom prostředku
byl schopný něco nabídnout, nějakou pomoc...“ (R3). Respondentky R5, R6
a R7 se shodly v tom, že by měl mít proaktivní přístup a být na jejich straně.
Pečující R9 se přidala s názorem: „Určitě v něm vidím velkou důvěru.“ A podle
pečující R11 by měl mít dokonce: „Takový ten šestý smysl poznat, co člověk
potřebuje a z toho taky vycházet...“

Jak si respondentky ZSP představovaly, dávaly mu různá **jména** jako např.
„sociální sestra, pomahač, informátor či superman“ (R2), „centrálním zdroj“
(R5), „spojenec, průvodce“ (R6), „důvěrník“ (R9), „dlouhodobý průvodce péčí“
(R10), dokonce 3x dostal jméno „styčný důstojník“ (R1, R3, R8), „osobní
partner a jako kurátor – průvodce pro rodinu v péči“ (R11) a „rodinný
koordinátor péče, lokální síťář“ (R12).

Dále respondentky uvažovaly, **kde by ZSP hledaly**... uvažovaly i v tom směru,
odkud by se o něm měly dovědět... Nejčastěji pečující zmiňovaly, že by měl
služby ZSP nabízet **praktický lékař**, protože ten je člověku nejbliž, má o něm
nejvíce informací... jako např. slovy respondentky R2: „Obrátila bych se
na praktičku maminky.“ Nebo jak řekla pečující R3: „... měl by fungovat ruku
v ruce s praktickým lékařem... nebo by byl od něj doporučený... ten má asi
o člověku nejvíce informací...“ Volbu lékaře potvrzuje i respondentka R5:
„No, u praktičky by to tehdy bylo nejdřívější, nevčasnější... asi nejlepší, no...“
Respondentka R9 ještě připojila myšlenku, že by praktický lékař měl ZSP
mezi pacienty „hodně propagovat“, aby se služba dostala dobře do povědomí
rodin, měl by jeho službu navíc nabízet opakovaně: „... praktik by to měl třeba
i víckrát nabízet... nejen jednou... pacient na to zapomene, nebo si řekne, že to
ještě nepotřebuje, nebo má v tu chvíli u doktora jiné starosti... a až bude
potřebovat, nebude vědět, co mu bylo nabízeno...“

Volbu praktického lékaře potvrdila i respondentka R1 slovy: „... že by jednou
odcházelí lidi od praktika ,nasycení informacemi‘... kdybychom třeba my měli
v tomto lepší podporu, asi bychom po třech letech neměli pocit, že nutně
potřebujeme vysadit...“

Respondentky R8 a R9 navrhovaly také praktického lékaře. Zároveň upřesnily výhody pro lékaře samotné: „... *ideálně s praktikem, protože tam vlastně vždycky končíte... nebo vlastně začínáte... A jeho by to nic nestálo, jen by dal kontakt.*“ (R8) a R9: „... *spíš bych to vedla přes tu zdravotní stránku, přes toho praktika... že by ho měl s nimi spojit... je to ideální v tom, že by to šlo vlastně jako mimo něj, jistě by mu to ulehčilo práci... že by se měl zajímat spíš o ty medicínský věci a tyto věci delegovat...*“

Respondentka R7 sice lékaře jako zdroj informací o ZSP navrhla, pak ale svoji volbu změnila: „*Že by pod praktickým lékařem? Ale ten zrovna nefunguje...*“ A nabídla volbu druhou: „... *možná pod tím ÚP, kde jsem vyřizovala dávky? Nebo co pod tou městskou částí nebo pod obcí?*“ Podobným způsobem uvažovala i respondentka R6, když nejdříve označila praktického lékaře, ale pak proto, že „*praktici nezvládají*“, nabídla jinou možnost: „... *uvažují, jestli to nemá být nová osoba toho komunitního prostředí... ano, myslím, že by měla být z komunitního prostředí, která by měla ty praktiky naopak znát...*“

Ve čtyřech případech respondentky (R5, R7, R8, R9) zvažovaly i možnost, že by služby ZSP nabízel příslušný **Úřad práce** (ÚP), kde i ony samy zajišťovaly příspěvky na péči. Vždy ale od této volby upustily – např. z důvodu, že by nabídka ZSP přišla k pečujícím pozdě. Dle slov respondentky R5: „... *přemejšlím, kde by to mělo být dřív než až na ÚP... protože tam jsem žádala až o hodně pozdějc...*“ Nebo slovy pečující R8: „... *že by dostali kontakt od ÚP? Ale to by mohlo být pro spoustu lidí pozdě... my bychom taky o něm potřebovali vědět dřív než až na ÚP... taky jsme měly žádat dřív, ale nevěděly jsme... pak jsme dostaly rovnou 3. stupeň.*“

Podle respondentky R9 naopak není ÚP dobrý z toho důvodu, že: „*To tam je takové odtržené od reality... nedovedu si představit, že se tam někdo stará...*“

Další možnost, kterou respondentky (R1, R2, R7, R9, R12) zvažovaly, byla, že by služby ZSP měla nabízet **obec**, a to jednak proto, že to považují za její povinnost vůči občanům, a taky že by tím ZSP v obci byl nejbližší komunitě. Jako např. dle slov pečující R1: „... *v rámci obce by to bylo ideální... byl by nejbližší té komunitě...*“ Propojit práci ZSP při obci s komunitou považuje

za výhodné i respondentka R2, protože by podle jejího názoru dobře znal poptávku komunity po zdravotních i sociálních službách. Navíc podle respondentky R12: *„... by komunikoval dál i v rámci plánování služeb, když uvidí, že je něčeho málo a v rodinách by to bylo potřeba... měl by fungovat pro ty svoje ovečky... pro ty svoje seniory...“*

Respondentka R9 vidí ještě jeden důležitý moment v zapojení ZSP do péče o seniory v rámci obce, a to v preventivní péči: *„... když ten obecní úřad má komplet přehled, kdo má letos 80... tak by třeba mohli za ním poslat sociálního pracovníka, aby už preventivně službu ZSP tomu seniorovi nebo rodině nabídnul...“* Kromě prevence tato respondentka rozvinula také debatu o tom, kdo by měl službu ZSP hradit a proč: *„... měl by to platit stát, zdravotnictví... nebo ta obec přímo... měla by to být neplacená služba pro všechny... aby si ho všichni mohli dovolit... aby k němu měli všichni přístup... protože kdyby se to platilo... už to už nebude pro všechny...“*

8.3.2 Zdravotně-sociální pracovník – očekávání ze spolupráce

Základem pro tuto kategorii byly otázky týkající se případné spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem (ZSP). Nejdříve jsem požádala respondentky, aby si představily situaci, kdy mají ZSP k dispozici a mohou s ním podle potřeby spolupracovat... aby nechaly volně myšlenky plynout a popsaly, co by v ideálním případě od spolupráce v různých směrech čekaly.

Nejčastěji odpovědi začínaly na slovo KDYBY... a následovalo např.: *„... kdyby to měl člověk nějak v kuse a srozumitelně... aby to pochopili i lidi mimo obor, co v péči plavou... (R1) Nebo: „... kdyby měl s sebou nějaký stručný manuálek a všechno s náma prodiskutoval... já vždycky všechno v danou chvíli odkývu a pak nic nevím...“ (R3) Nebo: „... kdyby s náma někdo ty pomůcky prodiskutoval... taky psychická podpora a rady... to by bylo skvělé...“ (R7) Nebo: „... kdyby vysvětlení přišla dřív... a ne až se něco akutního stane...“ (R10) a „... kdyby si někdo s náma prostě sednul a probral se varianty... kdyby nám to někdo vysvětlil a podíval se na věc taky naší optikou...“ (R11)*

Všechna citovaná vyjádření se týkala především včasné a vhodné **komunikace**, která respondentkám nejspíše při jejich pečování chyběla nebo

chybí. Respondentka R8 ke komunikaci připojila ještě: „... *kdyby byla zpětná vazba... tak to by mi tedy určitě udělalo radost...*“ s tímto souhlasí i respondentka R4: „... *kdybych měla nějakou kontrolu, že co dělám, že je to dobrý...*“

Často se respondentky vyjadřovaly i v tom smyslu, že by ocenily, kdyby mohly komunikovat jen s jedním hlavním odborníkem, protože např. slovy pečující R2: „*kdyby vedl v patrnosti tu rodinu jeden člověk... pak nemusíme 100x něco vysvětlovat jiným, co bylo a nebylo... to by byla obrovská pomoc myslím pro hromadu lidí...*“

Respondentky někdy za tím „kdyby“ viděly i **dostatek informací**. Jako např. podle slov pečující R4: „... *kdybych nemusela pořád něco hledat, ale kdyby někdo přišel, zhodnotil situaci a sám to nadhodil... tohle uděláme... prostě nabízela... protože já ani nevím, na co se ptát...*“

Dále se ve třech vyjádřeních opět objevil návrh na větší **zapojení komunity** do péče o seniory. Jednak od respondentky R5: „... *bodla by tedy ta širší komunitní podpora... že v tom není člověk sám...*“ a také od pečující R1: „... *kdyby byla větší podpora v té komunitě... to se nám jaksi ze života vytratilo... navzájem si pomáhat... prospělo by to i společnosti jako celku...*“ Nebo od pečující R11: „... *kdyby se více podporovala a fungovala ta sociální bublina kolem lidí... sociální komunita... protože pak by člověk nebyl neviditelný anonymní kus... ale odhalilo by se dřív, že něco potřebuje...*“

Respondentky přinesly i jiné návrhy: „... *kdyby pomohl sehnat zubaře...*“ (R7) nebo „... *kdyby byl po ruce někdo jako hodinový manžel... protože ten senior třeba potřebuje přidělat madlo... nebo kdyby přinesl na odpoledne seniorovi zvířátko...*“ (R11)

Jak se respondentky nechaly myšlenkami vést a fantazírovat nad očekáváními ze spolupráce se ZSP, tak se postupně začaly rýsovat i první zatím jen hypotetické **návrhy na náplň práce ZSP**. Návrhů bylo hodně, proto je seřadím podle četnosti, s jakou se v rozhovorech objevovaly.

1. Měl by poskytovat péči a podporu pečujícím osobám i rodině při péči o seniora.

Respondentky se shodly v tom, že by si přály mít k dispozici odborníka, ke kterému by měly důvěru, který by znal je a ony znaly jeho, který by vždy znal historii péče, možnosti, zázemí i přání pečujících. Na tomto základu by měl poskytovat péči v dlouhodobém horizontu, a to nejen o opečovávanou osobu, ale i o celou rodinu, pakliže si to tak budou dotyčné osoby přát. Péče by měla být individualizovaná s ohledem ke zdravotnímu stavu opečovávané osoby.

Jako příklad uvedu několik vyjádření pečujících žen. Tak např. respondentka R1 řekla: „... když by to fakt uměl a dělal trošku na individuálnější úrovni... aby si třeba zjistil i místní podmínky... věnoval se lidem dlouhodobě... kdyby s tím člověkem nebo i rodinou promluvil, co lze, co chtějí... co může stát...“ Respondentka R2 se vyjádřila podobně: „... měla bych zájem o to, aby nás vedl po měsíce nebo roky... kontinuálně... sestavil by plán, co náš čeká, co nemine... vedl by průběžný plán i pro rodinu, protože to je diagnóza pro rodinu... a rodina je jedna jednotka... rodina je komplex.“ Pečující R7 řekla: „... měl by znát historii té rodiny a péče, čím jsme prošli... kdo by řekl ‚pojďme si sednout a podíváme se na situaci‘... prodiskutoval a aktivně hledal řešení...“

Důležitá by pro pečující byla i zpětná vazba k poskytované péči, a to jak ve zdravotní, tak sociální oblasti. Jako příklad uvedu slova pečující R12: „... rozhodně by měla být péče od něj individualizovaná a opravdu na míru... navíc komplexně pojatá podle všech těch potřeb, co člověk potřebuje... taky by mi řekl, jestli i v té sociální a zdravotní stránce postupuju dobře a jaký mám šance nebo možnosti...“

Specifické přání týkající se zdravotního stavu opečovávané osoby vyslovila respondentka R10: „... a co kdyby během prvního podezření na ty problémy zajistil nějaký testy?“

2. Měl by poskytovat informační podporu pečujícím a pomáhat s administrativními úkony.

Spolu s poskytovanou péčí se ve vyjádřeních prolínalo i přání na informační podporu ze strany ZSP. Respondentky se často vyjadřovaly k tomu, že by jim měl daný odborník pomoci orientovat se v systému, aktivně nabízet potřebné a pro ně důležité informace jak ze zdravotní, tak sociální oblasti péče.

Např. podle slov pečující R2: *„... kdyby prostě vysvětlil situaci... a byl prostě aktivní...“* Slovy respondentky R5: *„... rozhodně by mi od něj pomohly informace... co mne v té chorobě čeká, jaký má progres...“* Nebo slova respondentky R7: *„kdo by tu naši situaci znal a aktivně mi nabídnul těch informací o všem víc... v tom bych potřebovala mít někoho za zády...“*

Dvě z respondentek (R4 a R10) by také ocenily, kdyby ZSP pomohl pečujícím vyřídit administrativu, vyplnit různé formuláře. Respondentky R3 a R7 vyslovily přání, aby v rámci informační podpory ZSP pomohl při vyřizování kompenzačních a inkontinenčních pomůcek: *„... taky může poradit s plenama... jak se objednávají... kde a jaké jsou možnosti... nebo s tím vozíkem... sjednat vozík je také těžká věc...“* (R3)

Respondentka R2 šla ve svých přáních ještě dál, když navrhla: *„... kdyby práce toho člověka byla spojena s nějakou nonstop linkou, kam by člověk zavolal a zeptal se...“*

3. Měl by být spojovacím článkem v komunitě, sledovat poptávku komunity po zdravotních a sociálních službách.

ZSP by podle respondentek měl spojovat komunitu, propojovat rodiny, které pečují o svého bližního, ale také vytvářet podmínky, aby se do péče zařadili např. dobrovolníci i z řad seniorské populace. Dále by se měl angažovat v komunitním plánování, protože by znal jak aktuální nabídku zdravotních a sociálních služeb, tak i potřeby komunity.

Dokreslím několika vyjádřeními. Např. respondentka R2 řekla: *„... třeba jak by ten jeden člověk spravoval plno rodin, tak by mohl nabídnout, že tyto rodiny propojí, pokud by o to měly zájem...“* Nebo názor pečující R10: *„... propojoval*

by lidi s ostatníma co mají stejný problém... ani by se nutně nemuseli seznámit osobně, třeba by jen sdílel dobrou péči...“ Ještě dál jde svým návrhem respondentka R1: *„... existuje řada čilých a zdatných seniorů, tak by třeba mohl vládnout nějakou ‚seznamkou‘ seniorů, kteří by rádi pomohli... to by byla bomba... stmelil by tu komunitu a zapojil by ji do péče...“*

S podobným návrhem přišla i pečující R11: *„... měl by pracovat jako takový ‚přerozdělovatel‘ té dobrovolnické činnosti, když už bude znát ty svoje ovečky... byl by natolik důvěryhodný v tý své komunitě, že by se mohl domluvit s někým, kdo má vůli pomáhat...“* Podle vyjádření respondentky R3 by měl: *„... znát problematiku dané oblasti, nabídku zdravotních a sociálních služeb v oblasti... a aby pomáhal rodině co nejdříve... až už v tom člověk plave, může být pozdě...“*

4. Měl by být obhájce pečujících.

Respondentky, které samy zažily problémy při vyřizování příspěvku na péči, navrhovaly, aby ZSP pomáhal pečujícím právě v rámci takových řízení. Nebo v případech, kdy vznikly problémy se zajištěním kompenzačních či inkontinenčních pomůcek apod.

Jak se vyjádřila např. respondentka R7: *„... mně by pomohl hned na začátku, jak jsem se odvolávala ohledně toho příspěvku na péči... musela jsem mít celý fascikl lékařských zpráv... a já jsem potřebovala, aby mi v tomto někdo pomohl... a aby byl na naší straně...“* Nebo dle slov pečující R8: *„... taky by mi určitě poradil, když se mi tehdy nedařilo domluvit s jednou institucí... vůbec tomu zdravotnímu a sociálnímu nerozumím... tak mne každý druhý utáhl na nudli... tak tento pracovník by mne jistě podržel a byl na mé straně...“* Jednoznačně vyzněl i výrok respondentky R1: *„... aby ti lidi věděli, že mají nějaké zastání... a že když se pro to domácí pečování rozhodnou, že bude někdo na jejich straně a že jim někdo pomůže...“*

Tento bod zakončím slovy respondentky R6, protože svoje přání mít ZSP v roli obhájce popisuje výstižně: *„... taková osoba by byla pro mne velmi důležitá, jako můj spojenec... protože já jsem jen laik, co ze mě může ta sestra udělat třeba blba... byl by jako prostředník pro nás, co tomu nerozumíme... mezi systémem existujícím a potřebou těch pečujících a opečovávaných...“*

5. Měl by poskytovat psychickou podporu.

Že by měl být ZSP pro opečovávané seniory i jejich pečující rodiny k dispozici i jako psychická podpora, se výslovně vyjádřilo 8 respondentek, nicméně během všech rozhovorů se „mezi řádky“ de facto všechny respondentky vyjadřovaly v tom smyslu, že by jim případná spolupráce s daným odborníkem hodně ulevila od stresu, protože by se měly „*kde vypovídat a ulevit si*“ (R5)

Respondentky R1 a R7 by stály o podporu v krizovějších momentech v průběhu pečování: „... *kdyby mohl člověka uklidnit v rámci nějaké krize... ono sice mohu zavolat někam na linku, ale vždycky raději voláte někomu, koho znáte...*“ Respondentka R3 podporu zmínila spíše ve smyslu zpětné vazby: „... *jako kdyby mne fakt poplácal po rameni... a řekl, že dobrý...*“

Pečující R10 a R11 vyslovily přání, že by jim měl ZSP „*vysvětlit, že nic není černobílé*“ (R11) a že by tak měl pomoci přijmout „*že ta situace může být velmi velmi komplikovaná*“ (R10).

6. Měl by vést svépomocnou skupinu pro pečující.

Spojovacím článkem mezi poskytovanou informační, psychickou podporou a podporou komunity, bylo přání respondentek, aby ZSP vedl svépomocné skupiny pro pečující o seniory. K tomuto názoru se přímo vyslovily respondentky R1, R5 a R8. Ze skupin by si pečující, kromě pocitu, že v tom nejsou sami, měli odnést i „*takové ty tipy a triky*“ (R8). Pečující by preferovali skupiny na on-line bázi, protože „*kdo by mohl, tak by se prostě připojil*“ (R8). Výhodou takto vytvořené skupiny pečujících by podle respondentky R1 bylo, že když by ji ZSP „*obcházel nějaký čas dokola, tak už by o těch lidech něco věděl a mohl na něco navázat...*“ Respondentka ještě myšlenku doplnila slovy: „... *aby se pracovník taky někdy připojil, aby mohl poradit, když se pečující v něčem zaseknou...*“

Když už se respondentky vyjádřily, že už k návrhům na činnost zdravotně-sociálního pracovníka nemají co dodat, požádala jsem je, aby by mi na závěr pověděly, co by pro ně spolupráce se ZSP znamenala v osobní rovině, a jestli by viděly jakýkoliv důvod, který by případnou spolupráci znemožnil nebo ztížil.

Pokud jde o názor, **co by spolupráce se ZSP znamenala osobně pro respondentky**, pak se tato vyjádření shodovala v těchto hlavních bodech: vzhledem k dostatku informací podaných včas jedním odborníkem by jim spolupráce přinesla velkou úsporu času a méně stresu. ZSP by se stal dle respondentky R7 „*v podstatě součástí rodiny*“. Zmíněné hlavní body doložím na příkladech.

Úspora času – respondentky měly pocit, že by jim ZSP ušetřil čas především se získáváním informací: „... *člověk by nemusel dohledávat jakékoliv informace samostatně a na různých místech... tady něco k příspěvkům... jinde k půjčování pomůcek... a jinde k předepisování plen...*“ (R1) Nebo podle slov respondentky R2: „... *kdybych od něj jednoduše dostala informaci, tak by mi to ušetřilo čas... i takový ty nesmyslný cesty na úřady nebo to nekonečný psaní e-mailů, telefonování a nesmyslný čekání na odpověď...*“ (R2)... protože: „*Ten čas při péči strašně letí... a když se o tomtéž bavíte s řadou lidí, je v tom spousta ztraceného času.*“ (R3)

Respondentka R12 k úspoře času připojila i **finanční úsporu** díky lepší informovanosti: „... *i si jen jakoby potvrdit věci, o kterých mám pochybnosti a musela bych si je v terénu složitě hledat nebo je tím terénem složitě procpat... Informační sféra by byla jedna oblast, jistě by ušetřil čas, ale možná by ušetřil i peněženku...*“

Méně stresu – respondentky také odpovídaly, že díky spolupráci se ZSP by se jim ulevilo od stresu, který podle pečující R5 „*vlastně nikdy nekončil*“ Úlevu od stresu by jim přineslo několik věcí... jednak vědomí, že nejsou na věc samy, také že by byly klidnější při pomýšlení, že mají zastání a dostatek informací... jako např. řekla respondentka R3: „... *kdo o nás všechno ví, koho mám za zády a poradí individuálně. Přenesl by mne přes takový ten čas pokusomyl, což by mi hodně ulevilo od stresu.*“ (R3). Podobně se vyjádřila i respondentka R2: „*S tou větší informovaností i s tím, že člověk cítí trvalejší podporu za zády... to vše snižuje stres.*“ Nebo respondentka R12: „*i mně by to přineslo klid... protože bych už netápala...*“

Kromě „psychologického momentu, že nejsem sama“ (R11) by se podle respondentky R7 tím „větším kvantem informací a úsporou času předcházelo syndromu vyhoření“. Podle slov respondentky R6 by jí spolupráce přinesla míň starostí, že jí něco utíká, že něco nedělá, nebo naopak dělá špatně: „Odstranil by mi bezesné noci.“

Kromě času i stresu se respondentky zmiňovaly i o velké úlevě v tom směru, že by měly informace „dopředu a v pravý čas“ (R3) a že by se „věci neřešily až ve stresu akutně“ (R2). Ale také uváděly, že tento efekt by přišel v momentu, kdy by komunikovaly/spolupracovaly s jedním odborníkem, protože: „Ten by byl o problému od počátku informován... než skupina lidí, kdy by docházelo k tomu, že budete dokolečka povídat svůj příběh...“ (R3)

Na jistou „podmínku“ spolupráce rodiny s jedním odborníkem navázala ještě respondentka R2 slovy: „... to ale nemůže dělat každej... to jsou asi opravdu vzácný lidi, co toto zvládají... ale myslím si, že by to bylo pro všechny strašně prospěšný...“

Poslední dotaz, který jsem v rámci vnímaných očekávání ze spolupráce se ZSP položila, byl, zda respondentky vidí nějaký důvod, kvůli kterému by k uvažované spolupráci nemohlo dojít, nebo co by ji mohlo ztížit.

Zatímco respondentky viděly ve spolupráci řadu pozitivních momentů, těch negativních moc nevnímaly. Respondentka R12 měla rychlou odpověď: „Proč by to nemělo fungovat? Snad jediné, že by na to nebyly peníze!“ Také respondentky R9 a R12 vyjádřily starost ohledně **financování** – pokud by totiž služba měla být plně financována od rodin, tedy by nebyla poskytována státem, služba by se nedostala k těm nejpotřebnějším, kteří by z podpory ZSP měli nejvíce těžit... např. k seniorům, kteří žijí sami. Slovy pečující R9: „... služba pak nebude pro všechny!“. Na tuto myšlenku navázala i respondentka R12: „... aby to fungovalo jakoby pro všechny, a ne jako soukromá služba... pak by to nebylo pro všechny... a pokud by to navíc mělo být na soukromu... asi by s tím měli problém samotní praktici... jako někam posílat informace o lidech...“

Více respondentky zmiňovaly problém v udržení **osobních hranic** spolupracujícího ZSP. Předpokládají totiž, že s přibývajícím počtem seniorů bude přibývat pečujících i opečovávaných... a pak by ZSP byl „*do dvou let tak zavalenej...*“ (R6) Na což svým názorem navazuje respondentka R8: „... *bojím se, aby se pak na takového člověka lidi opravdu příliš až neúnosně nepověsili... že by volali třeba každý den 3x... musel by si nastavit hranice.*“ Myšlenku o nastavení hranic u pracovníka připustily ještě respondentky R2 a R9.

V úplném závěru rozhovorů jsem se vždy respondentek zeptala, jestli by ještě chtěly samy něco dodat k tématu spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem, co ještě v našem rozhovoru nezaznělo vůbec, nebo nezaznělo dostatečně. Možnosti využila většina z respondentek. Vyjadřovaly především svůj velký zájem o spolupráci se ZSP. Rády by, aby byla tato služba zavedena do reálného života co nejdříve, protože by ji chtěly využít nejen samy v rámci pečování, ale mají za to, že by této možnosti využila řada dalších pečujících a rodin.

Respondentka R1 ještě doplnila, že by to nemusela být povinnost ale „*spíš lepší nabídka... jen super služba, která by jistě pomohla lidem, který by si chtěli nechat pomoci...*“ Také pečující R9 si myslí, že „*takový odborník by byl k nezaplacení.*“ Podobně se vyjádřila respondentka R2: „*Tohleto musí být obrovský plus, to rozhodně... a pokud by ho někdo nechtěl, tak ho přece může odmítnout... ale to by si strašně zavařil!*“ Respondentka R6 náš rozhovor ukončila slovy: „*Kdyby fungoval někdo, s kým bych mluvila jako teď s vámi, tak by to bylo ulevující pro mnohé...*“

DISKUSE

Cílem rigorózní práce bylo jednak pochopit a popsat, jak pečující o seniory – o rodinné příslušníky – vnímají svoji roli a podporu při poskytované péči a jak by na základě této zkušenosti vnímali možnost spolupracovat se zdravotně-sociálním pracovníkem. Dále jsem si vzala za cíl propojit nová zjištění s výsledky výzkumu mé diplomové práce (DP) a připravit v závěru této rigorózní práce návrh typové pozice Zdravotně-sociální pracovník v komunitě.

V souvislosti s nastaveným cílem jsem si pro výzkum zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Jelikož jsem chtěla co nejvíce pochopit realitu poskytované péče rodinnými pečujícími osobami, rozhodla jsem se získat primární data z polostrukturovaných rozhovorů právě s těmito pečujícími. Designem byla zakotvená teorie.

Z množiny oslovených osob, které v minulosti poskytovaly nebo v současnosti poskytují neformální péči členu rodiny, a které zároveň projevíly zájem účastnit se výzkumu (viz podkapitola 7.3.1), se respondenty stalo 12 osob, ve všech případech se jednalo o ženy. V uvedené podkapitole jsou detailně popsány i důvody ostatních pečujících, kvůli kterým se nakonec rozhodli (jednalo se i o dva muže) výzkumu se nezúčastnit.

Výzkum ukázal, že by všechny respondentky měly velký zájem o spolupráci se zdravotně-sociálním pracovníkem (dále ZSP). A to nejen, že by přímo samy využily jeho služeb během svého pečování o bližního, zájem by měly i obecně z pohledu všech pečujících osob a rodin. K tomuto závěru respondentky dospěly po dlouhé rozpravě o počátcích a průběhu jejich poskytované neformální péče, po rozmýšlení nad vnímanou podporou i nad problémy, které se v průběhu péče objevovaly. Důvody, proč k takovému závěru respondentky došly, postupně rozeberu, usadím do poznatků z teoretické části práce a nakonec propojím s výsledky z výzkumu při DP. Připomenu také několik dalších momentů, které sice přímo nejsou tématem mé práce, ale mám zato, že by si zasloužily určitou pozornost – jako např. nedostatek kapacit zdravotních i sociálních služeb, složitý a zdlouhavý proces vyřízení PnP, malý nárok na inkontinenční pomůcky.

NEFORMÁLNÍ PEČUJÍCÍ OSOBY

Z analýzy vyplynulo, že všech 12 respondentek se označilo za hlavní pečující osoby. Tento fakt souhlasí s vyjádřením Geissler a kol. (2019a, s. 11), že nejvíce (podle autorů dokonce 62 %) pečujících osob jsou právě ženy. Spolu s respondentkami se na péči podíleli i jiní rodinní příslušníci – vedlejšími pečujícími byli především manželé, děti a sourozenci hlavních pečujících. Právě z tohoto důvodu hovoří Jarolímová a kol. (2016, s. 129) o neformální péči jako o „rodinné péči“. A ačkoliv autoři uvádí, že osoby v rodinném systému nemusí jen pomáhat, ale mohou se také nezapojoovat nebo dokonce tvořit aktivní překážky v péči, výzkum na takový problém neukázal.

Stejně jako uvádí Průša a kol. (2021, s. 271), můžeme v tomto případě hovořit též o „laické“ péči, jelikož výzkum ukázal, že žádná z pečujících nepracovala jako sociální pracovník, ani jako pracovník v sociálních službách, zdravotní sestra či lékař. Avšak, stejně jako uvádí Jeřábek a kol. (2013, s. 56), pečující ženy poskytovaly svým bližním všechny složky péče – zdravotní (kromě akutní) i sociální, fyzickou (ošetřovatelskou/pečovatelskou) i emocionální.

Ve 3 případech (tedy ve 25 %) respondentky poskytovaly péči bližnímu bez podpory jiného člena rodiny. Toto zjištění odpovídá vyjádření Průši a kol. (2021, s. 268), podle nichž je ve 24 % pečujícím jen jedna osoba. Z výzkumu vyplynulo, že 4 z 12 (cca 33 %) respondentek mělo s poskytováním péče dřívější zkušenost, ať už pečovaly o osoby postupně, nebo se po ukončení péče o jednoho člena věnovaly osobě jiné. Tento poměr odpovídá vyjádření Geissler a kol. (2019a, s. 11), podle kterých 32 % Čechů má zkušenost s pečováním z minulosti, 45 % má dokonce minulou i současnou zkušenost.

Výzkum ukázal, že pro zvýšení vlastní informovanosti a pro větší jistotu při poskytované péči se dvě z pečujících rozhodly absolvovat kurz, jedna z nich dokonce uvažovala o delším studiu ošetřovatelství, avšak kvůli nemožnosti sladit ho se současným pracovním a osobním životem od myšlenky ustoupila. V každém případě tato rozhodnutí odpovídají snaze pokrýt svoje vzdělávací či informační potřeby, o kterých hovoří Remr (2020, s. 171-176) a Plöthner a kol. (2019).

Věkové rozložení respondentek se pohybovalo od kategorie 40–44 let do 70–75 let. Intervaly byly pětileté a každý interval zastupovala jedna, nebo dvě ženy. Většina z respondentek by podle Špakové (2021, s. 14) mohla spadat do tzv. sendvičové generace, ať už z důvodu, že se kromě péče o rodiče (či prarodiče) starají o vlastní nezaopatřené děti, nebo pomáhají s péčí o vnoučata.

SENIOR V PÉČI

Analýza ukázala, že v 9 případech respondentky pečovaly o své rodiče (8x o maminku, 1x o tatínka), 1 osoba pečovala o tchýni, 1 o babičku a v 1 případě se pečující žena starala o oba prarodiče. Toto zjištění souhlasí s Geissler a kol., (2019b, s. 12), podle nichž je v ČR nejčastěji poskytována péče rodičům (37 %), pak prarodičům (16 %), partnerům (14 %) a rodičům partnerů (11 %).

Z výzkumu vyplynulo, že se opečovávaní senioři potýkali s celou řadou chorob, které statistika ČSÚ (2023, s. 41–42) řadí do oblastí, na které zdravotní pojišťovny vynakládají nejvíce finančních prostředků. Velmi často seniory sužovaly nemoci oběhové soustavy (např. hypertenze, ICHS), prošli i operacemi jako např. bypass srdce, implantace kardiostimulátoru.

Analýza ukázala, že dalším častým onemocněním u seniorů bylo také postižení velkých i malých kloubů (např. artróza kolene nebo kloubů ruky), absolvovali např. výměnu kyčelního kloubu (totální endoprotéza – TEP). Právě osteoartróza je podle Kroupové a Paličky (2023) nejčastější příčinou kloubního onemocnění ve střední a vyšším věku. Topinková (2010, s. 171) dodává, že prevalence tohoto onemocnění s věkem stoupá – na rentgenovém snímku je u většiny osob nad 65 let zřejmá, po 75. roce jsou již u $\frac{3}{4}$ seniorů přítomny i klinické příznaky. Kromě zdravotních souvislostí může mít např. TEP podle Zubiny (2016) konsekvence také v rámci řízení o příspěvku na péči.

Stejně jako Topinková (2010, s. 61) uvádí, že ve stáří jsou velmi častou příčinou ztráty soběstačnosti poruchy zraku, tak i výzkum ukázal, že někteří

senioři museli z důvodu vzniku katarakty absolvovat operaci, v jednom případě seniorka navíc trpěla věkem podmíněnou makulární degenerací. Obě zmíněná onemocnění jsou na špičce pomyslného žebříčku progredujících očních onemocnění, zhoršují soběstačnost a významně negativně ovlivňují kvalitu života seniora (Topinková, 2010, s. 61; Kalvach a kol., 2004). Podle Čeledové, Čevely a kol. (2017a, s. 236) se senilní katarakta objevuje až u 90 % seniorů starších 75 let. Co hůř – katarakta je druhou nejčastější příčinou slepoty ve stáří (Topinková, 2010, s. 61).

Výzkum ukázal, že zvláště opečovávané ženy trpěly osteoporózou, v jejímž důsledku, resp. v důsledku pádu, musely být např. operovány pro zlomeninu krčku stehenní kosti. Právě tento druh zlomeniny je považován za nejzávažnější ze všech osteoporotických zlomenin, mortalita u ní dosahuje až 20 % a navíc jen asi polovina přežívajících dosáhne funkční nezávislosti v běžných aktivitách (Topinková, 2010, s. 167; Horák, 2019). Samotná problematika pádů u seniorů je velmi široká, jakákoliv nestabilita je rizikovým faktorem nejen pro vznik zlomenin, dalšími komplikacemi mohou být např. opařeniny, popáleniny. Pro budoucnost seniora je závažná i samotná neochota pohybovat se ze strachu z případného dalšího pádu. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 303)

Z analýzy dat také vyplynulo, že se zdravotní problémy několika opečovávaných seniorů týkaly endokrinního systému, především šlo o nemoci štítné žlázy a o diabetes mellitus. Podle Obšilové a kol. (2022) je právě diabetes mellitus 2. typu v posledních desetiletích dáván do souvislosti s geriatrickými syndromy, ať už jako klíčový prvek pro jeho vznik, tak také coby jeho důsledek.

Analýza dat odhalila, že kromě jasně definovaných diagnóz, soběstačnost opečovávaných seniorů značně snižovaly projevy geriatrických syndromů. Mezi nejvíce zmiňované geriatrické syndromy patřily především: imobilita, instabilita, inkontinence, často byly zmiňované i pády, hypomobilita, depresivní syndrom, dekubity, psychické poruchy ad. Právě nástup nebo progresse komplikací spojených s geriatrickými syndromy podle Webera (2018) rozhodují o schopnosti seniora žít nezávisle. To doplňují i Topinková a Vágnerová (2020, s. 43) svým vyjádřením, že jakýkoliv geriatrický syndrom

pro seniora znamená nepříznivý prognostický faktor a rovněž nutnost počítat se vzrůstajícími nároky na zajištění péče. Podle Webera a kol. (2011) je pro identifikaci problémů tohoto charakteru a pro nastavení intervencí důležitá včasná depistáž a dispenzarizace rizikových seniorů.

Z výzkumu vyplynulo, že kvalitu života opečovávaných seniorů ovlivňují kromě výše uvedených nemocí také určité zvláštnosti klinického obrazu chorob, které vznikají vzájemnou interakcí nemoci a vlastního procesu stárnutí. Výzkum hovoří především o polymorbiditě, polyfarmacii, řetězení příznaků, o provázanosti zdravotní a sociální problematiky, ale také o nesignalizování problémů a potřeb. O stejných zvláštnostech nemocnosti ve stáří hovoří Ondrušová, Krahulcová a kol. (2019, s. 287) nebo Kalvach a kol. (2008, s. 138). Weber a kol. (2015) a Boyd a kol. (2005) dodávají, že péče o polymorbidní seniory vyžaduje od ošetřujícího lékaře velkou dovednost komunikovat s nemocnými a jejich rodinami.

Z výzkumu také vyplynulo, že samy respondentky o opečovávaných seniorech hovořily jako o „křehkých“ osobách, že jsou senioři unavení, příliš se nepohybují, často zhubli, mají problémy s pamětí, pozorností apod. V obdobném smyslu tzv. geriatrickou křehkost popisuje např. Vágnerová (2020, s. 126) jako multifaktoriálně podmíněný pokles potenciálu zdraví. Čeledová a kol. (2016, s. 50) se připojují s myšlenkou, že křehkost má svoje propojené aspekty tělesné, psychické, sociální i spirituální. Vágnerová (2023) poukazuje na nutnost včasného odhalení křehkosti u seniorů už v primární lékařské péči. Podle jejího názoru je to to pravé místo, kam zaměřit pozornost a vhodným managementem péče zmírnit dopady křehkosti. Vidí ovšem velkou překážku v implementaci screeningových nástrojů do praxe v krátkém času, který praktičtí lékaři věnují vyšetření pacienta.

Z výzkumu vyplynula ještě jedna souvislost se zdravotním stavem seniora, a tím bylo výrazné zhoršení po operačním výkonu, podané narkóze a po akutním průběhu nějaké nemoci (např. po prodělaném hypoglykemickém šoku). Možnost vzniku např. změn chování v reakci na náhlou změnu nebo zhoršení zdravotního stavu uvádí Holmerová a kol. (2021). O akutních komplikacích právě při diabetu hovoří Kudlová (2015) a o souvislosti

např. operačních výkonů či endokrinních vlivů na vznik deliria referuje Konrád (2013, s. 248).

PEČUJÍCÍ V PROCESU PÉČE

Pokud jde o vlastní poskytovanou péči, její charakter, počátky i průběh, výzkum ukázal, že dlouhodobě (a v několika případech i opakovaně) poskytovaná péče znamenala pro pečující osoby velkou zátěž. Z analýzy dat výzkumu vyplynulo několik rovin vnímané zátěže:

- **Fyzickou zátěž** představovala např. osobní péče o hygienu seniora, manipulace s ním a přesuny z místa na místo, převozy k lékařům, ale také úklid domácnosti, nákupy apod. Výzkum ukázal, že o to větší fyzickou zátěž vnímaly ženy, které samy byly např. po operaci, po úrazu či musely dodržovat klidnější režim z důvodu vlastního zhoršeného zdravotního stavu. Z analýzy dat vyplynul ještě jeden důležitý faktor, který měl dozvuky v celkovém zdraví pečujících osob – a to byl nedostatek spánku.

K fyzické zátěži se vyjadřuje např. Geissler a kol. (2019b, s. 12), uvádí, že v jejich výzkumu byla nejčastěji (75 %) označena poskytovaná péče o domácnost, následovala přímá péče o opečovávanou osobu (51 %). O fyzické zátěži hovoří také Průša a kol. (2021, s. 323), kteří potvrzují výsledky mého současného výzkumu v tom směru, že fyzická zátěž při poskytované péči je velká, často s dopady na vlastní zdraví pečujících osob, jelikož kromě velké fyzické náročnosti pečujícím chybí tolik potřebný grif.

- **Psychickou zátěž** podle výzkumu představovaly např. pocity bezmoci a permanentního stresu, ztížená komunikace s nemocným seniorem i s lékaři a jinými odborníky, nutnost být především při péči o osobu s demencí stále „ve střehu“, konflikty rolí dítě-rodíč, nutnost volby v případě pečujícího ze „sendvičové“ generace. Zatěžující se ukázaly také pocity zklamání ze zbytečně vynaloženého času nebo nedostatečné podpory ze strany formálních služeb, zklamání z nedostatku empatie a vlídného zacházení ze strany formálních služeb. V neposlední řadě pečující trápily také pocity

osamocení v péči, pocity nedocenění, odtržení od reálného života, chybějící zpětná vazba nebo pocity atakování vlastních hranic.

Psychickou zátěž už jen v rámci kontaktu s nemocným člověkem potvrzuje Vágnerová (2014, s. 79). Podle Holeňové (2019, s. 61) přináší velkou psychickou zátěž i pocit izolace a omezení sociálního života. Zvýšenou psychickou (ale také fyzickou nebo finanční) zátěž podle Jeřábka a kol. (2013, s. 86) představuje vyšší časová náročnost a vzrůstající nároky na péči. Pro 11 % pečujících má podle Geissler a kol. (2019b, s. 13) psychická zátěž dopad na zhoršení vlastního duševního zdraví pečujícího. Dobiášová a kol. (2015) dokonce uvádí, že podle OECD je mezi pečujícími ve srovnání s nepečujícími osobami o 20 % vyšší záchyt psychických problémů.

Výzkum ukázal na další složku psychické zátěže, se kterou se pečující ženy musí v průběhu péče potýkat – popisovaly situace, které z mnoha důvodů považovaly za stresující až krizové. Jednalo se např. o nutnost rychle řešit změny v nasmlouvaných časech pečovatelek nebo domácí péče, rychlé přesuny seniora z instituce do péče v domácnosti, řešit dopady špatného jednání se seniory v pobytové/lůžkové péči (trauma z nemocnice nebo z respitní péče), řešit zhoršený zdravotní stav z důvodu špatné ošetrovatelské péče v lůžkové péči (např. vzniklé dekubity).

Výzkum v několika případech identifikoval pocity vyčerpání sil nebo pocity „až na pokraji“ vyhoření. Dobiášová a kol. (2015) potvrzují, že je v ČR neformální péče o seniory velmi náročná a pečujícím osobám často přináší do života řadu negativních souvislostí. Vágnerová (2014, s. 79) uvádí, že efekt takového celkového vyčerpání spojeného s pocity marnosti vynaloženého úsilí a s pocity negativní změny citového vztahu s nemocným může přivést pečující osobu až ke vzniku syndromu vyhoření.

- **Časovou zátěž** podle výzkumu představuje jednak čas, který byl přímo vynaložený např. na vlastní poskytovanou přímou péči v domácnosti, na převozy k lékařům, ztracený čas při čekání na pečovatelky či sestry z domácí péče, čas na hledání informací, vyřizování administrativy, objednávky termínů, léků, pomůcek apod.

Z analýzy dat ale také vyplynulo, že šlo i o čas, který na druhou stranu chyběl – především pro zajištění péče o vlastní pečující osobu, vlastní vzdělávání, rodinné aktivity, návštěvy u lékaře, pěstování přátelských kontaktů, čas na dovolenou, koníčky, k odpočinku nebo jen volná chvíle pro sebe.

Podle Průši (2021, s. 268) může pro péči o seniora stačit do 20 hodin týdně (toto potvrzuje i Geissler a kol., 2019b, s. 12), ale v polovině případů, kdy jde opravdu o nesoběstačné osoby v péči, může časová zátěž obnášet až 105 hodin týdně.

Výzkum ukázal, že mnohdy byly časové možnosti důvodem, proč se pečující osoby nesnažily získat více informací či hledat lepší zdravotní nebo sociální péči. Některé pečující ženy také raději zvolily plnou úhradu inkontinenčních nebo jiných pomůcek, než aby věnovaly čas na (podle jejich zkušenosti) složitý proces vyřízení poukazu na tyto pomůcky. (Což je velká škoda, protože existuje vcelku jednoduché řešení dodání pomůcek „až do domu“, tuto variantu jim však praktický lékař, ani nikdo jiný neporadil.)

- Výzkum ukázal, že jedním z důsledků vysoké časové zátěže je následný vliv na **sociální a rodinné vazby**. Při analýze dat byly identifikovány tyto problémové momenty – snížení frekvence komunikace se sociálními kontakty, změna v tématu hovorů příp. odtažení se okolí od komunikace s pečující osobou. V rámci rodiny výzkum ukázal na problém s udržením běžného rytmu rodinného a partnerského života, vše bylo podřízeno potřebám opečovávané osoby.

Všechny zjištěné problémy souhlasí s vyjádřením Holeňové (2019, s. 61), která uvádí, že pečující osoby vnímají jistou izolovanost od okolí a omezení sociálního života. Mezi příklady Holeňová cituje právě velkou časovou vytíženost, ale také neochotu či strach okolí komunikovat s pečujícím, obzvlášť v případě, že se s nemocí seniora váže nějaké stigma.

- Z analýzy dat vyplynuly ještě další roviny, v nichž pečující osoby cítily velkou zátěž – **pracovní a finanční zajištění**. Výzkum ukázal, že na počátku problému byla u většiny pečujících již zmíněná časová zátěž. Ta s sebou nesla omezení pracovních aktivit ve prospěch času poskytovaného nemocnému

seniorovi. Výzkum ukázal, že se pečující ženy často uchýlovaly k tomu, že odešly dříve do důchodu nebo snížily svůj pracovní úvazek... což následně s sebou neslo omezení v rovině finanční.

Výsledky výzkumu v této rovině plně korespondují s vyjádřením jak Geissler a kol. (2019b, s. 13), kteří uvádí, že 14 % pečujících z jejich výzkumu potvrdilo zhoršení finanční situace během poskytované péče, ale také z vyjádření Pospíšila a kol. (2016, s. 28), kteří souhlasí a doplňují, že omezením pracovních aktivit jsou následně pečující ohroženi zvýšeným rizikem vzniku chudoby v dalších fázích života.

Z analýzy vyplynula ještě druhá rovina v oblasti finanční zátěže, a ta souvisela s nutností hradit náklady, které by pečující za jiných okolností ze svého příjmu nehradili... analýza detekovala např. úhrady léčebných výloh (doplatky u lékařů), platby/doplatky za léky, pomůcky, speciální potraviny (sipping, výživové doplňky, speciální dietní potraviny...), za nutné stavební úpravy individuálně navržené pro opečovávaného seniora, ale také zvýšené běžné životní výlohy související s přítomností dalšího člena v domácnosti. Situace je o to horší v rodinách z tzv. sendvičové generace... na jednu stranu pečující hradí potřeby svých nezaopatřených dětí, na druhou stranu připlácí na péči svým opečovávaným seniorům.

V tomto směru výzkum souhlasí s výrokem, že je mylné si myslet, že neformální péče z rukou rodiny nic nestojí... Často je nutné investovat nemalé peníze z rodinných rozpočtů pečujících, aby byly opečovávané osobě pokryty její potřeby (Remr, 2020, s. 163). Podle Průši a kol. (2021, s. 277) celkem 23 % pečujících vidí svoji ekonomickou situaci jako spíše špatnou nebo velmi špatnou, 42 % pečujících z jejich výzkumu uvedlo, že nemá dostatek financí na úhradu výdajů spojených s péčí.

- Poslední skupinou zátěžových situací, na které výzkum ukázal, seskupím do jedné kategorie – **organizační a informační zátěž**. Analýza ukázala především na problémy týkající se komunikace a organizace formálních služeb – např. na nesystematickou organizaci a nemožnost péči sladit s rodinným nebo pracovním životem, na nemožnost nasmlouvat

potřebné služby, protože buď je poskytovatel nenabízel (např. omezená možnost služby v rámci dne/noci, nemožnost zaměnit nasmlouvanou službu za službu v danou chvíli potřebnou) nebo poskytovatel neměl volnou kapacitu. Z výzkumu vyplynulo, že se senioři (resp. pečující ženy) dostaly např. k potřebné pečovatelské službě až za několik měsíců, v jednom případě až za rok od podání žádosti. A to vše jen za předpokladu, že daná služba vůbec byla na daném území k dispozici.

Podobně se k tomuto problému vyjadřují Horecký a kol. (2021, s. 21), kteří uvádí, že kvůli nedostatečným kapacitám je někdy klient nucen využívat služby, které jsou k dispozici, a ne ty, které opravdu senior nebo i pečující osoba v rámci péče potřebují zajistit.

Analýza ukázala na jedno řešení, ke kterému přistoupily 3 pečující ženy – zajistily si výpomoc od soukromých pečovatelek, které byly jednak ochotny vykryt služby, které institucionální pomoc nebyla schopna nabídnout, a navíc v časech, ve kterých oficiální formální poskytovatelé nebyli schopni fungovat... příkladem bylo zajištěné hlídání osoby s demencí po 3 i 4 noci v týdnu. Tato velká časová volnost, lepší organizace péče, lepší komunikace s externí pečovatelkou a celkově nastavená kontinuita péče však byla vykoupena vysokou cenou za službu.

Výzkum také odhalil problémy s obstaráním informací, a to jednak co do postupu k jejich získání, tak také co do množství a kvality, jakou pečující ženy potřebovaly. Analýza rovněž ukázala na nemožnost nalézt zdravotně-sociální informace ve srozumitelné formě a na jednom místě. Z výzkumu vyplynulo, že pokud pečující ženy vůbec informace získaly, byly často buď v kusé podobě, neúplné nebo jim chybělo další vysvětlení či možnost se k tématu na něco doptat.

Přitom podle Jarolímové a kol. (2016) je dostupnost informací pro neformální pečující velmi důležitá, a to nejen o podstatě a průběhu nemoci, o možnostech a formě pomoci, ale svoji roli hraje i celkový náhled a vnímání nemoci

pečujícími. Z toho pohledu je zarážející, že podle výzkumu pro Charitu ČR¹⁷⁴ dokonce 75 % osob starších 15 let nevědělo, kam by se obrátilo v případě, že by měli řešit péči o svého blízkého.

Všechny výše uvedené zátěžové situace, na které výzkum ukázal, potvrzuje i výzkum Dragomirecké a kol. (2021, s. 35), v němž pečující osoby určovaly, které z oblastí péče vnímají jako obtížné, a tuto obtížnost i odstupňovaly. S mým výzkumem se shodují např. položky jako zvládnání stresu spojeného s péčí, výběr vhodných služeb a jejich poskytovatelů, dozvědět se o nárocích na pomoc, získat informace o dostupných službách, uspořádání péče a rozdělení úkolů, zajištění fungování rodiny.

Podle Dragomirecké a kol., (2022, s. 208) pečující o osoby s demencí rovněž postrádají průvodce pro řešení vzniklých problémů a pro pomoc při výběru potřebných služeb, protože si nejsou schopni kvůli neznalosti problematiky nemoci sami informace zajistit.

Toto vyjádření potvrdil i můj výzkum – pečující ženy se často vyjadřovaly v tom duchu, že by potřebovaly vysvětlit, oč v té které nemoci jde, co je třeba zajistit, co mají v rámci péče očekávat, s čím mají „počítat“. A jak výzkum ukázal, nejednalo se jen o informace k průběhu demence, analýza zachytila i výtky ohledně absence informací k diabetu (hlavně o hrozbě akutních život ohrožujících komplikacích) nebo k průběhu Parkinsonovy nemoci, k prevenci vzniku dekubitů, jejich léčbě apod. V několika případech svoji pozici ženy srovnávaly s podporou nemocných dětí... cítily velký rozdíl mezi kvantem nabízené pomoci a přístupem k informacím od samého počátku péče o nemocné děti oproti těmž v rámci péče o nemocné seniory.

Pokud se jedná o další vnímanou podporu, z výzkumu vyplynulo několik zdrojů finančních i nefinančních. Analýza ukázala, že pečující ženy podporu finanční využívaly, avšak jen podle toho, jak se o možnosti podpory dozvěděly. Nejvíce diskutovaný byl příspěvek na péči. Výzkum ukázal, že v mnoha

¹⁷⁴ Charita ČR: Vnímání stáří a péče o blízké. Výsledky dotazníkového šetření dostupné na dotaz v centrále společnosti.

případech se pečující ženy necítily s průběhem řízení nebo s jeho výsledkem spokojeny, s výsledky často nesouhlasily a podávaly i několikrát odvolání. Cítily v tomto směru i jakousi nespravedlnost. Chyběl jim podle jejich slov někdo, kdo „by byl na jejich straně“, kdo by jim situaci kolem řízení o příspěvku vysvětlil a v patřičnou dobu fungoval jako jejich obhájce.

Z výzkumu vyplynulo, že pokud jde o přístup k informacím, pečující ženy hledaly informace především na internetu. Zároveň byl internet považován za zdroj nespolehlivý a pro hledání časově velmi náročný. Za další neformální zdroj nefinanční podpory a informací výzkum označil již zmíněné vedlejší pečující osoby, resp. další rodinné příslušníky a soukromě nasmlouvané pečovatelky.

Velmi důležitá byla pro pečující ženy také podpora komunity – tedy podpora ze strany sousedů a přátel. Podle Matouška (2016, s. 87) takové neformální vazby, sousedskou výpomoc či svépomocné aktivity mezi rodinami označujeme za jednu z forem komunitní péče. Sociální vazby tohoto charakteru jsou pro možnost seniora setrvat co nejdéle v domácích podmínkách stěžejní. A jak uvádí Janečková (2020, s. 97), profesionální sociální služby nemohou naplno kompenzovat, pokud je tato sociální síť málo funkční, nebo neexistuje.

V případě formálních služeb v rámci komunitní péče, které Jarošová (2007, s. 25) považuje za důležitou součást podpory, jež vychází z potřeb komunity a doplňuje tak primární péči, analýza ukázala na ambivalentní postoj pečujících žen. Menšinu z celkových sdělení ohledně vnímané formální podpory tvořily pochvaly na práci lékařů, zdravotních sester nebo pečovatelek a sociálních pracovníků.

Analýza ukázala, že pokud se jednalo o poskytování informací, ve dvou případech vůbec nepřišlo na pozitivní hodnocení práce zdravotníků nebo sociálních pracovníků. Když už z výzkumu pozitivní hodnocení vyplynulo, jednalo se např. o vyjádřenou spokojenost, že odborník poradil v nějaké napjaté situaci, sestra poradila ohledně příspěvku na péči apod. Analýza ale registrovala i „sporné“ pochvaly. Těmi byly myšleny situace, kdy

se sice k pečujícímu informace dostala nebo odborník předal papíry s kontakty na další služby, ty už ale dál nebyly pečujícím k užítku nebo pečující osoby nevěděly, jak s nimi nakládat – chybělo jim osobní vysvětlení nebo možnost se k věci na vše potřebné doptat.

Dále analýza ukázala, že pochvaly za poskytnuté informace byly ve dvou případech směřované k ošetřujícím lékařům, např. že poradili informaci z oblasti sociální sféry apod. V dalších dvou případech se pečující ženy s pochvalou připojily, ale s tím, že nejdříve musely kvůli špatným zkušenostem původní praktické lékaře opustit a zařídit přeregistraci opečovávaného seniora k lékaři jinému, který si již pochvalu zasloužil. Výzkum ukázal i na 2 pečující ženy (z 12!), které byly s péčí praktických lékařů plně spokojeny, byly doslova nadšené z množství předávaných informací i z kvality poskytované lékařské péče. Přitom podle Dobiášové a kol. (2015) by právě praktický lékař měl být v komunitě tím klíčovým, kdo správně pečující osoby a rodiny nasměruje ke zdravotním, sociálním a jiným službám. Zároveň však tito autoři potvrzují výsledky současného i mého minulého výzkumu – že tomu tak v realitě není.

Důvodů, proč byla práce odborníků hodnocena spíše negativně než pozitivně, analýza ukázala celou řadu, rozdělím je do třech hlavních skupin – na zdravotní služby, sociální služby a další důvody k nespokojenosti související s celkovou podporou systému zdravotně-sociálních služeb.

Zdravotní služby

Výzkum ukázal, že nejvíce negativních hodnocení se týkalo práce praktických lékařů a služby domácí péče. Z analýzy vyplynulo i několik negativních hodnocení na kvalitu péče v lůžkovém zařízení, v němž byl opečovávaný senior hospitalizován. Budu se nyní výtkám věnovat postupně.

Analýza ukázala, že nejvíce si pečující ženy stěžovaly na podporu a péči ze strany praktických lékařů. Chyběla jim aktivní ochota poradit, necítily zájem lékaře poskytnout informace k dalšímu postupu v péči o opečovávaného seniora. Chyběly jim také informace o progresi onemocnění, stejně jako zájem o průběh poskytované péče a zájem o potřeby rodiny.

S těmito daty jsou ve shodě výsledky mého výzkumu při DP, které potvrdily, že praktickým lékařům kladou dotazy převážně pečující osoby – a to např. ohledně příspěvků, zajištění zdravotních a kompenzačních pomůcek, často jde také o dotazy, které služby je nutné s ohledem na zdravotní stav seniora zařídit, jak postupovat apod. Podle výzkumu jsou lékaři také často žádáni o vysvětlení možností v rámci celého zdravotně-sociálního systému. Rodiny přitom velmi často přichází s dotazy až v momentu akutního zhoršení zdraví seniora. (Sedláčková, 2023)

Fakt, že podle výsledků obou výzkumů mají pečující osoby a rodiny tendenci se obracet na praktického lékaře, potvrzuje nejen Kalvach a kol. (2011, s. 182), kteří označují praktické lékaře za kompetenčně uznané koordinátory primární péče, ale také Vágnerová (2020, s. 66), která je označuje přímo za „geriatry první linie“ a pro osamělé seniory za jeden z mála sociálních kontaktů vůbec. Podle Webera a kol. (2015) se od nich očekává nejen koordinace terapie a schopnost spolupracovat s dalšími lékaři, ale i dovednost komunikace s nemocným a rodinou.

Bohužel, neochotu komunikovat, na kterou poukázala data ze současného výzkumu, potvrzují i výsledky z výzkumu předchozího, které se přímo týkaly pozice lékařů na zdravotně-sociálním pomezí. Z nich vyšlo najevo, že lékaři nejsou rádi (ve výzkumu až na jednu výjimku), když musí řešit sociální problematiku, byť sociální složku pacientova života chápou jako jeho přirozenou součást, kterou je nutné řešit společně se zdravotním problémem (ne-li v předstihu). Lékaři sociální problematiku neřeší rádi, protože se z různých důvodů necítí být připraveni se při řešení sociální problematiky angažovat více, než co považují pro pacienta za nejnutnější. (Sedláčková, 2023)

Analýza současného výzkumu ukázala na zmíněný problém, že se podle pečujících lékařů v tématu neorientují, že nepomohou radou ani kontaktem. Upozornila ale také na závažný moment, že lékaři tzv. úřadují „pouze od stolu“, mnohdy se jejich aktivita v rámci péče o seniory snížila jen na předepisování opakujících se léků a případně na vydávání poukazů na pomůcky.

Přítom např. screeningové hodnocení přítomnosti deprese u seniorů nebo kognitivních funkcí, které jsou podle Matějovského a kol. (2012) poddiagnostikované, by podle Ma (2018) mělo probíhat právě v rámci primární péče. Komplexní geriatrické hodnocení (CGA) by podle Matějovského a kol. (2012) mělo být zařazeno v pravidelných intervalech např. rámci preventivní lékařské prohlídky, protože včasné a důsledné screeningové vyšetření a následné intervence odhalených problémů mohou být důležité pro zachování soběstačnosti a schopnosti seniorů zůstat v domácím prostředí.

Z analýzy vyšly ještě další argumenty vyjadřující nespokojenost pečujících s péčí praktického lékaře... analýza ukázala na neochotu vykonávat návštěvní službu ve vlastním prostředí opečovávaného seniora a na dlouhodobé předepisování léků bez návaznosti na osobní vyšetření seniora. Výzkum ukázal, že 5 let bez vyšetření seniora nebylo výjimkou.

Výše zmíněné výtky na nedostatečnou komunikaci lékař-pacient potvrzuje řada autorů. Např. podle Dobiášové a kol. (2015) se pečující často necítí být pro lékaře partnery v péči, ačkoliv by se mělo toto partnerství mezi pečujícím a lékařem aktivně budovat. A to nejen mezi nimi, ale také mezi pečujícím a jinými zdravotními a sociálními pracovníky – v praxi jde často jen o formální vztah. A dokonce, i když pečující osoby přichází s informacemi o změně stavu nebo potřeb opečovávané osoby, setkávají se podle Dragomirecké (2018) s nepochopením až bagatelizací ze strany lékaře.

Jak potvrdily výsledky z minulého výzkumu při DP, pečující se na praktického lékaře obrací především z důvodu vysoké míry důvěry, kterou k němu chovají. Z výzkumu vyplynulo, že pacienti/pečující si často nejsou jisti, jak mají dále postupovat a čekají proto na poslední slovo nebo radu od praktického lékaře. (Sedláčková, 2023) Podle Kalvacha a kol. (2014, s. 32) by praktičtí lékaři měli posoudit potřeby, přání a prognózy, a na tomto základě sestavit pro seniora vhodné služby, podle autorů ale toho obvykle nejsou schopni nebo nemají zájem být hlavním koordinátorem podpory. Tato slova opět potvrzují výsledky obou mnou provedených výzkumů.

Současný i minulý výzkum při DP se shodují také v tom, že lékaři nemají pro pacienty k dispozici dostatečný časový prostor. Minulý výzkum ukázal, že si lékaři stěžovali především na velkou administrativní zátěž a na velké množství registrovaných pacientů v praxích. Z výzkumu při DP také vyplynulo, že čas je pro praktické lékaře nedostatková komodita, která je limituje do té míry, že jsou nuceni omezovat návštěvní službu a preventivní prohlídky pacientů. Nedostatek času má také negativní vliv na aktivní vyhledávání rizikových seniorů. Až na jednoho praktického lékaře depistáž lékaři systematicky nevykonávali. (Sedláčková, 2023) Výsledky ze současného výzkumu nedostatek času a s tím spojené jednání lékařů jen potvrdily.

Přitom preventivní lékařská prohlídka a depistáž rizikových seniorů mají stejný smysl – v obou případech jde o včasný záchyt rizik, který je v každém případě žádoucí (Sedláčková, 2023). Dobiášová a kol. (2015) však také potvrzují, že mnozí praktičtí lékaři návštěvní službu neposkytují. Přitom tato služba je dle § 3 odst. 3 zákona o zdravotních službách¹⁷⁵ součástí výkonu práce praktického lékaře.

Druhý okruh výtek v rámci zdravotní služby podle výzkumu náleží výkonu domácí péče. Největším problémem se ukázala nemožnost udržet kontinuitu péče, a to především ve smyslu střídajícího se personálu v domácnostech seniorů a nedodržování sjednaných časů, což obojí přidělávalo starosti pečujícím osobám, stresovalo a znejišťovalo i opečovávané seniory. Z výzkumu vyplynulo, že např. nedodržování sjednaných časů mohlo souviset s naplněním kapacit agentur nebo s nastavením dlouhých dojezdových tras mezi jednotlivými pacienty, protože agentury operovaly na širokém území, a ne co nejbližší komunitě.

V souvislosti s využíváním služeb domácí péče vyplynul z předešlého výzkumu při DP ještě jeden důležitý moment, který souvisí s oddělením zdravotních

¹⁷⁵ Jde o zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dostupný: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=odborn%C3%BD+nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%BD+zdravotnick%C3%BD+pracovn%C3%ADk#cast2>

a sociálních služeb v terénu – služba je v reálné praxi lékařů poskytována jen zlomku osob, které by z ní jinak vzhledem ke zdravotnímu stavu mohly profitovat.

Na druhou stranu z minulého výzkumu vyplynulo, že někdy byla domácí péče využívána místo pečovatelské služby, jelikož to bylo v danou chvíli a pro danou osobu jednodušší zajistit... výzkum ukázal např. na takové zabezpečení v případě osamělého seniora (převážně muže), který neměl podporu rodiny ani komunity. Praktický lékař tak získal rychlou zpětnou vazbu od služby, s níž byl v permanentním kontaktu. Podle výstupů z minulého výzkumu sice nejde o standardní řešení ze strany praktického lékaře, spíš tak vykrýval nedostatky systému, který se nebyl schopný postarat o osamělého seniora. Přesto taková praxe zvyšuje náklady zdravotních pojišťoven. (Sedláčková, 2023)

Také současný výzkum potvrdil, že sestry z domácí péče občas vykonávaly úkony náležející pečovatelské službě, analýza ale ukázala, že šlo vždy o rozhodnutí zdravotní sestry v danou chvíli na daném místě.

Poslední okruh nedostatků zdravotních služeb, které výzkum identifikoval, se týkal kvality ošetrovatelské péče v lůžkové zdravotní péči. Typicky výzkum ukázal na problémy ve smyslu ukončené hospitalizace seniora s tím, že domů odcházel s nově (v nemocnici) vzniklými dekubity, opruzeninami apod. Takovou praxi bohužel potvrzuje i Pospíšil a kol. (2016). Výzkumné rozhovory odhalily i nedostatky ve smyslu zachování a podpory psychické pohody křehkých seniorů nebo osob s demencí během hospitalizace. Velmi silné vyjádření bylo: *„pacient s ACH je jakoby na ocase, nikdo ho nebere vážně a vlastně je to takový blbeček, co otravuje...“*

Sociální služby

Výzkum ukázal na problematické okruhy, se kterými se pečující ženy opakovaně potýkaly a které v podstatě souvisely s šíří nabídky a s kapacitou sociálních služeb nabízených příslušnými poskytovateli. V rámci výzkumných rozhovorů velmi rezonoval zhoršený přístup až nemožnost cíleně sestavit komplex sociálních služeb a jednotlivých výkonů tak, aby vyhovovaly

individuálním potřebám opečovávaného seniora a ladily i s potřebami pečující osoby.

Analýza ukázala, že výše uvedené problémy a nemožnost zajistit kontinuitu péče zvyšovaly pečujícím osobám jednak úroveň vnímané organizační a informační zátěže, ale znamenaly i velkou časovou zátěž s dozvukem do pracovního i rodinného života. V konečném důsledku měly všechny analýzou detekované problémy významný podíl na zvýšené psychické zátěži, čemuž jsem se již dříve v diskusi věnovala.

Výzkum v tomto směru potvrzují Dragomirecká a kol. (2020, s. 57), podle kterých pečující osoby sice vědí, že by jim služby ulevily v jimi poskytované péči, v reálném životě je ale využívají mnohem méně než by rády. Ať už z důvodu, že v jejich lokalitě se potřebných služeb vůbec nedostává nebo kvůli kapacitě těch stávajících. Z výzkumných rozhovorů vyplynulo, že by toto mělo být řešeno zvýšením nabídky služeb v rámci komunitní péče, resp. vzato v potaz při komunitním plánování zdravotních služeb.

Zopakuji zde i vyjádření Horeckého a kol. (2021, s. 21), že kvůli nedostatečným kapacitám je někdy klient nucen využívat služby, které jsou k dispozici, a ne ty, které opravdu senior nebo i pečující osoba v rámci péče potřebují zajistit. Jak výzkum ukázal – tato skutečnost opět zvyšuje psychickou zátěž pečujících osob...

Podpora systému

Nyní se budu věnovat problémům, které současný i minulý výzkum odhalily jako související s nepropojeností systémů zdravotního a sociálního, ale související i s celkovou mírou vnímané podpory ze strany státu. Nepropojenost systémů se pronáší do všech úrovní péče. Výzkum ukázal, že se s tímto setkávají pečující osoby již v rámci přímé osobní péče o blízkou osobu – např. když pečovatelka připraví seniorovi na stůl oběd, ale už mu nemůže změřit tlak... kvůli čemuž musí přijít sestra z domácí péče.

Výzkumnými rozhovory se často nesly výtky na určitou odtrženost „sociálního úřadu“, ale i „nemocnic“ od reality poskytované neformální péče. Pokud

se jedná o první polovinu problému, analýza současného výzkumu ukázala, a výsledky z výzkumu minulého potvrdily, že jak pečující osoby, tak i praktičtí lékaři si stěžovali na malou podporu ze strany sociálních pracovníků obce a ÚP. Ze současného výzkumu vyplynulo, že se pečující ženy cítí v péči osamocené, necítily snahu pomoci, ani širší informační podporu. Chyběla jim i empatie a vlídné zacházení, pochopení. Asi nejlépe toto vystihuje vyjádření jedné z pečujících, že „*empatie se vytrácí s přemírou papírů*“.

Pocity pečujících potvrzují i výsledky výzkumu při DP, kdy byly z výzkumných rozhovorů s praktickými lékaři identifikovány 3 roviny související s jejich nízkou úrovní komunikace se sociální sférou. (1.) Nepřehlednost a neznalost kompetencí plynoucí z oddělení sociální problematiky, chybějící komplexní informace a kontakty. (2.) Lékaři již nemají pacienty zařazené podle bydliště, tedy na základě „spádovosti“ jako dříve fungovaly „obvody“, ale v praxích lékařů jsou pacienti namícháni z různých oblastí. Tato roztržitost v rámci bydlišť pacientů zhoršuje dosažitelnost návštěvní služby. Na pacienty se navíc vztahuje působnost několika pracovišť úřadů, což opět stěžuje budování vztahu praktický lékař – sociální sféra. (3.) Absenci komunikace praktického lékaře se sociálními pracovníky na úradech podle minulého výzkumu také ovlivňují špatné (pracovní nebo osobní) zkušenosti z dřívějších jednání, což následně limituje/znemožňuje další ochotu komunikovat. (Sedláčková, 2023)

Co se týká vnímané odtrženosti „nemocnic“ od reálné neformální péče poskytované seniorům, současný výzkum předložil výtky, které se týkaly především zajištění návazné péče při ukončení hospitalizace seniora. Analýza ukázala na velké problémy přijmout pacienta na následnou péči z důvodu jeho snížené soběstačnosti (např. na rehabilitaci v případě seniora trpícího inkontinencí nebo osoby s demencí), což přineslo pečujícím velké problémy a zvýšilo tak jejich zátěž v různých směrech. Výzkum ale především popsal přímý dopad na zdravotní stav samotného seniora – z důvodu absence pooperační rehabilitace po operaci kyčelního kloubu se seniorovi výrazně zhoršila jeho pohyblivost.

Jak potvrdil i minulý výzkum při DP, na podobný problém s komunikací se zařízeními lůžkové péče upozorňovali také praktičtí lékaři. Stěžovali si na absenci informací o akutní hospitalizaci seniora, uvedli, že se o hospitalizaci často dozví až po 14 dnech, kdy mají nastavit domácí zdravotní péči na další období. (Sedláčková, 2023)

Analýza dat současného výzkumu se dotkla rovněž tématu řízení o příspěvku na péči (PnP). Výzkum ukázal, že si pečující osoby velmi stěžovaly na průběh řízení, na jeho výsledky, na komunikaci kolem procesu a na roli sociálních pracovníků v něm. Z analýzy také vyplynulo, že řízení o PnP je vnímáno jako netransparentní proces, který dlouho trvá a z pohledu pečujících je mnohdy velmi nespravedlivý.

Předešlý výzkum při DP potvrdil ještě jednu vnímanou rovinu v rámci řízení o PnP – v průběhu řízení chybí zpětná vazba směrem k lékařům, a to ve dvou směrech. (1.) Ačkoliv lékaři vkládají do procesu nemálo času na vyšetření seniora-žadatele o PnP a na vypracování zprávy o jeho zdravotním stavu, nemají o řízení žádnou zpětnou vazbu. (2.) Zpětná vazba praktickým lékařům chybí i ze sociálního šetření, schází jim tak cenná informace o sociálním fungování jejich pacienta-seniora, která by byla pro dokreslení jeho zdravotního stavu lékařům velmi užitečná. (Sedláčková, 2023)

Výzkumné rozhovory s pečujícími ale poukázaly i na další nedostatky ze strany státu – pečující ženy si stěžovaly na absenci systémové podpory, malé společenské uznání a prakticky nulové ohodnocení za vykonávanou neformální péči o seniora. Tyto pocity potvrzují i Geissler a kol. (2019b), kteří pečující osoby označují za aktéry, kteří mají nejisté a slabé postavení. Geissler a kol. (2015) také souhlasí s výsledky současného výzkumu v tom, že podpora pečujících není přímá, ale má zpravidla nepřímý charakter – jde tedy o službu pro opečovávaného s nepřímým dopadem na pečujícího. Podle Mikanové a Dvořákové (2020, s. 58) má pro pečujícího kromě sociálního poradenství přímý efekt ještě možnost načerpat ztracené síly díky využití respitní služby pro opečovávanou osobu, tato možnost je ale kapacitně velmi omezená.

SPOLUPRÁCE SE ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM

Velký prostor při výzkumu obsáhla diskuse ohledně případné spolupráce pečujícího, resp. celé pečující rodiny, se zdravotně-sociálním pracovníkem (ZSP). Výzkum ukázal, že ačkoliv žádná z pečujících žen tuto kvalifikaci neznala, po krátkém představení kompetencí ZSP a smyslu jeho práce, se všechny ženy jednomyslně vyjádřily, že by o spolupráci se ZSP velmi stály. A to ideálně hned – ještě pro jejich aktuálně poskytovanou péči bližnímu. Ale každopádně i pro všechny ostatní pečující do budoucna. Byly si jisté, že by ZSP přinesl všem pečujícím osobám velký užitek – z mnoha ohledů by jim pomohl snížit zátěž, stres, uspořil by jim také čas a dokonce i finance.

Takový výsledek výzkumu plně koresponduje s výsledky výzkumu při DP. Tehdy se praktičtí lékaři vyjádřili shodně, a navíc připojili myšlenku, že by užitek ze spolupráce se ZSP neplynul pouze opečovávaným seniorům-pacientům a jejich pečujícím rodinám, ale také jim samotným. Fraser a kol. (2018), Zuchowski a McLennan (2023) popisují ještě širší efekt zapojení sociálního pracovníka do primární lékařské péče – nejen snížení nadužívání zdravotních služeb a počtu návštěv na lékařské pohotovosti, ale také snížení neefektivního užívání léků a lepší dodržování léčebného režimu pacienty.

Předpokládané výhody spolupráce vyplývající z mého současného výzkumu nyní v kontextu s výzkumem minulým při DP i s jinými zdroji shrnu.

Předání agendy z rukou praktického lékaře do rukou ZSP

Výzkum ukázal, že by podle názoru pečujících lékařům vyhovovalo, kdyby se mohli z důvodu velké vytíženosti věnovat pouze „*medicínský péči*“ a ostatní problematiku by delegovali. Stejný výsledek přinesl i minulý výzkum při DP, z něhož vyplynulo, že by základní výhodou pro lékaře bylo předání sociální agendy pracovníkovi, který je pro tento úkol připraven, je kompetentní dotazy pečujících zodpovídat, čímž by se lékařům uvolnily ruce pro lékařské výkony, které jsou jejich hlavní náplní práce. Z výzkumu vyplynulo, že by lékaři

ušetřený čas využili např. pro navýšení návštěvní služby nebo preventivních vyšetření. (Sedláčková, 2023)

Výsledky z obou výzkumů potvrzují také Toal-Sullivan a kol. (2024), kteří uvádí, že sociální pracovník ulevuje lékařům, který se pro řešení sociální problematiky a pro hledání nejlepších komunitních zdrojů necítí dostatečně informačně zabezpečen. Úleva od časově náročného procesu by podle těchto autorů vyšla ve prospěch vlastní poskytované služby.

Propojení zdravotní a sociální problematiky v rámci péče

Z výzkumu vyplynulo, že by si pečující osoby velmi považovaly, kdyby mohly sociální problematiku řešit v souladu se zdravotním stavem opečovávaného seniora, protože to je podle nich přirozené. Nepochopení zcela samozřejmých součástí života člověka považují z mnoha pohledů za nevhodné a popírající snahu o kontinuitu poskytované péče.

Výsledky výzkumu při DP potvrzují výše řečené – lékaři považují komunikaci se ZSP i o zdravotní problematice za v tuto chvíli jedinou (a přitom jedinečnou) možnost pro spojení zdravotní a sociální péče o pacienta, jejímž cílem je individuálně a opravdu na míru nastavit vhodné intervence – ať už by byly poskytovány formálním poskytovatelem nebo neformálním pečujícím z kruhu rodiny či komunity. (Sedláčková, 2023)

Názor praktických lékařů podporuje příslušná vyhláška¹⁷⁶, podle které mají ZSP bez odborného dohledu a indikace mimo jiné posuzovat životní situaci pacienta ve vztahu k onemocnění, jeho následkům... na tom základu sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace člověka a ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat. Pospíšil a kol. (2016, s. 24, Oblast 3) upozorňuje, že chybějící nepochopení systémů zdravotního a sociálního může vést k nekompletnímu saturování potřeb člověka s dalekosáhlými důsledky do jeho života.

¹⁷⁶ Přesněji se jedná o § 9 písm. c) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Aktivní vyhledávání – depistážní činnost

Analýza ukázala, že se pečující osoby opakovaně vracely k myšlence, jak by si péči zajišťovali samotní seniori nebo seniorské páry, pokud by nečerpali péči z vlastní rodiny a nedosáhli ani na podporu prostřednictvím blízké komunity. Jednu odpověď přinesly výsledky z výzkumu minulého – podle praktických lékařů by u nich měl ZSP ideální podmínky pro aktivní vyhledávání rizikových seniorů právě pro tu možnost být přímo „u zdroje“ informací o jejich zdravotním stavu. Praktický lékař a zdravotní sestra v dané praxi by k depistáži přispěli svou znalostí a přehledem o registrovaných osobách. Z výzkumu též vyplynulo, že by kvůli aktivnímu vyhledávání praktičtí lékaři umožnili bez problémů přístup do své datové základny. (Sedláčková, 2023)

Na nutnost věnovat se depistážní činnosti apelují také (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019, s. 299), podle nichž právě křehcí seniori patří mezi rizikové osoby, a z tohoto důvodu potřebují včasnou, odbornou a pravidelnou péči, tedy aktivní depistáž a dispenzarizaci.

Všem zmíněným hlasům dává za pravdu i příslušná vyhláška¹⁷⁷, podle které mají ZSP za úkol bez odborného dohledu a indikace provádět sociální prevenci včetně depistážní činnosti.

Komplexní péče o rodinu

Z výzkumu vyplynulo, že by péče z rukou ZSP neměla být směřovaná pouze k opečovávanému seniorovi, ale ZSP by se měl dívat na celou rodinu jako na „klienta“ – výstižně myšlenku vyjádřila jedna z pečujících, když řekla, že „rodina je komplex“. Vhodnost komplexního přístupu potvrzují také výstupy z minulého výzkumu, analýza tehdy poukázala na názor lékařů, že by péči ZSP potřebovali nejen pacienti samotní, ale také jejich pečující

¹⁷⁷ Přesněji se jedná o § 9 písm. a) vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

a rodina jako celek. Pacienti i pečující by mohli v ZSP najít průvodce péčí i koordinátora služeb (Sedláčková, 2023).

Podle Schulmann a kol. (2021, s. 283) by měl být tento odborník (ať už bude nazývaný jakkoliv – case manager, koordinátor sítě, mediátor apod.) vsazen jako nová pracovní pozice mezi zdravotní a sociální složku péče. Pokud jde o podporu pečujících, určité kroky naznačují příslušné Specifické cíle D.2 a D.4¹⁷⁸ (Pospíšil a kol., 2016). Výsledky současného i minulého výzkumu při DP hovoří ještě o jedné velké výhodě pro lékaře, pečující i opečovávané – jde o možnost dlouhodobě projednávat zdravotní a přínáležející sociální problematiku s jednou důvěryhodnou kompetentní osobou.

Analýza výzkumu přinesla i upřesnění požadavků na osobní i profesní stránku zdravotně-sociálního pracovníka. Po osobní stránce by ZSP měl být ke klientům/pacientům/pečujícím empatický, měl by umět naslouchat a být chápatelný. Velmi častým požadavkem byla aktivní nabídka pomoci z jeho strany. Dále pečující ženy přikládaly velký důraz budování vztahu senior/pečující vs. ZSP a možnosti se na nastavenou spolupráci spolehnout a pracovníkovi důvěřovat. S uvedenými požadavky souhlasí také Toal-Sullivan a kol. (2024), podle nichž má pozitivní efekt na zdravotní stav pacientů, pokud se u protistrany setkají s neodsuzujícím přijetím a nasloucháním. Pro navození důvěry v takovém bezpečném prostředí hraje velkou roli i širší časový rámec, než který by měli pacienti a pečující v ordinaci praktického lékaře.

Z analýzy současného výzkumu vyplynul ještě další významný moment, který rozvíjí minulý požadavek na budování důvěry – nazvala bych jej „doporučení“. Výzkum totiž poukázal na sílu přenosu pociťované důvěry k praktickému lékaři na dalšího jím doporučeného odborníka. Tento fenomén potvrzují nejen výsledky z obou mých výzkumů, hovoří o něm i Toal-Sullivan a kol. (2024) – vybudovaný vztah a důvěra mezi pacientem/rodinou a lékařem se odráží

¹⁷⁸ Jde o specifické cíle Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025.

v rozhodování o přijetí (či nepřijetí) podpory z rukou dalšího odborníka daným lékařem doporučeného.

V obou realizovaných výzkumech proběhla rovněž diskuse nad praktickou, nicméně velmi důležitou otázkou – jak bude probíhat napojení seniora/pečujících na zdravotně-sociálního pracovníka? Výsledky výzkumu ukázaly, že nejvíce hlasů vyznělo pro to, aby ZSP svoji činnost vykonával pod hlavičkou obce... protože tak bude podle pečujících služba dosažitelná pro všechny obyvatele daného území. Právě vzhledem k rizikovým (zvláště osamělým) seniorům považují pečující takovou možnost za jedinou cestu, jak jim pomoci s uvedením do systému zdravotně-sociálních služeb. Usazení koordinátora na obecní úroveň potvrzuje Tomášková a kol. (2015, s. 27).

Podle Kalvacha a kol. (2015, s. 7) v našich podmínkách, na rozdíl od zahraničí, prakticky zcela chybí koordinační case management a integrované komunitní služby vznikají spíše jako iniciativy obcí nebo neziskových organizací. Přitom podle autorů je obcím nutné posílit jejich kompetence a zdroje, aby mohly nejen seniorům a osobám se sníženou soběstačností vytvářet vstřícné podmínky pro život v komunitě.

Z analýzy zároveň vyplynulo, že by kromě samotných obcí měli služby ZSP aktivně a opakovaně nabízet i praktičtí lékaři, jelikož ti jsou považováni za hlavní zdroj informací o zdravotním stavu u nich registrovaných pacientů, a měli by mít podle pečujících také největší přehled o jejich potřebách. Tuto roli praktického lékaře coby důvěrníka a rádce z pohledu pacientů potvrzují i Seifert, Čeledová a kol. (2012, s. 14), a dodávají, že tím lékař získává punc nezastupitelnosti.

Z analýzy také vyznělo, že by kromě obcí a praktických lékařů měla být vytipována i jiná místa, která by byla vhodná pro předání informace o kontaktu na ZSP v dané komunitě... např. knihovny, lékárny, pracoviště jiných lékařů primární péče, odborných lékařů apod. Že je opakované aktivní a preventivní informování důležité, potvrdily oba mé výzkumy. Z analýzy výzkumu při DP vyšlo rovněž najevo, že pečující začínají řešit péči mnohdy

až v době, kdy jsou z povahy situace nuceni k rychlému jednání, na které ale nejsou v danou chvíli připraveni (Sedláčková, 2023).

Otázka propagace nabídky pomoci z rukou ZSP je součástí mého návrhu modelu péče s názvem „Podpora seniorů“, který jsem rozpracovala v závěru DP. Navrhuji mimo jiné, aby pro zvýšení povědomí o možnosti spolupráce se ZSP byla zavedena informační podpora, která by byla vhodně zvolena s ohledem na danou cílovou skupinu seniři/pečující osoby. (Sedláčková, 2023)

Z analýzy výzkumu také vyplynulo, že by měl ZSP zastávat roli jakéhosi obhájce... a to jednak v rovině jednotlivce – pomáhal by při obhajobě zájmů seniorů/pečujících v rámci poskytované péče, ale také v rovině dané komunity – při znalosti potřeb by obhajoval zájmy občanů při komunitním plánování zdravotních i sociálních služeb. Roli obhájce stanovisek a zájmů klientů při jednáních s jinými odborníky i organizacemi potvrzují Havlíková a Hubíková (2011, s. 202–206), o roli obhájce a prostředníka v oblasti zdrojů referují rovněž Zuchowski a McLennan (2023).

Jak z výzkumu vyplynulo, pečující postupně během rozhovorů navrhli i kostru pracovní náplně ZSP. Především očekávají, že ZSP:

- bude poskytovat včasnou kompletní informační a jinou podporu dle jejich potřeb ve zdravotní a v tom kontextu i v sociální oblasti (dopad onemocnění do života a sociálního fungování, hodnocení nároku a problematika PnP, preventivní kroky a screeningové testování, zajištění pomůcek, edukace...),
- bude pečovat nejen o seniora a pečujícího, ale o celou rodinu zainteresovanou v péči,
- bude obhajovat nejen zájmy jednotlivců, ale i zájmy komunity na zdravotně-sociálním poli,
- bude se zapojovat v širší míře do dění komunity (např. podpora dobrovolnictví a propojení rodin v rámci péče o seniory, vedení svépomocných skupin),

- pečující by rádi cítili od ZSP psychickou podporu a ochotu naslouchat a poradit i (z pohledu pečujících) v krizových situacích,
- rovněž by rádi těžili z dostatečného časového prostoru pro jednání (oproti omezenému času u praktického lékaře) a z dlouhodobého vedení případu z rukou jednoho hlavního odborníka, se kterým by navázali dlouhodobé spojení postavené na vzájemné důvěře.

Výše uvedená přání, která vyplynula z analýzy současného výzkumu se v mnohém shodují s vyjádřeními Fraser a kol. (2018) a Ashcroft a kol. (2018), přičemž Zuchowski a McLennan (2023) doplnili ještě další možné úkoly jako např.: koordinace zdravotní péče, psychoterapie, plánování pokročilé péče a rodinná terapie, vzdělávání nejen pro pacienty/pečující, ale také pro personál a studenty.

Fraser a kol. (2018) proto rozdělili pozici sociálních pracovníků v primární péči do 3 hlavních rolí: specialista na duševní zdraví, manažer péče a specialista na zapojení komunitní péče. Podle autorů může jedinec zastávat několik rolí najednou, nebo se specializovat jen v jedné.

Závěr mého výzkumu byl věnován bariérám, které by bránily zapojení ZSP do primární péče. Analýza ukázala, že by pečující ženy nejčastěji viděly potíže ve vlastní ochotě státu/obce službu ZSP pro občany zajistit. Jako druhý problém výzkum označil financování služby a jako třetí problém vyplynula nutnost legislativní podpory a pochopení rolí (kompetencí) mezi jednotlivými protagonisty péče. S nutností jasně definovat role pracovníků v integrovaném zdravotně-sociálním systému souhlasí i Löwe a kol. (2022).

Všechny 3 zmíněné problematické body se shodovaly s analýzou minulého výzkumu při DP. Rovněž Zuchowski a McLennan (2023) s argumenty souhlasí a připojují další – problém vidí také v organizačních bariérách (vhodné prostory nebo přístup k informacím), v nedostatečném přístupu k mentoringu, supervizi a vzdělávání sociálních pracovníků pro oblast primární lékařské péče.

Výzkum ukázal i na problémy, které by souvisely s případným reálným výkonem činností ZSP v primární péči. Pečující ženy byly toho názoru,

že by mohlo dojít k přetížení pracovníka z důvodu vysokého zájmu pečujících rodin o jeho služby, což by pro něj znamenalo vyšší zátěž kvůli nutnosti důsledně dbát na dodržování osobních hranic. Stejně problém vidí i Ashcroft a kol. (2018), kteří kromě vysoké poptávky reflektují i nedostatek okolních zdrojů důležitých pro výkon činnosti, v důsledku čehož by docházelo k omezení časových dispozic pro práci s klienty... a tím k prodloužení čekacích lhůt... a v důsledku všeho pak opět ke zvýšení zátěže daného sociálního pracovníka.

V závěru analýza ukázala, že by si pečující ženy velmi přály, kdyby podpora zdravotně-sociálního pracovníka byla opravdu uvedena v život, jelikož je podle pečujících poskytovaná neformální péče velmi vyčerpávající, a bez podpory rodiny (nebo s její minimální účastí) o to víc. Ve stejném smyslu hovoří i výsledky minulého výzkumu při DP, ve kterém se pro zavedení spolupráce vyjádřili všichni oslovení praktičtí lékaři. Ke stejnému závěru došli také Toal-Sullivan a kol. (2024), podle kterých sami praktičtí lékaři opakovaně navrhli zapojení sociálních pracovníků coby nelékařských koordinátorů/průvodců pacientů do lékařských praxí primární péče.

O celkové prospěšnosti napojení sociálního pracovníka na primární lékařskou péči hovoří také Löwe a kol. (2022), když uvádí, že je nutné tuto formu spolupráce rozvíjet a v tomto směru (i pro ujasnění pozic obou stran) nastavit i vzdělávací osnovy pro sociální pracovníky a zdravotníky. S tímto výrokem je v souladu závěr minulého výzkumu při DP, resp. návrh modelu péče „Podpora seniorů“. V tom je uvedeno, že by ZSP coby sociální pracovník ve zdravotnictví mohl přispět k orientaci v sociální problematice na zdravotně-sociálním pomezí v rámci vzdělávání praktických lékařů, ať už budoucích, tak i těch s vlastní praxí (Sedláčková, 2023).

Na závěr diskuse bych ráda uvedla několik bodů/dotazů pečujících, které vyplynuly z výzkumných rozhovorů. Nebyly sice přímo tématem mé práce, ale mám za to, že by si také zasloužily svoji pozornost: (1) Problematická přeprava nemocného seniora k lékaři – a především od něj zpět domů. (2) Jak zajistit návštěvní službu lékaře v případě delšího pobytu mimo obvyklé bydliště? Typickým příkladem – 3měsíční pobyt seniora na chalupě s rodinou,

tedy mimo dosah registrujícího praktického lékaře, který má návštěvní službu v popisu práce. Dosavadní náhradní řešení je žádat o výjezd záchranné služby, což je vzhledem k povaze nemoci/úrazu celkově (i finančně) neefektivní řešení. (3) Je možné navýšit nárok na inkontinenční pomůcky? Typickým příkladem je nárok na podložky ve výši 1 ks na den, což je v reálné péči naprosto nedostačující, podobně je to u nároku na pleny. (4) Je možné do procesu o příspěvek na péči promítnout věk seniora? Typickým příkladem je opakovaná snaha o navýšení příspěvku u žadatele ve věku 90+, který má stále přiznaný nízký stupeň závislosti, i když reálná je celodenní pozornost a péče ve všech oblastech. Upozorňuji přitom na skutečnost, že samotným pečujícím je v tu dobu cca 70 let (!).

Jak výzkum ukázal, také tyto uvedené problémy na zdravotně-sociálním pomezí velmi ztěžují práci neformálním pečujícím. Pevně věřím, že se jednou samy stanou tématem výzkumu na příslušné téma.

ZÁVĚR

Cílem rigorózní práce bylo pochopit a popsat, jak pečující osoby vnímají svoje fungování v rámci péče o rodinného příslušníka, odkud a v jaké míře vnímají podporu, a jak se dívají na možnost spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem. Na základě toho jsem se snažila odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: Jak na základě vlastní zkušenosti z poskytované péče o seniora – rodinného příslušníka – vnímá pečující osoba případnou možnost spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem?

Vyšším cílem předkládané práce pak bylo spojit současné výsledky výzkumu s výsledky výzkumu při mé diplomové práci a vytvořit návrh na typovou pozici Zdravotně-sociální pracovník v komunitě. Ten by měl při městu/obci v rámci modelu péče s předběžným názvem „Podpora seniorů“ spolupracovat s praktickými lékaři. Sociální práce by se tak dostala přímo do kontaktu s primární lékařskou péčí, což na rozdíl od zahraničí není v současnosti v ČR běžná praxe.

Vedlejšími výzkumnými otázkami (VVO) byly tyto:

VVO1: Jak pečující osoby vnímají svoje fungování v rámci poskytované péče senioru – rodinnému příslušníkovi?

VVO2: Jakou pečující osoby vnímají podporu v rámci poskytované péče senioru – rodinnému příslušníkovi?

VVO3: Jak pečující osoby vnímají případnou možnost spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem v rámci péče o seniora – rodinného příslušníka?

K první VVO výzkum prokázal, že ať už pečující ženy poskytují/poskytovaly péči svému bližnímu z jakýchkoliv pohnutek, všechny se shodují, že je pečování pro ně velmi zatěžující, často až vyčerpávající, činnost. Náročnost péče vnímají v mnoha směrech, a o to víc, pokud jsou jako hlavní pečující na péči samy, tedy když nemají podporu rodiny nebo komunity. Zátěž cítí jak po fyzické stránce, obzvláště pokud jsou samy vyššího věku, ale také

po stránce psychické. Pečující se shodly, že je mnohdy právě tato zátěž více vysilující než fyzické zatížení, především pokud se pečuje o seniora s demencí.

Výzkum ukázal, že pečující ženy vnímají zátěž také ve vysokých časových nárocích s následným dopadem na jejich pracovní aktivity a ve zvýšené finanční zátěži na domácí rozpočet pečující rodiny. Důležitou kapitolu tvoří malá informovanost o zdravotních a sociálních tématech spojených s péčí. Potíž je informace nejen získat, problematičtým bodem je také jejich vhodná podoba a kvalita. Ženy si stěžovaly i na organizační potíže plynoucí ze systémových nedostatků, které ale nemohou vlastními silami ovlivnit.

Cítí rovněž nepochopení lékařů a odtržení se od vlastních sociálních vazeb v komunitě. Vnímají menší možnost udržovat přátelské vztahy, stejně jako běžný rytmus rodinného a partnerského života. Ženy si také stěžovaly na to, že přichází o volný čas na koníčky a čas na odpočinek. Mají pocit, že se život plně podřídil potřebám opečovávané osoby, ale na jejich potřeby nikdo příliš nehledí.

Pokud jde o druhou VVO – o vnímanou podporu v pečování – z výzkumu vyplynulo, že pečující čerpají neformální podporu především z rodiny, pokud je k dispozici, v menší míře pak ze strany blízké komunity. Finanční podpora byla čerpána jen tehdy, pokud se o ní pečující osoba dozvěděla. Nejčastěji probíraným byl příspěvek na péči, za který na jednu stranu byly pečující ženy rády, protože do rozpočtu na péči o seniora přinesl peníze navíc. Na druhou stranu byl ale velmi často zmiňován jako zdroj stresu – nestačí pokrýt finanční ztráty spojené se sníženou pracovní aktivitou pečujících, ani pokrýt stále se zvyšující výdaje na péči. Řízení o příspěvku považují pečující ženy za zdlouhavé, nepřehledné a často bylo označováno jako nespravedlivé.

Co se týká nefinanční podpory od formálních institucí, názory se velmi lišily, záporná hodnocení bohužel převyšovala ta kladná. Ať už se jednalo o služby zdravotní nebo sociální, výzkum ukázal, že pečující obecně postrádají zájem o průběh jimi poskytované péče a o potřeby nejen opečovávané osoby, ale také pečujícího. Ženy si stěžovaly na absenci proaktivního jednání ze strany profesionálů a na nekontinuálně vedenou péči, která ctí pouze možnosti

a kapacity poskytovatelů zdravotně-sociálních služeb, ale ne zdravotní stav a aktuální potřeby seniora a pečujících.

Samostatným a velmi diskutovaným tématem ve výzkumu byla podpora ze strany praktického lékaře. Pouze 2 z 12 pečujících žen vyslovily v tomto směru plnou spokojenost s péčí a komunikací s praktickým lékařem. Ve všech ostatních případech výzkum ukázal na neochotu lékařů poskytovat informace k sociální problematice a často i ke kompenzačním pomůckám. Ukázal také na nemožnost nastavit mix podpory dle vyhodnocených potřeb seniora podle jeho aktuálního zdravotního stavu.

Výzkum popsal i řadu dalších nedostatků, které pečující ženy znejišťovaly o zájmu lékaře o seniora – šlo např. o krátký čas pro vyšetření seniora a nedostatečnou prevenci, o neochotu praktikovat návštěvní službu... až po omezení péče jen na zasílání e-receptů na léky či poukazů na pomůcky.

Pečující ženy se mnohdy necítily být pro lékaře partnery v péči. A jak vyplynulo z výzkumu – pečující by naopak o takového partnera, který by je provázel při jejich pečování, velmi stály.

Uvažování nad vnímanou podporou přeneslo pečující postupně k vytvoření názoru na případnou možnost spolupráce se zdravotně-sociálním pracovníkem. Mohu tak odpovědět i na třetí VVO. Bylo nejdříve nutné tuto kvalifikaci představit, jelikož žádná z pečujících ji neznala, nicméně poté si všechny ženy byly jisté, že je to přesně ten partner, kterého měly na mysli. Tedy odborník, který by se nepohyboval jen v koleji zdravotní nebo sociální, ale který by jim aktivně nabízel informace a diskutoval s nimi ohledně obou oblastí zároveň. Výzkum naznačil, jaké by měl mít daný odborník osobní i pracovní charakteristiky.

V souvislosti se všemi vedlejšími výzkumnými otázkami již mohu odpovědět i na hlavní výzkumnou otázku – pečující osoby vnímají možnou spolupráci jako velmi přínosnou, a to nejen pro opečovávaného seniora, ale znamenala by velkou pomoc i pro pečující samotné, kromě řady jiných výhod by se eliminovaly stresující situace, které dosud kvůli neznalosti a nepřipravenosti musí pečující zažívat.

Výzkum ukázal, že by pečující osoby velmi stály o proaktivní včasnou podporu jednoho zdravotně-sociálního pracovníka působícího v dané lokalitě. Představují si dlouhodobou spolupráci založenou na vzájemné důvěře, vycházející ze znalosti historie péče o daného seniora, ale také ze znalosti potřeb a přání jeho i pečujících osob. Výzkum ukázal i na další možnou roli tohoto pracovníka – znal by nabídku a poptávku služeb v dané komunitě, tudíž by mohl lépe pracovat i s těmito zdroji blízkými neformálním pečujícím, a rovněž se v komunitě postupně v rámci péče o seniory snažit o nastartování svépomocných aktivit.

Ve svých výzkumech jsem se postupně věnovala dvěma vrcholům pomyslného trojúhelníku:

PRAKTICKÝ LÉKAŘ (v DP) — PEČUJÍCÍ (nyní) — ZSP

Výzkumy ukázaly, že oba aktéři péče potvrzují zkušenosti zahraniční praxe: třetí aktér – zdravotně-sociální pracovník (ZSP) – propojený do primární lékařské péče by zajistil tolik potřebnou depistáž a dispenzarizaci nejen rizikových seniorů, ale přímo u zdroje informací o jejich zdravotním stavu by zajistil včasné a individuální řešení zdravotních i sociálních služeb. Zároveň by v rámci dané lokality představoval důležitý zdroj pomoci a podpory v rámci komunitní péče, hájil by nejen zájmy jednotlivých seniorů a jejich pečujících, ale také zájmy komunity při komunitním plánování služeb.

Jelikož v současnosti není plně využita odbornost zdravotně-sociálního pracovníka, navrhuji vznik nové typové pozice Zdravotně-sociální pracovník v komunitě, který by se v rámci modelu péče „Podpora seniorů“ stal pro seniory a jejich pečující hlavním spojovacím článkem mezi zdravotní a sociální sférou a mezi formální a neformální péčí. Přesnější informace k navržené pozici jsou uvedeny v příloze č. 3 této práce.

Výsledky obou výzkumů ukázaly, že výsledný efekt takového partnerství nebude směřovat pouze k seniorům, bude mít v pozitivním smyslu dalekosáhlý vliv také do života pečujících rodin a do praxí praktických lékařů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ASHCROFT, Rachele; MCMILLAN, Collen; AMBROSE-MILLER, Wayne; MCKEE, Ryan a BELLE BROWN, Judith, 2018. The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. Online. *Health and Social Work*. Roč. 43, č. 2, s. 109–117.

Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/323486815_The_Emerging_Role_of_Social_Work_in_Primary_Health_Care_A_Survey_of_Social_Workers_in_Ontario_Family_Health_Teams. [cit. 2024-07-26].

BARTOŠ, Aleš, 2019. Dotazníky aktivit běžného života. In: BARTOŠ, Aleš a RAISOVÁ, Miloslava. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Aeskulap. Praha: Mladá fronta, s. 159–165. ISBN 978-80-204-5490-4.

BARTOŠ, Aleš, 2022. Kognitivní funkce, soběstačnost a kognitivní syndromy. Online. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 23, č. 2, s. 91–97. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2022/02/06.pdf>. [cit. 2023-06-06].

BENEŠ, Pavel, 2019. *Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami*. Online. Praha: Grada Publishing. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/zrakova-postizeni-1840910/>. [cit. 2024-05-16].

BORSKÝ, Pavel; HOLMANNOVÁ, Drahomíra; FIALA, Zdeněk; BORSKÁ, Lenka; HRUŠKA, Libor a kol., 2022. Fyziologie stárnutí. Online. Časopis lékařů českých. Roč. 2022, č. 1, s. 11–16. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2022-1-20/fyziologie-starnuti-130440/download?hl=cs>. [cit. 2024-02-07].

BOYD, Cynthia M.; DARER, Jonathan; BOULT, Chad; FRIED, Linda P. a BOULT, Lisa, 2005. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases. Online. *JAMA*. Roč. 294, č. 6, s. 716–724. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/7667946_Clinical_Practice_Guidelines_and_Quality_of_Care_for_Older_Patients_With_Multiple_Comorbid_Diseases#fullTextFileContent. [cit. 2024-04-16].

BROULÍK, Petr a KOČÍ, Karolina, 2023. Zamyšlení nad příčinami senilní osteoporózy. Online. *Clinical Osteology*. Roč. 28, č. 1–2, s. 24–30. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/clinical-osteology/2023-1-2-2/zamysleni-nad-pricinami-senilni-osteoporozy-134195/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-12].

CULBA, Andrej, 2014. Patofyziologie degenerativních onemocnění bederní páteře. Online. In: HART, Radek. *Degenerativní onemocnění páteře*. Praha: Galén. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/degenerativni-onemocneni-patere-1834643/#>. [cit. 2024-05-10].

ČELEDOVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk a ČEVELA, Rostislav, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav a kol., 2017a. *Člověk ve zdraví i v nemoci: Podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3828-7.

ČELEDOVÁ, Libuše; HOLČÍK, Jan a kol., 2017b. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3809-6.

ČELEDOVÁ, L.; PTÁČEK, R.; ČEVELA, R. a PTÁČKOVÁ, H., 2017c. Adaptace ve stáří ve vztahu ke zdravotnímu stavu a stupni závislosti a etické hodnoty při posuzování stupně závislosti. Online. *Revizní a posudkové lékařství*. Roč. 20, č. 2, s. 51-59. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2017-2/adaptace-ve-stari-ve-vztahu-ke-zdravotnimu-stavu-a-stupni-zavislosti-a-eticke-hodnoty-pri-posuzovani-stupne-zavislosti-62503/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-06].

ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše, 2012. Sociální gerontologie: Úvod do problematiky. Online. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3901-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/socialni-gerontologie-1658927/#>. [cit. 2024-02-07].

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2023. Senioři v ČR v letech 2023. Online. Praha: Český statistický úřad. ISBN 978-80-250-3433-0. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/190537086/31003423.pdf/51b9a00e-39f9-4829-a535-20080aa9d71f?version=1.0>. [cit. 2024-02-02].

DĚDKOVÁ, Zuzana; HEGEROVÁ, Petra; JURAŠKOVÁ, Božena a SOBOTKA, Luboš, 2017. Aktivní přístup k akutně hospitalizovanému geriatrickému pacientovi jako prevence ztráty svalové hmoty a soběstačnosti. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 6, č. 2, s. 69-74. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2017-2/aktivni-pristup-k-akutne-hospitalizovanemu-geriatrickemu-pacientovi-jako-prevence-zraty-svalove-hmoty-a-sobestacnosti-61870/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-10].

DOBIÁŠOVÁ, K.; KOTRUSOVÁ, M. a HOŠŤÁLKOVÁ, J., 2015. Role praktických lékařů v podpoře neformální péče o seniory a osoby se zdravotním postižením z pohledu rodinných pečujících. Online. *Praktický lékař*. Roč. 95, č. 4, s. 161-166. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2015-4/role-prakticky-lekaru-v-podpore-neformalni-pecce-o-seniory-a-osoby-se-zdravotnim-postizenim-z-pohledu-rodinnych-pecujicich-55366/download?hl=cs>. [cit. 2024-07-12].

DRÁBKOVÁ, Pavla, 2015. Prevence močové inkontinence ve stáří. Online. *Urologie pro praxi*. Roč. 16, č. 3, s. 127–129. Dostupné z: <https://urologiepropraxi.cz/magno/uro/2015/mn3.php>. [cit. 2024-05-08].

DRAGOMIRECKÁ, Eva, 2018. *Podpora rodinných příslušníků pečujících o člověka s demencí*. Online. Sociální práce/Sociálna práca. 5. 4. 2018. Dostupné z: <https://socialni prace.cz/?s=podpora+rodinn%C3%BDch+p%C5%99%C3%ADslu%C5%A1n%C3%ADk%C5%AF&submit=Search>. [cit. 2024-07-13].

DRAGOMIRECKÁ, Eva a JANEČKOVÁ, Hana, 2019. *Hodnocení potřeb rodinných příslušníků pečujících o seniory*. Online. Sociální práce/Sociálna práca. 2019-03-29. Dostupné z: <https://socialni prace.cz/fakta-legislativa-dokumenty/hodnoceni-potreb-rodinnych-prislusniku-pecujicich-o-seniory/>. [cit. 2024-07-12].

DRAGOMIRECKÁ, Eva; JANEČKOVÁ, Hana a JAROLÍMOVÁ, Eva, 2021. Naplněné a nenaplněné potřeby rodin pečujících o člověka s demencí. In: GEORGI, Hana (ed.). *Stárnutí 2021: Sborník příspěvků 5. gerontologické mezioborové konference*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s. 31–41. ISBN 978-80-906237-4-3. ISSN 2695-110X.

DRAGOMIRECKÁ, Eva; JAROLÍMOVÁ, Eva a HAŠPLOVÁ, Anna, 2022. Hodnocení pečovatelské zátěže. In: *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, s. 205–209. ISBN 978-80-262-1952-1.

DVOŘÁKOVÁ, Andrea, 2018. Přehled vybraných nástrojů na podporu pečujících v současné legislativní úpravě i v praktickém výkonu – limity a příležitosti. Online. *Fórum sociální práce*. Roč. 2018, č. Special Issue, s. 9–20. Dostupné z: https://forumsocialni prace.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/sites/10/2018/11/Andrea_Dvorakova_9-20.pdf. [cit. 2024-07-12].

EL MIEDANY, Yasser; TOTH, Mathias; ELWAKIL, Walaa a SABER, Sally, 2023. Post-Fracture Care Program: Pharmacological Treatment of Osteoporosis in Older Adults with Fragility Fractures: Pharmacological Treatment of Osteoporosis in Older Adults with Fragility Fractures. Online. *Current Osteoporosis Reports*. Roč. 21, č. 4, s. 472-484. ISSN 1544-1873. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11914-023-00791-w>. [cit. 2024-03-12].

FERYN, Nele; DE CORTE, Joris a ROOSE, Rudi, 2022. The bridging role of social work: the quest towards installing a structural approach within primary health care. Online. *European Journal of Social Work*. S. 1-13. ISSN 1369-1457. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2077319>. [cit. 2024-07-02].

FRASER, Mark W.; LOMBARDI, Brianna M.; WU, Shiyou; DE SAXE ZERDEN, Lisa; RICHMAN, Erica L. et al., 2018. Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. Online. *Journal of the Society for Social Work and Research*. 2018-06-01, roč. 9, č. 2, s. 175-215. ISSN 2334-2315. Dostupné z: <https://doi.org/10.1086/697567>. [cit. 2024-07-27].

FRIED, L. P.; TANGEN, C. M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C. et al., 2001. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. Online. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2001-03-01, roč. 56, č. 3, s. M146-M157. ISSN 1079-5006. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>. [cit. 2024-04-20].

FRANKOVÁ, Vanda; HORT, Jakub; HOLMEROVÁ, Iva; JIRÁK, Roman a VYHNÁLEK, Martin, 2011. *Alzheimerova demence v praxi: Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Aeskulap. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2423-5.

GEISLER, Hana; HOLEŇOVÁ, Anežka; SOLNÁŘOVÁ, Dagmar; HOROVÁ, Terezie; SOLAŘOVÁ, Dagmar et al., 2015. *Návrh politiky na podporu neformálních pečovateliů*. Fond dalšího vzdělávání. Dostupné z: <https://nepe.cz/nepe1.php>. [cit. 2024-05-24]. Projekt „Podpora neformálních pečovateliů“, CZ.1.04/3.1.00/C6.00002.

GEISLER, Hana; FISCHEROVÁ, Alice; HOLEŇOVÁ, Anežka; SOLNÁŘOVÁ, Dagmar a STAŇKOVÁ, Nicol, 2019a. *Jak podporovat pečující na regionální a lokální úrovni?: Příklady dobré praxe*. Fond dalšího vzdělávání. Dostupné z: <https://nepe.cz/nepe2.php>. [cit. 2024-05-24]. Projekt "Podpora neformálních pečujících II", CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0006922.

GEISLER, Hana; FISCHEROVÁ, Andrea; FISCHEROVÁ, Alice; HOLEŇOVÁ, Anežka; HOROVÁ, Terezie et al., 2019b. *Návrh strategického dokumentu na podporu pečujících osob: Příklady dobré praxe*. Fond dalšího vzdělávání. Dostupné z: <https://nepe.cz/nepe2.php>. [cit. 2024-05-24].

GLUMBÍKOVÁ, Kateřina; CALETKOVÁ, Lenka; KOWALIKOVÁ, Ivana a MIKULEC, Marek, 2021. Komunitní plánování sociálních služeb v obci: Zhodnocení nastavení procesu komunitního plánování. Online. *Sociální práce/Sociálna práca*. Roč. 21, č. 3, s. 21-35. ISSN 1805-885X. Dostupné z: www.socialni prace.cz. [cit. 2024-08-21].

GRÜNEROVÁ LIPPERTOVÁ, Marcela, 2022. Imobilizační syndrom v neurogeriatrické rehabilitaci. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 11, č. 3, s. 139-143. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2022-3-22/imobilizacni-syndrom-v-neurogeriatricke-rehabilitaci-132346/download?hl=cs>. [cit. 2024-04-20].

HAMADOVÁ, Petra; KVĚTOŇOVÁ, Lea a NOVÁKOVÁ, Zita, 2007. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-159-1.

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

HAVLÍKOVÁ, Jana a HUBÍKOVÁ, Olga, 2011. Organizace působící v resortu zdravotnictví. Online. In: BAREŠ, Pavel; HAVLÍKOVÁ, Jana; HUBÍKOVÁ, Olga; KOLDINSKÁ, Kristina; KUBALČÍKOVÁ, Kateřina et al. *Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR*. Praha: VÚPSV, s. 198–235. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/analyza_vykonu_sp.pdf/ea8b6fdf-62fc-6ed9-cbac-173e0b5eb759. [cit. 2024-05-27].

HAVRÁNKOVÁ, Olga, 2021. *Sebevražednost seniorů*. Online. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4822-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/sebevrazednost-senioru-1729372/#>. [cit. 2024-03-12].

HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-098-29.

HOLEŇOVÁ, Anežka, 2019. *Analýza sdílení péče a podpora sociálního začlenění pečujících osob prostřednictvím zapojení širšího okruhu osob do neformální péče*. Online. Podpora neformálních pečujících. Dostupné z: https://drive.google.com/file/d/1h1XXIUyTAfgBVF5m7k_qpl6L4jniTlJV/view [cit. 2024-07-20].

HOLMEROVÁ, Iva, 2016. Soběstačnost a její posuzování v kontextu naší legislativy a praxe – s ohledem na příspěvek na péči. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 5, č. 2, s. 75–79. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2016-2/sobestacnost-a-jeji-posuzovani-v-kontextu-nasi-legislativy-a-praxe-s-ohledem-na-prispevek-na-peci-58703/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-10].

HOLMEROVÁ, Iva a JURAŠKOVÁ, Božena, 2017. Geriatrie v roce 2017. Online. *Geriatrie a gerontologie*. Roč. 6, č. 2, s. 98-100. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2017-2/geriatrie-v-roce-2017-61877/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-29].

HOLMEROVÁ, Iva; JAROLÍMOVÁ, Eva a JIRÁK, Roman, 2021. Poruchy chování a osobnosti ve vyšším věku. Online. *Geriatrie a gerontologie*. Roč. 10, č. 4. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2021-4-23/poruchy-chovani-a-osobnosti-ve-vyssim-veku-129431>. [cit. 2024-03-07].

HOLUBOVÁ, M.; ČAPKOVÁ, M.; JIRÁSKOVÁ, L. a ŠOUKALOVÁ, K., 2019. Rizikové faktory vzniku artrózy kolenního a kyčelního kloubu u pacientů indikovaných k totální endoprotéze. Online. *Česká revmatologie*. Roč. 27, č. 1, s. 10–15. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-revmatologie/2019-1-27/rizikove-faktory-vzniku-artrozy-kolenniho-a-kycelniho-kloubu-u-pacientu-indikovanych-k-totalni-endoproteze-112860/download?hl=cs>. [cit. 2024-05-10].

HORÁK, Pavel, 2019. Nedostatek vitamínu D a jeho zdravotní dopady. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč. 65, č. 11, s. 724–727. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2019-11-5/nedostatek-vitaminu-d-a-jeho-zdravotni-dopady-119520/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-08].

HORECKÝ, Jiří; POTŮČEK, Martin; CABRNOCH, Milan a KALVACH, Zdeněk, 2021. *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku: Jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče: jak vyřešit problémy sociálně-zdravotních služeb v ČR a jak nastavit udržitelný systém dlouhodobé péče*. Online. Studie (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR). Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-14-5. Dostupné z: https://www.apsscr.cz/files/files/A4_STUDIE%20LCT%202021_FINAL.pdf. [cit. 2024-07-21].

HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN, David, 2023. *Metodologie v sociální práci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3636-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a MAJERNÍKOVÁ, Ľudmila, 2013. *Kvalita života seniorů: v kontextu ošetrovatelství*. Online. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7575-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/kvalita-zivota-senioru-v-kontextu-osetrovatelstvi-1321479/>. [cit. 2024-04-08].

JANEČKOVÁ, Hana, 2020. Přejchod ke komplementárnímu modelu péče. In: DRAGOMIRECKÁ, Eva a kol. *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 87–105. ISBN 978-80-246-4598-8.

JAROLÍMOVÁ, Eva; BROUČKOVÁ, Eliška a HOLMEROVÁ, Iva, 2016. Rodinný systém a pečovatelská zátěž u Alzheimerovy choroby. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 5, č. 3, s. 128-131. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2016-3/rodinny-system-a-pecovatelska-zatez-u-alzheimerovy-choroby-59139/download?hl=cs>. [cit. 2024-05-25].

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Online. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2150-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/uvod-do-komunitniho-osetrovatelstvi-1653463/>. [cit. 2024-07-25].

JERÁBEK, Hynek a kol., 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Studie (Sociologické nakladatelství). Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-117-6.

JIRÁK, Roman a kol., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Online. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-960-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/gerontopsychiatrie-1710563/>. [cit. 2024-03-20].

JIRÁK, Roman, 2022. Deliria. Online. In: ZVĚŘOVÁ, Martina a kol., *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, s. 185–193. ISBN 978-80-271-4983-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/gerontopsychiatrie-v-klinicke-praxi-1722437/#>. [cit. 2024-05-09].

KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman; ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol., 2004. Geriatrie a gerontologie. Online. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0548-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/geriatrie-a-gerontologie-1656157/#>. [cit. 2024-02-09].

KALVACH, Z.; DRBAL, C.; ZAVÁZALOVÁ, H.; ŠNEJDRLOVÁ, M. a ONDRUŠOVÁ, J., 2006. Geriatrický pohled na zdraví a nemocnost ve stáří – změna paradigmatu? Online. *Časopis lékařů českých*. Roč. 145, č. 12, s. 909–915. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2006-12/geriatricky-pohled-na-zdravi-a-nemocnost-ve-stari-zmena-paradigmatu-3175/download?hl=cs>. [cit. 2024-04-16].

KALVACH, Zdeněk; ZADÁK, Zdeněk; JIRÁK, Roman; ZAVÁZALOVÁ, Helena; HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Online. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7021-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/geriaticke-syndromy-a-geriatricky-pacient-1274071/#>. [cit. 2024-02-05].

KALVACH, Zdeněk a HOLMEROVÁ, Iva, 2008. Geriatrická křehkost – Významný klinický fenomén. Online. *Medicína pro praxi*. Roč. 2008, č. 5(2), s. 66–69. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>. [cit. 2024-08-20].

KALVACH, Zdeněk; ČELEDOVÁ, Libuše; HOLMEROVÁ, Iva; JIRÁK, Roman; ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče: Učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk a kol., 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Online. Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-08-2. Dostupné z: <https://www.dustojnestarnuti.cz/res/archive/000157.pdf?seek=1489066969>. [cit. 2024-07-25].

KALVACH, Zdeněk; MUTLOVÁ, Olga; SCHWARZ, Karel; STAROSTOVÁ, Olga; ŘEZÁČOVÁ, Hana a kol., 2015. *Systém Integrovaných Podprůrných Služeb: Nástin uplatnění modelu SIPS v obcích*. Online. Diakonie ČCE. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/02/Syst%C3%A9m-integrovan%C3%BDch-podp%C5%AFrn%C3%BDch-slu%C5%BEeb-N%C3%A1stin-uplatn%C4%9Bn%C3%AD-modelu-SIPS-v-obc%C3%ADch.pdf>. [cit. 2024-07-25].

KANE, Rosalie A. a RUBENSTEIN, Laurence Z., 1998. Assessment of functional status. Online. *Principles and practice of geriatric medicine*. S. 265-271. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Laurence-Rubenstein/publication/235325327_Assessment_of_Functional_Status/links/02bfe510c3a7c40caa000000/Assessment-of-Functional-Status.pdf. [cit. 2024-04-06].

KATSUMI, Akira; ABE, Akihiro; TAMURA, Shogo a MATSUSHITA, Tadashi, 2021. Anemia in older adults as a geriatric syndrome: A review. Online. Roč. 21, č. 7, s. 549-554. ISSN 1444-1586. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/ggi.14183>. [cit. 2024-04-21].

KELBLING, Eline; FERREIRA PRESCOTT, David; SHEARER, Mary a QUINN, Terence J., 2023. An assessment of the content and properties of extended and instrumental activities of daily living scales: a systematic review. Online. *Disability and Rehabilitation*. S. 1-10. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638288.2023.2224082>. [cit. 2024-04-05].

KLIMEŠ, Lumír, 2010. *Slovník cizích slov*. 8. vyd., v SPN vyd. 3. – rozš. a dopl. Praha: SPN – pedagogické nakladatelství. ISBN 978-807-2354-467.

KONRÁD, Jiří, 2013. Deliria (stavy zmatenosti) ve stáří. Online. In: JIRÁK, Roman a kol., *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Galén, s. 248-258. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/gerontopsychiatrie-1710563/#>. [cit. 2024-05-09].

KRÁLOVÁ, Jana a KAPOUNOVÁ, Zlata, 2020. Role výživy v prevenci a léčbě věkem podmíněné makulární degenerace. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 9, č. 4, s. 214-215. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2020-4-26/role-vyzivy-v-prevenci-a-lecbe-vekem-podminene-makularni-degenerace-126085/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-05].

KROUPOVÁ, Květa a PALIČKA, Vladimír, 2023. Role senescence při rozvoji osteoporózy a osteoartrózy. Online. *Clinical Osteology*. Roč. 28, č. 1-2, s. 19-23. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Kveta-Vrablikova/publication/372646893_The_role_of_senescence_in_the_development_of_osteoporosis_and_osteoarthritis/links/64c122bcc41fb852dd9d6567/The-role-of-senescence-in-the-development-of-osteoporosis-and-osteoarthritis.pdf. [cit. 2024-05-10].

KUCKIR, Martina; VAŇKOVÁ, Hana; HOLMEROVÁ, Iva; VITEČKOVÁ, Slávka; JAROLÍMOVÁ, Eva a kol., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Online. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9585-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/vybrane-oblasti-a-nastroje-funkcniho-geriatrickeho-hodnoceni-1314739/#>. [cit. 2024-04-08].

KUDLOVÁ, Pavla, 2015. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Online. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-9858-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelska-pecce-v-diabetologii-1841537/#>. [cit. 2024-07-13].

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

LÖWE, Cornelia; MARK, Patrick; SOMMER, Samira a WELTERMANN, Birgitta, 2022. Collaboration between general practitioners and social workers: a scoping review. Online. *BMJ Open*. 2022-06-03, roč. 12, č. 6. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062144>. [cit. 2024-07-26].

LUKEŠOVÁ, Šárka, 2016. Imunologie, autoimunitní onemocnění. Online. *Medicína pro praxi*. Roč. 2016, č. 13(4), s. 171–174. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2016/04/04.pdf>. [cit. 2024-02-07].

MA, Lina, 2018. Current Situation of Frailty Screening Tools for Older Adults. Online. *The journal of nutrition, health & aging*. Roč. 23, č. 1, s. 111–118. ISSN 1279-7707. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1123-4>. [cit. 2024-04-08].

MÁDLOVÁ, Pavla a TOPINKOVÁ, Eva, 2020. Geriatrické syndromy a jejich význam pro nutriční terapii. Online. In: VÁGNEROVÁ, Tereza a kol. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 43–48. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/vyziva-v-geriatrii-a-gerontologii-1742795/#>. [cit. 2024-04-20].

MACHÁČOVÁ, Kateřina; HOLMEROVÁ, Iva a kol., 2019. *Aktivní gerontologie: aneb Jak stárnout dobře*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-5489-8.

MATĚJOVSKÝ, Jan; MATĚJOVSKÁ KUBEŠOVÁ, Hana a MELUZÍNOVÁ, Hana, 2012. Zhodnocení funkčního stavu seniorské populace: žijící ve vlastním prostředí a vyhodnocení vybraných rizikových faktorů snížení soběstačnosti. Online. *Geriatрии a Gerontologie*. Roč. 1, č. 2. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2012-2/zhodnoceni-funkcniho-stavu-seniorske-populace-zijici-ve-vlastnim-prostredi-a-vyhodnoceni-vybranych-rizikovykh-faktoru-snizeni-sobestacnosti-39245>. [cit. 2024-04-08].

MÁTLOVÁ, Martina, 2022. *25 let života s demencí*. Online. Praha: Česká alzheimerovská společnost. ISBN 978-80-86541-57-9. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/25-let-zivota-s-demenci/katalog/>.

[cit. 2024-07-14].

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

MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.

MIKANOVÁ, Anna a DVOŘÁKOVÁ, Andrea, 2020. Rodinná péče o seniory a formální nástroje její podpory. In: *Ti, kteří se starají: Podpora neformální péče o seniory: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 50–64. ISBN 978-80-246-4598-8.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.

MIRKENA, Yohannes; RETA, Mebratu Mitiku; HAILE, Kibrom; NASSIR, Zebiba a SISAY, Malede Mequanent, 2018. Prevalence of depression and associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. Online. *BMC Psychiatry*. Roč. 18, č. 1. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1911-8>. [cit. 2024-03-12].

MIŠOVIČ, Ján, 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Studijní texty. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon). ISBN 978-80-7419-285-2.

MLINAC, Michelle E. a FENG., Michelle C., 2016. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. Online. *Archives of Clinical Neuropsychology*. Roč. 31, č. 6, s. 506-516. Dostupné z: <https://academic.oup.com/acn/article/31/6/506/1727834?login=false>.

[cit. 2024-04-06].

MUSIL, Libor; BAREŠ, Pavel a HAVLÍKOVÁ, Jana (ed.), 2011. *Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-7416-240-4.

NOVÁKOVÁ, Martina, 2012. Fragilita geriatrického pacienta – možnosti řešení. Online. *Interní medicína pro praxi*. Roč. 14, č. 3, s. 101–103. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2012/03/03.pdf>. [cit. 2024-05-08].

OBŠILOVÁ, Dagmar; IVANOVÁ, Kateřina a BRETŠNAJDROVÁ, Milena, 2022. Souvislost mezi diabetes mellitus 2. typu a geriatrickými syndromy – co přinesly výsledky zahraničních studií. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 11, č. 4, s. 188-193. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2022-4-20/souvislost-mezi-diabetes-mellitus-2-typu-a-geriatrickymi-syndromy-co-prinesly-vysledky-zahranicnich-studii-133221/download?hl=cs>. [cit. 2024-05-12].

ONDRUŠOVÁ, Jiřina; KRAHULCOVÁ, Beáta a kol., 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PEDROSA, Bárbara; DUQUE, Ricardo a MARTINS, Rui, 2016. Suicide in the Elderly – The Hastening of Death. Online. *PsiLogos*. Roč. 14, č. 1, s. 50–56. Dostupné z: <https://doi.org/10.25752/psi.7409>. [cit. 2024-03-12].

PLÖTHNER, M.; SCHMIDT, K.; DE JONG, L.; ZEIDLER, J. a DAMM, K., 2019. Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. Online. *BMC Geriatrics*. Roč. 19, č. 1. ISSN 1471-2318. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1068-4>. [cit. 2024-07-18].

POKORNÁ, Andrea a kol., 2013. *Ošetrovatelství v geriatricii*. Online. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-8769-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/osetrovatelstvi-v-geriatricii-1274051/#>. [cit. 2024-04-06].

POKORNÁ, Andrea a KRAJČÍKOVÁ, Nela, 2017. Prevence dekubitů při používání inkontinenčních pomůcek. Online. *Urologie pro praxi*. Roč. 18, č. 5, s. 242-246. Dostupné z: <https://urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2017/05/11.pdf>. [cit. 2024-05-08].

POSPÍŠIL, David a kol., 2016. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. Online. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mpsv/strategie/narodni-strategie-rozvoje-socialnich-sluzeb-2016-2025?typ=download>. [cit. 2024-07-21].

PRŮŠA, Ladislav a kol., 2021. *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-88361-09-1.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury. ISBN 978-80-7345-437-1.

PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek a kol., 2021. Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. Online. Psyché (Grada Publishing). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0876-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychosocialni-adaptace-ve-stari-a-nemoci-1653838/#>. [cit. 2024-02-05].

RAISOVÁ, Miloslava, 2019. Dotazníky nálady. In: BARTOŠ, Aleš a RAISOVÁ, Miloslava. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Vyd. 2., přepracované a doplněné. Praha: Mladá fronta, s. 154-158. ISBN 978-80-204-5490-4.

REMR, Jiří, 2020. Potřeby pečujících. In: *Ti, kteří se starají: podpora neformální péče o seniory*. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 161-185. ISBN 978-80-246-4598-8.

RYBKA, Jaroslav, 2007. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Online. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1671-8. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/diabetes-mellitus-komplikace-a-pridruzena-onemocneni-1841532/#>. [cit. 2024-07-14].

ŘÍČAN, Pavel, 2021. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 4., doplněné vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1783-1.

ŘIHÁČEK, Tomáš a HYTYCH, Roman, 2013. Metoda zakotvené teorie. In: *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, s. 44–74. ISBN 978-80-210-6382-2.

SAK, Petr a KOLESÁROVÁ, Karolína, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3850-5.

SANFORD, Angela M.; MORLEY, John E.; BERG-WEGER, Marla; LUNDY, Janice; LITTLE, Milta O. et al., 2020. High prevalence of geriatric syndromes in older adults. Online. *PLOS ONE*. Roč. 15, č. 6. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233857>. [cit. 2024-04-21].

SAXE ZERDEN, Lisa de; LOMBARDI, Brianna M. a JONES, Anne, 2019. Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course. Online. *Social Work in Health Care*. Roč. 58, č. 1, s. 142-149. ISSN 0098-1389. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/00981389.2019.1553934>. [cit. 2024-07-26].

SEIFERT, Bohumil a ČELEDOVÁ, Libuše a kol., 2012. *Základní pojmy praktického a posudkového lékařství*. Online. Praha: Nakladatelství Karolinum. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/zakladni-pojmy-praktickeho-a-posudkoveho-lekarstvi-1725296/#>. [cit. 2024-05-20].

SEDLÁČKOVÁ, Jana, 2023. *Depistáž rizikových seniorů – spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka a všeobecných praktických lékařů pro dospělé: Sociální práce ve zdravotnictví*. Diplomová práce, vedoucí Kodymová, Pavla. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. Dostupné také z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/184227?fbclid=IwAR0CZZLPQKtyWppZ5miiVufsIerFQzMHH3s73mZCnU1tPg cA0pXcjpQDV2k>.

SCHULMANN, Katharine; REICHERT, Monika a LEICHSENING, Kai, 2021. Sociální podpora a dlouhodobá péče o seniory: Potenciál pro sociální inovace a aktivní stárnutí. In: WALKER, Alan (ed.). *Budoucnost stárnutí v Evropě: Dlouhověkost jako kapitál*. Středokluky: Zdeněk Susa, s. 265–296. ISBN 978-80-88084-31-0.

SLÁDKOVÁ, Petra a SVĚCENÁ, K., 2022. Dotazník WHODAS 2.0 a možnosti jeho využití nejen v posudkové činnosti. Online. *Revizní a posudkové lékařství*. Roč. 25, č. 3–4, s. 55–59. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2022-3-4-4/dotaznik-whodas-2-0-a-moznosti-jeho-vyuziti-nejen-v-posudkove-cinnosti-133636/download?hl=cs>. [cit. 2024-04-12].

STÁREK, Lukáš, 2022. *Sociální práce se seniory žijící s demencí*. Praha: Educa Service. ISBN 978-80-8730-614-7.

STĚPANOV, Alexandr, 2023. Věkem podmíněná makulární degenerace - nové přístupy k léčbě. Online. *Farmacie pro praxi*. Roč. 19, č. 1, s. 25–30. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/lek/2023/01/05.pdf>. [cit. 2024-05-16].

STRAUSS, Anselm a CORBINOVÁ, Juliet, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. SCAN. Brno: Sdružení Podané ruce a nakladatelství Albert. ISBN 80-858-3460-X.

ŠALAMON, Pavol, 2018. Syndrom křehkosti. Online. *Revizní a posudkové lékařství*. Roč. 21, č. 2, s. 64-65. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2018-2-29/syndrom-krehkosti-107870/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-06].

ŠLÉGLOVÁ, Olga, 2023. Možnosti léčby bolesti u osteoartrózy. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč. 69, č. 2, s. 119–127. Dostupné z: <https://www.casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2023/02/06.pdf>. [cit. 2024-05-10].

ŠPAKOVÁ, Lenka, 2021. Sendvičová generace: starají se o děti, o staré rodiče, chodí do práce a mají toho zkrátka dost. Online. *Sociální služby*. Roč. XXIII., č. 8–9/2021, s. 14–15. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1649139539_srpen-zari-final.pdf. [cit. 2024-07-22].

ŠŤASTNÁ, Jaroslava, 2016. *Když se řekne komunitní práce*. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3356-5.

ŠVARŤÍČEK, Roman; ŠEĎOVÁ, Klára a kol., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TADIC, Vela; ASHCROFT, Rachele; BROWN, Judith a DAHROUGE, Simone, 2020. The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. Online. *Healthcare Policy | Politiques de Santé*. Roč. 16, č. 1, s. 27–42. ISSN 17156580. Dostupné z: <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26292>. [cit. 2024-07-12].

TOAL-SULLIVAN, Darene; DAHROUGE, Simone; TESFASELASSIE, Johanna a OLEJNIK, Laura, 2024. Access to primary health care: perspectives of primary care physicians and community stakeholders. Online. *BMC Primary Care*. Roč. 25, č. 1. ISSN 2731-4553. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02312-9>. [cit. 2024-07-26].

TOMÁŠKOVÁ, Vladimíra; SOLNÁŘOVÁ, Dagmar; HOLEŇOVÁ, Anežka a HOROVÁ, Terezie, 2015. *Studie o možnostech a významu zavedení koordinátora podpory pro pečující osoby a osoby odkázané na pomoc druhých*. Online. Dostupné z: <https://nepe.cz/nepe1.php>. [cit. 2024-07-21].

TOPINKOVÁ, Eva, 2010. *Geriatric pro praxi*. Vyd. 1., dotisk. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-365-5.

TOPINKOVÁ, Eva, 2021. Mobilita jako klíčový faktor zdravého stárnutí. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 10, č. 1, s. 15–22. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2021-1-20/mobilita-jako-klicovy-faktor-zdraveho-starnuti-126693/download?hl=cs>. [cit. 2024-04-12].

TOPINKOVÁ, Eva a VÁGNEROVÁ, Tereza, 2020. Nemocnost a specifika klinických projevů chorob ve stáří. Online. In: VÁGNEROVÁ, Tereza a kol. *Výživa v geriatrici a gerontologii*. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 21–24. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/vyziva-v-geriatrici-a-gerontologii-1742795/#>. [cit. 2024-04-20].

TOPINKOVÁ, Eva; JURAŠKOVÁ, Božena; HRKAL, Jakub; ZVOLSKÝ, Miroslav; a kol., 2021. Hodnocení disability s využitím nástroje WHODAS 2.0 u geriatrických pacientů. Pilotní studie WHODAS-GERI. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 10, č. 1, s. 3–14. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2021-1-20/hodnoceni-disability-s-vyuzitim-nastroje-whodas-2-0-u-geriatrickych-pacientu-pilotni-studie-whodas-geri-126690/download?hl=cs>. [cit. 2024-04-12].

TREŠLOVÁ, Marie a BÁRTLOVÁ, Sylva, 2014. Příčiny stresu seniorů žijících v domácím prostředí. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 3, č. 4, s. 165–170. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2014-4-7/priciny-stresu-senioru-zijicich-v-domacim-prostredi-50823/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-10].

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Tereza, 2020. Systém zdravotní a sociální péče o seniory v ČR a ve světě. In: *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 65–67. ISBN 978-80-246-4620-6.

VÁGNEROVÁ, Tereza, 2023. Prevalence křehkosti a rizikové faktory jejího rozvoje u české populace starší 50 let – výsledky studie SHARE. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 12, č. 2, s. 76–82. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2023-2-22/prevalence-krehkosti-a-rizikove-faktory-jejeho-rozvoje-u-ceske-populace-starsi-50-let-vysledky-studie-share-134890/download?hl=cs>. [cit. 2024-04-13].

VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁ, 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* [online]. Praha: MPSV [cit. 2023-06-26]. ISBN 978-80-7421-021-1. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/954827/dlouhodob_a_pece_CR.pdf/323265ba-ae34-e2e3-2f47-d39ba3e91872

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Online. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/problematicke-situace-v-peci-o-seniory-1734001/#>. [cit. 2024-03-12].

VILHELMOVÁ, Libuše, 2011. Inkontinence moči, diagnostika a léčba. Online. *Urologie pro praxi*. Roč. 12, č. 2, s. 97–99. Dostupné z: <https://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2011/02/04.pdf>. [cit. 2024-05-09].

VLACHOVÁ, Kateřina, 2022. Inkontinence moče ve stáří. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 11, č. 2, s. 75–83. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2022-2-17/inkontinence-moce-ve-stari-131188/download?hl=cs>. [cit. 2024-05-08].

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol., 2020. *Krizová intervence*. 4. vydání, aktualizované. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1704-6.

WEBBER, S. C.; PORTER, M. M. a MENEK, V. H., 2010. Mobility in Older Adults: A Comprehensive Framework. Online. *The Gerontologist*. Roč. 50, č. 4, s. 443–450. ISSN 0016-9013. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geront/gnq013>. [cit. 2024-04-23].

WEBER, Pavel; AMBROŠOVÁ, P.; WEBEROVÁ, D. a BIELAKOVÁ, K., 2011. Geriatrické syndromy a syndrom frailty – zlatý grál geriatrické medicíny. Online. *Vnitřní lékařství*. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2011-11/geriatricke-syndromy-a-syndrom-frailty-zlaty-gral-geriatricke-mediciny-36460>. [cit. 2024-05-02].

WEBER, Pavel; PRUDIUS, Dana a MELUZÍNOVÁ, Hana, 2015. Geriatrická multimorbidita – jeden z klíčových problémů současné medicíny. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč. 61, č. 12, s. 1042–1048. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2015-12/geriatricka-multimorbidita-jeden-z-klicovych-problemu-soucasne-mediciny-57221/download?hl=cs>. [cit. 2024-04-13].

WEBER, Pavel, 2018. Stárnutí staré společnost (seniorizace) a geriatrizace medicíny. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 7, č. 4, s. 152-155. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2018-4-29/starnuti-stare-spolecnost-seniorizace-a-geriatrizace-mediciny-113136/download?hl=cs>. [cit. 2024-04-09].

WERNEROVÁ, J. a ZVONÍKOVÁ, A, 2016. Stárnutí, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a závislost seniorů. Online. *Revizní a posudkové lékařství*. Roč. 19, č. 2, s. 68–73. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2016-2/starnuti-dlouhodore-nepriznivy-zdravotni-stav-a-zavislost-senioru-60260/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-06].

WIELAND, Darryl a HIRTH, Victor, 2003. Comprehensive Geriatric Assessment. Online. *Cancer Control*. Roč. 10, č. 6, s. 454–462. ISSN 1073-2748. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/107327480301000603>. [cit. 2024-04-08].

ZADÁK, Zdeněk, 2016. Prevence a terapie sarkopenie ve stáří. Online. *Vnitřní lékařství*. Roč. 62, č. 7–8, s. 671–677. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2016-7-8-1/prevence-a-terapie-sarkopenie-ve-stari-59012/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-06].

ZADÁK, Zdeněk, 2017. Polyfarmacie a malnutrice ve stáří. Online. *Geriatric a gerontologie*. Roč. 6, č. 2, s. 75–78. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatric-gerontologie/2017-2/polyfarmacie-a-malnutrice-ve-stari-61871/download?hl=cs>. [cit. 2024-03-06].

ZENEBE, Yosef; AKELE, Baye; NECHO, Mogesie a NECHO, Mogesie, 2021. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis: a systematic review and meta-analysis. Online. *Annals of General Psychiatry*. Roč. 20, č. 55. ISSN 1744-859X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12991-021-00375-x>. [cit. 2024-03-12].

ZUBINA, Petr, 2016. Problematika totální endoprotézy kyčelního kloubu v systému sociálního zabezpečení České republiky. Online. *Revizní a posudkové lékařství*. Roč. 19, č. 2, s. 51–67. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2016-2/problematika-totalni-endoprotezy-kycelniho-kloubu-v-systemu-socialniho-zabezpeni-ceske-republiky-60259/download?hl=cs>. [cit. 2024-05-10].

ZUCHOWSKI, Ines a MCLENNAN, Simoane, 2023. A Systematic Review of Social Work in General Practice: Opportunities and Challenges. Online. *Journal of Evidence-Based Social Work*. 2023-09-03, roč. 20, č. 5, s. 686–726. ISSN 2640-8066. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/26408066.2023.2202665>. [cit. 2024-07-26].

ZVĚŘOVÁ, Martina a kol., 2022. *Gerontopsychiatrie v klinické praxi*. Online. Psyché (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3465-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/gerontopsychiatrie-v-klinicke-praxi-1722437/#>. [cit. 2024-03-12].

Webové stránky, příspěvky na webu, zákony:

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA, 2019. *Kontroverzní reforma primární péče*. Online. 11. 2. 2019. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz>. [cit. 2024-05-21].

FOND DALŠÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, 2018. *Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“: Závěrečná zpráva z šetření*. Online. Podpora neformálních pečujících. Dostupné z: <https://drive.google.com/file/d/19XBAhsGOu6xbuNinUIHXpmUc9gaWOBul/view>. [cit. 2024-07-16].

MPSV ČR, 2019. 9. *Místo a způsob, jak získat příslušné informace*. Online. 6. 8. 2019. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/9.-misto-a-zpusob-jak-ziskat-prislusne-informace>. [cit. 2024-03-10].

MPSV ČR, 2020a. *Komunitní plánování - věc veřejná*. Online. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. 23. 9. 2020. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/komunitni-planovani-vec-verejna-pruvodce->. [cit. 2024-07-22].

MPSV ČR, 2020b. *Co je komunitní plánování sociálních služeb a kdo jsou jeho hlavní aktéři*. Online. 23. 9. 2020. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/co-je-komunitni-planovani-socialnich-sluzeb-a-kdo-jsou-jeho-hlavni-akteri>. [cit. 2024-07-22].

MPSV ČR, 2022. Vytvořeno 2. 12. 2022. *Lékařská posudková služba bude efektivnější, Senát podpořil novelu zákona*. Online. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Tiskové zprávy 2022. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/-/lekarska-posudkova-sluzba-bude-efektivnejsi-senat-podporil-novelu-zakona>. [cit. 2024-05-30].

MZ ČR, 2020. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030*. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/>. [cit. 2024-05-20].

MZ ČR, Vytvořeno 19. 12. 2022. *Věstník 15/2022*. Online. Aktualizace 19. 12. 2022. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vestnik/vestnik-15-2022/>. [cit. 2024-05-27].

MKF: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2020. Online. 2. aktualizované české vydání. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-187-8. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008317/mkf-cz-002.pdf>. [cit. 2024-04-20].

MKN-10, česká verze platná od 1. 1. 2023: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, 2023. Online. MKN-10 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>. [cit. 2024-04-20].

NZIP - Národní zdravotnický informační portál, 2024. Online. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR A ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Rejstřík pojmů. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrik-pojmu>. [cit. 2024-04-20].

ÚZIS: ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. *WHO Disability Assessment Schedule 2.0*. Online. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule>. [cit. 2024-04-12].

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Online. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>. [cit. 2024-05-21].

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Online. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388>. [cit. 2024-05-12].

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení. Online. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-582/zneni-20240101?text=odborn%C3%BD%20nel%C3%A9ka%C5%99sk%C3%BD>. [cit. 2024-05-30].

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Online. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48/zneni-20240101>. [cit. 2024-05-05].

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Online. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96?text=96%2F2004>. [cit. 2024-05-12].

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Online. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2024-04-12].

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Online. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>. [cit. 2024-05-19].

SEZNAM ZKRATEK

AAK – augmentativní a alternativní komunikace

ADL – aktivity denního života

AN – Alzheimerova nemoc

CGA – komplexní geriatrické hodnocení

CMP – cévní mozková příhoda

ČLK – Česká lékařská komora

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický ústav

DM – diabetes mellitus

DNZS – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

DP – diplomová práce

DPH – daň z přidané hodnoty

IADL – instrumentální aktivity denního života

IM – infarkt myokardu

IPZS – Institut posuzování zdravotního stavu

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

LPS – lékařská posudková služba

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MMSE – Mini Mental State Examination

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

OA – osteoartróza

OP – osteoporóza

OZP – osoba se zdravotním postižením

PN – Parkinsonova nemoc

PnP – příspěvek na péči

RS – roztroušená skleróza

TEP – totální endoprotéza kloubu

ÚP – Úřad práce

VAS – vertebrální algický syndrom

VOŠ – vyšší odborná škola

VPL – všeobecný praktický lékař pro dospělé

VŠ – vysoká škola

ZoNZP – zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

ZoSS – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

ZoVZP – zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

ZoZS – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

ZSP – zdravotně-sociální pracovník

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem	II
Příloha č. 2: Scénář rozhovoru s rodinnými pečujícími	III
Příloha č. 3: Návrh pracovní pozice Zdravotně-sociální pracovník v komunitě.....	VI

Příloha č. 1: Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Vážená paní, vážený pane,

byl/a jste požádán/a o rozhovor v rámci sběru dat k výzkumu pro mou rigorózní práci s předběžným názvem: „Zapojení zdravotně-sociálního pracovníka do péče o seniory“.

Důvěrnost informací

S Vaším svolením bude tento rozhovor nahráván. Nahraný rozhovor pak přepíši a použiji pro analýzu. Nahrávka i přepis rozhovoru budou jako celek k dispozici pouze mně, obojí bude bezpečně uschováno a zlikvidováno po obhajobě rigorózní práce. Přepsaný text našeho rozhovoru bude anonymizován a kódován. Přičemž ani jedna z podob rozhovoru nebude žádným způsobem jako celek zveřejněna. Veškeré citace, které budou případně v rámci výstupů z výzkumu použity, nebudou obsahovat Vaše jméno, ani jména jiných osob, míst či názvy institucí, podle nichž by Vás bylo možné identifikovat.

Vaše rozhodnutí je pro mě závazné. Svůj souhlas s nahrávkou můžete kdykoliv během rozhovoru odvolat. Vaše účast na rozhovoru je dobrovolná, rozhovor můžete kdykoliv v jeho průběhu přerušit.

Žádám tedy o Váš souhlas s rozhovorem za výše uvedených podmínek. Pokud budete mít jakékoli dotazy ohledně mého výzkumu či rozhovoru, kontaktujte mne prosím.

Předem Vám děkuji za udělení Vašeho souhlasu s rozhovorem a jeho nahrávkou.

S úctou

Mgr. Jana Sedláčková

sedlackova@podporasenioru.cz

Rigorózní řízení je vedeno při Katedře sociální práce FF UK

Příloha č. 2: Scénář rozhovoru s rodinnými pečujícími o seniory

ÚVOD

- Uvítání a poděkování za zájem o účast ve výzkumu. Opětovná žádost o souhlas s nahráváním rozhovoru.

PEČUJÍCÍ

- Můžete mi, prosím, povědět, kdo jsou (byly) pečující osoby, které se na péči o seniora podílí (podílely)? *(Např.: Jejich přibližný věk, kdo z nich byli hlavní pečující, kdo další se podílel a případně v jakém směru?..)*
- Je (byl) někdo z těchto pečujících osob profesně nebo svým vzděláním spjat se zdravotní nebo sociální oblastí? *(Např.: Pracoval někdy v dané oblasti péče o člověka? Absolvoval nějaké cílené kurzy péče o člověka? Nebo má jiné zkušenosti s péčí?..)*

SENIOR V PÉČI

- Prosím, mohl/a byste mi v krátkosti představit osobu, které se poskytuje (poskytovala) péče? *(Např.: Žena/muž, věk, bydliště, Váš vztah k seniorovi...)*
- Prosím, povězte mi, s jakými chorobami se opečovávaná osoba léčí (léčila)... resp. které choroby měly největší podíl na snížení její soběstačnosti? *(Např.: Zajímají mne nejen hlavní diagnostikované choroby, ale také syndromy jako inkontinence, křehkost... a také např. pády, úrazy, operace...)*

PRŮBĚH PÉČE

- Povíte mi, prosím, co Vás přimělo k rozhodnutí poskytovat péči svému rodinnému příslušníkovi? *(Např.: Co rozhodlo, že péči budete poskytovat? Stalo se v té době něco akutního, nebo jste měl/a na rozhodnutí dostatek času?..)*

- Povíte mi, prosím, jaké byly počátky péče a jak péče dále probíhala? *(Např.: Probíhala péče hladce, nebo byly nějaké problémy? V jakém smyslu nebo čeho se problémy týkaly?..)*
- Povíte mi, prosím, jakou podporu jste vnímala od formálních i neformálních poskytovatelů péče? V čem se naopak této podpory nedostávalo? *(Např.: Jak hodnotíte formální podporu zdravotních a sociálních služeb? Jakou jste cítil/a psychickou podporu? Hledala jste pomoc např. i v komunitě?..)*
- Povězte mi, prosím, z jakých jiných zdrojů jste čerpal/a informace a rady důležité pro poskytovanou péči? *(Např.: Na koho jste se obracel/a pro informace, z jakých jiných zdrojů jste informace čerpal/a?..)*
- Povíte mi, prosím, jak jste sám/sama vnímal/a svoje vlastní fungování v rámci poskytované péče? *(Např.: Jak jste se v pozici pečujícího cítil/a? Co bylo pro Vás důležité? Máte pocit, že měla poskytovaná péče nějaký negativní dopad do Vašeho života?..)*
- Je tady nějaké téma, které jsem v této sadě otázek nezminila a máte pocit, že by k otázce poskytované péče o seniory ze strany neformálních pečujících patřilo? *(Např.: Chtěl/a byste k tématu poskytované péče o seniory ze strany rodinných příslušníků něco dodat? Je tu něco, čeho jsem se v otázkách nedotkla a považujete za vhodné toto zmínit?..)*

NÁZOR NA SPOLUPRÁCI SE ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM (ZSP)

- Povězte mi, prosím, zda jste se někdy setkal/a se zdravotně-sociálním pracovníkem? *(Pokud se setkal/a, pak kdy a při jaké příležitosti... v každém případě tuto kvalifikaci představím... jeho kompetence apod.)*
- Povíte mi, prosím Váš názor na případnou možnost podpory pečujících ze strany ZSP? Ať už v rámci své vlastní poskytované péče nebo z obecného pohledu pečující osoby. *(Např.: Jaký máte první dojem, když jsem Vám o kvalifikaci ZSP řekla? Myslíte si, že by Vám nebo obecně vzato pečujícím osobám ZSP při pečování mohl v něčem pomoci? V čem přesněji byste si od něj pomoci ocenila? Máte nějakou představu o ZSP jako o člověku-odborníkovi? Co by měl třeba umět, jaký by měl být?..)*

- Prosím, máte nějakou představu, kde by měl ZSP pracovat, resp. kde byste očekával/a, že se s ním setkáte? *(Např.: Jak byste se o něm chtěl/a dovědět? Kam byste jej zařadila... pod který úřad nebo instituce, nebo by měl službu poskytovat jako soukromou službu? Měl/a byste jej hledat sama, nebo by Vám měl jeho služby někdo nabídnout?...)*
- Prosím, povězte mi, jaké služby by měl podle Vás ZSP nabízet? Co přesněji byste od ZSP při spolupráci očekávala? *(Např.: Jaké činnosti byste od něj požadoval/a? V čem přesněji byste od ZSP očekával/a pomoc?...)*
- Povíte mi, prosím, jaké výhody a nevýhody vidíte v případné spolupráci se ZSP? *(Např.: V čem přesněji by byla taková spolupráce přínosná? Máte nějaké návrhy na pracovní náplň nebo kompetence ZSP? Proč myslíte, že by k takové spolupráci dojít nemělo a nebo v čem myslíte, že by byla taková spolupráce nemožná?...)*
- Je něco, co byste chtěl/a k této sadě otázek ke spolupráci se ZSP dodat?

Na závěr bych Vám chtěla moc poděkovat za Váš čas i Vaše odpovědi.

Zdravotně-sociální pracovník v komunitě (dále ZSP v komunitě)

Jaké cílové skupině se bude ZSP v komunitě věnovat:

ZSP v komunitě bude jako zaměstnanec obecního/městského úřadu zodpovědný za péči o starší osoby, které z důvodu věku nebo zhoršené soběstačnosti nejsou samy schopny řešit svoji zdravotně-sociální situaci, jsou proto ohrožené zvýšeným rizikem sociálního vyloučení nebo rizikem umístění do pobytových sociálních služeb, ačkoliv si přejí zůstat co nejdéle ve svém prostředí.

ZSP v komunitě bude zodpovědný také za podporu neformálních pečujících, kteří se o zmíněné seniory starají v jejich vlastním prostředí, nehledě na to, zda s ním sdílí společnou domácnost, či nikoli.

Smysl pozice ZSP v komunitě:

Smyslem pozice ZSP v komunitě je maximální podpora seniorů a pečujících v dané lokalitě – má zamezit jejich sociálnímu vyloučení, zajistit zdravotně-sociální služby těm, kdo je potřebují. Vyšším cílem ZSP v komunitě je především zvýšit depistáž (aktivní vyhledávání) rizikových seniorů v dané lokalitě a aktivně zajistit podporu a péči i těm, jejichž riziko spočívá v absenci jakékoliv formální i neformální péče rodiny či komunity – jedná se tedy o seniory, kteří v současnosti tzv. „propadnou sítím služeb“.

- Na úrovni jedince bude ZSP v komunitě aktivně poskytovat komplexní a kvalitní poradenství o možnostech pomoci v rámci zdravotních i sociálních služeb v souvislosti se zdravotním stavem seniora; bude zodpovědný za posouzení životní situace seniora ve vztahu k jeho onemocnění, progresi nebo následkům nemoci a za sestavení plánu psychosociální intervence;

bude zodpovědný za koordinaci vhodných komunitních zdravotně-sociálních služeb – ZSP v komunitě bude v pozici hlavního koordinátora služeb.

ZSP v komunitě bude fungovat i v roli obhájce opečovávaných i pečujících osob – bude je péčí postupně provázet a bude hájit jejich zájmy. Klientem nebude jen jedinec, ale případně i pečující rodina. Pro zvýšení efektivity pomoci se bude snažit coby case manager se seniorem i pečující rodinou pracovat na bázi vzájemné důvěry a dlouhodobého podporujícího vztahu.

- Na úrovni komunity bude ZSP v komunitě evidovat celkové potřeby opečovávaných osob i jejich pečujících a rodin, a ty se bude snažit komunitě v rámci komunitního plánování i zajistit. Jelikož bude znát současně nabídku i poptávku, a to po zdravotních i sociálních službách, získá tak komplexní pohled na situaci v lokalitě, a především – sjednotí v tomto směru zdravotní a sociální informace na daném území.

Jelikož ZSP v komunitě vykonává dle zákona činnost bez dohledu a bez indikace lékaře, bude svoje klienty oslovovat jednak na doporučení příslušného praktického nebo jiného lékaře, ale také bez něj přímo. Bude rovněž pracovat na vlastní žádost seniora-pacienta nebo jeho pečujícího okolí.

Z důvodu zajištění podpory pro co nejvíce klientů, ale při současném zachování optimálních časových podmínek pro kontakt s nimi, bude nutné ve větších městech (nebo městech s vysokým podílem seniorů) rozhodnout, zda bude v místě k dispozici několik pracovníků v pozici ZSP v komunitě, přičemž se bude jejich počet odvíjet od demografických charakteristik registrovaných pacientů u jednotlivých VPL. Nebo jestli bude lépe fungovat model 1 hlavní ZSP v komunitě a několik jemu podřízených pracovníků.

- Na vyšší úrovni bude ZSP v komunitě tím klíčovým pro zvýšení tlaku na prosazení systémových změn důležitých pro neformální péči o seniory; bude pokračovat ve snaze definovat a nastavit vhodnou systémovou podporu pro pečující osoby coby samostatnou cílovou skupinu; bude propagovat a vysvětlovat přínosy spolupráce ZSP v komunitě s praktickým lékařem;

bude apelovat na vyjasnění rolí jednotlivých aktérů integrované zdravotně-sociální péče; v tomto duchu se bude podílet na vzdělávání VPL, ať už jsou v předatestační přípravě nebo již mají vlastní praxi.

Model péče „Podpora seniorů“

Model péče v sobě obsahuje několik modulů, které spolu úzce souvisejí.

- Spolupráce ZSP v komunitě a VPL

V rámci spolupráce s VPL bude ZSP v komunitě klíčovým aktérem pro depistáž rizikových seniorů registrovaných u daného VPL. Jelikož jsou praxe VPL rozdílné jak co do počtu registrovaných pacientů (a podílu seniorů z nich), tak co do bydlišť pacientů (již neexistují dřívější „obvody“), bude vyhledávací klíč vždy upraven individuálně. Depistáž bude ZSP v komunitě vykonávat u daného VPL opakovaně.

Na druhou stranu bude ZSP v komunitě předávat VPL důležité informace o sociální situaci seniora-pacienta, o jeho pečujících osobách a o průběhu péče. Navíc předáním sociální agendy se VPL uvolní časové kapacity pro vlastní lékařskou praxi. Podle vyjádření praktických lékařů by ušetřený čas věnovali zvýšení preventivní činnosti a posílení návštěvní služby v domácnostech pacientů.

Při aktivní spolupráci VPL a ZSP v komunitě tak dojde k tolik potřebnému propojení hodnocení i řešení zdravotní a sociální problematiky současně. K tomuto účelu vznikne jednotná agenda, která bude v režimu prohlížení napojená na základní registry (např. matriku, řízení o PnP), a která v sobě především ponese informace k jednotlivým případům v péči ZSP v komunitě (o potřebách a požadavcích seniora, intervencích, jejich výsledcích...).

- Posílení preventivních aktivit

ZSP v komunitě se v rámci spolupráce s VPL zapojí také do aktivit pro posílení prevence, a to prováděním screeningového testování např. kognitivních funkcí, soběstačnosti, zátěže pečujícího, deprese (u seniora i pečujícího) apod. Informace o výsledku předá do rukou VPL, případně po dohodě s ním i jinému specialistovi k podrobnějšímu vyšetření. Průběžné hodnocení (např. zátěže pečujícího) navíc přinese zpětnou vazbu pro případnou úpravu plánů psychosociálních intervencí.

Předpokladem této formy spolupráce je rozšíření okruhu osob, které projdou screeningovým vyšetřením, což by mohlo přinést efekt ve vyšším (a ideálně včasném) záchytu hraničních a jiných výsledků nutných k řešení.

- Příspěvek na péči

Zapojení ZSP v komunitě do řízení o PnP by byl několikerý (přesnější popis viz moje diplomová práce¹⁷⁹ str. 122–124). Jednak by při vědomí zdravotní a sociální situace seniora v péči alespoň rámcově vyhodnotil, zda podání žádosti, o které jinak senior/pečující stojí, nebude jen marným zatížením už tak přetíženého systému. Pakliže by vyhodnotil, že nárok nejspíše vznikne, pomohl by případně senioru/pečujícímu s vyřízením žádosti a zodpověděl všechny dotazy s PnP související.

Velkým bonusem pro VPL bude včasná informace o tom, že má ve svém časovém harmonogramu předběžně počítat s vyšetřením pacienta kvůli vyhotovení zprávy o jeho zdravotním stavu. A druhou výhodou bude již

¹⁷⁹ SEDLÁČKOVÁ, Jana, 2023. *Depistáž rizikových seniorů – spolupráce zdravotně-sociálního pracovníka a všeobecných praktických lékařů pro dospělé: Sociální práce ve zdravotnictví*. Diplomová práce, vedoucí Kodymová, Pavla. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce. Dostupné také z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/184227?fbclid=IwAROCZZLPQKtyWppZ5miiVuf5IerFQzMHH3s73mZCnU1tPgcA0pXcjpQDV2k>.

zmíněná informace o sociální situaci pacienta, která VPL doplní obraz o stavu pacienta a jeho potřebách.

- Poskytování dlouhodobé individuální péče cílovým skupinám

Seniorům, kteří jakoukoliv cestou přijdou do kontaktu se ZSP v komunitě, bude poskytnuta komplexní analýza zdravotních a sociálních potřeb, případně potřeb pečujících osob a rodiny. Na základě této podrobné analýzy bude senior zaveden do dispenzární péče (aktivní sledování), tedy do požadované dlouhodobé a individuální péče, jak si pečující dle výsledků výzkumu přáli. ZSP v komunitě bude se všemi aktivně pracovat, navrhne individuální plány psychosociálních intervencí a zajistí efektivní saturaci potřeb ve zdravotní i sociální oblasti. Plány budou podléhat průběžné aktualizaci a jejich zpětná evaluace zhodnotí efektivitu nastavené podpory.

Senior i pečující osoby budou mít dostatečný prostor a možnosti získat potřebné informace, klást ZSP v komunitě dotazy, a na základě všeho se pak rozhodovat... Cílenou edukací a získáváním informací o dostupných zdrojích se budou pečující postupně „učit“ péči lépe zvládat (např. jak efektivně řešit objednávky zdravotních pomůcek).

ZSP v komunitě seniorům zprostředkuje napojení na vhodné zdravotní i sociální služby, propojí tak jejich péči s jinými neformálními zdroji a také s formálními službami. V případě specifických zdravotní potíží jim ZSP v komunitě umožní napojení na NNO, které se věnují danému zdravotnímu problému (např. LORM, Tyfloservis, SONS, pacientské spolky) nebo jiné problematice (např. dluhová poradna).

- Vzdělávání VPL

ZSP v komunitě bude VPL přispívat k orientaci v sociální problematice. Účelem je posílení vztahu VPL + ZSP v komunitě. Lékaři se dozví o sociálních důsledcích nemocí, o aktuální nabídce zdravotně-sociálních služeb... Předpokladem je, že pokud VPL s pomocí ZSP v komunitě lépe pochopí problematiku situace, se kterými se pečující při péči potýkají (různé formy

zátěže),lepší se následně i vzájemná komunikace lékař-pacient/pečující. Navíc, pokud VPL dokáže správně popsat kompetence ZSP v komunitě, posílí se žádaný efekt přenesení důvěry z lékaře na jím doporučeného dalšího odborníka – a pacient vejde do péče ZSP v komunitě.

Pro posílení vztahu VPL + ZSP v komunitě by mohla dobře fungovat i účast ZSP v komunitě na konferencích praktických lékařů, při jednáních s lékaři o tématech sdílené péče o seniory apod. ZSP v komunitě bude využívat každou možnost pro osvětu o jejich činnosti nejen v laické populaci, ale především v té odborné, protože jde o důležitý zdroj, který bude seniory a pečující k ZSP v komunitě odkazovat.

- Posílení komunity

ZSP v komunitě v roli spojujícího článku propojí opečovávané seniory a jejich pečující s formální i neformální podporou, a zároveň je propojí se zdravotními i sociálními službami. Bude monitorovat vhodné aktivity pro svépomocnou a dobrovolnickou činnost, bude stát u počátků těchto aktivit a bude podporovat osvětu o existenci těchto aktivit v komunitě.

Pro zajištění efektivních služeb bude ZSP v komunitě aktivní při komunitním plánování, bude ve stálém kontaktu s organizacemi, od kterých budou senioři/pečující čerpat služby (např. knihovny, NNO, školy). ZSP v komunitě se tak bude podílet na zpřesnění nebo na tvorbě nových nabídek pro cílové skupiny v jeho péči. Jednalo by se např. o posílení škály potřebných služeb (jako jsou terénní lékařské služby, mobilní optik, logopedická péče, přeprava seniorů k lékařům oběma směry apod.), o podporu dobrovolnictví, svépomocných aktivit a sousedské výpomoci.

ZSP v komunitě se bude snažit během své činnosti o průběžné posilování inkluzivního přístupu komunity k cílovým skupinám v jeho péči.

- Dlouhodobé úkoly pro rozvoj pozice ZSP v komunitě

Mimo hlavní činnost bude ZSP v komunitě zodpovědný za další aktivity. Některé z uvedených budou nutné převážně na počátku fungování ZSP v komunitě, pro zvýšení její propagace apod. Po čase se efektivita položek musí přehodnotit.

Úkoly posilující pozici ZSP v komunitě budou především – 1) příprava informačních materiálů (s ohledem na cílovou skupinu v péči ZSP v komunitě), které budou určeny k umístění na vytipovaná místa a budou sloužit pro zvýšení informovanosti obyvatel o možnosti podpory ZSP v komunitě (např. pro ostatní lékaře primární lékařské péče, odborné lékaře, geriatry, do lékáren nebo knihoven...); 2) průběžná inzerce o činnosti ZSP v komunitě v místních tiskovinách (např. noviny obce/městské části); 3) zapojení do vzdělávání v rámci U3V o sociálních důsledcích nemocí a pro zvýšení osvěty o smyslu práce ZSP v komunitě; 4) v různých formách propagace dobrovolnictví a podpory v rámci komunity (např. pro cílené oslovení elitních/zdatných seniorů coby dobrovolníků); 5) spolupráce se školami v dané lokalitě při výchově dětí k mezigenerační ohleduplnosti a k pomoci seniorům.

Kvalifikační předpoklady ZSP v komunitě:

Záměrně na závěr, až po uvedení návrhu rozsahu činností ZSP v komunitě, specifikují kvalifikační požadavky na ZSP v komunitě. Ty jsou dané jednak zákonem o sociální péči, ale současně i zákonem o nelékařských zdravotnických povoláních¹⁸⁰. Jelikož bude ZSP v komunitě jednat také

¹⁸⁰ Přesněji jde o zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

s lidmi v krizi, výhodou bude absolvovaný výcvik v krizové intervenci (případně jej doplní dodatečně).

Pro poskytování co nejlepší služby klientům a pro zachování znalostní úrovně pro komunikaci s lékaři, bude povinností ZSP v komunitě průběžně sledovat aktuální trendy v obou oblastech a čerpat jak ze vzdělávacích nabídek pro sociální pracovníky (např. APSS), tak pro nelékařské zdravotnické pracovníky (např. NCO+NZO nebo IPVZ). Typově by se mělo jednat např. o kurzy: komunikace s osobami s demencí, hodnocení kognitivních funkcí, soběstačnosti a deprese, znalost metodiky hodnocení zdravotního stavu pro účely PnP, systémy AAK, základy psychosomatiky, specifika ošetrovatelské péče o seniory, o osoby se zhoršenou mobilitou a osoby s demencí apod.

Předpokládané přínosy:

Pro jednotlivce:

- důslednější depistáž přinese větší možnost odhalení rizikových seniorů a také pečujících ohrožených vysokou zátěží;
- zvýšení celkové informovanosti pečujících o sociálních důsledcích onemocnění seniora a posílení autonomie jedince při jejich řešení;
- důraz na přijetí nemoci (ze strany opečovávaného, pečujícího i rodiny) a na zlepšení dodržování léčebného režimu;
- při zvýšené podpoře větší možnost zlepšení zdravotního stavu opečovávaných seniorů, nebo alespoň snížení pravděpodobnosti akutního zhoršení z důvodu nepečování;
- snížení rizika vyhoření nebo zhoršení zdravotního stavu pečující osoby díky zmenšení vnímané celkové zátěže;
- efektivnější vyřizování kompenzačních a jiných pomůcek;
- zajištění co nejširšího spektra finanční i nefinanční podpory;

- omezení pocitu osamění v péči podporou k partnerství v rámci zdravotně-sociálních komunitních služeb, podporou dobrovolnictví a sousedské výpomoci.

Pro komunitu:

- monitoring poptávky po službách pro opečovávané seniory a pečující osoby, zároveň monitoring nabídek k jejich saturaci... to vše jak pro zdravotní, tak sociální oblast;
- zvýšení tlaku na zlepšení nabídky ze strany formálních služeb, a to nejen v rámci komunitního plánování, ale i na vyšších úrovních plánování zdrojů podpory;
- zvýšení nabídky neformálních aktivit v komunitě, podpora dobrovolnictví, sousedské výpomoci – komunitní podpora rozšíří do praxe princip subsidiarity;
- podpora inkluzivního přístupu obyvatel k cílovým skupinám v péči ZSP v komunitě, výchova dětí k posílení pocitu sounáležitosti a sousedství v dané lokalitě;
- podpora komunity nastartovat svépomocné aktivity/skupiny v rámci péče o seniory.

Pro zdravotní a širší systém:

- předáním sociální agendy se VPL uvolní časové kapacity ve prospěch jejich vlastní lékařské činnosti;
- zlepšení informovanosti VPL o sociální situaci pacientů-seniorů;
- zvýšení předběžné informovanosti VPL o podávaných žádostech o přiznání PnP a nastavení zpětné vazby z tohoto řízení;
- předpoklad snížení výdajů díky podpoře sdílené formální + neformální péče o seniora v jeho domácím prostředí (oproti výdajům za pobytové služby);
- předpoklad snížení množství nadbytečných návštěv u lékařů a na pohotovostní službě, snížení nákladů na zdravotní péči;

- předpoklad snížení nákladů zdravotních pojišťoven na léky či výkony spjaté jinak primárně se sociální problematikou (např. dohled nad osamělými seniory sestrou z agentury domácí péče);
- zavedení spolupráce ZSP v komunitě se ZSP v nemocnicích by bylo pro VPL výhodné ve smyslu zvýšené informovanosti o akutních hospitalizacích u nich registrovaných seniorů;
- zavedením prvotního „předposouzení“ žádostí klesne zátěž systému z důvodu vyhodnocování marných žádostí o PnP.