

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.
Praha 5**

**Možnosti péče pro seniory ve zdravotních a sociálních
službách na Praze 4**

Bakalářská práce

Kristina Nová

Praha 2010

Možnosti péče pro seniory ve zdravotních a sociálních službách na Praze 4

Bakalářská práce

Kristina Nová

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s., PRAHA 5

Vedoucí práce: Mgr. Milena Borská

Komise pro obhajobu: všeobecná sestra

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum odevzdání práce: 2010-04-30

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30.4.2010

.....

Podpis autorky

Abstrakt

NOVÁ, Kristina. *Možnosti péče pro seniory ve zdravotních sociálních službách na Praze 4*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: Mgr. Milena Borská, Praha. 2010. S. 65.

Tématem mé bakalářské práce jsou možnosti péče pro seniory ve zdravotních a sociálních službách na Praze 4. V současné době je toto téma aktuální, protože seniorů stále přibývá. Z důvodů involuce a ztráty soběstačnosti je zapotřebí míst, kde v případě potřeby mohou senioři bydlet a kde se o ně někdo postará. Na Praze 4 je široké spektrum těchto služeb. Teoretická část práce je zaměřena na historii péče o starého člověka, historii gerontologie, terminologii pojmů jako je geriatry, gerontologie, stárnutí, stáří, dále pak obsahuje aspekty stárnutí, potřeby seniorů, zdravotní a sociální služby pro seniory obecně a na Praze 4. Praktická část je zaměřena na průzkum spokojenosti seniorů se službami, které jsou poskytovány právě na Praze 4.

Klíčová slova: Senior. Sociální služby. Stárnutí. Stáří. Zdravotnické služby.

Resume in English

NOVÁ, Kristina. *Social and Healthcare Services Options for Elderly Citizens in Prague 4*. The College of Nursing, o.p.s., Degree: Bachelor. Supervisor: Mgr. Milena Borská, Prague. 2010. Pages 65.

My Bachelor thesis deals with social and healthcare services and facilities for elderly citizens in Prague 4. Nowadays, this topic is more than relevant because the number of senior citizens has been increasing for some time. Because of involution and loss of self-sufficiency it is necessary to have places where elderly people can live and where, if necessary, they are taken care of. In Prague 4, there is a wide range of facilities of this kind. The theoretical part of my thesis is focused on the history of social and medical care for senior citizens, history of gerontology, terminology (e.g. geriatrics, gerontology, ageing, old age), aspects of ageing, senior citizens' needs, healthcare and social services for elderly people in general and Prague 4. The practical part of the thesis contains a survey of senior citizens' satisfaction with services provided in Prague 4.

Key words: Ageing. Health and medical care. Old age Senior. Social services.

Předmluva

Vzhledem k tomu, že populace stárne je nezbytný dostatečný počet míst ve zdravotních a sociálních službách pro seniory a zároveň je potřeba dostatečná informovanost o jejich využívání a jejich dostupnosti.

Tato práce vznikla ve snaze zmapovat zdravotní a sociální služby pro seniory na Praze 4, zjistit jejich spojenost a také jejich povědomí o těchto službách.

Prameny ke své práci jsem získávala v knihovně VŠZ, na internetových stránkách, z odborných časopisů, z brožur a v neposlední řadě přímo v zařízeních pro seniory.

Výběr tématu práce byl ovlivněn v první řadě osobní zkušeností s péčí o seniora, dále pak absolvováním praxe na mnoha odděleních, kde jsem se seniory setkala.

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Mileně Borské za odborné vedení bakalářské práce.

OBSAH

Úvod	8
Teoretická část	9
1.1 Historie	9
1.1.1 Péče o seniory v historii	9
1.1.2 Historie gerontologie.....	10
1.2 Terminologie	12
1.2.1 Geriatrie.....	12
1.2.2 Gerontologie.....	12
1.2.3 Stárnutí, stáří a starý člověk	12
1.3 Aspekty stárnutí.....	14
1.3.1 Demografické	14
1.3.2 Biologické	15
1.3.3 Psychické.....	17
1.3.4 Sociální.....	19
1.4 Potřeby seniorů.....	20
1.5 Služby pro seniory	21
1.5.1 Sociální služby	22
1.5.2 Zdravotnické služby	29
1.6 Služby na Praze 4	32
1.6.1 Městská část Praha 4	32
1.6.2 Sociální služby	32
1.6.3 Zdravotnické služby	38
1.7 Ošetrovatelská péče o seniora	40
Praktická část	41
2 Empirický průzkum.....	41
2.1 Průzkumný problém, průzkumné cíle a hypotézy.....	41
2.2 Metodika průzkumu	42
2.3 Časový harmonogram sběru dat	42
2.4 Průzkumný soubor.....	43
2.5 Analýza výsledků průzkumu nebo vyhodnocení položek.....	44
2.6 Interpretace výsledků průzkumu	57
2.7 Doporučení pro praxi.....	62

Závěr	63
Seznam použité literatury	65
Přílohy	

Úvod

V dnešní době seniorů stále přibývá, jednak je to dáno tím, že medicína velmi pokročila a dokáže vyléčit stále více nemocí a tím se prodlužuje věk seniorů a dále pak se silné ročníky dostávají do důchodového věku. Je tu však jeden problém, míst, kam se v případě nouze může senior obrátit, je žalostně málo. Senioři v případě nemoci nebo sociálních obtíží potřebují místo, kde se mohou ubytovat, zůstat tam a kde se o ně někdo postará.

Hlavním problémem je tedy nedostatek volných míst v zařízeních, ten však bohužel ve své práci nevyřeším, na to jsem „malý pán“. Ve své práci uvádím všechna zařízení na Praze 4, která poskytují zdravotní a sociální služby pro seniory. Nejen všechna zařízení, ale také služby, které poskytují. Moje práce by do budoucna mohla sloužit i jako příručka pro seniory, kde by se mohli dozvědět jaké možnosti v této oblasti mají.

Ve své práci přiblížím některé definice a změny, které v životě seniora nastávají i jaká byla například péče o seniora v historii.

V praktické části pomocí anonymních dotazníků zjišťuji spokojenost seniorů se zdravotními a sociálními službami Praze 4.

Teoretická část

1.1 Historie

1.1.1 Péče o seniory v historii

Péče o starou populaci se v průběhu času měnila. Úroveň poskytované péče pak vypovídala o dané kultuře společnosti. V dobách míru a rozvoje se péče o staré lidi rozvíjela daleko více, než v dobách válečných a v dobách ekonomických a kulturních krizí. Objevují se první projevy lidské ušlechtilosti a obětavosti. Byl to např. vznik rytířských řádů ve středověku.

V minulosti připadala péče o staré lidi zejména rodině, mnohdy pomohli bohatí a vlivní lidé, často na sebe tento úkol převzala také církev. Pro staré a nemohoucí se z iniciativy bohatých lidí začíná rozvíjet charitativní pomoc a péče (charita – charis – láska k bližnímu). V dobách raného středověku vznikaly první církevní instituce zabývající se pomocí starým lidem – gerontotrofium. Postupně tak byly zakládány chudobince a starobince, klášterní a městské ošetrovatelské domy, které se v průběhu dějin přeměnily na domovy důchodců. Jejich vedení a organizaci zajišťovaly většinou kláštery a později městské a obecní rady. Tato zařízení plnila především azylovou funkci pro nemajetné, chudé a staré lidi.

Již ve 14. a 15. století vznikaly na území pozdější Jugoslávie „domovy pro staré lidi“ a v Nizozemí specifické objekty *hofjes* s malými pokojíčky pro staré lidi. V Anglii vychází v roce 1504 snad vůbec první zákon, který se pokoušel řešit problémy starých lidí. Následně pak bylo vydáno první chudinské právo, které deklarovalo vybírání povinného poplatku na podporu starých lidí.

Podobný rozvoj prodělal systém péče o seniory i v dalších evropských zemích. Kromě chudobinců a starobinců vznikaly pro situované občany „penziony pro dámy a pány“. To byla již předzvěst systematické péče o seniory, která se začala intenzivně rozvíjet ve 20. století.

Obdobně se rozvíjela péče o staré lidi u nás. Přibližně ve 12. století vznikaly špitály provozované církevními řády. Plnily spíše funkci sociální než léčebnou a poskytovaly nocleh, stravu a odpočinek chudým a starým lidem. Středověké špitály byly prvním zařízením pro dlouhodobý a trvalý pobyt starých lidí. V 15. a v 16. století vznikají obecní ústavy pro zchudlé a staré občany v Praze. V letech 1741 – 1790 se na základě farní chudinské ústavy začala rozvíjet cílená péče o staré. Na panstvích vznikaly farní chudinské instituty pro nezaopatřené, chudé a nebo staré lidi. Podle tzv. domovského práva z roku 1863 byla domovská obec povinna postarat se o chudé, handicapované a staré a poskytnout jim nutnou výživu a opatření v nemoci.

Velký rozvoj nastal během první republiky, kdy byla ustanovena správa pro otázky sociální péče, která spadala pod ministerstvo sociálních věcí. Začala vznikat nová zařízení pro staré lidi. Kromě institucionální a státní péče poskytovaly pomoc starým lidem různé dobročinné organizace a církve (Charita, Diakonie, České srdce, Československý červený kříž). Péče o staré lidi byla následně rozdělena na péči zdravotní a sociální. Systém péče o staré lidi se postupně vyvíjel od středověké laické, dobročinné a nesoustavné péče až k péči garantované státem, městem nebo obcí.

V roce 1929 byla v Praze založena R. Eiseltem první specializovaná instituce pro seniory na světě- Klinika nemocí stáří, která měla velký význam pro rozvoj specializované zdravotní péče o seniory. Po roce 1954 jsou stávající „domy odpočinku“ pro seniory přetransformovány na domovy důchodců. Od poloviny minulého století dochází k rozvoji pečovatelských služeb pro osamělé seniory. V sedmdesátých letech vznikají první léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž pacienti tvoří především nemocní staří lidé. Od osmdesátých let jsou pak provozovány specializované geriatrické ordinace a oddělení. Dále pak v roce 1990 vzniká domácí ošetrovatelská péče a první hospicové zařízení v roce 1995.

1.1.2 Historie gerontologie (geriatrie)

Původ geriatrického ošetrovatelství má kořeny v Anglii a je spojován se jménem Florence Nightingalové. Její vize ošetrovatelství byla významně

ovlivněna komunitně zaměřeným ošetřovatelstvím, které studovala na Luteránské diakonii v Kaiserwerthu. Po návratu z Krymské války založila v roce 1860 svoji vlastní ošetřovatelskou školu. Svě absolventky vysílala do terénu nebo do ošetřoven, aby pečovaly o chudé a staré osoby.

Další rozvoj geriatrického ošetřovatelství včetně odborné přípravy sester je spjat především se Spojenými státy Americkými. Již v roce 1925 byl v odborném časopise American Journal of Nursing zveřejněn návrh na vytvoření specializace ošetřovatelské péče pro staré lidi. V roce 1940 byla v USA zprovozněna dvě centra pro geriatrickou péči – ošetřovatelský dům Ohio a Židovský dům pro staré v New Yorku. V roce 1943 bylo v American Journal of Nursing publikováno doporučení pro speciální studium sester pečujících o staré pacienty (geriatrické vzdělání). V roce 1966 vznikl při Americké asociaci sester Oddělení geriatrického ošetřovatelství. O devět let později vyšlo první číslo odborného časopisu věnované problematice geriatrického ošetřovatelství – Journal of Gerontological Nursing, tento časopis vychází dodnes. Od počátku osmdesátých let se začíná vyučovat geriatrické ošetřovatelství na všech typech ošetřovatelských škol v USA.

V České republice až do roku 1990 neexistovala terénní služba domácí péče, geriatrické sestry proto pracovaly většinou v ambulancích obvodních lékařů. Součástí jejich praxe byla návštěvní služba v rodinách seniorů, kde vykonávaly preventivní péči a ošetřovatelské činnosti dle ordinace lékaře. Pro tyto činnosti byly sestry připravovány ve dvouletém postgraduálním specializačním studiu ošetřovatelské péče v geriatrii.

V současné době získávají všeobecné sestry základní teoretické znalosti a praktické dovednosti v ošetřovatelství a ošetřovatelské péči o seniory již během bakalářského studia a dále pak během magisterského studia.

1.2 Terminologie

1.2.1 Geriatrie

Geriatrie (geron- starý člověk, iatreia- léčení) je samostatný lékařský obor, v České republice od roku 1982. Poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným vyššího věku - nad 65 let, obvykle však nad 70 - 75 let.

1.2.2 Gerontologie

Gerontologie je nauka, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří.

1.2.3 Stárnutí, stáří a starý člověk

Stárnutí je nevratný, univerzální, i když druhově specifický biologický proces, který však stále jen obtížně definujeme. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Starý organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, ztrácí své adaptační schopnosti a snadno i při mírných podnětech dochází k dekompenzaci. Stárnutí má stránku biologickou, psychologickou i sociální.

Stáří je výsledný stav, který vznikl procesem stárnutí. Stáří je běžně užívaným a obecně chápaným pojmem. Neexistuje však jednotná definice. Stáří je např. označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života.

Stáří se rozlišuje na: biologické, sociální a kalendářní. Biologické stáří je důsledkem fyziologických involučních dějů, dominantami biologického stárnutí jsou pokles funkční kapacity a adaptačních schopností. Sociální stáří postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod. Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné, věková hranice se však posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní

a funkční stav nově stárnoucí generace. Mladí senioři 65 - 74 let (problematika penzionování, volného času, aktivit a seberealizace), staří senioři 75 - 84 let (problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání a osamělosti), velmi staří senioři 85 a více let (problematika soběstačnosti a zabezpečení).

Označení starý člověk se zakládá především na společenské konvenci, která má převážně ekonomické důvody. Současná společnost považuje za starého jedince toho, kterému vznikl nárok na starobní důchod. Jako nejvhodnější se ustálil termín senior, který v sobě nemá žádný emocionální nádech a označuje člověka v celém věkovém období (Čornanočová, 1998, s. 26).

1.3 Aspekty stárnutí

1.3.1 Demografické

Populační stárnutí

Stárnutí populace je jedním z významných demografických trendů současné doby, které se v celosvětovém měřítku stává problémem jednadvacátého století. Z demografického hlediska je stárnutí populace procesem, v jehož průběhu se postupně mění věková struktura obyvatelstva určité geografické jednotky tak, že se zvyšuje podíl osob starších šedesáti nebo pětadesáti let a snižuje se podíl osob mladších patnácti let.

Věková struktura jakékoliv společnosti je ovlivňována třemi základními složkami: porodností, úmrtností a v menší míře také migrací. Stárnutí společnosti bývá nejčastěji způsobeno pomalým růstem počtu mladých věkových skupin tj. nižší porodností a urychleným nárůstem počtu obyvatel vyšších věkových skupin tj. nižší úmrtností.

V roce 1970 žilo na celé zemi asi 8% seniorů, tedy lidí ve věku šedesáti a více let a asi 38% dětí ve věku patnácti a mladších. Na počátku 21. století se podíl seniorů zvýší přibližně na 10% celkové populace a podíl dětské populace se bude snižovat na 28%. Bude-li tento trend pokračovat k vyrovnání obou podílů by mělo dojít pravděpodobně kolem roku 2050, kdy obě věkové skupiny budou tvořit asi 20% světové populace. Na přelomu 21. a 22. století se podíl seniorů zvýší na 30% a podíl dětí se sníží na 18%. Tento demografický vývoj lidstva pro nastávající století predikoval francouzský demograf J. Dupaquier. Podle dlouhodobé projekce OSN můžeme také očekávat značný nárůst obyvatelstva velmi vysokého věku, tedy osob osmdesátiletých a starších, kterých bylo v devadesátých letech minulého století pouhé jedno procento. Do roku 2050 se předpokládá nárůst této populační skupiny na 3% a do konce roku 2100 více než 7%.

Důsledky demografického stárnutí

Hlavní problém je především v ekonomickém zajištění osob, které se již narodily a dosáhnou v budoucnu důchodového věku. Mladá generace nebude schopna vyprodukovat tolik, aby uživila seniory, jejichž počet neustále roste.

1.3.2 Biologické

Proces biologického stárnutí je determinován genetickými dispozicemi, životním stylem a probíhá individuálně u každého jedince. Biologické stárnutí souvisí s pojmem biologický věk, kterého se užívá k označení celkového stavu lidského organismu. V užším slova smyslu se tímto pojmem označují veškeré vývojové změny organismu člověka probíhající na organické úrovni. Primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalení a úbytek).

Pacovský rozlišuje tři typy funkčních změn: úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové; vyčerpání buněčných rezerv, které se projeví především při reakci na určitou zátěž a zpomalení většiny funkcí (Pacovský, 1981).

Kalvach mezi obecné rysy stárnutí řadí atrofii, která je nejvýraznějším jevem a postihuje všechny orgány a tkáně (Kalvach, 1997).

Dalším rysem stárnutí je snížení elasticity orgánů a tkání, ke které dochází v důsledku změny struktury kolagenu. Výrazně jsou postiženy plíce (stařecký plicní emfyzém), dále cévní systém (pružníková hypertenze, která vzniká v důsledku snížení elasticity cévní stěny).

Snižuje se funkce endokrinních žláz, což vede k hormonální nerovnováze. Ve stáří se mění distribuce tělesných tekutin. Dochází ke zmenšování postavy, které je způsobeno atrofií meziobratlových plotének a shrbeným držením těla v důsledku ochabování svalstva. Mění se chemická skladba kostí, ubývá vápníku, kosti mají sklon k lomivosti. U kosterních svalů klesá jejich pružnost, rychlost

a síla svalových kontrakcí. Mění se vzhled kůže, vznikají vrásky, kůže je suchá, tenká, svraštělá. Kožní turgor je snížen. Objevují se pigmentace hlavně na některých částech těla. Vlasy šediví, řádnou a vypadávají.

Projevem stárnutí nervového systému je postupné nestejnoměrné snižování počtu neuronů. Na periferním nervovém systému dochází vlivem stárnutí k zužování poměrů myelinizovaných nervů a snižování rychlosti vedení. Změny hlubokého cití se projevují poruchou chůze, rovnováhy a postoje.

Časté jsou poruchy spánku, ke kterým patří především insomnie (subjektivní pocit zhoršené kvality či délky spánku).

K metabolickým změnám patří ztížení vstupu glukózy do buňky s porušením glukózové tolerance.

V oběhovém systému klesá průtok krve všemi orgány, nejvíce ledvinami.

V respiračním systému se mění poddajnost plic, jak již bylo zmíněno výše.

V rámci vylučovacího systému ubývá ledvinných glomerulů s následným snížením glomerulární filtrace. V průběhu stárnutí se snižuje elasticita uretry, močový měchýř má nižší kapacitu, snižuje se síla obou svěračů, stoupá postmikční reziduum. Močová inkontinence postihuje asi 15 - 30 % osob starších šedesáti let.

V trávicím systému dochází k opotřebování a ztrátě zubů, zmenšuje se množství vylučovaných slin, snižuje se acidita žaludečních šťáv. Motilita trávicí trubice se zpomaluje, zhoršuje se vyprazdňování žaludku. Vstřebávání minerálů a vitamínů je narušeno. Změněná peristaltika tlustého střeva vede často k zácpám. Vzniká stařecká forma diabetes mellitus.

Ve vysokém věku dochází ke snížení výkonnosti smyslových orgánů. Vedle chuti, čichu a vnímání hmatových podnětů je z hlediska psychologického nejzávažnější postižení zraku a sluchu. Akomodační schopnost oka s věkem klesá,

je postižena hlavně schopnost vidění na blízko. Často vzniká glaukom či katarakta. Porucha sluchu je ve stáří velmi častá, muži bývají postiženi častěji. Po šedesátém roce věku se objevují atrofické změny sluchové dráhy, vzniká stařecká nedoslýchavost.

1.3.3 Psychické

Stejně jako dochází ve stáří k tělesným změnám, dochází také ke změnám v psychické oblasti. Tyto dvě stránky člověka spolu úzce souvisí a vzájemně se ovlivňují. Do psychologického stárnutí tedy zahrnujeme všechny změny psychiky, které se s rostoucím věkem vyskytují stále častěji.

Na kvalitě psychiky ve stáří se nejvíce podílí osobnost člověka a její úroveň, která má pro stáří větší význam, než vlastní kalendářní věk.

Příčinou percepčních změn jsou probíhající změny ve smyslových orgánech, v přenosu informací a v jejich centrálním zpracování. Zhoršené vnímání spolu se sníženou pohybovou koordinací omezuje jedince v sociálním začlenění, reakce na podněty jsou zpomalené a často neadekvátní dané situaci. Stoupá nebezpečí úrazů, úbytek vnímání může mít dopad i na duševní zdraví seniora. Menší příjem zevních informací vede k postupnému odtažení od reality, omezení činností může vyvolat stavy nudy až deprese. Často se vyskytují pocity úzkosti, nejistoty a strachu.

Objevuje se pokles celkové schopnosti adaptability. Senioři se cítí nejistí a úzkostní v neznámém prostředí nebo při kontaktu s cizími lidmi. Projevují nedůvěru a někdy i nechuť ke všemu novému. Se sníženou adaptabilitou je spojen problém učení se závislosti na jiných, který je důsledkem poklesu fyzické a psychické soběstačnosti ve stáří.

Změny nastávají také v oblasti citového života, nebývají však u všech seniorů jednotné a stejně průkazné. Dochází k celkovému oploštění emotivity. Oslabeny jsou především vyšší city a snižují se rovněž city sociální a estetické. Typickým projevem stáří je emoční labilita, která bývá vysvětlována funkčními

změnami nervové soustavy, jejíž stárnutí pak vede ke snižování odolnosti vůči zátěžím a krizím. Senioři bývají často citově nestálí a své emoční projevy hůře zvládají.

Haškovcová konstatuje, že ve stáří dochází k obratu od materiálních hodnot k duchovním hodnotám. Mění se také hierarchie osobních hodnot, postoje k sobě samému, k druhým lidem a ke společnosti (Haškovcová, 1990, s. 249).

Reakce na stáří

Prožívání stárnutí a stáří závisí na individualitě každého seniora. Osobní přístup jedince k vlastnímu stáří závisí především na jeho osobnosti a povahových rysech, na jeho celém předchozím životě a na jeho životních zkušenostech. Podle toho se objevují u seniorů různé pocity při očekávání stáří, různé reakce na změny provázející stárnutí. Liší se také způsoby, jak se se stářím a jeho doprovodnými fenomény snaží vyrovnat.

Přístup jedince ke stáří:

1. Konstruktivní přístup- člověk je smířen se stárnutím, je soběstačný, stanovuje si přiměřené cíle a plány. Jeho chování je otevřené a tolerantní.
2. Strategie závislosti- člověk se chová pasivně a je nesoběstačný. Očekává pomoc druhých. Není, ani dříve nebyl ctižádostivý. Prvotní je pro něj odpočinek, pohodlí a bezpečí.
3. Obranná strategie- je typická pro profesně a společensky úspěšného člověka, který v životě spíše dával a sám byl vysoce soběstačný. Odmítá přijmout stáří, bojí se závislosti.
4. Nepřátelský postoj- člověk zastávající tento postoj je pro sebe i okolí ničícím. Vinu za svoje neúspěchy svaluje na jiné. Je agresivní a podezřívavý, neschopen konstruktivně a realisticky reagovat.
5. Strategie sebenenávisti- člověk je nepřátelský vůči sobě samému, připisuje si vinu za své nezdary. Svůj život hodnotí kriticky a pohrdavě, netouží ho znovu prožít. Je smířen s faktem stáří, ale neumí zaujmout konstruktivní postoj. Zanedbává společenské styky, cítí se osamělý a zbytečný.

1.3.4 Sociální

Sociální stárnutí provází několik změn. Jednak je to odchod z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Tento přechod je spojen s určitými změnami, které mohou prožívání člověka významně ovlivnit. Odchodem do důchodu se mění sociální role seniora. Končí role pracovní, dochází ke změnám v rolích rodinných např. nová role prarodiče. S ukončením profese seniora se snižuje jeho autorita a společenská prestiž.

Významným dopadem odchodu ze zaměstnání jsou změny v ekonomickém zajištění seniora, které ho často omezují v zažitých kulturních a společenských aktivitách. Sociálně ekonomická a zdravotní vyrovnanost jedince může být navíc dekompenzována nemocemi, rodinnými problémy, osamělostí, nedostatkem financí, špatným bydlením. To vše s sebou nese rizika jako je ztráta životního programu, špatná adaptace na penzionování se změnou společenského postavení, nadbytek volného času, osamělost a jiné.

S postupujícím věkem a poklesem fyzických a psychických funkcí závislost seniora narůstá. Schimmerlingová definuje závislost jako sociální situaci, senior již není schopen vlastními silami zajistit péči o svou osobu a domácnost. Pro potřeby zdravotně sociálních služeb je relativní závislost fyzická (závislost na pomoci druhé osoby, bez níž by byl senior bezmocný), pro emocionální sféru osobnosti pak závislost citová (na životním partnerovi, na dětech) (Schimmerlingová, 1971, s. 48).

Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje a může být iniciován a ovlivňován různými faktory jako jsou sociální situace seniora (ovdovění), jeho fyzický stav (ztráta sluchu, zraku, závažné onemocnění) a psychický stav (změny osobnosti, deprese, demence).

Prevenčí izolace a osamělosti ve stáří jsou kvalitní mezilidské vztahy a především funkční rodina seniora.

1.4 Potřeby seniorů

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chyběním něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Charakteristickým rysem dnešního ošetřovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince každého věku. Nejrozšířenější a nejvíce akceptovaná je hierarchie podle názorů představitele humanistické psychologie Maslowa, který vytvořil teorii motivačního systému osobnosti- hierarchickou teorii potřeb.

Fyziologické potřeby: objevují se při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu a nemusí mít psychickou odezvu (např. potřeba hygieny, výživy, vylučování, dýchání, spánku, pohybu).

Potřeba bezpečí: objevuje se v situacích ztráty pocitu životní jistoty, ekonomického selhání, jakéhokoliv nebezpečí (potřeby ekonomického, fyzického a sociálního bezpečí).

Potřeby sociální: vystupují v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny (potřeba informovanosti, skupinové sounáležitosti, lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut).

Potřeba uznání a sebeúcty: vzniká v situaci ztráty respektu, kompetencí, důvěry a projevuje se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

Potřeba sebeaktualizace: projevuje se jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, nalézt smysl svého života.

K vyšším potřebám řadí Maslow potřeby růstu, které vysvětlují různé specifické tendence seberealizující se osoby. Systém těchto rozvojově nejvyšších potřeb se vyjadřuje pojmem sebeaktualizace či sebeuskutečnění a znamená touhu člověka po zdokonalování a osobním růstu.

Ve stáří se mění hodnotová orientace potřeb. Dochází k větší fixaci na rodinu a senior potřebuje neustálé potvrzování především potřeb lásky, sounáležitosti a existence citového vztahu a své pozice v rodině. Z psychologických potřeb nejsou dobře saturovány potřeby komunikace, senioři se cítí více osamoceni. Potřeby fyziologické se s přibývajícím věkem zvyrazňují.

1.5 Služby pro seniory

V oblasti péče o seniory dominují mezi poskytovanými službami především sociální a zdravotní služby, jejichž cílem je podpora zdraví a pohody seniora, prevence nemocí, posilování autonomie a soběstačnosti, zajištění základních životních potřeb, podpora co nejdelšího setrvání seniora v jeho přirozeném domácím prostředí. Zhorší-li se zdravotní stav nebo soběstačnost seniora natolik, že mu již nelze péči zajistit v domácím prostředí, nastupuje pomoc ve formě sociálních a zdravotních služeb poskytovaných speciálními organizacemi a institucemi k tomu určeným.

Zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, ale za oblast péče nacházející se v průniku dvou resortů: zdravotnictví a sociální péče. Může se jednat o převážně péči sociální s výraznými prvky péče zdravotní nebo o péči zdravotní s výraznými prvky sociální péče nebo integrovanou, kde lze jednotlivé prvky velmi těžko odlišit.

V roce 1982 na Vídeňském sympoziu o stáří a stárnutí byly na evropské úrovni diskutovány zásady přístupu k osobám s ohroženou či ztracenou soběstačností. Žádoucí změny oproti tradičnímu modelu, které můžeme současně chápat jako principy zdravotně-sociální péče, byly shrnuty do čtyř bodů:

Demedicinace- akcent na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii.

Deinstitutionalizace- prioritní ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora ve společnosti.

Desektorizace- akcentace multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb, týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče.

Deprofesionalizace- podpora rodiny, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví.

1.5.1 Sociální služby

Sociální péče o seniory zahrnuje především poskytování sociálních dávek a sociálních služeb.

Sociální dávky

Mezi sociální dávky poskytované seniorům patří především starobní důchod, vdovský a vdovecký důchod a příspěvek na péči.

Starobní důchod

Důchodový věk podle předpisů platných před 1. lednem 1996 činila věková hranice pro nárok na starobní důchod:

u mužů 60 let,

u žen 53 let, pokud vychovaly aspoň pět dětí,

54 let, pokud vychovaly tři nebo čtyři děti,

55 let, pokud vychovaly dvě děti,

56 let, pokud vychovaly jedno dítě, nebo

57 let, jde-li o pojištěnce narozené před rokem 1936.

Nynější zákon o důchodovém pojištění zavedl mj. postupné zvyšování věkové hranice pro nárok na starobní důchod. Důchodový věk pojištěnce se stanoví tak, že se ke kalendářnímu měsíci, ve kterém dosáhl shora uvedené věkové hranice, přičítají u mužů 2 a u žen 4 kalendářní měsíce za každý i započatý kalendářní rok z doby po 31. prosinci 1995 do dosažení shora uvedené věkové hranice. Pojištěnec má nárok na normální starobní důchod, jestliže získal dobu pojištění nejméně 25 let a dosáhl aspoň věku potřebného pro vznik nároku na starobní důchod, nebo 15 let a dosáhl aspoň 65 let věku.

Zákon č. 306/2008 Sb., kterým byl novelizován zákon o důchodovém pojištění, zavedl s účinností od 1. ledna 2010 postupné prodlužování doby pojištění potřebné pro vznik nároku na starobní důchod z 25 roků na 35 roků

(resp. z 15 roků na 20 roků v případě kratší doby pojištění); tempo prodlužování – jeden rok za každý rok účinnosti zákona.

Pojištěnec má nárok na starobní důchod, jestliže získal dobu pojištění nejméně 25 let a dosáhl aspoň věku potřebného pro vznik nároku na starobní důchod (dále jen „důchodový věk“) před rokem 2010,
26 let a dosáhl důchodového věku v roce 2010,
27 let a dosáhl důchodového věku v roce 2011,
28 let a dosáhl důchodového věku v roce 2012,
29 let a dosáhl důchodového věku v roce 2013,
30 let a dosáhl důchodového věku v roce 2014,
31 let a dosáhl důchodového věku v roce 2015,
32 let a dosáhl důchodového věku v roce 2016,
33 let a dosáhl důchodového věku v roce 2017,
34 let a dosáhl důchodového věku v roce 2018,
35 let a dosáhl důchodového věku po roce 2018.

Pojištěnec má nárok na starobní důchod, pokud nesplnil podmínky uvedené pod bodem 1, také tehdy, jestliže získal dobu pojištění nejméně 15 let a dosáhl před rokem 2010 věku aspoň 65 let,
16 let a dosáhl v roce 2010 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození,
17 let a dosáhl v roce 2011 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození,
18 let a dosáhl v roce 2012 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození,
19 let a dosáhl v roce 2013 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození,
20 let a dosáhl po roce 2013 věku aspoň o 5 let vyššího, než je důchodový věk stanovený podle § 32 pro muže stejného data narození.

Pojištěnec, který nesplňuje podmínky uvedené v bodě 1, má nárok na starobní důchod též, jestliže dosáhl důchodového věku po roce 2014 a získal aspoň 30 let doby pojištění bez náhradních dob pojištění.

Pojištěnec, který nesplňuje podmínky stanovené v bodech 1, 2 nebo 3, má nárok na starobní důchod též, jestliže dosáhl věku 65 let a splnil podmínky nároku na invalidní důchod stanovené zákonem o důchodovém pojištění.

U pojištěnců narozených po roce 1968 činí důchodový věk

u mužů 65 let,

u žen 62 let, pokud vychovaly alespoň 4 děti,

63 let, pokud vychovaly 3 děti,

64 let, pokud vychovaly 2 děti,

65 let.

Vdovský a vdovecký důchod

Vdova má nárok na vdovský důchod po zemřelém manželovi, který byl poživitelem starobního, plného invalidního nebo částečného invalidního důchodu, nebo splnil ke dni smrti podmínku potřebné doby pojištění pro nárok na plný invalidní důchod nebo podmínky nároku na starobní důchod anebo zemřel následkem pracovního úrazu (nemoci z povolání). Vdovec má nárok na vdovecký důchod za stejných podmínek jako vdova na vdovský důchod. Vdovský důchod náleží po dobu jednoho roku od smrti manžela. Po uplynutí této doby má vdova nárok na vdovský důchod, jestliže pečuje o nezaopatřené dítě, pečuje o dítě, které je závislé na péči jiné osoby ve stupni II až IV, pečuje o svého rodiče nebo rodiče zemřelého manžela, který s ní žije v domácnosti a je závislý na péči jiné osoby ve stupni II až IV, je invalidní ve třetím stupni, dosáhla alespoň věku o 4 roky nižšího, než činí důchodový věk pro muže stejného data narození nebo důchodového věku, je-li důchodový věk nižší.

Příspěvek na péči

V roce 2006 byl schválen zákon o sociálních službách, který je účinný od 1. ledna 2007. Příspěvek na péči náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje. Člověk může z příspěvku hradit profesionální sociální službu nebo jej použít k pokrytí nezbytných nákladů při zajištění péče v rodině. Dávka je poskytována ve čtyřech stupních podle rozsahu péče, kterou člověk

potřebuje. Míra potřeb je posuzována sociálním pracovníkem a posudkovým lékařem.

Výše dávky měsíčně činí:

- I. stupeň (lehká závislost) 2 000,- Kč,
- II. stupeň (středně těžká závislost) 4 000,- Kč,
- III. stupeň (těžká závislost) 8 000,- Kč,
- IV. stupeň (úplná závislost) 11 000,- Kč.

Příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení patří k dávkám státní sociální podpory. Přispívá na krytí nákladů na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy.

Sociální služby

Sociální služby jsou členěny do tří základních oblastí:

Sociální poradenství, které je obvykle specializované pro určitou cílovou skupinu či situaci, přičemž základní poradenství je nedílnou složkou všech sociálních služeb.

Služby sociální péče zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby.

Služby sociální prevence slouží zejména k předcházení sociálnímu vyloučení osob, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy.

Sociální služby lze podle místa jejich poskytování rozdělit na:

Sociální služby *terénní* (jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, příkladem může být pečovatelská služba či osobní asistence), *ambulantní* (za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny nebo denní stacionáře) a *pobytové* (jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života žije. Jedná se především

o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením. Důležitým principem je možnost kombinace různých druhů služeb a také kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti atd.

1. *Ústavní péče o seniory.* Patří sem domovy důchodců, domovy-penziony pro důchodce, domovy pro seniory. Při budování těchto zařízení je třeba klást důraz na uspokojování specifických potřeb seniorů- preferovat menší zařízení tohoto typu s důrazem na hustější síť těchto zařízení, které by umožnily setrvání seniora v komunitě (obci, městě nebo městské části), ve které je zvyklý.

2. *Terénní služby pro seniory.* Zahrnují respitní péče, stacionáře- denní pobyty (domovinky), pečovatelskou službu. V oblasti terénních služeb je nezbytné v dostatečné míře zajistit informovanost veřejnosti o všech poskytovatelích sociálních služeb pro seniory a o podmínkách, za kterých jsou tyto služby poskytovány. Terénní služby by měly také sloužit k podpoře rodin, které pečují o seniora, nabízet a poskytovat takové služby, které jim tuto službu umožní.

3. *Komunitní péče o seniory.* Patří sem podpora chráněného a sociálního bydlení pro seniory, např. domy s pečovatelskou službou, sociální poradenství pro seniory a jejich rodiny, zajištění koordinace poskytovatelů v oblasti služeb pro seniory, řízení a sledování kvality a efektivity poskytovaných služeb, zajištění a podpora dalšího vzdělávání pracovníků pracujících v oblasti péče o seniory, služby domácí péče, osobní asistence.

Domovy důchodců (seniorů)

Domovy důchodců jsou určeny především pro seniory vyžadující vzhledem ke svému zdravotnímu stavu komplexní péči, kterou jim nemůže zajistit rodina ani pečovatelská služba. V povědomí seniorů je nejrozšířenější formou ústavní péče. Obyvatelé mají zajištěnou celoročně celodenní komplexní pečovatelskou, ošetrovatelskou a lékařskou péči. Jsou zde podmínky pro

dobrovolnou pracovní a zájmovou činnost, pro možnosti kulturního a společenského života. Obyvatel hradí část nákladů ze svého důchodu.

Domovy- penziony pro důchodce

Penziony pro důchodce jsou určeny starým nebo invalidním občanům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje komplexní péči a umožňuje jim vést poměrně samostatný život za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby potřebné vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu. Zhorší-li se zdravotní stav seniora, pak je přemístěn do domova důchodců.

Domov pro seniory

Domov pro seniory poskytuje starým mobilním lidem pomoc v případě, kdy nemohou žít dočasně nebo trvale sami v domácnosti, nemají-li kde bydlet a čekají na umístění v některém ze zařízení ústavní sociální péče. Jsou zde poskytovány ošetrovatelské i pečovatelské služby. Nejdelší doba pobytu je jeden rok, během něj by se měla problémová situace seniora vyřešit.

Zařízení pro denní pobyt (domovinky)

Domovinky jsou zařízení pečovatelské služby určené pro denní pobyt seniorů s omezenými fyzickými nebo psychickými schopnostmi, kteří jsou osamělí a vyžadují denní péči. V domovince je zajišťována hygienická péče, rehabilitace, strava, doprovod při vycházkách, praní osobního prádla, kombinovaná zdravotně sociální péče, organizovaná aktivita aj. Klient si platí dle výšky důchodu.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba poskytuje péči starým občanům v jejich domácím prostředí. Tato služba je placená a zahrnuje sociální ošetrovatelství, péči o domácnost, asistenční služby a stravování. Umožňuje seniorovi setrvat

v domácím prostředí a saturovat přitom jeho potřeby, které si není schopen nebo nemůže sám zajistit.

Domy s pečovatelskou službou

Dům s pečovatelskou službou je zvláštní formou péče o relativně zdravé občany vyšších věkových skupin, jednotlivce nebo manželské dvojice. Umožňují seniorům žít v přirozeném prostředí, v pronájmu, v bytech zvláštního určení a využívat pečovatelských služeb sociální péče. Obyvatelům je poskytováno za úhradu trvalé ubytování v bezbariérových bytech a základní péče podle věku a zdravotního stavu a další služby jako např. pedikúra, kadeřnictví, rehabilitace.

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezplatně.

Přechodné pobyty

Přechodné pobyty jsou určeny seniorům, o které na přechodnou dobu nemohou pečovat jejich rodiny nebo příbuzní. Doba pobytu je od 1 do 3 měsíců.

Kluby důchodců

Kluby důchodců jsou otevřená zařízení sociálních služeb charakteru komunitních center pro osoby zájmově a lokálně spojené, pro seniory se stejnými potřebami. Cílem klubů důchodců je zlepšit kvalitu života prostřednictvím aktivace jedince a posilování jeho vlastní hodnoty.

Osobní asistence

Osobní asistence je určena občanům , kteří pro zajištění nezávislého života ve vlastní domácnosti potřebují pomoc ve většině či všech životních úkonech. Účelem této služby je umožnit klientovi žít co nejdéle ve vlastním domácím prostředí a oddálit ústavní zaopatření či umožnit návrat občana z ústavní péče do běžného života.

Jídelny pro seniory

Stravování je zajištěno v běžných jídelnách nebo v samostatných jídelnách pro seniory.

1.5.2 Zdravotnické služby

Podle materiálů Světové zdravotnické organizace je nejdůležitější součástí zdravotní péče primární zdravotní péče založená na integraci služeb. V kontextu českého zdravotnictví je však toto pojetí primární péče výrazně redukováno na vybrané poskytovatele, proto se používá spíše termín komunitní péče.

Primární zdravotnická péče

Základem je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Péči praktického lékaře vyhledává většina, až 80% seniorů. Je proto právem označován jako geriatr první linie. Praktický lékař stanovuje diagnózu, doporučuje léčbu a odbornou péči. Zná své nemocné dlouhou dobu, zná jejich sociální i zdravotní problémy. Praktický lékař musí v péči o seniory spolupracovat se všemi složkami primární péče- s rodinou, domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou atd.

Geriatrická ambulance

Geriatrická ambulance je ambulancí nemocničního geriatrického oddělení. Cílem je diagnostika, psychosociální hodnocení, komplexní přístup k léčbě

stárnutí a stáří, hodnocení funkčního stavu seniorů, prevence a zamezení týrání a syndromu zanedbávání, dispenzarizace rizikových geriatrických pacientů.

Geriatrické oddělení

Geriatrické oddělení je akutním oddělením nemocničního typu specializované na péči o seniora s akutním zhoršením zdravotního stavu a soběstačnosti. Stavy, které bezprostředně ohrožují starého člověka, ale nejsou indikací k hospitalizaci pacienta na jiném nemocničním oddělení. Základní metodou práce geriatrického oddělení je rehabilitativní přístup multidisciplinárního týmu, šetrná a přiměřená diagnostika a terapie s ohledem na kvalitu života a stav soběstačnosti, specifický geriatrický režim.

Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou specializovaná lůžková zdravotnická zařízení. Slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem. Jde většinou o osoby nesoběstačné, ale významné jsou i faktory sociální, jak dokumentuje převaha ovdovělých žen mezi pacienty. K výrazným zdravotním problémům přistupuje často psychická alterace.

Zařízení následné péče (rehabilitační a doléčovací oddělení)

Oddělení je určeno pro nemocné ve stabilizovaném stavu se stanovenou diagnózou, po odeznění akutní fáze onemocnění, pro pacienty potřebující časově delší léčebně rehabilitační program s reálnou perspektivou propuštění. Zpravidla sem jsou překládáni pacienti z nemocničního oddělení. Cílem je zlepšení či návrat soběstačnosti, schopnost nezávislého života.

Ošetřovatelské oddělení

Jedná se o oddělení převážně ošetřovatelské péče, která může být krátkodobá, dlouhodobá a trvalá. Stav pacienta je stabilizovaný. Potřeba základní ošetřovatelské péče překračuje kapacitu reálně nárokované domácí péče (více než

3 hodiny ošetrovateľskej starostlivosti, s maximom 3 ošetrovateľských návštev denne). Obsahom starostlivosti je hygienický režim, zajišteni základných potreb a dôstojnosti nemocného vrátane výživy, aktivizácie pacienta, antidekubitálny režim, prevazy, ošetrovanie dekubitů a bérkových vředů, podávanie lieků atd.

Hospic

Hospic je typom ústavného zdravotníckeho zariadenia s prevážne symptomatickou a paliatívni terapií. Poskytuje prevážne symptomatickou starostlivosť nemocným bez ohľadu na vek v terminálnom štádiu rôznych chorôb. Prevažuje výrazne problematika onkologická. Dôraz je kladen na liečbu bolesti a úzkosti, na kvalitu terminálneho života, na komunikáciu s prolomením bariéry mlčenia a izolácie. Významné je zajišteni dôstojnosti, súkromia a kontaktu s rodinou presahujúci stávajúci možnosti nemocničných oddelení.

Geriatrické denné centrum

Pobyt v zariadení trvá 6-12 hodín (možnosť denných či nočných pobytů podľa zaměření centra), môže sa pravidelne opakovať. Obsahom starostlivosti sú liečebné, ošetrovateľské a rehabilitačné výkony, psychická aktivizácia a ergoterapie. Indikáciou je potreba zdravotní starostlivosti, ktorá není kontinuálna, ale trvá dlhšie než možnosť ambulantného ošetrovania.

Domáci starostlivosť (DP, home care, HC)

Hlavnou filozofiou domáci starostlivosti je náhrada alebo oddálenie hospitalizácie na lôžkovom oddelení. Predpokladom domáci starostlivosti je dostupnosť po najmenej 14 hodinách denne vrátane sobôt a nedeľ, dostatočná spolupráca s rodinou. Obsahom starostlivosti je ošetrovateľská starostlivosť vykonávaná kvalifikovanou sestrou v domácom prostredí. Domáci starostlivosť je poskytovaná na odporúčenie praktického lekára. Je hrazená z prostriedkov zdravotného pojišteni, nadstandardné služby sú však poskytované za úhradu. K typickým úkolom domáci starostlivosti patrí ošetrovanie chronických rán (bérkové vředy, dekubity) či stomií, aplikácie inzulínu.

1.6 Služby na Praze 4

1.6.1 Městská část Praha 4

Městskou část Prahy 4 (příloha B) tvoří- Braník, Hodkovičky, Krč, Lhotka, Michle, Podolí, část Nuslí, Vinohrad a Záběhlic, její rozloha je 25 km² a počet obyvatel je asi 136 tisíc, z toho je 40 476 tisíc důchodců- 17 556 mužů a 22 918 žen (údaje jsou podle ČSSZ za období 6/2008).

1.6.2 Sociální služby

Domovy s pečovatelskou službou (DPS):

Ošetrovatelské zařízení- Jílovská 432/11, Praha 4 (příloha I)

Provádí se zde ošetrovatelské služby v lůžkovém zařízení. Do zařízení jsou přijímáni klienti se zaměřením na rehabilitaci po operacích, úrazech, ale i klienti žijící se svými rodinami, které o ně z různých důvodů nemohou pečovat (dovolená, pracovní cesta, nemoc). Toto zařízení je určeno pro přechodný pobyt v délce do 3 měsíců. Zařízení má 43 lůžek, pokoje jsou převážně dvoulůžkové, dva jednolůžkové a dva vícelůžkové, jsou vybavené umyvadlem, sociální zařízení a sprchy jsou na společné chodbě. Do zařízení jsou přijímáni klienti alespoň částečně soběstační a orientovaní. Péči zde zajišťuje odborně kvalifikovaný zdravotnický personál, včetně rehabilitačních pracovníků, není zde trvale přítomen lékař.

Klienti dostávají 4x denně stravu. K nezbytným službám patří i praní osobního prádla, poskytování RHB a aktivity spojené s využitím volného času.

Ceny: jednolůžkový pokoj se společným sociálním zařízením 320,- Kč/den, jednolůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením 374,- Kč/den, dvoulůžkový pokoj 300,- Kč/den, vícelůžkový pokoj 286,- Kč/den- v uvedených částkách je zahrnuta úhrada stravy ve výši 110,- Kč a částka 81,- Kč za poskytované služby.

Branická 65/46, Praha 4 Braník

Je zde 165 bytů, z toho 132 o velikosti garsoniéry a 33 1+1.

Branická 43/55, Praha 4 Braník

Je zde 14 bytů, z toho 10 garsoniér a 4 1+1.

Podolská 208/31, Praha 4 Podolí

Je zde 40 bytů, z toho 28 o velikosti garsoniéry a 12 1+1.

Marie Cibulkové 626/4, Praha 4 Nusle

Je zde 20 bytů o velikosti 1+1.

Viktorínova 1151/3, Praha 4 Nusle

Je zde 34 bytů, z toho 30 garsoniér a 4 1+1.

Terénní pečovatelská služba (TPS)

Denní stacionáře a domovinky:

Domov Sue Ryder- osobní asistence, Michelská 1/7

Osobní asistence je poměrně nový druh terénní sociální péče a v domově Sue Ryder byla zahájena v roce 2001. Osobní asistence je určena seniorům a občanům, kteří mají sníženou soběstačnost. Služba je poskytována osobními asistenty klientům žijícím ve vlastním domově, v místě bydliště své rodiny nebo v zařízení sociální péče. Mezi klienty patří zejména osamělí senioři, dále senioři trpící demencí nebo roztroušenou sklerózou. Cílem osobní asistence je umožnit klientovi zvládat úkony a aktivity, na které v důsledku svého postižení již nestačí.

TPS- Branická 46/65, na území MČ Bráník

TPS- Podolská 208/31, na území MČ Podolí, Budějovické sídliště, sídliště Antala Staška, Podolská ulice, Krč, Kačerov, Nedvědovo náměstí, ulice Sinkulova

TPS- Marie Cibulkové, na území MČ sídliště Pankrác, Vyšehrad, ulice Žateckých, ulice Lounských a ulice Petra Rezka

TPS- Viktorínova 1a 3, na území MČ Nusle, Na Jezerce

TPS- Jílovská 432/11, na území MČ sídliště Novodvorská a Krč, Libuš, Hodkovičky, Kunratice

TPS- Roztylské náměstí 2772, na území MČ Michle, Spořilov, Roztyly, Záběhlce, Pankrác

Terénní pečovatelská služba (příloha G) se zavádí na návrh ošetřujícího lékaře. Pečovatelská služba se poskytuje za plnou či částečnou úhradu s přihlédnutím k věku, zdravotnímu stavu, příjmu a majetkovým poměrům občana a jeho rodinných příslušníků.

Denní stacionář - „DOMOVINKA“ Branická 65/46 (příloha E, H)

Zařízení je v provozu od 7:00 do 16:00 hodin a pečovatelská služba zde zajišťuje celodenní dohled spojený s podáním stravy, vyplnění volného času aktivitami. Kapacita je 6- 7 klientů. Platba se pohybuje od 28-84,-Kč/hod. dle důchodu.

Denní centrum (stacionář) Sue Ryder- Michelská 1/7 (příloha E)

Zařízení je v provozu od 8:00 do 18:00 hodin. Nabízí denní pobyty zpestřené aktivizujícími programy, společenské setkávání seniorů s vrstevníky, pomoc při zachování a rozvíjení soběstačnosti, dietní stravování, asistenci při běžných denních aktivitách. Služba je určena seniorům žijícím se svou rodinou, která se o ně stará, ale nemůže jim zabezpečit dostatečnou celodenní péči, ale i pro seniory žijící ve vlastní domácnosti.

Oběd zde stojí 70,- Kč, svačina 11,- Kč, celodenní pobyt od 8:00- 18:00 stojí 297,50,- Kč a polodenní pobyt stojí 170,- Kč.

Aktivity denního stacionáře jsou výtvarné techniky, trénování paměti, pečení, keramika, práce s knihou, ale také posezení v kavárně nebo petterapie, která je založena na přímém kontaktu člověka se zvířetem.

Domovy důchodců (seniorů) (příloha D):

Domov důchodců- K Milíčovu 734, Praha 4

Zřizovatelem je Magistrát hl. m. Praha. Čekací doba na umístění do domova se pohybuje od 3 do 7 let, dle potřeby zajištění péče u žadatele. Kapacita zařízení je 200 míst. Průměrný věk obyvatel je 84 let. Domov nabízí jedno-, dvou-, tří- a čtyřlůžkové pokoje, které jsou všechny vybaveny sociálním zařízením, dále je na každém pokoji lednice, telefon, televize a samozřejmě

signalizační zařízení. Ceny pokojů jsou- jednolůžkový 150,-Kč/den, dvoulůžkový 120,-Kč/den, tří a čtyřlůžkový 110,-Kč/den. V domově probíhá velké množství kulturních, sportovních a společenských akcí, domov vlastní i malý skútr na baterie. Na objednání je pro klienty zabezpečena pedikúra nebo kadeřnictví.

Domov pro seniory- Sulická 1085/53, Praha 4

Kapacita domova důchodců je 243 míst (z toho 83 míst pro ležící pacienty), jsou přijímáni klienti chodící, polochodící a ležící. Domov poskytuje zdravotní péči, rehabilitace, bohoslužby, dále pak organizuje různé výlety a kluby. Domov nabízí dvou- a čtyřlůžkové pokoje a ceny jsou 5820,- Kč a 5550,- Kč za měsíc.

Domov důchodců- Donovalská 2222/31, Praha 4

Kapacita domova je 260 míst. Zřizovatelem domova důchodců je Magistrát hl. m. Prahy. Tento DD je pro klienty s trvalým bydlištěm v Praze. Domov nabízí jedno-, dvou- a třílůžkové pokoje. Ceny pokojů jsou v rozmezí 6750- 8700,- Kč. Domov nabízí specializovanou péči o pacienty s demencí.

Domov Sue Ryder- Michelská 1/7, Praha

Domov Sue Ryder nabízí svým klientům laskavé a klidné prostředí, ve kterém jim poskytuje komplexní ošetrovatelskou péči, nácvik soběstačnosti a vhodné rehabilitace. Slouží, jak k přechodným, tak k dlouhodobým pobytům. V kulturním centru domova probíhají pravidelné kulturní a vzdělávací akce (koncerty, přednášky, taneční podvečery, výstavy v galerii a v restauraci, kurzy v rámci Akademie třetího věku, internetová kavárna).

Ačkoli má společnost sídlo v Praze, přijímá klienty i z jiných krajů. V domově jsou dvě ošetrovatelská oddělení s celkem padesáti šesti místy pro klienty na přechodné i trvalé pobyty a pět garsoniér pro pět klientů na trvalé pobyty. Jejich klienty jsou senioři, kteří jsou v důsledku chronické choroby či postižení trvale odkázáni na pomoc druhé osoby, senioři ve svízelné sociální situaci, veteráni druhé světové války, senioři, kteří potřebují pro přechodnou dobu zvýšenou ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Mezi nejčastější diagnózy patří stavy po mozkové mrtvici s různým stupněm poruchy hybnosti, roztroušená

skleróza, choroby kardiovaskulárního systému, degenerativní choroby kloubů a demence. Průměrný věk klientů je 86 let.

Domov Sue Ryder není zdravotnické zařízení a proto lze přijímat klienty jen ve stabilizovaném zdravotním stavu, v případě nutnosti je volána záchranná služba. O klienty se starají zdravotní sestry, ošetřovatelky, sanitáři, fyzioterapeuti a sociální pracovníci. Kromě nich v domově pomáhají také studenti zdravotních a sociálních škol a dobrovolníci.

Jídelny pro seniory:

Do jídelen (příloha F) pro seniory se strava většinou dováží z vývařoven ve školských a sociálních zařízeních nebo z blízkých nemocnic. Cena racionálního i diabetického oběda je stanovena na 49,- Kč (ve školních jídelnách je cena o pár korun vyšší), v ceně oběda však není zahrnuta částka za dopravu nebo donášku oběda do bytu klienta a podání oběda v jídelnách.

Svatoslavova 27, Praha 4

Dům s pečovatelskou službou Marie Cibulkové 626/4, Praha 4

DPS Branická 43/55, Praha 4

DPS Podolská 208/31, Praha 4

Ošetřovatelské zařízení Jílovská 432/11, Praha 4

Školní jídelny, které zajišťují stravování důchodců:

ZŠ Borovská 1246/1, Praha 4- Michle

ZŠ Bítovská 1246/1, Praha 4 - Michle

ZŠ Jitřní 185, Praha 4- Podkovičky

ZŠ Jílovská 1100, Praha 4 - Braník

ZŠ Jižní IV. 1750/10, Praha 4- Spořilov

ZŠ Jeremenkova 1003, Praha 4 - Podolí

ZŠ a MŠ Mendíků 1000, Praha 4- Nusle

ZŠ Na Chodovci 2700, Praha 4- spořilov

ZŠ Na Líše 16, Praha 4 – Michle

ZŠ Na Planině 1393, Praha 4 - Michle

ZŠ Ohradní 49, Praha 4- Michle
ZŠ Plamínkové 2, Praha 4 – Nusle
ZŠ Poláčkova 1067, Praha 4- Krč
ZŠ Školní 700, Praha 4- Braník
ZŠ Táborská 45, Praha 4- Nusle

Střediska osobní hygieny (SOH):

Jedná se o zařízení, v nichž se provádí koupel klientů, kteří nemají koupelnu jako součást svého bytu nebo z důvodů snížené mobility potřebují při koupeli asistenci pečovatelky. Rovněž jsou v některých z těchto zařízení poskytovány pedikérské či kadeřnické služby.

SOH v DPS Branická 43/55
SOH v DPS Podolská 208/31
SOH v DPS Marie Cibulková 626/4
SOH v DPS Roztylské náměstí 2772

Kluby pro seniory:

Sociálně aktivizační služby pomáhají zachovat duševní aktivitu občanů, překonat osamělost, začlenit se do kolektivu občanů podobného věku, realizovat koníčky. Uživatelé sociálně-aktivizačních služeb získávají v klubech seniorů potřebné informace k uplatňování svých práv a oprávněných zájmů. Kluby pro seniory nabízejí řadu kulturních a společenských akcí, např. kurzy tance, kurzy keramiky, různé výtvarné kroužky, dále pak organizují různé výlety.

Klub seniorů- Podolská 31 (ÚSS- ústav sociálních služeb), Praha 4
Klub seniorů- Roztylské náměstí 2772, Praha 4
Klub seniorů- Bělčická 2922, Praha 4
Klub seniorů- Svatoslavova 27, Praha 4
Klub seniorů- Marie Cibulkové 626/4, Praha 4
Klub seniorů- Na Úlehli 1274, Praha 4
Klub seniorů- Golčova 24, Praha 4- Kunratice

Klub seniorů- Jílovská 432, Praha 4

Klub seniorů- Vikova 1223, Praha 4

Klub seniorů - Branická 55, Praha 4

1.6.3 Zdravotnické služby

Zdravotnické služby na Praze 4 jsou zajišťovány především v nemocnicích a na poliklinikách. Na Praze 4 se nacházejí dvě velké nemocnice a několik poliklinik, které zajišťují péči o seniory.

Primární zdravotnická péče:

Primární zdravotnická péče je zajišťována především praktickými lékaři. Každý člověk má právo si vybrat vlastního praktického lékaře, ale je doporučováno, vybírat si ho v blízkosti bydliště, tedy ve svém obvodu.

Geriatrická ambulance:

Geriatrická ambulance se nachází v Thomayerově nemocnici a vede ji MUDr. Anna Chládková.

LDN (léčebny dlouhodobě nemocných):

Thomayerova nemocnice- Vídeňská 800, Praha 4 (příloha C)

Léčebna pro dlouhodobě nemocné poskytuje léčebnou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. LDN je zdravotnickým zařízením a neslouží k trvalému pobytu. LDN má 145 lůžek umístěných ve dvou podlažích, v každém podlaží jsou 2 oddělení označená písmeny (A,B a C,D). Z důvodů bezpečnosti pacientů jsou vchodové dveře a výtahy zajištěny.

Pacienti jsou přijímáni na základě doporučení ošetřujícího nebo obvodního lékaře. Pokud je zdravotní stav nemocného stabilizován, zařizuje, dle rozhodnutí ošetřujícího lékaře, sociální pracovnice další péči doma prostřednictvím pečovatelské služby, domácí péče nebo umístěním v ošetrovacím zařízení nebo v domově důchodců.

DTC Hospital s.r.o- Roškotova 2, Praha 4

DTC Hospital s.r.o. disponuje 30ti lůžky. K dispozici jsou jednolůžkové, dvoulůžkové nebo třílůžkové pokoje vybavené standardně nebo nadstandardně dle výběru klienta. Sociální vybavení (WC, sprcha) a prostor s jídelním stolem je u každého pokoje. K dispozici je velká koupelna pro možnost koupání imobilních pacientů. Strava je zajištěna dodavatelskou firmou.

Zařízení následné péče:

Medicon Hospital s.r.o- Roškotova 2, Praha 4

Následná lůžková péče (léčebná, léčebně rehabilitační a ošetrovatelská) je ústavní péče poskytována klientům. Jejich zdravotní stav je stabilizován a nevyžaduje akutní lůžkovou péči. U všech klientů klademe důraz na kvalitu života, zejména u osob v terminálních stádiích onemocnění. Disponuje 60 lůžky následné péče.

Domácí péče:

Agentury domácí péče nabízejí převážně provádění speciálních zdravotních úkonů (aplikace injekcí, podávání infuzí, ošetřování a převazy ran atd.), které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou, ale jen tehdy má-li pacient doporučení od praktického lékaře nebo z nemocnice.

Agentura domácí péče- Hvězdoslavova 520, Praha 4

Agentura domácí péče Tereza- Brodského 1665, Praha 4

Agentura Evelína- Tatarkova 730, Praha 4

Domácí péče Tempo- Modřany- Soukalova 3355, Praha 4

Domácí zdravotnická péče- Jaurisova 516, Praha 4

Domácí péče- Olbramovická 699, Praha 4

1.7 Ošetrovatelská péče o seniora

U seniora zajišťujeme potřeby biopsychosociální, důležitý je holistický přístup.

Biologické potřeby

- nestrádat hladem, žízní, zimou, bolestí

Psychologické potřeby

- zachování soukromí, komunikace, poznání

Sociální potřeby

- zachování sociální role

K závažným pochybením a k nízké kvalitě péče dochází při omezení zájmu pečujících osob (zdravotníků i laiků).

Ošetrovatelské diagnózy:

Tělesné tekutiny deficit

Spánek porušený

Paměť porušená

Pohyblivost porušená

Poranění zvýšené riziko

Únava

Úzkost

Výživa porušená, nedostatečná

Praktická část

2 Empirický průzkum

2.1 Průzkumný problém

Zjistit spokojenost seniorů se zdravotními a sociálními službami na Praze 4.

Průzkumné cíle

Hlavním cílem je zjistit spokojenost seniorů se zdravotními a sociálními službami na Praze 4.

Ve vztahu k výzkumnému problému jsem si stanovila následující cíle:

Cíl 1. Zjistit, zda-li senioři bydlící sami v domácnosti využívají pomoc zdravotních či sociálních služeb ve stejném poměru jako senioři bydlící s rodinou.

Cíl 2. Zjistit, zda-li jsou zařízení (zdravotní i sociální) na Praze 4 pro seniory snadno dostupná.

Cíl 3. Zjistit, zda-li senioři využívají zdravotní služby na Praze 4.

Cíl 4. Zjistit, zda-li jsou senioři spokojeni se zdravotními službami na Praze 4.

Cíl 5. Zjistit, zda-li senioři využívají sociální služby na Praze 4.

Cíl 6. Zjistit, zda-li jsou senioři se sociálními službami na Praze 4 spokojeni.

Průzkumné hypotézy

Ve vztahu k uvedeným cílům jsem si stanovila následující hypotézy:

Hypotéza 1. Předpokládáme, že zdravotních nebo sociálních služeb využívá stejné procento respondentů žijících v domácnosti sami nebo žijících s rodinou.

Hypotéza 2. Pro většinu respondentů jsou zařízení na Praze 4 snadno dostupná.

Hypotéza 3. Respondenti ve většině případů využívají zdravotních služeb.

Hypotéza 4. 85% respondentů je spokojeno se zdravotními službami a 15% není.

Hypotéza 5. Respondenti ve většině případů využívají sociálních služeb.

Hypotéza 6. 75% respondentů je se sociálními službami spokojeno a 25% není.

2.2 Metodika průzkumu

Metodika průzkumu je nestandardizovaná, kvantitativní. Hlavní průzkumnou metodou k získávání informací byl anonymní dotazník (příloha A).

Dotazník obsahoval 11 otázek. Otázka číslo 2 byla doplňovací. Ostatní otázky v dotazníku byly uzavřené.

Dotazníků bylo rozdáno 50. Návratnost dotazníků byla 100%.

Výsledky jednotlivých otázek dotazníku jsou zpracovány do grafů a tabulek, ke kterým je přiřazen patřičný komentář.

Identifikační otázky jsou 1 až 3. Zbývající otázky směřují k hypotézám dané problematiky.

2.3 Časový harmonogram sběru dat

Průzkum probíhal v období od 1. listopadu do 10. prosince 2009. Ke zpracování dat byl použit program Excel.

2.4 Průzkumný soubor

Průzkumný vzorec tvořili respondenti obojího pohlaví, různého stupně dokončeného vzdělání, podmínkou byl důchodový věk a bydliště na Praze 4. Průzkum probíhal na Praze 4 v domácnostech a v zařízeních- v ošetřovatelském zařízení Jílovská a na poliklinice Budějovická.

2.5 Analýza výsledků průzkumu

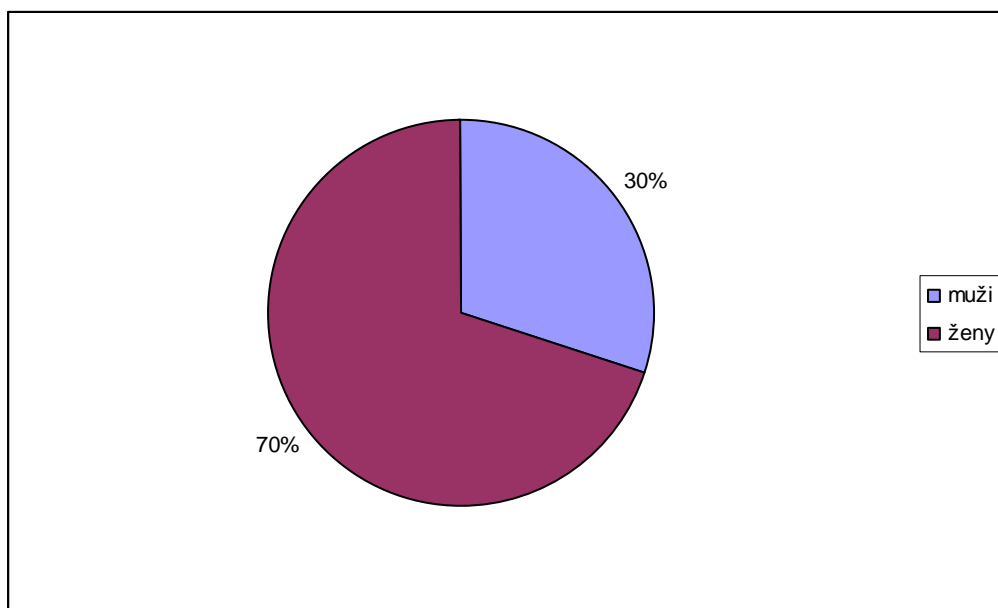
Otázka č.1:

Pohlaví?

Tabulka č.1 - pohlaví respondentů:

Ženy	35
Muži	15

Graf č.1 - pohlaví respondentů:



Průzkumný vzorec tvořili respondenti obojího pohlaví. Z 50 respondentů bylo 15 mužů a 35 žen.

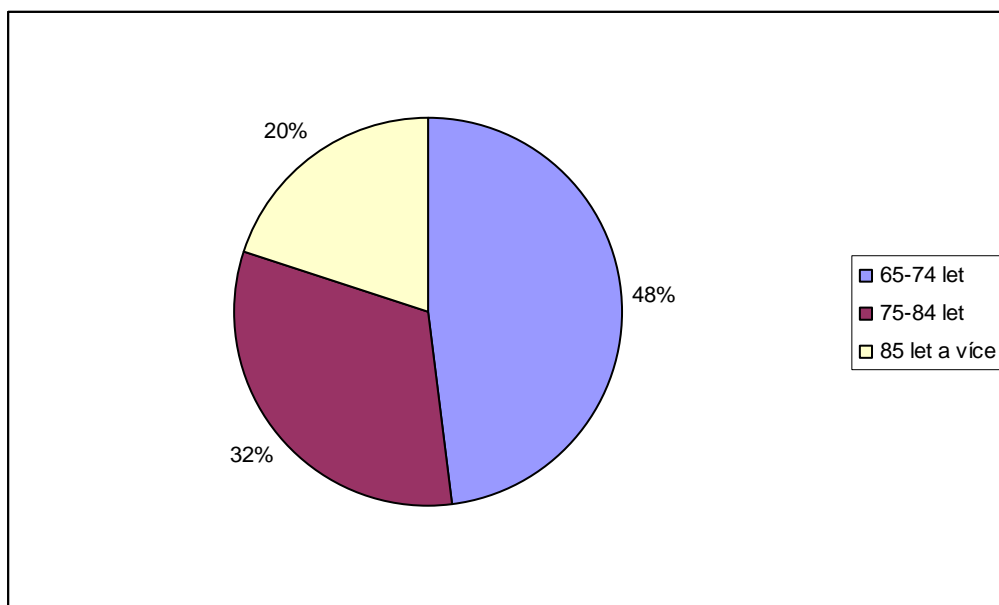
Otázka č.2:

Věk?

Tabulka č.2 - věk respondentů:

65-74 let	24
75-84 let	16
85 a více let	10

Graf č.2 - věk respondentů:



Věkové rozmezí respondentů bylo 65 až 92 let.

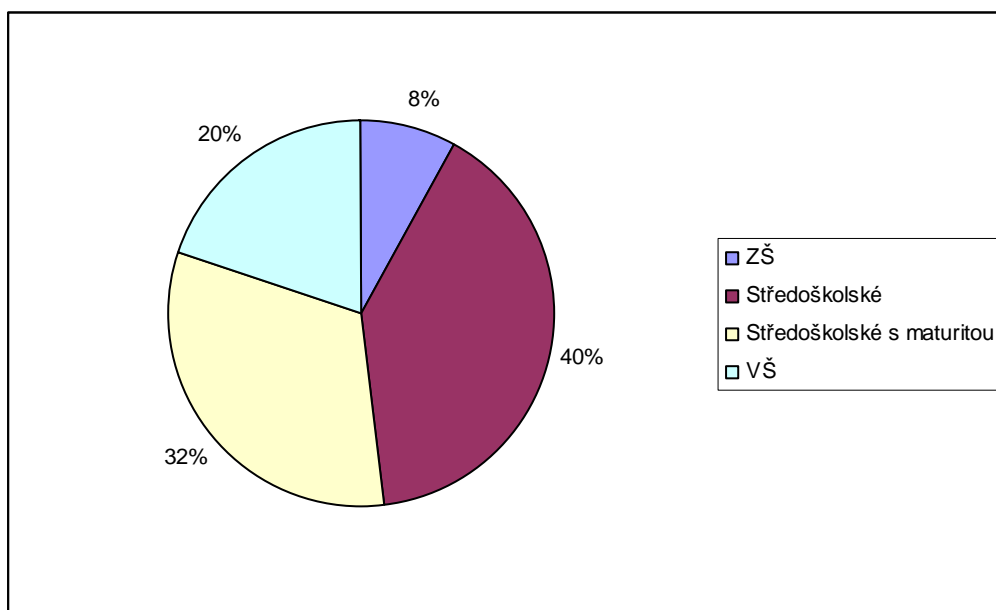
Otázka č.3:

Nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka č.3 - nejvyšší dosažené vzdělání:

Základní	4
Středoškolské	20
Středoškolské s maturitou	16
Vysokoškolské	10

Graf č.3 - nejvyšší dosažené vzdělání:



Průzkumu se zúčastnili respondenti s různým stupněm nejvyššího dokončeného vzdělání. Základní, středoškolské bez maturity, středoškolské s maturitou, vysokoškolské.

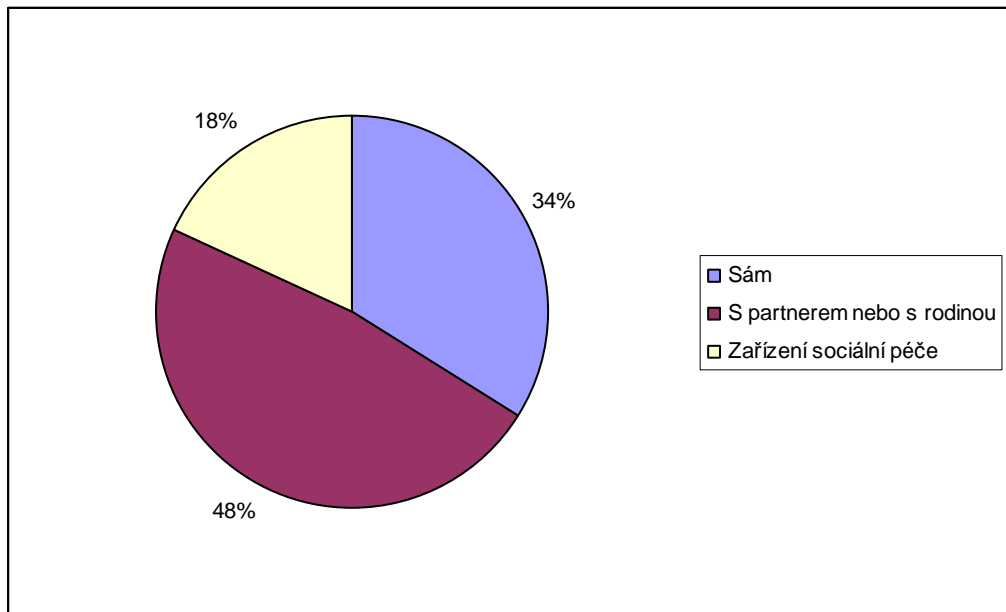
Otázka č. 4:

Bydlení?

Tabulka č.4 - bydlení:

Sám	17
S partnerem nebo s rodinou	24
Zařízení sociální péče	9

Graf č.4 - bydlení:



Tato otázka vedla ke zjištění zázemí respondentů. Respondenti bydlí sami, s rodinou nebo partnerem nebo v zařízeních sociální péče.

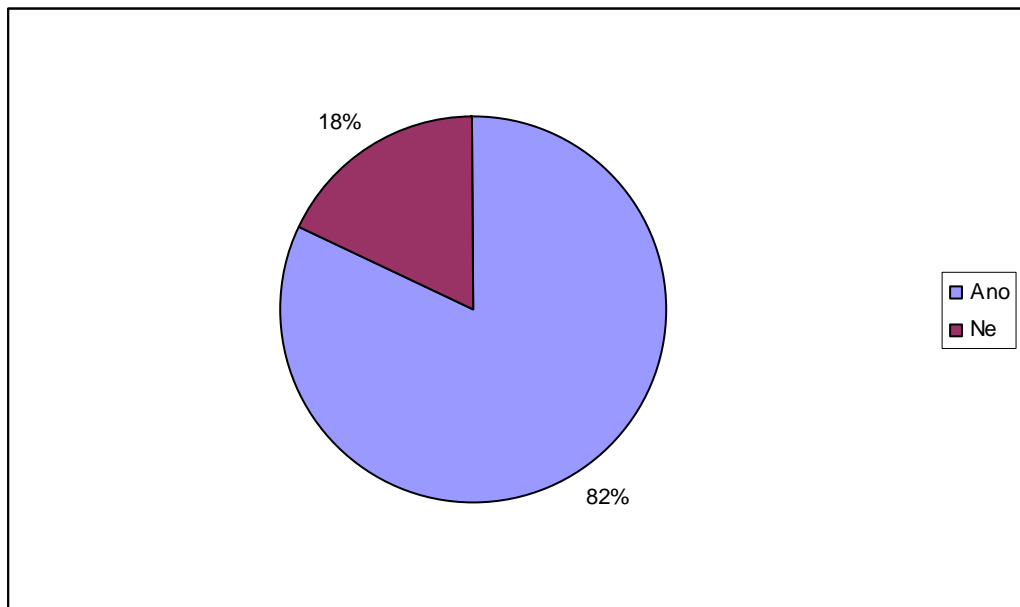
Otázka č.5:

Pomáhá Vám někdo v domácnosti (úklid, vaření, nákup....)? Pokud ano kdo?

Tabulka č.5.1 – potřeba pomoci v domácnosti:

Ano	41
Ne	9

Graf č.5.1 – potřeba pomoci v domácnosti:

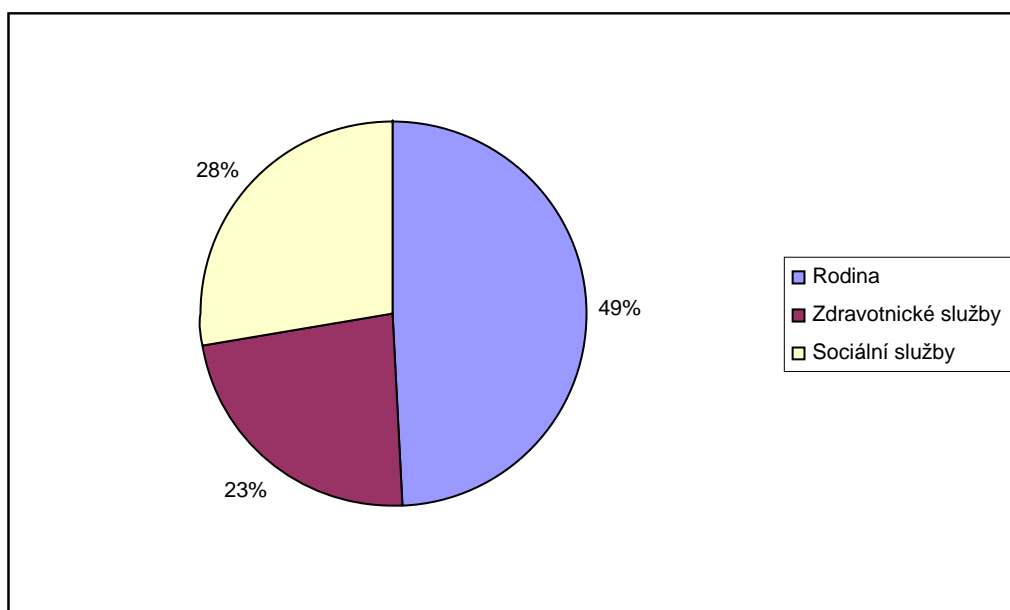


Otázku č.5 jsem rozdělila do dvou tabulek a grafů pro lepší názornost. Tento graf znázorňuje, zda respondenti potřebují pomoc v domácnosti. Pouze 18% respondentů žádnou pomoc nepotřebuje.

Tabulka č.5.2 - kdo pomoc poskytuje:

Rodina nebo přátelé	30
Zdravotní služby	14
Sociální služby	17

Graf č.5.2 - kdo pomoc poskytuje:



Při zpracování dotazníků byly vyřazeny ty, u kterých respondenti odpověděli ne. Tento graf znázorňuje, kdo respondentům pomoc v domácnosti poskytuje. Respondenti velmi často využívají pomoc několika služeb současně, ale nejčastěji využívaná je pomoc rodiny.

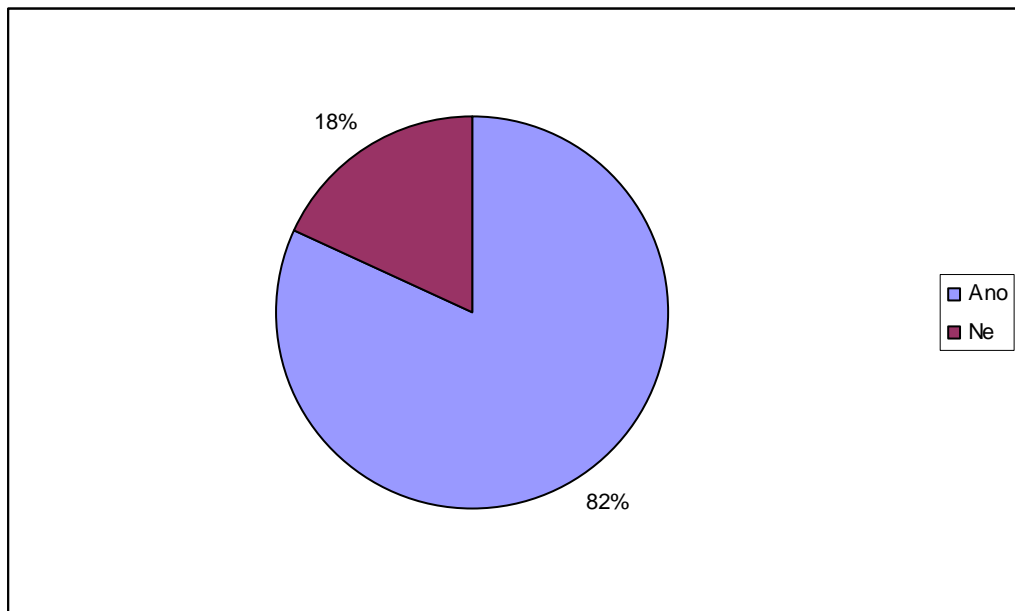
Otázka č.6:

Máte v blízkosti bydliště dobré dopravní spojení do zdravotnického či sociálního zařízení?

Tabulka č.6 – dobré dopravní spojení do zdravotnického či sociálního zařízení:

Ano	41
Ne	9

Graf č.6 – dobré dopravní spojení do zdravotnického či sociálního zařízení:



V této otázce respondenti odpovídali, zda mají dobrou dopravní dostupnost do zdravotnického nebo sociálního zařízení. Až 85% respondentů odpovídalo kladně, což svědčí o husté dopravní síti na Praze 4.

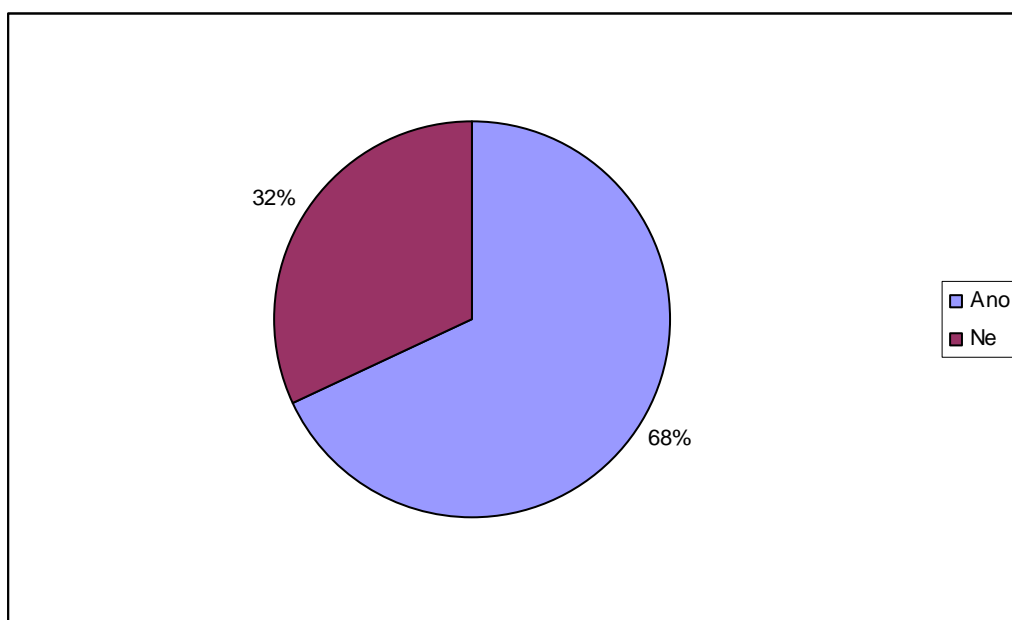
Otázka č.7:

Máte zdravotnické či sociální zařízení blízko domova?

Tabulka č.7 - blízkost zdravotnického či sociálního zařízení od domova:

Ano	34
Ne	16

Graf č.7 - blízkost zdravotnického či sociálního zařízení od domova:



V této otázce respondenti odpovídali, zda mají zdravotnické či sociální zařízení blízko domova.

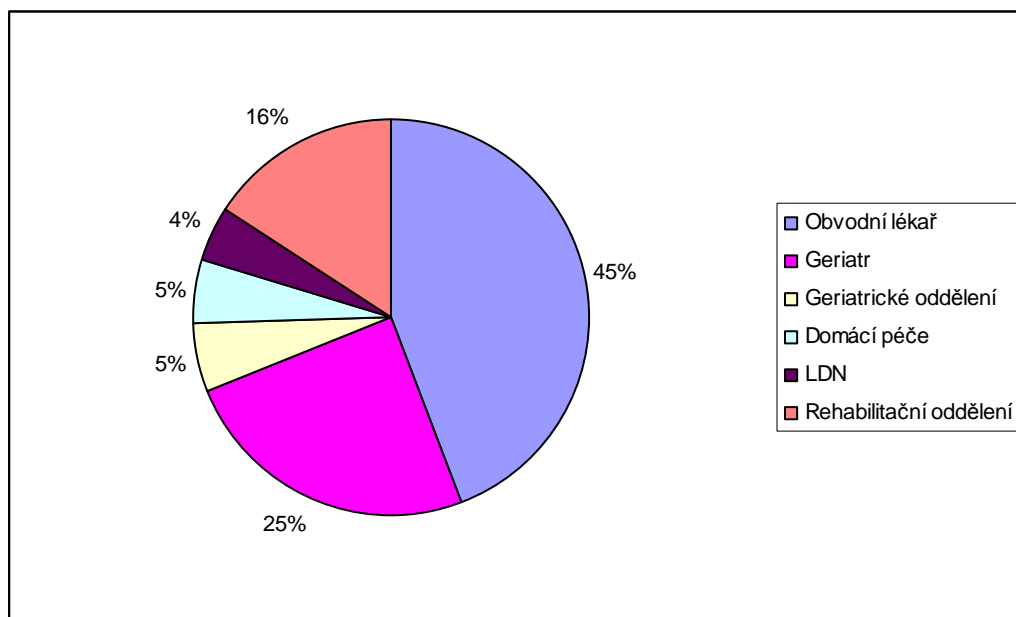
Otázka č.8:

Jaké zdravotnické služby využíváte?

Tabulka č.8 - zdravotnické služby:

Obvodní lékař	50
Geriatr	28
Geriatrické oddělení	6
Domácí péče	6
LDN (léčebna dlouhodobě nemocných)	5
Rehabilitační oddělení	18

Graf č.8 - zdravotnické služby:



V této otázce respondenti odpovídali jaké zdravotnické služby využívají. Všechny 50 respondentů využívá služeb obvodního lékaře a polovina z nich ještě v kombinaci s geriatrem.

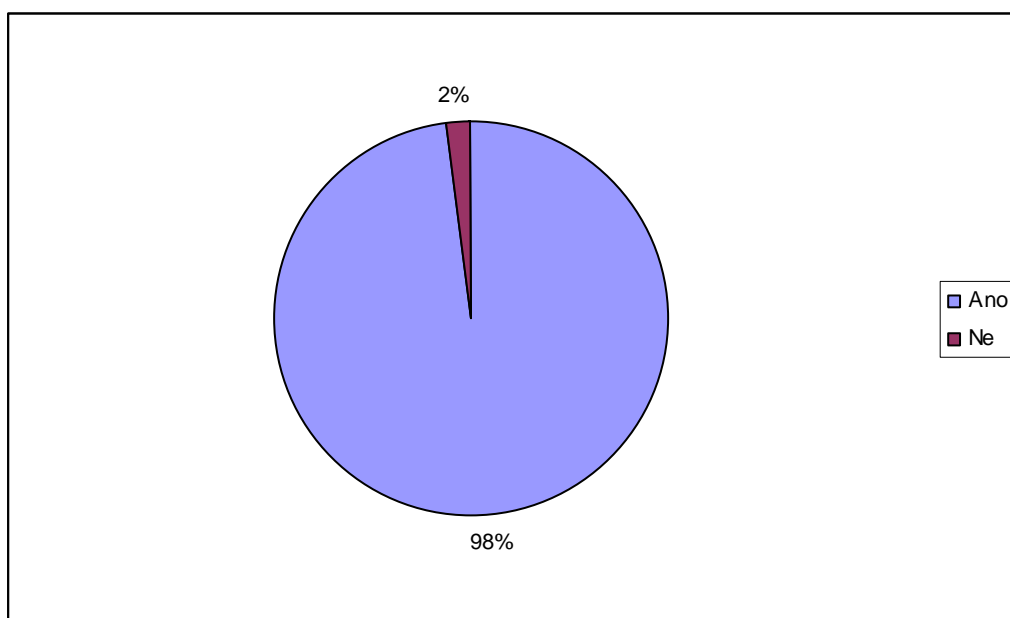
Otázka č.9:

Jste spokojeni s těmito službami?

Tabulka č.9 - spokojenost se zdravotními službami:

Ano	49
Ne	1

Graf č.9 - spokojenost se zdravotními službami:



Se zdravotními službami je spokojeno 49 respondentů z 50.

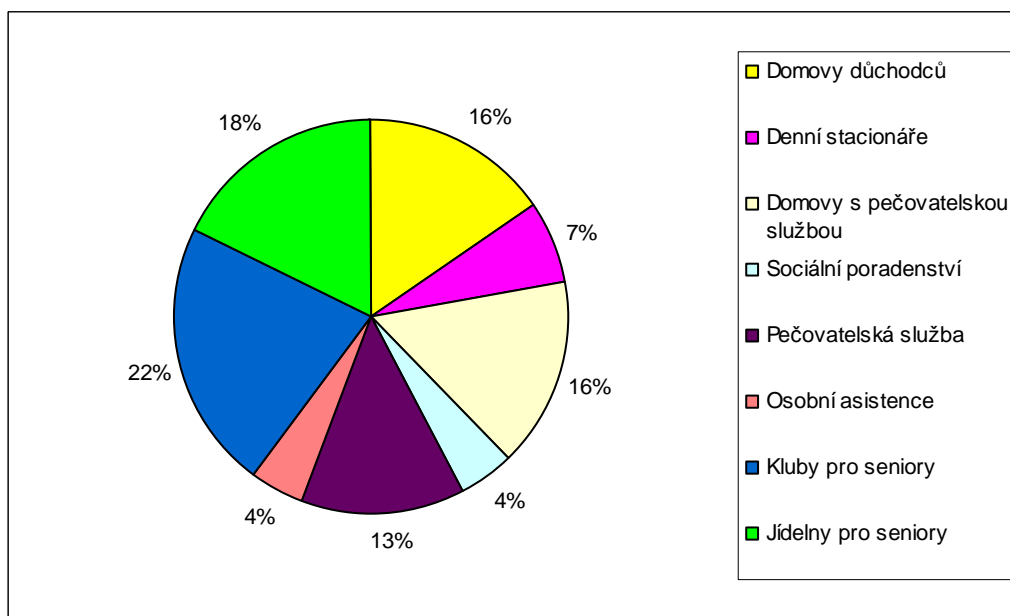
Otázka č.10:

Jaké sociální služby využíváte?

Tabulka č.10.1 - sociální služby- ústavní, terénní, komunitní:

Domovy důchodců	7
Denní stacionáře	3
Domovy s pečovatelskou službou	7
Sociální poradenství	2
Pečovatelská služba	6
Osobní asistence	2
Kluby pro seniory	10
Jídelny pro seniory	8

Graf č.10.1 - sociální služby- ústavní, terénní, komunitní:

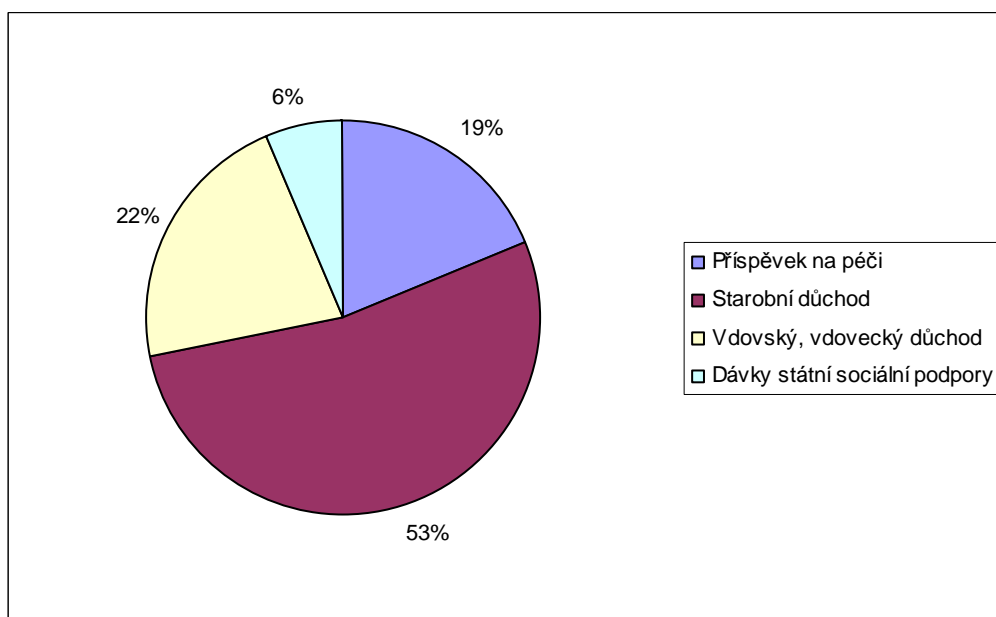


Tuto otázku jsem pro lepší přehlednost rozdělila do dvou tabulek a grafů. První graf znázorňuje, jak respondenti využívají sociální služby- ústavní, terénní, komunitní.

Tabulka č.10.2 - sociální dávky:

Příspěvek na péči	18
Starobní důchod	50
Vdovský nebo vdovecký důchod	21
Dávky státní sociální podpory	6

Graf č.10.2 - sociální dávky:



Všech 50 respondentů pobírá starobní důchod a téměř polovina z nich zároveň čerpá důchod vdovský nebo vdovecký.

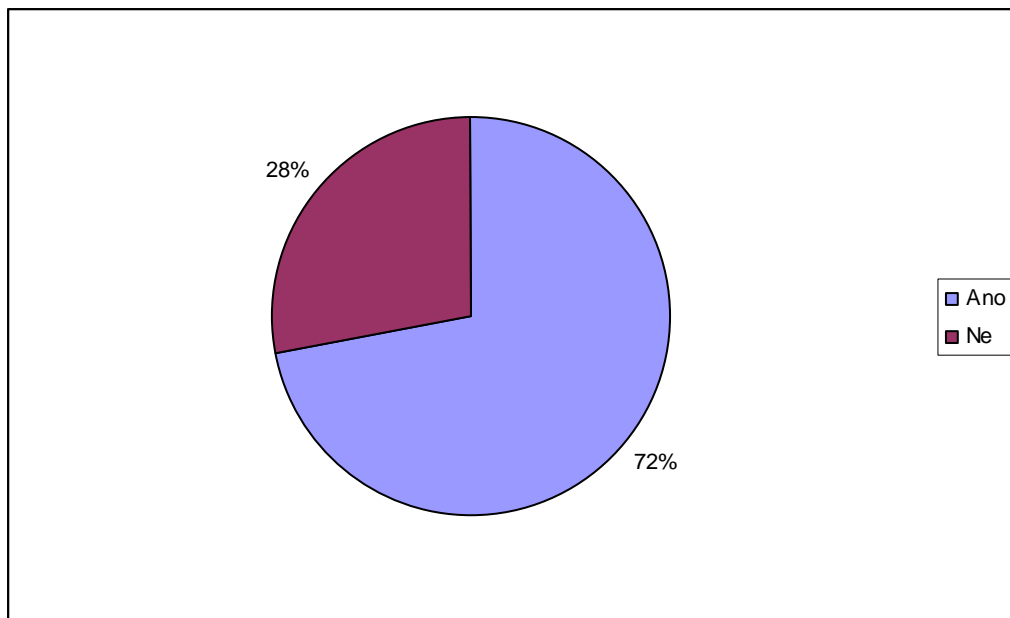
Otázka č.11:

Jste spokojeni s těmito službami?

Tabulka č.11 - spokojenost se sociálními službami:

Ano	36
Ne	14

Graf č.11 - spokojenost se sociálními službami:



V této otázce respondenti odpovídali, zda jsou spokojeni se sociálními službami. 36 respondentů je spokojeno a 14 není. Respondenti, kteří uvedli, že nejsou spokojeni se sociálními službami často dodávali, že sociální služby - ústavní, terénní, komunitní jsou naprosto dostačující, ale sociální dávky jsou nízké a proto jsou celkově nespokojeni.

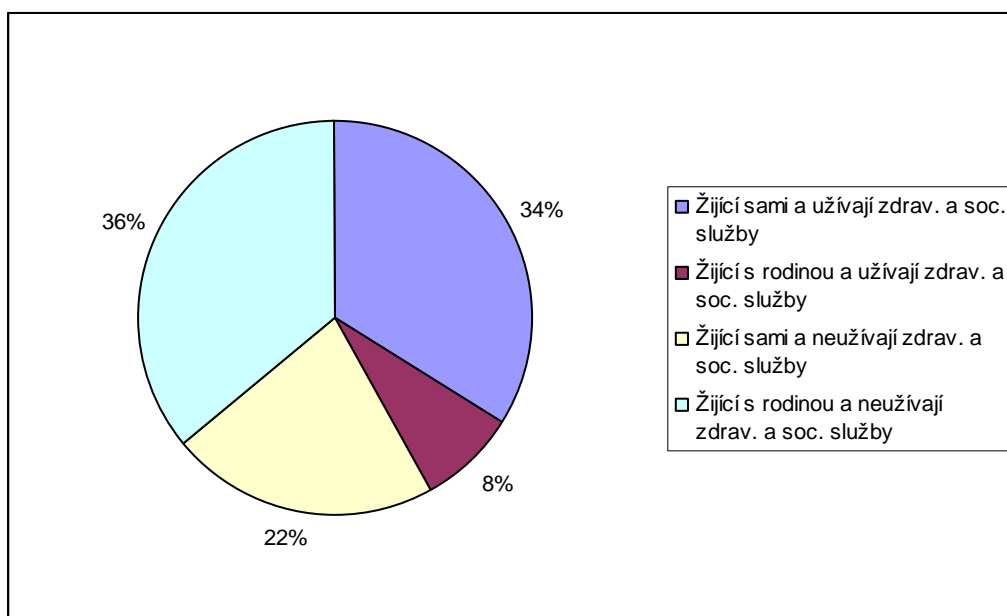
2.6 Interpretace výsledků průzkumu

Hypotéza č.1 - předpokládáme, že zdravotních nebo sociálních služeb využívá stejné procento respondentů žijících v domácnosti sami nebo žijících s rodinou.

Tabulka č.12 - předpokládáme, že zdravotních nebo sociálních služeb využívá stejné procento respondentů žijících v domácnosti sami nebo žijících s rodinou:

Žijící sami a užívají zdrav. a soc. služby	17
Žijící s rodinou a užívají zdrav. a soc. služby	4
Žijící sami a neužívají zdrav. a soc. služby	11
Žijící s rodinou a neužívají zdrav. a soc. služby	18

Graf č.12 - předpokládáme, že zdravotních nebo sociálních služeb využívá stejné procento respondentů žijících v domácnosti sami nebo žijících s rodinou:



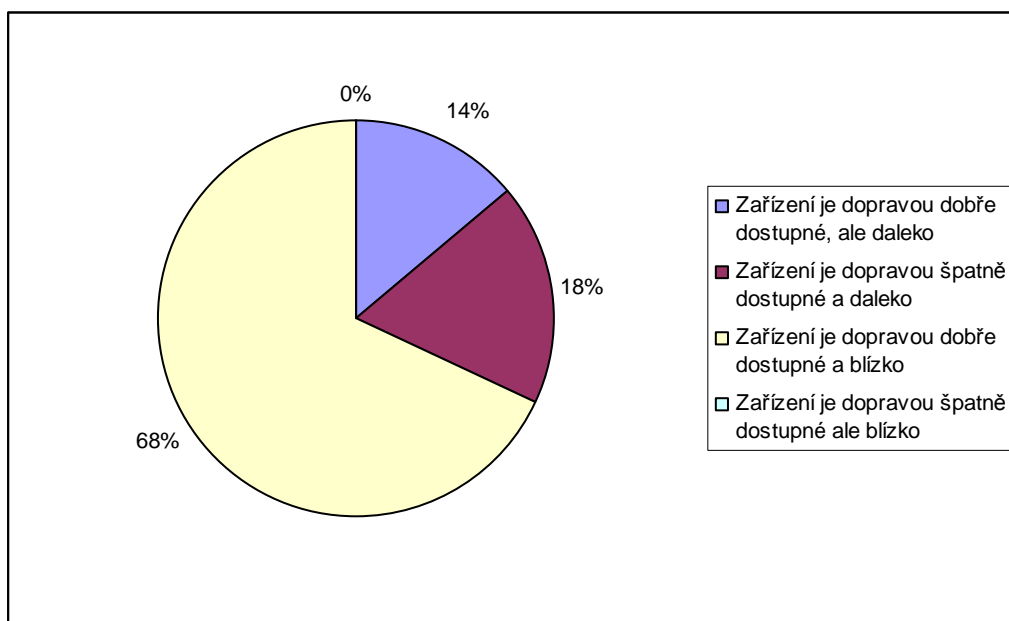
Stanovená hypotéza se nepotvrdila. K hypotéze č.1 se vztahují otázky 4 a 5.

Hypotéza č.2 - pro většinu respondentů jsou zařízení na Praze 4 snadno dostupná.

Tabulka č.13 - pro většinu respondentů jsou zařízení na Praze 4 snadno dostupná:

Zařízení je dopravou dobře dostupné, ale daleko	7
Zařízení je dopravou špatně dostupné a daleko	9
Zařízení je dopravou dobře dostupné a blízko	34
Zařízení je dopravou špatně dostupné ale blízko	0

Graf č.13 - pro většinu respondentů jsou zařízení na Praze 4 snadno dostupná :



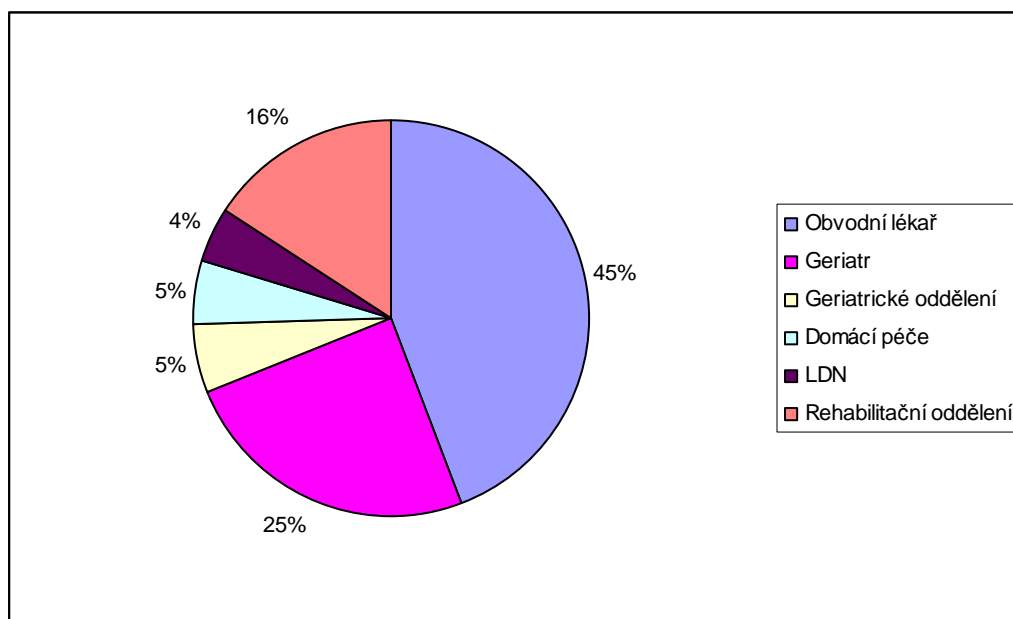
Stanovená hypotéza se potvrdila. K hypotéze č.2 se vztahují otázky 6 a 7.

Hypotéza č.3 - respondenti ve většině případů využívají zdravotních služeb.

Tabulka č.14 - respondenti ve většině případů využívají zdravotních služeb :

Obvodní lékař	50
Geriatr	28
Geriatrické oddělení	6
Domácí péče	6
LDN (léčebna dlouhodobě nemocných)	5
Rehabilitační oddělení	18

Graf č.14 - respondenti ve většině případů využívají zdravotních služeb :



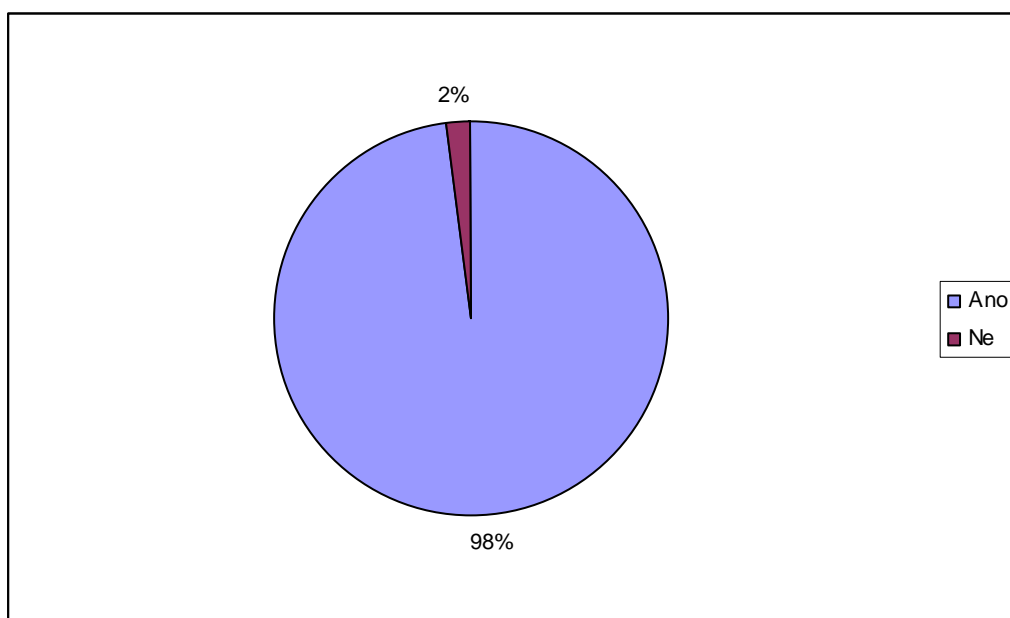
Stanovená hypotéza se potvrdila. K hypotéze č.3 se vztahuje otázka číslo 8.

Hypotéza č.4 - 85% respondentů je spokojeno se zdravotními službami a 15% není.

Tabulka č.15 - 85% respondentů je spokojeno se zdravotními službami a 15% není :

Ano	49
Ne	1

Graf č.15 - 85% respondentů je spokojeno se zdravotními službami a 15% není:



Stanovená hypotéza se nepotvrdila. K hypotéze č.4 se vztahuje otázka číslo 9.

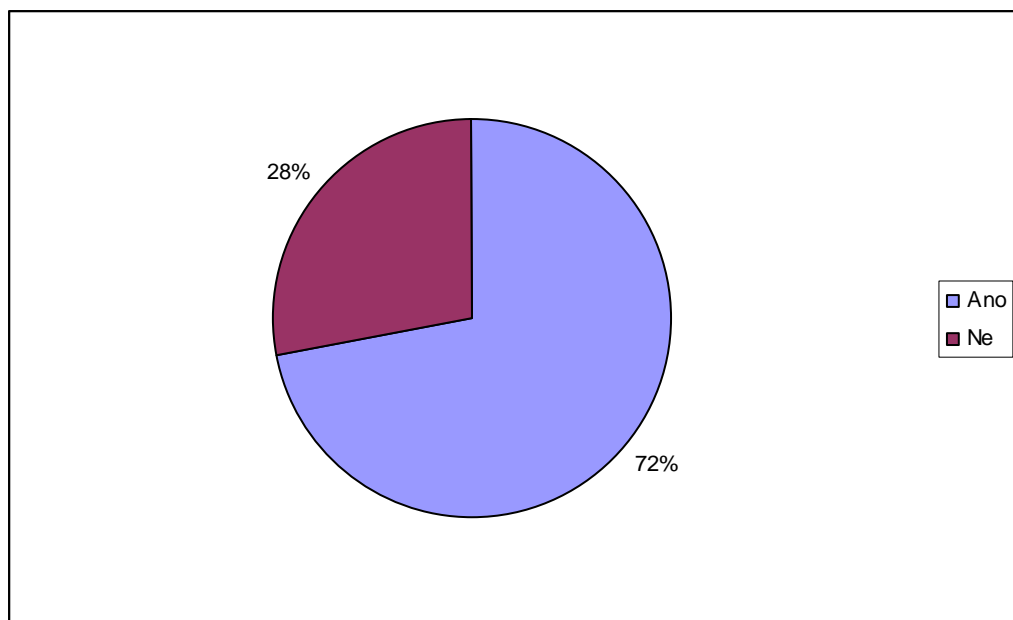
Hypotéza č.5 - respondenti ve většině případů využívají sociálních služeb. Stanovená hypotéza se potvrdila, všichni respondenti využívají sociálních služeb. K hypotéze č.5 se vztahuje otázka 10.

Hypotéza č.6 - 75% respondentů je se sociálními službami spokojeno a 25% není.

Tabulka č.17 - 75% respondentů je se sociálními službami spokojeno a 25% není :

Ano	36
Ne	14

Graf č.17 - 75% respondentů je se sociálními službami spokojeno a 25% není :



Stanovená hypotéza se nepotvrdila. K hypotéze č.6 se vztahuje otázka číslo 11.

2.7 Doporučení pro praxi

Má práce je určena, jak široké veřejnosti, a to zejména seniorům a jejich rodinám jako stručný přehled zařízení zdravotní a sociální péče, tak i zdravotníkům a pracovníkům sociální péče. V jednotlivých kapitolách jsou rozdělena zařízení zdravotní a sociální, u každého zařízení je vypsána kapacita, služby, které nabízejí a stručné informace o zařízení.

Závěr

Výrazné prodloužení lidského věku, které zvyšuje počet seniorů, by se nemělo stát těžkým břemenem pro společnost a její ekonomiku. Prodlužování lidského života neznamena prodlužování období stavu bezmocnosti, ale mělo by být obdobím vyšší výkonnosti, obdobím vysokého tvořivého potenciálu i ve vyšším věku. Nárůst starší populace nemusí nutně znamenat zvýšení počtu osob závislých a nemocných, je-li společností dostatečně zajištěna prevence ztráty soběstačnosti.

Terénní pečovatelské služby zajišťují seniorovi péči v domácím prostředí, což je velkou výhodou, vzhledem k tomu, že senioři špatně snášejí změny. Pokud mají navíc dobré vztahy s terénním pracovníkem, spolupráce je o to lepší. Na druhou stranu, pokud žije senior sám a má kontakt jen s terénním pracovníkem, může se cítit osamělý a izolovaný. V tomto případě jsou na řadě domovinky nebo stacionáře, které nabízejí nejen celodenní program jako jsou výtvarné techniky, trénování paměti, pečení, keramika, práce s knihou, petterapie, ale senioři se zde setkávají, mohou si popovídat a navazují nová přátelství.

Většina zařízení poskytuje péči seniorům, kteří mají trvalé bydliště na Praze 4, jen Domov Sue Ryder přijímá klienty z celé České republiky. V zařízeních jsou klienti přijímáni na základě pořadníků (čekací lhůty jsou různě dlouhé, většinou však několik let), tudíž dochází k velkým rozdílům ve věku klientů. Pracovníci v domovech by proto měli, pokud je to možné, seniory rozmísťovat podle věkových skupin.

Seniorů na Praze 4 je kolem 40 tisíc, jak jsem již zmínila a jejich počet se i nadále zvyšuje. Zařízení, která nabízejí pomoc seniorům je sice také mnoho, ale již nyní svou kapacitou nestačí. Je pravda, že ne každý senior nutně potřebuje ústavní nebo terénní péči, ale kdyby tomu tak bylo, situace by byla o mnoho složitější. Do budoucna by se tedy měla zvětšovat kapacita stávajících zařízení a měl by se zvyšovat i počet nových zařízení pro seniory.

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit spokojenost seniorů se zdravotními a sociálními službami na Praze 4. Spokojenost seniorů se zdravotními službami byla téměř stoprocentní (z 50 respondentů jich 49 odpovědělo ano), se sociálními službami byla již spokojenost nižší (z 50 respondentů odpovědělo ano 36). Většina respondentů dodávala, že nejsou spokojeni především se sociálními dávkami, ale sociální služby ústavní, terénní, komunitní jsou naprosto dostačující. Při vyplňování dotazníků jsem se často setkala s tím, že senioři některé služby nevyužívají, protože je vůbec neznají. Informovanost o sociálních službách, mimo sociálních dávek, je velmi nízká. Tato práce by mohla seniorům sloužit jako stručná příručka služeb, které jsou poskytovány na Praze 4.

Seznam použité literatury

1. HUTAŘ, J.; KRÁSA, V. *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy*. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR za podpory Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, 2006.
2. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
3. KALVACH, Z. a kol. *Vybrané kapitoly z geriatrické a medicíny chronických stavů I*. UK v Praze: 1992. ISBN 80-7066-702-8.
4. KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R. a kol. *Geriatrické a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
5. KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
6. NĚMCOVÁ, Jitka, MAURITZOVÁ, Ilona. *Text pro posluchače zdravotnických studijních oborů*. Praha: Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.
7. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatrické pro praxi*. Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
8. DUDEK, Martin. „*Chceme seniorům nabídnout ještě více komfortu!*“. Tučňák, ročník XIX, duben 2009.
9. STAŇKOVÁ, Ivana. *Senioři si zaslouží více naší péče*. Tučňák, ročník XVIII, říjen 2008.
10. *Více prostoru pro „Domovinku“*. Tučňák, ročník XIX, červenec-srpen 2009.

Anonym. *Důchodové pojištění*. Dostupné na: www.mpsv.cz.

Anonym. *Oddělení a kliniky*. Dostupné na: www.ftn.cz.

Anonym. *Sociální služby*. Dostupné na: www.mpsv.cz.

Anonym. *Vdovský a vdovecký důchod*. Dostupné na: www.cssz.cz.

Šplíchal, M. *Ústav sociálních služeb*. Dostupné na: www.praha4.cz Úvodní strana. Dostupné na: www.ftn.cz.

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha B - Městská část Praha 4

Příloha C - Thomayerova nemocnice

Příloha D - Domovy důchodců

Příloha E- Denní stacionáře

Příloha F - Jídelny

Příloha G- Terénní pečovatelská služba

Příloha H - Denní stacionář- Branická

Příloha I - Pobytové odlehčovací služby- OZ Jílovská

7. Máte zdravotnické či sociální zařízení blízko domova?

ANO

NE

8. Jaké zdravotnické služby využíváte?

- obvodní lékař
- geriatr
- geriatrické oddělení
- domácí péče
- LDN (léčebna dlouhodobě nemocných)
- rehabilitační oddělení

9. Jste spokojeni s těmito službami?

ANO

NE

10. Jaké sociální služby využíváte?

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| - domovy důchodců | - příspěvek na péči |
| - denní stacionáře | - starobní důchod |
| - domovy s pečovatelskou službou | - vdovský nebo vdovecký důchod |
| - sociální poradenství | - dávky státní sociální podpory |
| - pečovatelská služba | |
| - osobní asistence | |
| - kluby pro seniory | |
| - jídelny pro seniory. | |

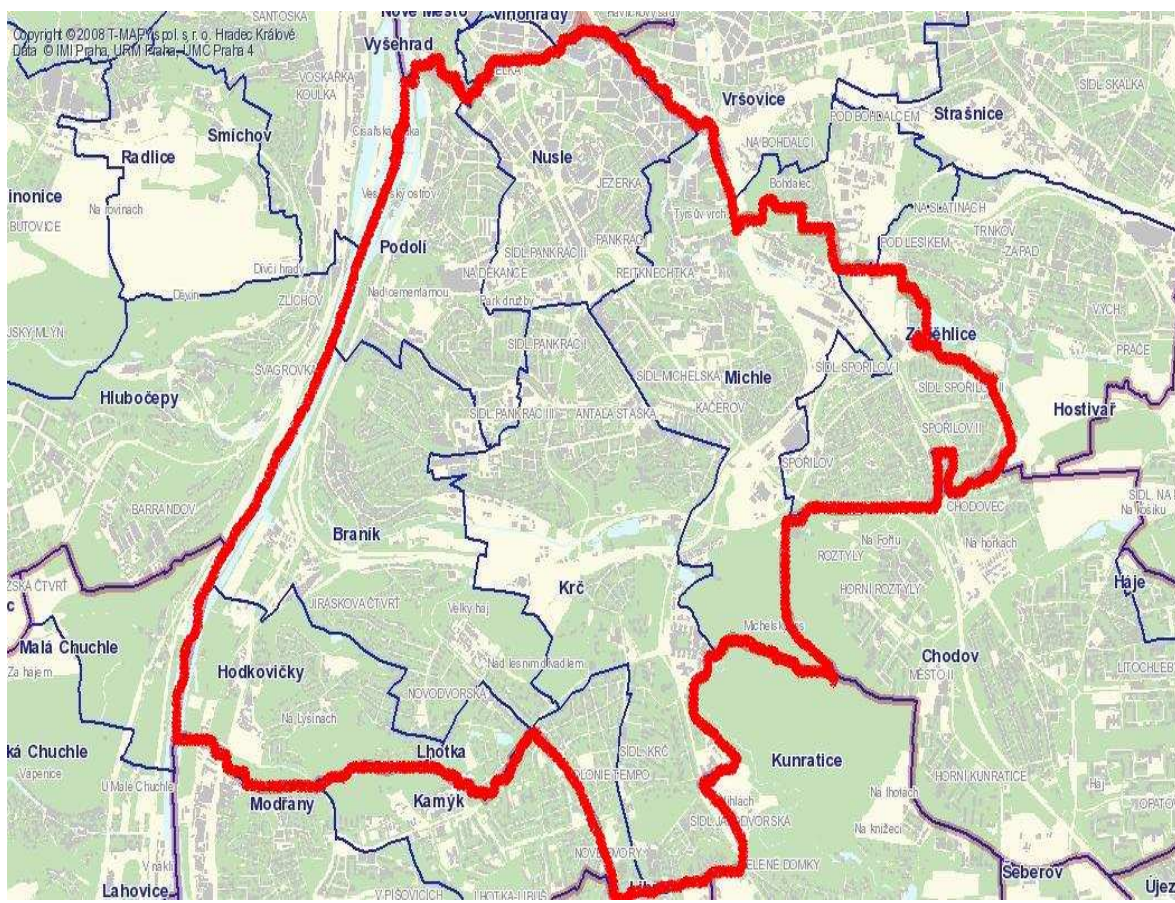
11. Jste spokojeni s těmito službami?

ANO

NE

Děkuji vám za vyplnění tohoto dotazníku.

Příloha B - Městská část Praha 4



Příloha C - Fakultní Thomayerova nemocnice



Příloha D - Domovy důchodců

<u>Domovy důchodců</u>		
<u>Domovy důchodců</u>	<u>Počet míst</u>	<u>Cena</u>
K Milíčovu 734, Praha 4	200	110 - 150,- Kč/hod.
Sulická 1085/53, Praha 4	243	5550- 5820,- Kč
Donovalská 2222/31, Praha 4	260	6750 - 8700,- Kč
Michelská 1/7, Praha	56	Není uvedeno

Příloha E - Denní stacionáře

<u>Denní stacionář</u>		
<u>Zařízení</u>	<u>Doba provozu</u>	<u>Cena</u>
Branická 65/46	7.00- 16.00	28 - 84,- Kč/hod.
Sue Ryder	8.00- 18.00	297,50,- Kč/den

Příloha F - Jídelny

<u>Jídelny</u>		
<u>Stravovací místa</u>	<u>Cena oběda</u>	<u>Doba výdeje</u>
ZŠ Bítovská 1246, Michle	55,- Kč	11.30- 12.00
ZŠ Jeremenkova 1003, Podolí	58,- Kč	11.15- 11.45
ZŠ Jižní IV. 1750/10, Spořilov	55,- Kč	11.15- 11.45
ZŠ Jílovská 1100, Braník	54,- Kč	11.00- 11.30
ZŠ Mendíků 1000/1, Nusle	52,- Kč	11.15- 11.45
ZŠ Na Chodovci 2700/54, Spořilov	57,- Kč	11.00- 11.45
ZŠ Ohradní 49, Michle	55,- Kč	11.30- 11.45 13.45- 14.00
ZŠ Školní 700, Braník	53,- Kč	11.00- 11.40
ZŠ Tábořská 45, Nusle	58,- Kč	11.30- 12.00
ZŠ Na Líše 16, Michle	55,- Kč	11.20 - 11.40
ZŠ Na Planině 1393, Michle	60,- Kč	11.30- 12.00
ZŠ Plamínkova 2, Nusle	55,- Kč	11.15- 11.45
ZŠ Poláčkova 1067, Krč	55,- Kč	11.00- 11.40
DPS Marie Cibulkové 626	49,- Kč	Není přesně určena
Svatoslavova 27	49,- Kč	Není přesně určena
DPS Branická 55/43	49,- Kč	Není přesně určena
DPS Podolská 208/31	49,- Kč	Není přesně určena
Oše. zařízení Jílovská 423	49,- Kč	Není přesně určena

Příloha G - Pečovatelská služba

Druh úkonu:	Pojmenování úkonu:	Úhrada v Kč,-
	<i>Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:</i>	
1.	pomoc a podpora při podávání jídla a pití	100,-
2.	pomoc při oblékání a svlékání včetně spec. pomůcek	100,-
3.	pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	100,-
4.	pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	100,-
	<i>Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:</i>	
1.	pomoc při úkonech osobní hygieny	100,-
2.	pomoc při základní péči o vlasy a nehty	100,-
3.	pomoc při použití WC	100,-
	<i>Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:</i>	
1.	zajištění stravy, odpovídající věku, zásadám rac. výživy a potřebám dietního stravování	do 75,-Kč/oběd
2.	dovoz nebo donáška jídla	20,-/oběd
3.	pomoc při přípravě jídla a pití	100,-
4.	příprava a podání jídla a pití: <ul style="list-style-type: none"> • terénní peč. služba • ambulantní peč. služba v jídelnách PS 	100,-
	<i>Pomoc při zajištění chodu domácnosti:</i>	
1.	běžný úklid a údržba domácnosti	100,-
2.	údržba domácích spotřebičů	100,-
3.	pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, např. sezónního úklidu, po malování	100,-
4.	donáška vody	100,-
5.	topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení	100,-
6.	běžné nákupy a pochůzky	100,-
7.	velký nákup (týdenní, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti)	100,-nákup
8.	praní a žehlení ložního prádla, popř. jeho drobné opravy	50,-/á 1 kg prádla
9.	praní a žehlení osobního prádla, popř. jeho drobné opravy	50,-/á 1 kg prádla
	<i>Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:</i>	
1.	doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět	100,-
2.	doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány a doprovázení zpět	100,-

Příloha H - Denní stacionář- Branická

Druh úkonu:	Pojmenování úkonu:	
<i>Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:</i>		
1.	pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	100,-
2.	pomoc při přesunu na vozík nebo lůžko	100,-
3.	pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	100,-
4.	pomoc a podpora při podávání jídla a pití	100,-
<i>Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:</i>		
1.	pomoc při úkonech osobní hygieny	100,-
2.	pomoc při použití WC	100,-
<i>Poskytnutí stravy:</i>		
	zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování	do 75,-Kč/oběd
<i>Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:</i>		
1.	pracovně výchovná činnost	100,-
2.	nácvik a upevňování schopností a dovedností	100,-
3.	vytvoření podmínek pro zajištění přiměřeného vzdělávání/pracovního uplatnění	100,-
<i>Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:</i>		
1.	pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při sociálním začleňování osob	100,-
<i>Sociálně terapeutické činnosti:</i>		
1.	socioterapeutické činnosti pro rozvoj a udržení osobních a sociálních schopností a dovedností	100,-
<i>Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:</i>		
1.	pomoc při komunikaci k uplatňování práv a oprávněných zájmů	100,-

Příloha I - Pobytové odlehčovací služby- Domov pro seniory OZ Jílovská

Druh úkonu:	Pojmenování úkonu:	částka v Kč/hod.
<i>Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:</i>		
1.	pomoc a podpora při podávání jídla a pití	100,-/hod.
2.	pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	100,-/hod.
3.	pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	100,-/hod.
4.	pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru	100,-/hod.
<i>Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:</i>		
1.	pomoc při úkonech osobní hygieny	100,-/hod.
2.	pomoc při základní péči o vlasy a nehty	100,-/hod.
3.	pomoc při použití WC	100,-/hod.
<i>Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy*</i>		
1.	zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování	do 150,- Kč/celodenní strava, z toho oběd do 75,-Kč
2.	pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby	100,-/hod.
<i>Poskytnutí ubytování:</i>		
1.	ubytování + úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení, včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování v pokoji: <ul style="list-style-type: none"> • jednolůžkovém s vlastním sociálním zařízením 160,- • jednolůžkovém bez vlastního sociálního zařízení 150,-/den • dvoulůžkovém 140,-/den • tří- a vícelůžkovém 120,-/den 	
<i>Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:</i>		
1.	doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět	100,-/hod.
2.	pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při soc. začleňování osob	100,-/hod.
<i>Sociálně terapeutické činnosti:</i>		
1.	socioterapeutické činnosti k rozvoji nebo udržení osobních a soc. schopností a dovedností	100,-/hod.
<i>Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:</i>		
1.	pomoc při komunikaci k uplatňování práv a oprávněných zájmů	100,-/hod.
2.	pomoc při vyřizování běžných záležitostí	100,-/hod.
<i>Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:</i>		

1.	nácvik a upevňování schopností a dovedností	100,-/hod.
2.	podpora při zajištění chodu domácnosti	100,-/hod.