

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Dostupnost zdravotní a sociální péče pro seniory v domácím prostředí
ve vybrané lokalitě**

**Availability of health and social care for the elderly at home, in the
selected location**

Hana Štěchová

Vedoucí práce : PhDr. Jaroslava Hanušová, Ph.D.

Studijní program : Specializace v pedagogice

Studijní obor : Pedagogika – výchova ke zdraví se zaměřením na vzdělávání

2019

Odevzdáním této bakalářské práce na téma *Dostupnost zdravotní a sociální péče o seniory v domácím prostředí ve vybrané lokalitě* potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením PhDr. Jaroslavy Hanušové, Ph.D., samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 18. dubna 2019

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Jaroslavě Hanušové, Ph.D. za její trpělivost, doporučení, vstřícný přístup a cenné rady při tvorbě mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat praktické lékařce paní MUDr. M. Petrov za její pohled na danou problematiku seniorů, panu řediteli ing. J. Zahradníčkovi z domácí zdravotní péče Geria s.r.o. za to, že mě motivoval k napsání mé bakalářské práce, která postihuje oblast edukace seniorů a jejich péči v domácím prostředí, dále bych moc ráda poděkovala vedoucí sociální pracovníci Mgr. M. Chábové z ÚVN Praha 6, díky které mohu provádět aktivní edukaci seniorů v konkrétním zdravotnickém zařízení. V neposlední řadě děkuji všem členům pražského Sokola v Praze 6 za ochotu trávit čas nad dotazníkem a jejich pozitivním přístupem k aktivnímu stárnutí. Velké poděkování patří též řádovým sestřím z kostela sv. Václava v Praze 6 a také všem farníkům, kteří se aktivně podíleli na zpracování mého dotazníku.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na zjištění dostupnosti a spokojenosti poskytované zdravotní a sociální péče u seniorů, kteří žijí jak samostatně, tak v rodinném zázemí. Téma jsem zvolila z důvodu zvyšujícího se počtu seniorů v lokalitě mého bydliště a také proto, že otázka seniorů je v současné době značně diskutována. Hlavním cílem bylo zjistit, jak senioři prožívají svůj každodenní život v rodinném kruhu nebo samostatně, kdo a jak jim pomáhá. Také mě zajímalo zjistit úroveň vědomostí, jak rozumějí senioři termínům zdravotní a sociální péče.

V praktické části prezentuji výzkum prostřednictvím dotazníku, který jsem předala seniorům ve vybrané lokalitě. Základní podmínkou pro vyplnění dotazníku byl věk seniora nad 70 let, kteří žijí v domácím prostředí a potřebují různou úroveň domácí pomoci. Získaná data jsou zpracována do grafů s komentářem o tom, co jsem zjistila. Součástí praktické části je doporučení edukace seniorů ve vztahu k sociální a zdravotní péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

Senior, stáří, stárnutí, zdravotní péče, sociální péče, gerontologie, edukace seniorů.

ABSTRACT

In my bachelor thesis I focused on the findings of medical and social care accessibility of senior citizens living in my own locality, one part of these senior citizens lives independently, the others live with their families.

The subject has been chosen for a few reasons. Firstly the number of senior citizens in my locality has considerably increased in recent years, secondly the matter has been many times discussed. The main goal is to find out how the seniors citizens live their daily lives in their families or individually and how do they help them.

What interested me as well, was to find out the level of information shared by senior citizens and how the terms of medical and social care are understood by them.

The practical part of the thesis presents a survey by means of a questionnaire given to senior citizens in the selected locality.

The basic requirement for completing the questionnaire was the age over 70 years of senior citizens who live in the home environment and who need a different level of help.

The obtained data is processed in charts with a little commentary on what I found. The practical part of the education of three elderly people in relation to social and health care.

KEYWORDS

Senior, old age, ageing, medical care, social care, gerontology, senior's education.

OBSAH

ÚVOD	2
1. TEORETICKÁ ČÁST	3
1.1. Základní pojmy související se stářím a stárnutím	3
1.2. Stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky.....	7
1.3. Vybrané fyziologické změny ve stáří.....	9
1.4. Komunikace se seniory	10
1.4.1. Edukace seniorů	14
1.5. Rodina seniora a mezigenerační vztahy.....	17
1.6. Zdravotní a sociální péče o seniory	20
2. PRAKTICKÁ ČÁST	25
2.1. Cíle praktické části	25
2.2. Metodologie	25
2.2.1. Dotazníkové šetření.....	25
2.2.2. Popis cílové skupiny.....	26
2.3. Průběh dotazníkového šetření	26
2.4. Výsledky dotazníkového šetření.....	27
2.6. Komparace dat.....	48
2.7. Závěr k praktické části.....	49
SEZNAM LITERATURY.....	50
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK	51
SEZNAM PŘÍLOH	53

ÚVOD

Svoji práci jsem zaměřila na problematiku seniorů ve svém okolí. Nemohu začít jinak, než konstatováním, že každým dnem stárneme. Jde o konstatování neveselé, avšak nemusíme vidět stáří jako fenomén pesimistický, naopak bych ráda ve své práci upozornila a vyzdvihla také nezaměnitelně optimistická fakta seniorského věku. I když stárnutí, stáří, umírání a smrt jsou termíny, které znepokojují jedince, společnost a odborníky, dá se i u těchto nepříliš veselých tématech nalézt optimismus.

Každý člověk již od prvního dne narození stárne a stejně jako malé miminko potřebuje péči, tak i starší člověk, senior, potřebuje naši péči a porozumění. Úspěšnost stáří a dynamika stárnutí je do značné míry ovlivněna dlouhodobou životní přípravou po celý předcházející život. Činorodost, aktivita, produktivita, pohyb, starostlivost o rodinu, přátelé a celá řada dalších faktorů je dobrým příslibem ke kvalitnímu prožití a prožívání poslední etapy života. Demografické prognózy naznačují, že i následující období bude ve znamení růstu stárnoucí populace, a tak věřím, že i tato práce přispěje k jistému úhlu pohledu na tuto, dnes již poměrně velkou skupinu obyvatel.

1. TEORETICKÁ ČÁST

Dostupnost zdravotní a sociální péče je hodně diskutovaný celospolečenský jev, kterému by měla být věnována náležitá pozornost. K pochopení tohoto tématu je zapotřebí specifický přístup. Zdravotní a sociální péči není možné přehlížet, neboť každý jedinec stárne a z každého z nás se jednou stane senior. Proto je důležité upozorňovat na systém dostupnosti zdravotní a sociální péče, aby senioři mohli žít plnohodnotný život až do konce svých dnů. V teoretické části vymezují problematiku seniorů v souvislosti s dostupností zdravotní a sociální péče. Na úvod vysvětlím několik základních pojmů, které z velké části postihnou rozsah této práce. Jedná se například o pojmy senior, stáří, stárnutí, zdravotní péče, sociální péče, gerontologie, geragogika.

1.1. Základní pojmy související se stářím a stárnutím

Stárnutím a stářím se dílčím způsobem zabývá řada oborů a dílčích disciplín. Skoro v každém vědním oboru, pracujícím s lidmi, je jistá část věnována a zohledňována ve vztahu ke starší generaci, k seniorům. Je však žádoucí, aby poznatky a zkušenosti z různých oborů měly komplexní charakter a sjednocovaly používanou terminologii. Ve většině odborných materiálů se můžeme setkat se třemi základními pojmy, týkající se stáří. Jedná se o gerontologii, geriatrii a geragogiku.

Gerontologie je souhrn poznatků o problematice stáří, stárnutí a života ve stáří. Je to věda interdisciplinární, integrovaná a komplexní. Etymologicky je tento pojem odvozen od řeckého slova "gerón" – stařec. Jde o multioborovou a interdisciplinární problematiku. Gerontologii rozdělujeme na tři části. Na gerontologii experimentální, klinickou a sociální (Čeledová, 2016).

Hlavním cílem gerontologie je předcházet předčasnému patologickému stárnutí, usilovat o zdravé stárnutí a stáří, prodlužovat soběstačnost seniora až do pozdního věku, zlepšovat kvalitu života lidí i ve vyšším věku (Zavázalová, 2001).

Gerontologie experimentální je založena na vědeckých experimentech. V této metodě se využívá pokusů k získávání nových poznatků k jejich ověřování (Zavázalová, 2001).

Gerontologie klinická (geriatrie) se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu, chorob a jejich léčení ve stáří, přístupem ke starým pacientům, především k lidem vyššího věku s medicinskými riziky a s problémy tzv. geriatrické křehkosti (Čeledová, 2016).

Sociální gerontologie se zabývá životem ve stáří, vztahy mezi starými lidmi a společností, vztahy mezi generacemi, demografií, sociologií a konkrétními souvislostmi ekonomickými a dalšími. Geragogika (častěji užívaný termín gerontopedagogika) je termín, který již neobsahuje medicínské a klinické pohledy, ale více přesahuje do pedagogiky. Jedná se o termín, který v užším slova smyslu

zahrnuje hlavně výchovu a vzdělávání seniorů. Pedagogika je definována v širších souvislostech jako věda o výchově, zahrnuje v sobě obecnou vědu o výchově dětí a mládeže, dále pak andragogiku jako obor pro výchovu a vzdělávání dospělých. Geragogika z tohoto výčtu obsahuje vše, co souvisí se vzděláváním seniorů. Ale tento pohled by mohl být poměrně zkreslený, pokud bychom jej ještě více nerozebrali a neřekli, že se jedná o snahu výchovně působit na seniory a podporovat jejich sebevzdělávání. Jde o teoreticko-empirickou disciplínu, zabezpečující pomoc a podporu seniorům při uspokojování jejich potřeb (*Muhlpachr, 2001*).

Termín senior má řadu definic, které se s větší či menší úspěšností snaží postihnout a nadefinovat tento termín. Obecně a velmi zjednodušeně se mohu připojit ke konstatování, že seniorem je každý jedinec, který v dané společnosti dosáhl úctyhodného věku a je považován většinou společností za nejzkušenějšího. Ve společnosti se setkáváme s termínem "důchodce", tento termín však vůbec neodpovídá fyzické, ani psychické struktuře osobnosti, jde pouze o ekonomický termín, neboť poukazuje na sociální aspekt pobírání dávek důchodového zajištění, což nezohledňuje reálný stav osoby. Jde o termín, který můžeme považovat za emočně vcelku neutrální, označující člověka v průběhu celého senia, bez ohledu na míru soběstačnosti. Člověka většinou považujeme za seniora v okamžiku, kdy odchází do důchodu nebo podle kalendářního věku. Toto věkové ohraničení však není zcela v pořádku, takový přístup nebere v potaz biologickou, sociální, psychologickou a ekonomickou různost, jež se u jedince, který dosáhl určitého věku liší (*Muhlpachr, 2001*).

Stárnutí (lat. senescence; gerontogeneze) je komplexní, nevratný, dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organizmy již od jejich početí, kontinuálně. Je to proces, jež od nepaměti patří do života všech živých organizmů, se specifickými znaky pro každý druh. Hovoří se o vzájemně propojených procesech biologického, psychologického a sociálního stárnutí, odehrávajících se s interindividuální variabilitou. Stárnutí ovlivňují dva základní faktory, které můžeme jednoduše rozdělit na vnitřní a vnější. Vnitřní faktory: genetická výbava, tělesná onemocnění a psychické poruchy, psychická výbava jedince (povahové zaměření, stereotypy, životní cíle). Vnější faktory: fyzikální a chemické (klíma, životní prostředí), sociální (způsob a kvalita bydlení, finanční zabezpečení a rodina), (*Příbyl, 2015*).

Výše zmíněné faktory stárnutí rozpracovává i česká psycholožka Vágnerová, která vychází z individuálních rozdílů v procesu stárnutí, právě ve vztahu k působení vnitřních a vnějších faktorů. Tempo stárnutí ovlivňují také faktory zevního prostředí, životní styl, a především zdravotní stav daného jedince, který má nezaměnitelný vliv na maximální délku života. V souvislosti s faktory, které ovlivňují stárnutí samozřejmě nemůžeme opomenout ani fyzickou aktivitu, stravovací návyky, společenské a pracovní zařazení. Na opačné straně spektra stojí faktory, které příliš naše příjemné stáří nepodporí a těmi jsou nadměrný příjem potravy, časté a nekontrolované pití alkoholu, kouření,

vysoký krevní tlak, osamělost nebo sedavý způsob života (*Příbyl, 2015*).

V neposlední řadě můžeme zmínit i dva základní a řekněme nejjednodušší faktory stárnutí a těmi jsou fyziologické faktory normální, věkem přicházející a faktory patologické - předčasné, které v důsledku biologické poruchy stárnutí urychlují). K bližšímu pohledu na proces stárnutí musíme vycházet z poznatků života a osobnosti daného člověka v celé jeho komplexnosti (*Kubešová, 2006*). Stáří (lat. senium) je konečnou etapou organismu, která končí smrtí. Již staří antičtí učenci charakterizovali stáří různými přirovnáními: Aristoteles hovoří o "ztrátě tepla", Hippokrates hovoří o "ztrátě vlhka". Staří se jeví jako jeden ze základních sociálních pilířů, které mají ve společnosti v podstatě dvě povahy. Rozlišujeme povahu pozitivního zhodnocení nebo diskriminačního vyloučení. V otázce pozitivního zhodnocení máme na mysli moudrost, úctu, zkušenosti a zásluhy. Druhá stránka diskriminačního vyloučení je pohled na jedince jako na neschopného, pomalého a nepřizpůsobivého jedince, který v řadě případů "překáží". Diskriminační pohled na stáří je totiž spojen s výrazným poklesem výkonosti a společenské potřebnosti. Starým se stává každý v okamžiku, kdy nová, nastupující generace potřebuje více místa pro svoje fungování a působení, aniž by si uvědomovala nutnost přebírat zkušenosti od starších (*Kalvach, 1997*).

Není však pravdou, že by stáří bylo považováno vždy za něco "negativního". Z historie víme, že dožít se vysokého věku, dožít se vlastního staří bylo ještě před několika staletími něco vysoce nepravděpodobného. Průměrný věk jedinců můžeme doložit statistikou, že ve starém Řecku a Římě se lidé zpravidla "těžko" dožívali 25 let, podobná průměrná délka života byla v Evropě ještě v 16. století prakticky stejně nízká. Teprve v první polovině 18. století dosáhla 30 let a ještě v 19. století se pohybovala kolem 40 let. V roce 1940 činil průměrný věk v Evropě 50 let, postupně se však zvyšoval až do dnešních dnů s tím, že se jeho růst nadále předpokládá (*Haškovcová, 2010*).

Musím však upozornit, že průměrný věk je prostý statistický údaj získaný tím, že sečteme roky, které dohromady prožili příslušníci dané generace a dělíme jej právě jejich počtem. Do výsledného čísla se však promítne někdejší vysoká kojenecká úmrtnost a smrt z důvodů válek, epidemií moru, úrazů a špatné hygieny. S přibývajícemi staletími se však průměrný věk prodlužoval a v roce 2017 jsme například u nás, v České republice, na hranici 80 let. Ženy se dožívají průměrného věku 82 let a muži 76 let. Dle českého statistického úřadu (2017) je zastoupení seniorů nad 65 let v ČR 18,8% všech obyvatel (www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2018). Střední délka života v roce 2017 byla u mužů 76,0 let a u žen 81,8 let, viz *Senioři a zdraví* :(www.czso.cz/documents/10180/60664322). V Praze jsou údaje podobné, délka dožití u mužů představuje 77,73 let a u žen 82,52 let (www.czso.cz/documents/10180/60664322). Předpokládá se, že v roce 2050 bude podíl lidí starších 80ti let 9,6%, a to z celkového počtu osob v ČR. V roce 2010 byl podíl osob starších 80ti let 3,6% z celkového počtu obyvatel ČR (*Hrozenková, 2013*).

Tradičně se rozlišuje stáří na kalendářní, biologické a sociální.

Kalendářní stáří vychází z data narození jedince. Podle klasické patnáctileté periodizace lidského života akceptované gerontologickými experty WHO se vyšší věk dělí na :

- a) rané stáří – senescence : 60-74let
- b) vlastní stáří – senium : 75-89 let
- c) dlouhověkost – patriarchium : 90 a více let

S ohledem na zlepšující se zdravotní a funkční stav stárnoucí populace se dnes více autorů přiklání k členění na:

- a) mladí senioři (young-old) : 65-74 let
- b) staří senioři (old – old) : 75-84 let
- c) velmi staří senioři (very old-old) : 85 a více let (*Příbyl, 2015*)

Biologické stáří lze charakterizovat jako míru involučních změn pokles potenciálu zdraví. Jde o souhrn nevratných biologických změn, případně genových expresí, predikující zvýšené riziko nemocí, funkčních deficitů, úmrtí. Biologické stáří není dnes stanovitelné, neexistují přesná kritéria, procesy stárnutí jsou protnuty s chorobnými změnami. K vnějším příznakům biologického stáří patří pokles výkonnosti, míra funkčního zdraví, změny postavy, postoje, chůze, pokožky (vrásky), fyziognomie obličeje, chování, atd., ale také subjektivní vnímání výkonnosti a životní perspektivy. Příčiny stárnutí a stáří nejsou stále uspokojivě vysvětleny a v množství hypotéz, které se vyjadřují k příčinám, je velmi těžké najít tu nejvýstižnější (*Příbyl, 2015*).

Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí a postojů, sociálního potenciálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku. Sem patří penzionování, pokles životní úrovně a nezaměstnanost, ztráta společenského postavení, omezení společenských a kulturních aktivit, strach z osamělosti a opuštěnosti, strach z nepotřebnosti. Do sociálního stáří musíme zohlednit také smrt kamarádů a životních partnerů, což ještě více urychlí pocit stárnutí. Tomuto fenoménu se říká tzv. "generační osamělost" (*Příbyl, 2015*).

V prevenci proti negativnímu postoji ke stáří přispívá příprava na stáří tzv. zdravé stárnutí. Zdraví, integrace a podílení se na společných věcech je velmi provázané. Zdraví je zásadním předpokladem pro aktivní začlenění na trhu práce do společnosti, ale také jde o předpoklad pro dobré prožití seniorského věku. Zlepšování zdravotního stavu obyvatel se samozřejmě projeví na zdravotním stavu seniorů, jejich aktivitách a sociálních vazbách. Péče o zdraví a podpora zdravého životního stylu musí začít již v dětském věku, pozitivně ovlivňuje sociální integraci a vztah ke stáří. Rozvoj tzv. zdravotní gramotnosti by měl být sledován a podporován od útlého věku jedince až do období seniorského. Senioři by měli mít za svůj život dostatečné množství informací o tom, jak udržovat

své zdraví a jak předcházet nemocem, která jsou typická pro přicházející seniorský věk. Investice do zdraví se pozitivně odráží nejen z ekonomického pohledu, ale má velmi významný a pozitivní vliv na setrvání seniorů v svých sociálních vrstvách. Programy na podporu zdraví by měly být místně dostupné, senior by měl být spokojen s místní zdravotní a sociální pomocí (*Čeledová, 2016*).

1.2. Stárnutí obyvatelstva a jeho důsledky

Stárnutí obyvatelstva není možné vztahovat jen na jednotlivce, ale samozřejmě na celou společnost. Důsledky stárnutí lze rozdělit do 4 skupin. Jedná se o důsledky ekonomické, sociálně zdravotní, sociologické a sociálně psychologické a osobní.

A) Ekonomické důsledky: celosvětově můžeme říci, že nám populace stárne. Je třeba vytvářet vyšší hrubý domácí produkt, zvyšovat výdaje na sociální zabezpečení (důchody, sociální podporu a pomoc, sociální péči) a v neposlední řadě zvyšovat výdaje na zdravotní péči, která přibývá s vyšším věkem a stárnutím obyvatelstva. Pracující lidé (ekonomicky aktivní) musí vyprodukovat takový nadvýrobek, aby uspokojili nejen své životní potřeby, ale i potřeby ostatních členů společnosti. Důchodové zabezpečení tvoří největší podíl sociálních nákladů. Řada zemí se vzrůstající poptávkou po důchodovém zabezpečení přizpůsobuje různými změnami a aktualizacemi důchodového systému, např. hranicí odchodu do důchodu (*Zavázalová, 2001*).

Stárnutí obyvatelstva není důsledkem pouze prodloužením věku seniorů, ale ve snížení porodnosti. Je známou skutečností, že ekonomika ovlivňuje populaci, avšak populace naopak významně ovlivňuje ekonomiku (*Hrozenská, 2013*).

B) Sociálně zdravotní důsledky stárnutí vyplývají především:

a) z vyšší nemocnosti starších a starých lidí. Se zvyšujícím se věkem roste výskyt chronických chorob a vzrůstá multimorbidita. Sklon k chronicitě je doprovodným faktorem u vyšší věkové kategorie a vede ke zvyšování počtu dlouhodobě nemocných. Ve věku kolem 85 let prakticky neexistuje osoba, která by netrpěla nějakým chronickým onemocněním, přičemž samozřejmě nejzávažnějším důsledkem nemocnosti je snížení soběstačnosti, která může vést až k bezmocnosti (*Zavázalová, 2001*).

b) ze zvýšené potřeby zdravotní a sociální péče. Vysoká nemocnost vede k vyšší potřebě ambulantní i ústavní zdravotní a sociální péče a potřebě pomoci druhé osobě. Pro pečující rodinu o bezmocného seniora je to velká zátěž a většinou vyžaduje pomoc společnosti. (*Zavázalová, 2001*).

c) ze zvýšení spotřeby zdravotní a sociální péče. Zvýšená potřeba péče vede ke zvýšení spotřeby zdravotní a sociální péče. Tato služba je poskytována v ambulantních zdravotnických a sociálních službách. U seniorů se sníženou soběstačností převažuje péče ošetrovatelská (Zavázalová, 2001).

Sociální důsledky zdravotního postižení jsou nejviditelnější při porovnání se zdravou fyzickou osobou, která je stejného pohlaví a věku, ve stejných podmínkách, ale které není schopna postižená osoba překonat (Hrozenská, 2013).

C) Sociologické a sociálně psychologické důsledky stárnutí zahrnují měnící se postoje a chování obyvatel, a to výrazně u mladší generace. Změna nastává i v charakteru rodiny, která se mění z vícegenerační na jednogenerační. Zvyšuje se podíl samostatně bydlících manželských párů nebo osamělých osob ve vyšším věku. Je třeba vytvářet příznivou společenskou atmosféru pro uspokojování potřeb a řešení životních problémů starší generace. Zabezpečení dostupnosti adekvátní zdravotní a sociální péče. Je potřeba vychovávat k úctě ke starším lidem v rodině, ve škole a v celé společnosti spojené s aktivitami, které povedou ke komplexnímu poznání situace a potřeb seniorů. Potřeba přípravy na stáří, výchovy ke správnému stárnutí a k aktivnímu životu ve stáří. Je potřeba větší sociální integrace seniorů v rodině a společnosti, podpora sociální aktivity včetně pracovní, tvořivost a vzdělávání generace třetího věku, prevence a zvládání důsledků osamělosti a sociální izolace (Zavázalová, 2001).

D) Stárnutí a stáří přináší seniorům řadu problémů a nepříznivých osobních důsledků. Mezi nejzásadnější patří snížená ztráta soběstačnosti, která s sebou přináší problémy v zajištění všedních každodenních činností. Zhoršující se zdravotní stav přináší omezení a s tím související snížený příjem finančních prostředků, které vedou k omezení adekvátní životní úrovně. Toto se může projevit například v horším zabezpečení slušného bydlení, zhoršením správné výživy a sníženým zájmem o všestranné aktivity. Zásadním problémem v životě seniorů může být i jejich osamělost (Zavázalová, 2001).

Interakce seniorů s okolím má dvě základní teorie, a to teorii aktivity a teorii odcizování. Zástupci aktivní teorie považují toto učení za nejlepší strategii života starších lidí, kdy se starší lidé aktivně zapojují do společenského života, což vede k vyšší životní spokojenosti. Naopak u teorie odcizování, kde se starší lidé méně často kontaktují se světem, z důvodu ztráty některých smyslů (zhoršení sluchu, zraku), osobní ztráty. Mezi optimální adaptaci pro duševní životosprávu seniorů platí teorie 5 "Pé":

a) perspektiva - časová a věková, jako způsob chápání smyslu života a pohled do

budoucnosti související s hodnotami jedince

b) pružnost - udržování pružnosti v myšlení a v chování pozitivně ovlivňuje adaptaci na řešení nových úkolů ve vyšším věku

c) prozíravost - schopnost poučit se z vlastních chyb a omylů

d) porozumění pro druhé - schopnost vcítění se do konání a myšlení jiných lidí

e) potěšení - citové naplnění srdce a mysli

(Hrozenská, 2013).

Osobní důsledky stárnutí a stáří přináší snížení a ztrátu soběstačnosti, zhoršení zdravotního stavu a s tím související problémy se zajišťováním běžných denních činností. Dalším důsledkem jsou problémy psychologické (úmrtí partnera, ztráta poslední blízké osoby, rodinné konflikty, apod.), je zde nebezpečí sociální izolace a další problémy související s osamělostí a opuštěností. Důsledky osamění lze celkem jednoduše mírnit udržováním společenských kontaktů, citlivým přístupem rodiny, spolu s veřejností a zdravotními či charitativními organizacemi (Hrozenská, 2013).

1. 3. Vybrané fyziologické změny ve stáří

Proces stárnutí doprovází mnohé změny na těle seniorů, organizmus starých lidí celkově atrofuje, viditelně ubývá svalové hmoty, snižuje se procentuální obsah vody v těle. Fyziologické změny se týkají celého těla seniora. Dovolím si v krátkosti popsat změny na několika orgánových soustavách seniorů. Nejviditelnější změny se uskutečňují na kůži seniora. Kůže je orgán, na kterém se projeví stáří nejdříve. Projevuje se sníženou elasticitou a flexibilitou kůže, vytvářejí se vrásky, vlasy a chlupy šednou a vypadávají. Snižuje se počet potních žláz, snižuje se obranyschopnost kůže, rány se hojí delší dobu a objevují se četné pigmentové skvrny (Dienstbier, 2009).

V srdci dochází k ubývání buněk srdeční svaloviny i kontraktilních buněčných elementů. Důsledkem tohoto stavu je pokles tepové frekvence při zátěži. U necvičících jedinců klesá maximální spotřeba kyslíku a dochází k zániku svalových srdečních buněk a jsou nahrazovány vazivovou tkání. Tím se snižuje poddajnost srdečního svalu (myokardu). Dochází k úbytku elastinu v cévách a přibývá kolagenu ve stěně arterií, což vede ke snížení pružnosti cév i arterií. V preventivních opatřeních kardiovaskulárního systému je důležitý dostatek pohybu, zdravá a pestrá výživa, přiměřená hydratace, omezení alkoholu a vyloučení kouření (Holmerová, 2014).

Změny v respiračním systému jsou též významné. Dochází k ochablosti mezižeberních svalů a bránice, což vede k poklesu inspiračního a expiračního tlaku, poklesu vitální kapacity plic (množství vzduchu, které se vejde do plic). Tím se do těla dostává méně kyslíku a plíce mění svoji strukturu (Holmerová, 2014).

Fyziologické změny v trávicím traktu začínají v dutině ústní, a to ztrátou dentice, což vede

k poruchám rozměňování potravy. Ve stáří dochází zcela fyziologicky k poklesu napětí horního jícnového svěrače, ke snížení pohyblivosti orgánů trávicího traktu a omezení sekrece žaludečních šťáv a snižuje se střevní peristaltika (*Holmerová, 2014*).

Změny nastávají i u vylučovací soustavy, u ledvin. Ledviny se zmenšují, snižuje se schopnost filtrace a třídění potřebných látek pro organismus. Močový měchýř ztrácí svoji pružnost, dochází ke slábnutí funkce svalových svěračů (*Dienstbier, 2009*).

U nervové soustavy se snižuje prokrvení mozku, tím vážne zásobování kyslíkem, snižuje se schopnost přenosu informací a důsledkem anatomických a funkčních změn nervové soustavy vzniká zapomnětlivost, zpomalená reakce, snížená schopnost zvládat nové podněty, učit se (*Dienstbier, 2009*).

Fyziologické změny ve stáří postihují dále smyslové orgány. K nejcennějším lidským smyslům patří zrak. U seniorů vzniká stařecká dalekozrakost, projevují se změny akomodace, s věkem se snižuje i poloměr zornic, její plocha i množství světla dopadajícího na sítnici je menší. Sluchové ústrojí vykazuje ubýtek ostrosti pro vysoké tóny. Atrofují i čichová vlákna (*Dienstbier, 2009*).

Na kosterní soustavě můžeme pozorovat řídnutí kostí (osteoporóza), kosti se stávají křehčími. Osteoporóza je nejčastější příčina zlomenin u starších osob, dochází ke zmenšení tělesné výšky člověka, snižují se obratle a meziobratlové ploténky. Vazy ztrácejí pružnost, vápenatí a kostnatí, tím se snižuje pohyblivost kloubů (*Dienstbier, 2009*).

1.4. Komunikace se seniory

Komunikace je základem fungování společnosti a nástrojem vytváření lidských vztahů a vzájemného přenosu informací (*Kabelka, 2017*).

A komunikace se seniory se řídí určitými pravidly, stejně jako je jiná úroveň komunikace s dětmi, s rodiči, s učiteli, úředníky či policisty. Na vhodné komunikaci se seniory dosti záleží, neboť právě vhodná komunikace může velmi významně poznamenat další životní dráhu seniora. Každá komunikace má svá pravidla a nejinak je tomu i v komunikaci se seniorem. Je třeba si uvědomit několik pravidel:

- a) je nutno si uvědomit, jaký rozhovor chceme vést, zda se bude jednat o podporující, edukační, naslouchající či třeba motivující
- b) jaký rozhovor bude vhodný, zda za přítomnosti ostatních nebo mezi čtyřma očima
- c) jaká témata se budou řešit a zda je to téma ve prospěch nemocného, či druhé osoby
- d) kolik času je potřeba rozhovoru věnovat a jaká slova mohou používat.

Jen na okraj je potřeba zmínit, že existují dvě roviny komunikace. Komunikace verbální (slovní) a komunikace neverbální (řeč těla). Oba druhy komunikace jsou při práci se seniory nesmírně důležité, neboť jak verbální, tak především neverbální komunikace může stále udržovat seniora v kontaktu s okolím (*Pokorná, 2010*).

Verbální komunikace musí zajistit jasné pochopení tématu a obsahu slov u seniora. Lidé většinou při verbální komunikaci jednájí na základě svých zkušeností, postojů, kulturních zvyklostí. Je tedy nutné, aby při komunikaci se seniory zazněly takové výrazy a taková větná spojení, kterým senior porozumí. Nevhodně používaná slova nebo výrazy mohou značně zkomplikovat posun v komunikaci, jako příklad zde můžeme uvést dnes zcela běžně používané slovo "myš". U některých seniorů může toto slovo vyvolat otázky a může je zcela zmást, neboť si nemusí dát do souvislosti slovo "myš" jako součást počítače, ale jako drobné zvíře. Při komunikaci zdravotníka a seniora je tento vhodný výběr slov ještě více nutný, neboť používání odborného výrazu, či odborných termínů může seniora zcela vyřadit z koncentrace, nemluvě o tom, že se jedná o jeho zdraví. A v okamžiku, kdy zdravotník začne používat odborné termíny (např. gramofon, uši, magnet...) může u seniora zcela selhat pozornost a ten se dostává do stresu, neboť vůbec neví, co tím zdravotník myslí. Velmi podobná situace však může nastat při zcela běžném hovoru v domácím prostředí, kdy vnuk, či vnučka začnou při komunikaci se seniorem používat neznámé technické výrazy (např. mail, webovky, lajky...). Při jejich používání, aniž by mu bylo předem vysvětleno o co jde, se zcela jistě dříve nebo později dostane senior do situace, že jej rozhovor nebaví, či může mít dokonce pocit, že jej z diskuse záměrně vytěsňujeme (*Pokorná, 2010*).

Důležitá je při verbální komunikaci také délka sdělovaného. Dá se předpokládat, že pozornost u seniora nebude tak vysoká, jako u mladšího člověka, proto je důležité volit vhodná slovní spojení. Zbytečné vysvětlování a natahování diskuse může opět vést k dosažení nepozornosti a únavě u seniora. Je důležitá také rychlost sdělovaného. Při velkém spěchu a nervozitě nedochází k adekvátnímu pochopení sdělovaného. Příliš rychlá, ale také příliš pomalá mluva může seniora rozladit a rychle snížit jeho pozornost. Pokud je podstata informace sdělena příliš rychle nebo naopak moc pomalu, senior nemusí vždy tomuto tempu stačit, ztrácí zájem a řada podstatných informací mu uniká. Při komunikaci se seniory není vhodné tzv. skákat do řeči a nevhodnými výrazy upozorňovat, že sdělované není pravda, či je nezajímavé, neboť senior tím může mít pocit nedůležitosti (*Pokorná, 2010*).

V některých momentech není nutné při rozhovoru se seniorem používat verbální komunikaci. Stačí úsměv, letmý pohled nebo dotek ruky a tím vznikne příjemné souznění, aniž by bylo potřeba slov (*Hrozenská, 2013*).

Nevhodným chováním při komunikaci ohrožujeme výsledek sdělovaného a možná také to, co by

nám svými zkušenostmi a poznatky mohl senior sdělit. Velmi často to bývají velmi vhodné životní postřehy a zkušenosti. Každý rozhovor či komunikace se seniory se musí držet určitých pravidel, která běžně používáme v komunikaci s okolím. Jedná se především o dodržení úcty s osobou, se kterou vedeme rozhovor, nezapomínáme na pozdrav a oslovení, je vhodné si na začátku naznačit, či přímo říci vzájemné role, vytvoření vhodného prostředí k rozhovoru, podpořit jistou úroveň důvěry a laskavosti. V neposlední řadě se připravit na možnost konfliktní komunikace, na vhodnou obranu s úctou k seniorovi a vytvořit klima aktivního naslouchání. Rituál pozdravení a oslovení má v každém rozhovoru svoji naprosto nezastupitelnou roli. V případě seniorů je tento rituál velmi sledován a může mít vliv na celý následující průběh komunikace. V komunikaci se seniory je potřebné si uvědomit, na jaké oslovení je senior zvyklý, jak byl v kolektivu, v práci či mezi přáteli oslovován a měli bychom se ujistit, že naše oslovení jej nijak neurazí či nepodráždí. Je také velmi vhodné nepoužívat příliš slangových slov a je vždy velmi výhodné dostat se na komunikační úroveň seniora, případně níže, neboť používání moderních výrazů a slangů může komunikaci mezi námi a seniorem výrazně zpomalit, popř. může vést k jeho úplnému zastavení. Témata rozhovorů jsou velmi různá a dá se říci, že vždy by měla sloužit k obohacení účastníků komunikace. Většinou bychom měli dávat více prostoru v komunikaci seniorům, ovšem nemusíme pouze poslouchat, ale můžeme do seniorova monologu aktivně vstoupit. To dává seniorovi informaci o tom, že jeho povídání sledujeme a že jsme aktivními účastníky jeho myšlenek. Časový horizont rozhovoru by měl vylítnout sám. Senioři jsou velmi často příliš rozvláční, dlouho vzpomínají, hledají slova a proto bychom měli s touto variantou počítat, neměli bychom seniora příliš časově omezovat, na druhou stranu bychom měli jasně upozornit, kolik času pro rozhovor či komunikaci máme. Senioři, ve většině případů, neztrácejí svoji úroveň inteligence, ale nevhodně zvolené komunikační prostředky mohou seniory z komunikace zcela vyřadit. Senior totiž bude vždy potřebovat více času na sestavení verbální odpovědi, bude potřebovat více času na to, aby všechny věci pochopil tak, jak si přeje sdělující (*Pokorná 2010*).

Úspěšná komunikace je základem pro toho, kdo pomoc nabízí a kdo pomoc přijímá. Existují různá specifika, která se projeví při komunikaci se seniorem. Komunikace je především předávání informací, pocitů a citů druhému. Cesta komunikace je verbální i neverbální, avšak gesto, pohled či tón hlasu může vypovědět více než slovo. Pokud člověk umí naslouchat druhým, je schopen porozumět i neverbálním signálům a pozná, kdy rozhovor zastavit, pokračovat, či kdy zůstat nebo odejít (*Hrozenková, 2013*).

Komunikace neverbální je důležitější než verbální podání našeho sdělení. Sebelépe míněné verbální sdělení, které je v nesouladu s neverbálním projevem, je velmi nebezpečné a může mít poměrně závažné důsledky v důvěře seniora. Existuje celá řada situací, kdy neverbálně sdělované, může mít

daleko větší informační přínos pro příjemce, než slovně sdělované. Je nezbytné, aby byly neustále zohledňovány a kontrolovány schopnosti porozumět sdělované informaci ze strany seniora a vždy domýšlet jeho reakci na některé sdělované neverbální projevy. Naše neverbální komunikace by měla být adekvátní dané situaci, dané sociální skupině a měla by respektovat případnou sociokulturní rozdílnost. Sociokulturní příslušnost totiž může značně ovlivnit vnímání určitých gest. Na tomto místě bych se v krátkosti zmínila jen o základních termínech (složkách) vztahujících se k neverbální komunikaci; *vizika* – oční kontakt, nebo vzájemné pohledy; *mimika* – pohyby tváře, a to především úst, očí a nosu; *gestika* – pohyby rukou; *haptika* – doteky, zde se jedná hlavně o podávání ruky, poplácávání; *kinetika* – jedná se o celkový pohyb těla; *proxemika* – vzdálenost partnera od druhé osoby, přibližování a vzdalování (*Pokorná, 2010*).

Komunikace se seniorem by měla být maximálně ohleduplná, efektivní, měla by být zvolena odpovídající míra neverbálních projevů. Při komunikaci se seniorem je potřeba udržovat a zachovat dynamický charakter komunikace a nezářít, kdy musíme přistoupit i k faktu, že musíme komunikovat, přestože senior příliš nechce. Obezřetnost je na místě především v situacích, které mohou jedince ohrozit či omezit nejen na životě, ale také při běžných denních činnostech, neboť špatně vysvětlená nebo nedostatečně předvedená činnost může seniora zcela diskvalifikovat z činnosti, kterou potřebuje vykonat. Můžeme obecně říci, že jakým způsobem komunikujeme se seniorem, takový bude výsledek našeho vztahu s ním. Komunikace se seniory bude vždy vyžadovat jistý nadhled a dostatečně dlouhý prostor k tomu, aby nás senior pochopil. Existují vždy jisté komunikační bariéry, nejinak je tomu i v komunikaci se seniory. Faktory, které vstupují a ovlivňují komunikaci se seniory můžeme rozdělit do dvou základních skupin; na faktory interní a externí. Mezi faktory interní, které ovlivňují naši vzájemnou komunikaci se seniory patří jistá obava z neúspěchu, negativní emoce, kterými je každý senior ovlivněn, nepřipravenost a v neposlední řadě také fyzické nepohodlí nebo nemoc (*Pokorná, 2010*).

Starý člověk reaguje pomaleji, což může způsobit problémy u mladších jedinců, neboť ti mohou být netrpěliví a nedočkaví. Komunikace seniorů je do značné míry ovlivňována i jejich poruchami paměti, senior si nevybavuje některé situace tak rychle, velmi často si opakuje sdělované, jako by se ubezpečoval, zda partner v komunikaci pochopil, co mu senior sděluje (*Špatenková, 2015*).

Mezi faktory externí patří ty, které jsou zaviněny zevním prostředím např. vyrušení jinou, cizí osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování (např. pokud se senior soustředí na fotografie) nebo také komunikační zahlcení, které již nedovoluje, aby senior vnímal drobné rozdíly a podstatné věci v komunikačním toku (*Pokorná, 2010*).

Dobrá komunikace je základní předností zdravotnických pracovníků, kteří pracují se seniory. Předpokladem správně vedené komunikace na straně zdravotníka je hlavně úcta k nemocnému a

jeho nejbližším, nedirektivnost, umění aktivního a slušného naslouchání s uměním překonávat nejistoty a nesnáze v komunikaci. Nejen pro zdravotníky je důležitým prvkem také schopnost empatie, vcítění se do pocitů seniora. Z pohledu profesionálního zdravotníka se předpokládá schopnost spolupráce, znalost prostředí a problematiky seniorů a schopnost srozumitelné edukace (Kabelka, 2017).

1.4.1. Edukace seniorů

Mezi významné faktory, které se podílejí na péči o seniory, se již řadu let řadí také jejich vzdělávání tzv. edukace; sebevzdělávání. Velmi častým argumentem a vlastně mýtem je hovořit o neschopnosti seniora učit se novým věcem. Ano, tento stereotyp má své opodstatnění, neboť řada seniorů již nemá takovou rychlou vstřípivost a vybavitelnost. Ovšem je i poměrně velká skupina seniorů, kteří tomuto zavedenému stereotypu neodpovídají; uvedme jako jasný příklad všechny návštěvníky Univerzity třetího věku. V ČR tuto možnost vzdělávání nabízí celá řada vysokých škol. Poskytují svým posluchačům nejen významný společenský styk, ale také jistou formu maximální úrovně vzdělání. Senior může navštěvovat různé formy vzdělávání jako jeho daleko mladší kolegové. Může se účastnit přednášek, praktických cvičení, laboratoří, apod. Není překvapením, že se na přednáškách můžeme setkat s osobami, jejichž věk se blíží 80ti letům kalendářního věku. Jedinou výjimku tvoří hodnocení seniora, neexistuje žádná klasifikační jednotka, která by odpovídala standardnímu typu studia, např. v získávání kreditních bodů nebo udělování hodností (Špatenková 2015).

Senioři své znalosti udržují trpělivým opakováním a delším průběhem procesu učení. Pokud jsou totiž senioři svým okolím, popřípadě sami sebou motivováni k učení, bývají velmi svědomití a snaživí (Haškovcová, 2010).

Koncem devadesátých let minulého století WHO (Světová zdravotnická organizace) našla termín "aktivní stárnutí". Jde o pojem, který nemá pouze zdravotní rozměr, jako zdravé stárnutí, ale také rozměr celospolečenský, schopnost participace seniorů na celospolečenském dění. Tento termín v sobě zahrnuje respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a mnoha dalších aspektech komunitního života. Aktivní stárnutí však není nijak nový termín, vychází za zásad OSN pro seniory, které lze shrnout do 5 zásadních bodů:

- 1) nezávislost
- 2) účast na životě společnosti
- 3) důstojnost
- 4) péče
- 5) seberealizace

Tento koncept je navržen jako jistá cesta soužití seniorů a ostatní společnosti. Není nutné se ve vyšším věku vzdávat aktivit, kterým se člověk dříve věnoval. Může se zapojit do procesu vzdělávání nebo např. do pracovního procesu. Je důležité, aby senior měl šanci vytvořit si prostor pro autonomii, pro seberealizaci. Člověk stárne v dané společnosti, a proto je důležité, aby i společnost měla zájem integrovat své seniory. Senioři, kteří nemají smysluplné využití volného času mohou být přecitlivělí, podráždění, stávají se pasivními až apatickými, rezignují a jen sledují s despektem okolí. Aktivita seniorů je pro udržení zdravého života, zdravé psychiky velmi důležitá. Potřeba aktivity se nejvíce projevuje v rovině nezávislosti, a především soběstačnosti. Koncept aktivního staří v sobě obsahuje jeden velmi důležitý fakt. Jde hlavně o to, přidat u seniorů tzv. "život létům, nikoli léta životu". Starší lidé čelí nejrůznějším problémům, rychle se rozvíjející a plynoucí společnosti, proto je velmi důležité, aby senioři byli zapojeni do procesu vzdělávání a jakéhosi prostoru pro seberealizaci a sebeuplatnění. K tomu je nutná určitá úroveň edukace a možnosti získávat adekvátní informace od okolní společnosti. Senior je neustále konfrontován s nutností přizpůsobovat se vnějším podmínkám, reagovat nějakým způsobem a akceptovat ekonomické, sociální a společenské změny. Proto je určitá úroveň edukace seniorů naprostou nutností pro zdravě fungující společnost, kde jsou senioři její součástí, nikoli její přítěží. Vzdělanější senior zapojen do společenského, kulturního a politického života se objektivně dožívá vyššího věku než ten, který se nijak aktivně do života nezapojuje. Edukace seniorů totiž může zajímavým způsobem naplňovat představu aktivního stárnutí. Vzdělání se tak může stát reálnou a atraktivní součástí života ve vyšším věku. Pojem edukace pokrývá v podstatě všechny druhy formálního i neformálního vzdělávání, včetně vzdělávání seniorů. A právě oblast edukace seniorů, která nás nyní zajímá, je dosti široká a netvoří v podstatě žádný jednotný systém, mívá charakter neprofesionálního všeobecného vzdělání. Edukace a edukační programy zaměřené na seniory zahrnují nejrůznější programy, od různých kurzů jazykových, k prohloubení dosavadních profesních zkušeností až po zájmová vzdělávání. Veškerá tato edukace seniorů by měla naplňovat především základní funkci, a tou je prevence, zvyšovat kvalitu života seniora, aby s dostatečným předstihem připravovala seniora na nadcházející období. Pomyslnou nejvyšší příčku ve funkci edukace seniorů zastává funkce posilovací, která má posílit především sociální integraci seniora ve společnosti a podporovat jeho aktivní život ve vyšším věku. Edukace má samozřejmě celou řadu významů a záleží skutečně na tom, jaký úhel pohledu zvolíme (*Špatenková, 2015*).

Edukace může mít celou řadu funkcí a záležitostí, z jakého úhlu pohledu na seniora a jeho edukaci nahlížíme. Můžeme zde nalézt funkci preventivní, která pozitivně ovlivňuje průběh stárnutí a kvalitu života, nalézáme zde kompenzační funkci, jejíž funkce je také velmi těžko zastupitelná,

neboť senior zde svými vzdělávacími aktivitami omezuje negativní vliv a skutečnost úbytku sociálních kontaktů. Bezesporu sem patří funkce komunikační, která zabraňuje snížené schopnosti udržovat správnou komunikační hladinu s okolní společností a v neposlední řadě můžu uvést funkci mezigeneračního porozumění, což vede k prohlubování porozumění mezi generacemi a má velmi důležitou úlohu v prevenci mezigeneračních napětí. Edukační aktivity pro seniory nejsou jednoduchou záležitostí, i zde může existovat celá řada bariér. Jen velmi okrajově zde zmíním několik příkladů bariér v edukaci seniorů :

a) informační bariéry jsou vázané na neschopnost či nemožnost seniorů vyhledat sami sobě relevantní informace o možnostech dalšího vzdělávání;

b) situační bariéry vychází z aktuální životní situace jedince. Může se nejčastěji jednat o nedostatek finančních prostředků na výdaje spojené se vzdělávacími aktivitami, nedostatek času na vzdělávání.

c) psychologické zábrany, kam patří nízká motivace ke vzdělávání, nízká sebedůvěra, jistý strach z neznámého, popř. strach z ostatních studentů, kteří mohou být mentálně na jiné, vyšší úrovni. Velmi často se můžeme setkat s konstatováním, že senior má strach, jak bude jeho osoba přijata okolím, jak bude fungovat vztah s vyučujícím (*Špatenková, 2015*).

Vzdělávání seniorů by mělo být jistě motivační, důvěryhodné, atraktivní a respektující individualitu seniora. Seniorské vzdělávání v žádném případě nestojí na konci pomyslného řetězu vzdělávání ve společnosti, jde především o udržení rovnoprávného postavení seniorů vůči ostatním věkovým skupinám. Díky těmto aktivitám dochází k udržení jak intelektových, tak kognitivních funkcí a dochází k udržení dobrého fyzického, ale hlavně duševního, psychického zdraví. Zdraví a fyzická zdatnost je u seniorů nejčastějším tématem k diskuzím. Dobrá edukace seniorů může vést k informovanosti o dostupnosti a úrovni zdravotní péče, která může být seniorovi nabídnuta. Ve velkém množství nových informací se senior špatně orientuje a právě edukace má vést k tomu, aby senior byl schopen velmi rychle najít správnou cestu ke kvalitním informacím o možnostech poskytované zdravotní péče pro sebe, popř. pro své vrstevníky. Ve vnímání kvality poskytované péče existují mezi seniory značné rozdíly a s přibývajícím věkem se zvyšují. Kvalita seniorského života je přímo závislá na poskytované zdravotní a také sociální péči, dostupnost a informovanost o úrovni nabízené péče je sledována skoro každým seniorem (*Špatenková, 2015*).

Na zvyšování seniorské gramotnosti se podílí studium na Univerzitách třetího věku (U3V). U nás první U3V vznikaly ve 2. polovině 80. let minulého století a dnes fungují při všech typech univerzit. Účastníci U3V mají status posluchače univerzity, nejsou však pravými studenty ve smyslu zákona č.111/1998 Sb. o vysokých školách. Na českých univerzitách jsou nejvíce rozšířeny tematicky zaměřené cykly přednášek s frekvencí jedné lekce týdně. Motivací ke studiu je potřeba

zůstat aktivní, strukturovat svůj den, prevence proti osamělosti, získat nové přátele a informace. Zásadní roli pro edukaci seniorů hraje mezilidská komunikace (Holmerová, 2014).

1.5. Rodina seniora a mezigenerační vztahy

Rodina je od "začátku světa" ta nejdůležitější jednotka pro jedince. Znamená zázemí, jistotu, rozvíjí různé aktivity jak v mládí, tak ve stáří. Dobře fungující rodina poskytuje svým členům vzájemnou pomoc, pochopení a pocit bezpečí, pocit, že někam jedinec patří. A právě ve stáří znamená dobře fungující rodina záruku pomoci ve všech směrech, jak pomoc fyzickou, tak psychickou. Úcta ke stáří je v jistých formách součástí morálního přístupu zřejmě u všech kultur světa. I postmoderní společnost funguje na rovnici děti, dospělý, senior a tak to jde stále dokola. Potřebu pomoci dítěti chápeme zcela jednoznačně, pomoci dospělému se nám většinou zdá normální a správné. Nejinak tomu je i u seniorů, zvláště vztáhneme-li tuto rovnici na rodinu. Do celé mozaiky rodiny a vztahu k seniorovi však musíme zahrnout velké množství jednotlivých drobných kamínek, které tvoří obraz rodiny a seniora. Musíme sem zahrnout možnosti rodiny, motivaci, snahu, způsob bydlení, vzdálenosti s dětmi či ostatními členy rodiny, společenské klima rodiny, dlouholeté budované či nebudované porozumění, etické normy a v neposlední řadě také rodinné tradice či víru. Rodina má pro seniora zásadní význam, neboť v této životní fázi přicházejí nemoci, snižuje se soběstačnost, velmi často může jedinec zůstat sám. V ideálním případě je fungující rodina a její zázemí vynikající podpora a element dodávající energii seniorovi do dalších let (Špatenková, 2015).

Rozhodnutí pečovat o seniora není pro rodinu jistě jednoduché rozhodnutí a ovlivní se chod celé rodiny. Je nutné, aby si členové rodiny nejdříve zajistili všechny potřebné informace a zvážili jednoznačné přehodnocení rytmu chodu domácnosti a její priority. Velmi důležitá je zde mezigenerační komunikace a vysvětlování. Aby mohla rodina pečovat o seniora, musí si především ujasnit několik základních kroků k dobré péči o seniora. Rodina musí chtít pečovat, měla by se společně naučit umět pečovat a v neposlední řadě je nutné mít ideální prostor pro to, aby měla rodina kde pečovat. Pečující rodina si musí být vědoma, že s přibývajícím věkem seniora se situace může zhoršovat, komplikovat a rodina se může dostávat do určitého stavu izolovanosti. Samozřejmě, že rodina může pečovat o svého seniora ve spolupráci s odbornou organizací, dokonce je ideální stav, pokud může rodina své zkušenosti a získané poznatky konzultovat v pravidelných intervalech s odborníky, ať již s odbornými lékaři, tak třeba s odborným pracovníkem domácí či ošetrovatelské péče. Ideálním stavem jsou rodiny, kdy alespoň jeden ze seniorů je poměrně dost soběstačný a svému partnerovi může poskytnout pomoc. Většina seniorů žije v manželském páru, někteří jako druh a družka, někteří žijí se sourozenci či svými vrstevníky. Můžeme se setkat i s dvougeneračním způsobem života seniorů, kdy staří rodiče a mladší rodina, vnoučata obývají jeden

domov. Tato situace je však výrazně závislá na aktuálních ekonomických možnostech rodin a jejich bydlení. Nejde však jen o pohled ekonomický, společné soužití seniorů a mladší generace může přinést názorové nepochopení (*Špatenková, 2015*).

Není pravdivé, že se v dnešní době nechtějí rodiny starat o své seniory. Podle zkušeností chtějí rodiny pečovat, ale nevědí jak nebo nemají reálné možnosti. Často může pečující trpět pocitem nedostatečné podpory (*Kavlach, 2014*).

Jednotlivé generace jsou pak ve společném prostoru vzájemné konfrontování. Názory mohou být ideálně objektivní, ideální situace pro oboustanné soužití nebo mohou být subjektivní, zde je již patrný určitý rozkol, kdy jedna generace vidí určité podstatné chyby generace jiné a můžeme sem zahrnout i předsudky stav, kdy každá věková skupina má svoje předsudky a s druhou jen velmi těžko nacházejí shodu. Pro současného seniora má význam rodina a rodinné zázemí. V moderní rodině však výrazně ubývá mezigeneračních soužití a sdílení rodinných vazeb. Právě společenským uvolněním rodinných vazeb dochází k postupnému a viditelnému prohlubování názorových rozdílů mezi generacemi. V posledních desetiletích však dochází k citovému oslabení rodiny v generační posloupnosti (*Špatenková, 2015*).

Současní senioři jen velmi těžce chápou rychlý rozvoj okolní společnosti, rodinný život se stává daleko otevřenější pro sociální a technické vymoženosti. Technické trendy nesou velký podíl na tom, že senior v současném světě rychle opouští pozici mentora, rádce a stává se pouze osobou s nižší a nízkou sociální úrovní. To, co platí v technice, však tak zcela neplatí v mezilidských vztazích a životních moudrostech. Starší člověk může velmi dobře obohatit mladší generaci o zkušenosti ze vzájemných vztahů, které se tak rychle ve společnosti nemění. Příkladem za všechny může být schopnost naučit dědečka používat vyspělé technologie mobilních telefonů a jejich aplikací, zatímco dědeček naučí vnuka či vnučku pozorovat život v lese, naučí je poznávat stopy zvířat, poutavě povídá o dávno zapomenutých řemeslech a jistě přidá i dosti zajímavých zkušeností z historie vlastního národa. Je krásné pozorovat tuto symbiózu mezi mladou a starší generací, jak si vzájemně předávají zkušenosti. A není vůbec důležité, že dnešní sociologové vlastně ani namají jasně stanovenou úlohu jednotlivých členů rodiny na tomto předávání zkušeností. Role seniora se může změnit na roli žáka či posluchače a role dítěte, vnuka se velmi rychle změní na roli zkušeného znalce moderních technologií. Vzájemné rodinné vztahy jsou však velmi často konfrontovány s okolím a společností. Idylické vztahy prarodičů, rodičů a dětí jsou občas velkou výjimkou. Bohužel vzájemné vztahy ovlivňují různá pracovní vytížení a zařazení pracujících rodičů, nezdědka jsou vzájemné vztahy ovlivněny rozvodovostí rodin. S oddělením soužití rodičů a dětí přibývá nesouznění životních názorů a přibývá neochota přijímat jiné názory. Role starých lidí se v poslední době změnila, ale děti, nakonec i rodiče, seniory potřebují. Rodiče, ať již z nedostatku času, či

jiných indispozic nemohou dát dětem vše. Proto je nutné mít dobrý vztah s prarodiči, kteří přeci jenom vnesou do rodiny jiný pohled na svět a dokáží některé věci za rodiče zastat. Každý senior, i když je v podstatě zdravý, potřebuje pomoc a péči. Péči můžeme rozdělit na zdravotní (zajišťují zdravotní organizace), sociální péče, která doplňuje rodinnou péči. Jen těžko budeme hledat souznění mezi kladnými emocemi seniora v domě pečovatelské služby a vlastním domovem. Pobyt seniora v domácím prostředí je pro něho velmi přínosný, na druhou stranu klade velké nároky na pečující okolí při ztrátě soběstačnosti u seniora. U starého člověka můžeme tyto potřeby opět zhruba rozdělit na tři stupně péče :

1) první stupeň podpůrné péče zahrnuje např. finanční podporu, zajištění různých oprav v domácnosti, dopravu k lékaři, obstarání úředních věcí a záležitostí. Jedná se o péči, která nevyžaduje příliš velkou časovou, fyzickou ani psychickou náročnost. Tento druh péče může zajišťovat rodina seniorům jen občas, nepravidelně, dle akutní potřeby. Nevyžaduje ani příliš časového prostoru, není přímo závislá na společném bydlení. Velmi důležitou součástí je však ona emocionální, rodinná složka, která zde nemůže chybět (*Špatenková, 2015*).

2) druhým stupněm rodinné péče je tzv. neosobní péče, kde zahrnujeme činnosti spojené s fungováním domácnosti, mezi které patří vaření, praní, úklid. Tento druh více zahrnuje složku materiální než emotivní, ta však nechybí. Zde však musíme již poukázat na fakt, že je více časově náročná, vyžaduje určitou cyklicitu, opakování, a to může být jistý problém. Jedná se o pomoc na pomezí pomoci od člena rodiny a "externí" pomoci. Je již více finančně náročná, musí se dodržovat jistý časový harmonogram. Mezi nejčastější osoby z rodiny, které se podílejí na této péči, patří manželky seniora, dcery nebo snachy. Pokud není tato péče zajištěna osobou rodinnou, je zajišťována prostřednictvím pečovatelské služby (*Špatenková, 2015*).

3) třetí stupeň v naléhavosti potřeb seniora je samozřejmě osobní péče. Jedná se o činnosti časově, fyzicky a psychicky náročné, velmi často i finančně nákladné. Tyto činnosti vyžadují nepřetržitou přítomnost další osoby u seniora, člena rodiny či jiné pečující osoby. Zahrnují zajištění osobní hygieny, stravování, manipulace se starým člověkem. Tato péče vyžaduje maximální obětavost a vytrvalost. Rozhodujícím faktorem je odpovědnost. Při této péči se velmi často setkáváme s chvílemi beznaděje, bezmoci, ztráty energie, osamocení. A právě zde je potřeba vyzdvihnout neodmyslitelnou roli rodiny, která jediná může do určité míry tyto negativní fenomény redukovat. Neodmyslitelnou součástí osobní péče je především složka emocionální, péče v tomto případě, pokud je vykonávána v rodině, je na maximální emocionální úrovni. Tu však můžeme v institucionalizované péči zachytit na daleko nižší úrovni. Citová vazba vytvořená rodinou se v instituci jen těžko může dostat na tak vysokou úroveň, jaká je v domácím prostředí. Právě tato citová vazba může mít efekt ve výrazném zlepšení situace seniora, většinou vede k uklidnění vztahů

mezi rodinnými členy. Výzkumy v ČR dokazují, že většina rodin nemá se starostí a péčí o své seniory problém, stárnoucí rodinní příslušníci se většinou těší slušnému zacházení. Pokud si přejeme zlepšení péče o seniory, je doporučováno, aby co nejdéle zůstávali ve své rodině, zároveň se však musí zlepšit péče o pečující rodiny (*Špatenková, 2015*).

Rodinou péčí může doplnit, či dočasně, v případě potřeby nahradit a podporovat tak život seniora v jeho přirozeném prostředí zdravotní a sociální péče (*Hrozenková, 2013*).

1.6. Zdravotní a sociální péče o seniory

Péči o seniory je třeba věnovat větší pozornost, což vyplývá mimo jiné z celosvětového demografického pohledu, který jasně naznačuje, že populace stárne. Péče o seniory není jen otázkou zajištění základních potřeb, ale jde především o pohled na seniora, jako na individuální osobnost, bez ohledu na jeho věk, či příslušnost k určité generaci. Základní potřeby seniora vycházejí z obecného pohledu na potřeby člověka jako osobu. Řadíme mezi ně okruh vztahující se k tělesné pohodě, psychické rovnováze a bezpečí, na okruh související se vztahy k blízkým lidem, na okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a na okruh spirituálních potřeb. Senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. Senioři se cítí více ohroženi (např. ovdověním nebo onemocněním), smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech, neboť se zvyšuje potřeba podpory a bezpečí. Tato potřeba může být zajištěna funkční rodinou, pečovatelkou nebo jinou osobou (tzv. neformální péče). Kritériem posuzování kvality dosahované péče je sám senior, jeho spokojenost a prospěch. V české společnosti se předpokládá, že o poskytování péče se postará primárně rodina a státní služby bývají využívány až v situacích, kdy péče nejbližší rodiny selhává nebo není z různých důvodů možná. K této skutečnosti pomáhá dostatečná nabídka služeb z oblasti sociální a zdravotní péče, které mohou péči rodiny doplnit či dočasně, v případě potřeby, nahradit a podporovat život seniora v jeho přirozeném prostředí (viz "Informační letáky"; příloha č. 1,2). Sociální a zdravotní péče spolu tvoří kompaktní skupinu, kterou nelze od sebe jednoznačně oddělovat. V praxi jsou často zdravotní problémy doprovázeny sociálními a naopak. Mezi staršími lidmi existuje značná individuální variabilita, mnozí mohou být méně výkonní v pohybu, ale velmi výkonní intelektuálně, u jiných jedinců je tento poměr opačný. V širším slova smyslu jsou sociální služby poskytovány jedincům, kteří jsou více či méně společensky znevýhodněni, s cílem zlepšit kvalitu jejich života nebo je maximálně začlenit do společnosti. Sociální služby v sobě zahrnují péči o vlastní osobu, zajišťují stravování, ubytování, pomoc při zajištění základního chodu domácnosti, poskytují informace a zprostředkovávají kontakt s úřady či jinými institucemi. Cílem služeb je udržet a podporovat soběstačnost seniora, aby nedocházelo k jeho významnému zhoršení.

(Hrozenská, 2013).

Služby pro seniory vykonávají různé subjekty, například:

- a) rodinní příslušníci (osoba blízká)
- b) asistenční sociální péče (soused, známý)

c) poskytovatelé sociálních služeb jsou instituce, které se řídí zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Sociální služby jsou poskytovány formou pobytové, ambulantní nebo terenní služby. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (např. domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením). Ambulantními službami se rozumí zařízení, které neposkytuje ubytování seniorům (např. se jedná o centra denních služeb, denní stacionáře). V těchto centrech jsou poskytovány různé druhy aktivizačních programů. Terenní služby jsou poskytovány například prostřednictvím pečovatelské služby, která poskytuje péči seniorům v domácnosti a pomáhá při zajištění stravování a chodu domácnosti (nákupy, úklid, praní prádla, apod.). Pracovníci pečovatelské služby dále pomáhají při osobní hygieně, rovněž zajišťují pochůzky, návštěvu lékaře nebo pomáhají při vyřízení drobných úředních záležitostí. Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajištění základních životních potřeb klientů, podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech, zachovávat kontakt se sociálním prostředím a oddalovat nutnost umístit seniora do ústavní péče (Hrozenská, 2013).

V období socialismu směřovala veřejná podpora péče o seniory do oblasti institucí, v daleko menší míře do terenních služeb. Rodinou péči podporoval stát jen velmi minimálně. V šedesátých letech minulého století bylo na našem území uvedeno do provozu největší množství ústavních zařízení péče o seniory, v letech sedmdesátých se situace obrací směrem k rodině, a to jak v péči o starší, tak v péči o děti. V roce 1976 byl zaveden finanční příspěvek na péči o osobu blízkou, vyplácený osobě pečující o příbuzného či blízkého známého, dle stupně jeho bezmocnosti (lehká, střední, těžká). Příspěvek byl relativně nízký, ale vzhledem k nedostatkům míst v ústavní péči a vzhledem k nízké dostupnosti terenních služeb, neformální péči v rodině byla ve většině případů jedinou dostupnou a využívanou možností. Zlom v otázkách sociální politiky týkající se péče o osoby se zdravotním postižením (včetně seniorů) nastal v roce 2006, kdy přestal být vyplácen pečující osobě (Dudová, 2015).

Od 1. ledna 2007 se příspěvek na péči poskytuje osobám, které kvůli svému dlouhodobému nepříznivému zdravotnímu stavu (DNZS) potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti :

- I. stupeň (lehká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby.

- II. stupeň (středně těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb.

- III. stupeň (těžká závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb.

- IV. stupeň (úplná závislost), jestliže z důvodu DNZS není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. DNZS je takový zdravotní stav, který trvá déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat 10 základních životních potřeb:

1. mobilita
2. orientace
3. komunikace
4. stravování
5. oblékání a obouvání
6. tělesná hygiena
7. výkon fyziologické potřeby
8. péče o zdraví
9. osobní aktivity
10. péče o domácnost

(Čeledová, 2015).

Příspěvek na péči slouží na úhradu tzv. sociálních služeb (úkony pečovatelské služby, osobní asistenci, atd.) nebo na služby poskytované prostřednictvím blízkých osob (nejčastěji členům domácnosti nebo vlastní rodiny). Tento příspěvek na péči je peněžitá opakující se dávka poskytovaná úřadem práce, legislativně je upraven zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách. V současné době je snaha podporovat péči o seniora v domácím prostředí rodinou. Péče o seniory je vykonávána většinou ženami, nežli muži. Muži zpravidla přijímají péči od svých partnerek a manželek, o ženy seniorky pečují spíše dcery nebo snachy. Muži věnují péči o seniora méně času, pečují nižší počet hodin a vykonávají jiný typ aktivit v péči o příbuzného seniora. Mezi svobodnými dětmi pečujícími o rodiče je jen mírně vyšší podíl žen oproti mužům (Dudová, 2015).

Žádost o příspěvek se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky úřadu práce, dle místa trvalého pobytu žadatele. Řízení o přiznání příspěvku se zahajuje na základě písemné žádosti (viz "Žádost o příspěvek na péči"; příloha č. 3). Sociální pracovník KP ÚP provede sociální šetření u žadatele, kde zjišťuje jeho schopnost žít samostatně ve svém přirozeném prostředí. Přirozeným sociálním prostředím se rozumí rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost, osoby a

sociální vazby k dalším osobám, s nimiž se sdílí domácnost (Čeledová, 2015).

V ČR je pro seniory dostupná i zdravotní péče, která je poskytována prostřednictvím praktického lékaře, lékařů specialistů, domácí péčí, ústavní péčí, podílí se na ní také rodina, dobrovolníci, apod. Kromě odborníků se na péči podílejí i organizace, stát, kraje, obce i města. Převážná část zdravotní péče je financována z fondu veřejného zdravotního pojištění. Rozlišujeme několik druhů zdravotních péčí podle naléhavosti poskytnutí na neodkladnou, akutní, nezbytnou (týká se cizinců ze zemí EU) a plánovanou. Podle účelu můžeme rozdělit péči na preventivní, diagnostickou, dispenzární, paliativní. Kromě jednotlivých druhů jsou zákonem stanoveny i formy zdravotní péče ambulantní, jednodenní, lůžková, domácí zdravotní péče tzv. "Home care" (Příbyl, 2015).

Domácí zdravotní péče nabízí nelékařskou zdravotní péči v domácnosti, převážně ošetrovatelskou a rehabilitační, kde na základě předpisu praktického nebo ošetrojícího lékaře je poskytnuta péče, která je hrazena ze zdravotního pojištění (viz "Informační leták Domácí péče Geria"; příloha č. 4). Tuto ošetrovatelskou péči vykonává zdravotní sestra. K jejím úkolům patří kontrola zdravotního stavu, sledování fyziologických funkcí, ošetrovatelská péče o rány, bércové vředy, dekubity, rehabilitační nácvik soběstačnosti, odběry krve, aplikace injekcí a infúzí, ošetření stomií a další. Agentury zajišťující ošetrovatelskou péči v domácnosti u seniora poskytují péči nejen akutní, ale také preventivní, dlouhodobou a hospicovou (Kalvach 2004).

Zdravotní péče pro seniory je zajišťována praktickým lékařem, který spolupracuje s rodinou a s ostatními složkami primární péče, domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a jinými neziskovými organizacemi. Všeobecný praktický lékař pro dospělé je koordinátorem primární péče a geriatrem první linie kontaktu. Kromě jiného indikuje níže uvedené služby:

a) indikuje domácí péči hrazenou z prostředků všeobecného zdravotního pojištění a spolupracuje s příslušnou agenturou při jejím poskytování

b) indikuje pečovatelskou službu

c) indikuje různé druhy rehabilitace

d) indikuje konziliární vyšetření lékařů jiných odborností (psychiatra, geriatra, a.j.)

e) spolupracuje s mobilními (domácími) formami hospicových (paliativních) služeb

f) posuzuje zdravotní stav pro účely zdravotních dávek, příspěvků na péči a průceschopnosti

g) potvrzuje žádosti o terenní i pobytové sociální služby

h) zajišťuje konzultace a poradenství pro rodinné příslušníky, poskytuje kontakty na domy pro seniory, pečovatelské domy, zařízení pro nemocné s demencí (Čeledová, 2016).

Dalšími poskytovateli zdravotní péče jsou lékaři specialisté, kteří zajišťují ambulantní péči v oboru vnitřního lékařství, urologie, neurologie, očního lékařství, stomatologie, gynekologie, ortopedie, aj. Kromě ambulantní péče je pro seniory dostupná ústavní zdravotní péče. Ta je hrazena z veřejného

zdravotního pojištění, za občany ve starobním důchodu platí zdravotní pojištění stát. Tato péče se poskytuje hospitalizovanému pacientovi jako:

a) akutní lůžková péče intenzivní se poskytuje pacientovi v případě náhlého ohrožení základních životních funkcí

b) akutní lůžková péče standardní se poskytuje pacientovi při náhlém onemocnění nebo náhlém zhoršení chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí. U výkonů, které nelze provést ambulantně se poskytuje standardní péče za účelem provedení zdravotních výkonů

c) následná lůžková péče se poskytuje stabilizovanému pacientovi, jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí léčebně rehabilitační péče

d) dlouhodobá lůžková péče (DIOP) se poskytuje pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a je nutné u něho poskytovat soustavnou ošetrovatelskou péči. V rámci této péče může být poskytována dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí (*Čeledová, 2016*).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktickou část své bakalářské práce jsem zaměřila na výzkum dostupnosti poskytované zdravotní a sociální péče u vybraných seniorů z regionu Prahy 6, kde bydlím.

2.1. Cíle praktické části

Hlavní cíl

Mým hlavním cílem bylo zjistit, jak se vybraní senioři orientují v dostupnosti informací o zdravotní a sociální péči v regionu Prahy 6.

Dílčí cíle

- **dílčí cíl č. 1** : zjistit u vybraných seniorů z regionu Prahy 6, jak jsou soběstační v běžných denních činnostech.
- **dílčí cíl č. 2** : zjistit, kdo informuje vybrané seniory z regionu Prahy 6 o dostupnosti zdravotní a sociální péče.
- **dílčí cíl č. 3** : zjistit, kdo nejčastěji pomáhá vybraným seniorům z regionu Prahy 6 v domácnosti (např. s vařením, úklidem a nákupy).

2.2. Metodologie

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila kvantitativní výzkum formou dotazníku, bez udání jména a příjmení.

2.2.1. Dotazníkové šetření

Dotazník se skládá z 25 otázek (viz příloha č. 5). Použila jsem otázky uzavřené (10x) a polouzavřené (15x). Pro realizaci tohoto výzkumu jsem provedla šetření, zda jsou dotazníky vhodně formulované, zda jsou dostatečně srozumitelné. Předvýzkumem jsem zjistila, že pro některé seniory jsou otázky nejasné (např. otázka č. 7 – máte děti?). Tato nejasnost v otázce se objevila ihned po rozdání dotazníků u tří seniorů. V této otázce odpovídali senioři většinou počtem svých vnoučat, nikoliv vlastních dětí, neboť své děti ve věku např. 60ti let již nepovažovali za "děti". Na základě výše zjištěného jsem musela dotazník upravit a doplnit. V otázce jsem musela jasně specifikovat, že se jedná o syna nebo dceru, nikoliv vnouče (vyplněný dotazník jako příloha č. 6).

2.2.2. Popis cílové skupiny

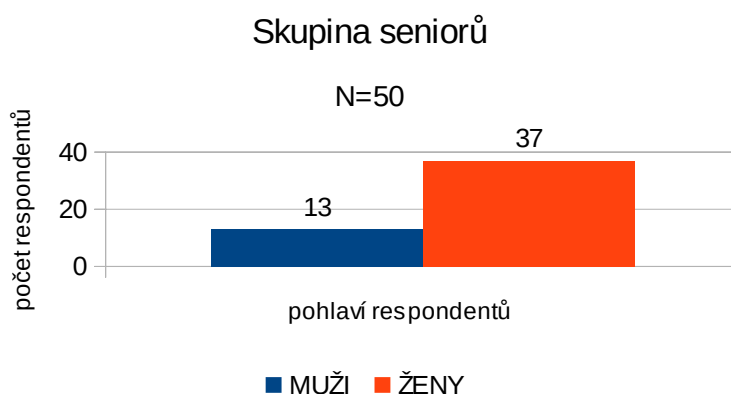
Během měsíce června 2017 jsem oslovila dotazníkovou metodou 50 seniorů ve věku nad 70 let, z regionu Prahy 6, kteří žijí doma a nejsou v ústavním zařízení. V dotazníku jsem nevyžadovala od seniorů udání jména a příjmení, každý senior se snažil svůj dotazník vyplnit zcela samostatně. Seniori jsou převážně soběstační, u kterých jsem předpokládala neinformovanost o možnostech sociálních služeb, které by mohly v budoucnu potřebovat. Vybrala jsem si seniory ze Sokola, dále seniory navštěvující římskokatolický kostel, včetně dvou řádových sester a seniory, kteří žijí v bezprostředním okolí mého bydliště. Tuto skupinu seniorů jsem vybrala proto, že tento typ seniorů je aktivní, vyhledávající společenský kontakt. Nedílnou součástí mého výzkumu bylo i zjištění zázemí, v jakém seniori žijí, jejich vztahy s nejbližší rodinou a příbuznými, kdo a s jakými činnostmi jim nejčastěji pomáhá v domácím prostředí. Zjištěná data využiji při své práci se seniory, při jejich edukaci, zvláště tam, kde se projeví jejich špatná nebo nedostatečná informovanost.

2.3. Výsledky dotazníkového šetření

Pro svůj výzkum jsem rozdala osobně 50 dotazníků, navrátilo se mi 50 ks, což je 100% návratnost. Celkem jsem oslovila 37 žen a 13 mužů. 20 dotazníků vyplňovali seniori v domácím prostředí, 14 dotazníků vyplnili členové Sokola Prahy 6, při odchodu z pravidelného cvičení. 2 dotazníky vyplnily řádové sestry z kostela u sv. Václava Prahy 6 a 14 dotazníků bylo vyplněno věřícími seniory z místního kostela, kteří po mši vyplnili dotazník na místě. Vrátily se mi všechny dotazníky (50ks), účast byla 100%.

Otázka č. 1: Pohlaví seniorů

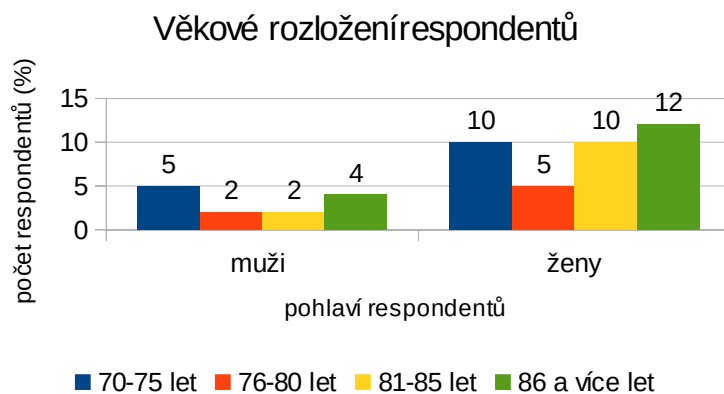
Na grafu číslo 1 je zobrazen celkový počet respondentů, kterých bylo $N = 50$ (100%). Převažují ženy, kterých bylo 37 (74%) a mužů bylo 13, což je 26%.



Graf č. 1: Otázka č. 1 – pohlaví seniorů

Otázka č. 2: Jaký je váš věk?

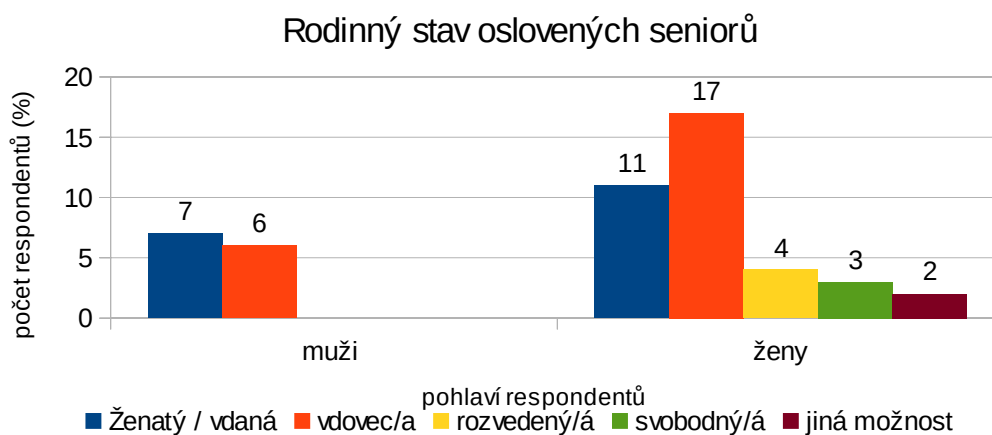
Hranice důchodu je v ČR stanovena od 65 let. Jako nejnižší věkovou hranici jsem proto určila věk 70 let, neboť ji považuji za opravdu onu hranici, kdy i velmi aktivní lidé již většinou odcházejí do důchodu. Snažila jsem se předat dotazník osobám, které jsou aktivní a soběstační a žijí v domácím prostředí. Z 50ti oslovených seniorů bylo ve věku 70-75 let celkem 15 osob (30%), ve věku 76-80 let 7 osob (14%), ve věku 81-85 let celkem 12 osob (24%) a ve věku 86 a více let bylo 16 osob (32%). Jednotlivé věkové skupiny seniorů podle pohlaví jsou vyjádřeny prostřednictvím grafu č. 2.



Graf č. 2: Otázka č. 2 – věk seniorů

Otázka č. 3: Váš současný rodinný stav

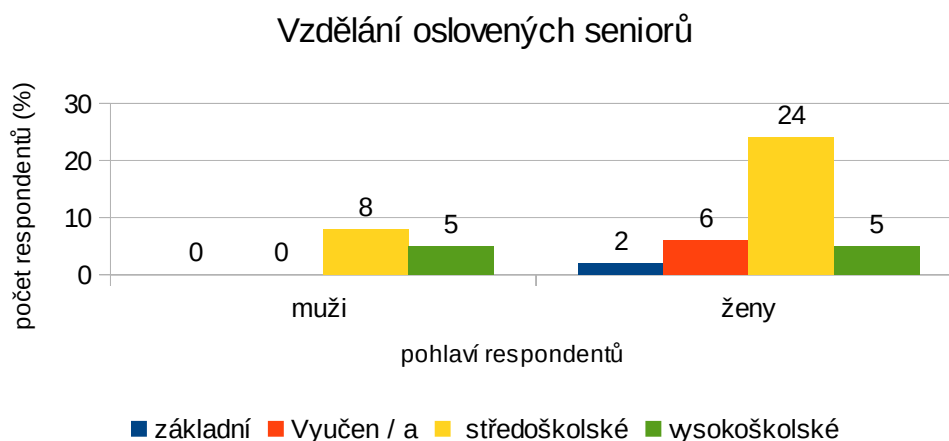
Rodinný stav, ve kterém se senior nachází, byl důležitým statistickým údajem, neboť od něho se dá odvozovat, jaké jsou možnosti seniora, zda si nutné a nezbytné věci zařizuje sám nebo se může spolehnout na své bezprostřední okolí. Ženatých/vdaných bylo celkem 18 (36%); vdovec/a bylo 23 (46%), rozvedené byly 4 ženy (8%), svobodné ženy byly 3 (6%). Jinou možnost uvedly pouze 2 ženy (4%), což byly řádové sestry. Jednotlivé skupiny seniorů jsou znázorněny na grafu č. 3, dle pohlaví.



Graf č. 3: Otázka č. 3 – aktuální rodinný stav seniorů

Otázka č. 4: Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

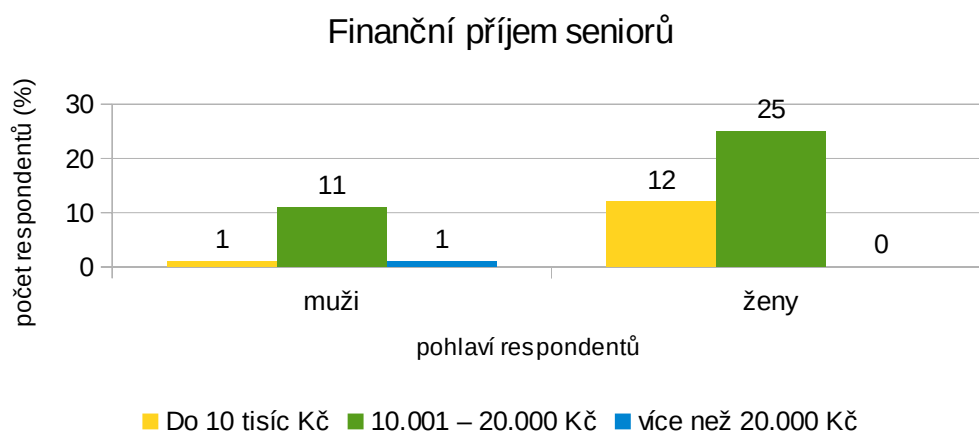
Tato otázka mě zajímala především proto, abych zjistila, kolik seniorů mělo možnost ve svém mladším věku studovat vysokou školu. Žádný z mužů neudal nejvyšší dosažené vzdělání jako základní a vyučen. 2 seniorky (4%) měly základní vzdělání a 6 seniorek bylo vyučeno (12%). 32 seniorů mělo středoškolské vzdělání (64%) a 10 seniorů (20%) mělo vzdělání vysokoškolské. Znázornění úrovně vzdělání je vyjádřeno na grafu č. 4.



Graf č. 4: Otázka č. 4 – vzdělání oslovených seniorů

Otázka č. 5: Váš osobní celkový pravidelný měsíční příjem je

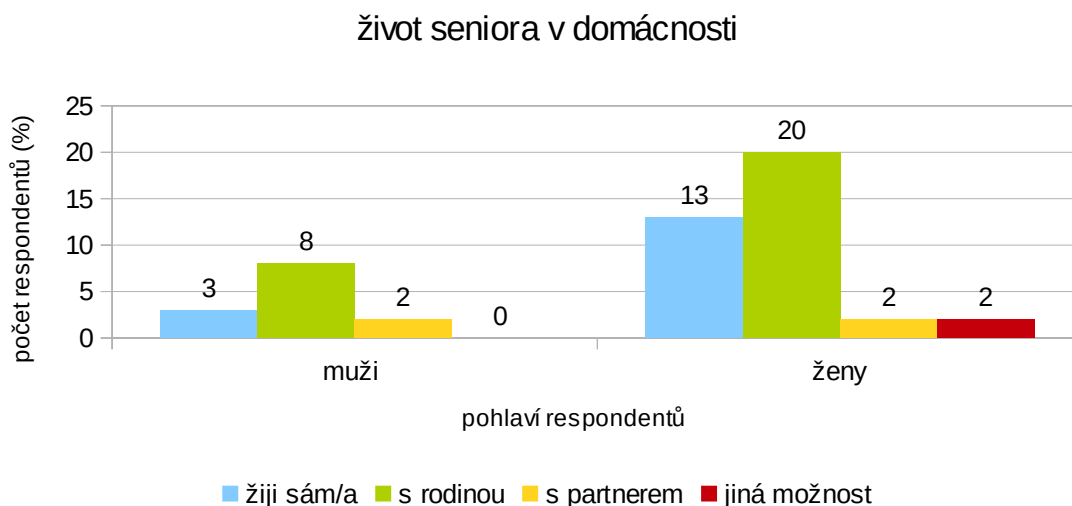
Otázka týkající se finančních možností je, dle mého soudu, dnes obzvláště důležitá. Řada seniorů žije na hranici možností, zvláště spočítáme-li, kolik stojí náklady na bydlení, náklady na stravu a do toho ještě musíme připočítat i výdaje na léky, které jsou u seniorů nad 70 let většinou obvyklé. Z průzkumu vyplynulo, že 13 seniorů (26%) udalo příjem do 10.000,- Kč. 36 seniorů (72%), největší zastoupení, udalo příjem mezi 10.000 – 20.000,- Kč. Pouze jeden senior-muž (2%) udal příjem vyšší než 20.000 Kč. Finanční příjem seniorů dle pohlaví znázorňuje graf č. 5



Graf č. 5 : Otázka č. 5 – finanční příjem seniorů

Otázka č. 6: V domácnosti žijete

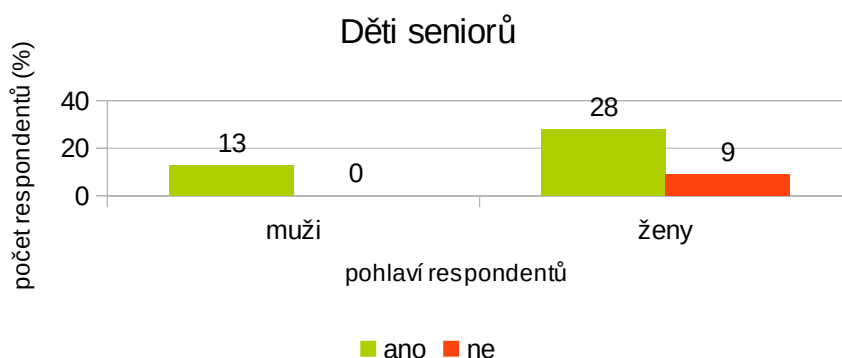
V další části dotazníku jsem se zaměřila na nejbližší rodinu seniorů. Z oslovených 50 seniorů žije samostatně v domácnosti 16 (což je 32%). Největší počet tvoří senioři s rodinou, celkem 28 (56%) a 4 senioři žijí s partnerem (8%). 2 řádové sestry (4%) žijí v komunitě. Jak žijí jednotlivé skupiny seniorů podle pohlaví v domácnosti vyjadřují data v grafu č. 5.



Graf č. 6: Otázka č. 6 – život seniora v domácnosti

Otázka č. 7: Máte děti?

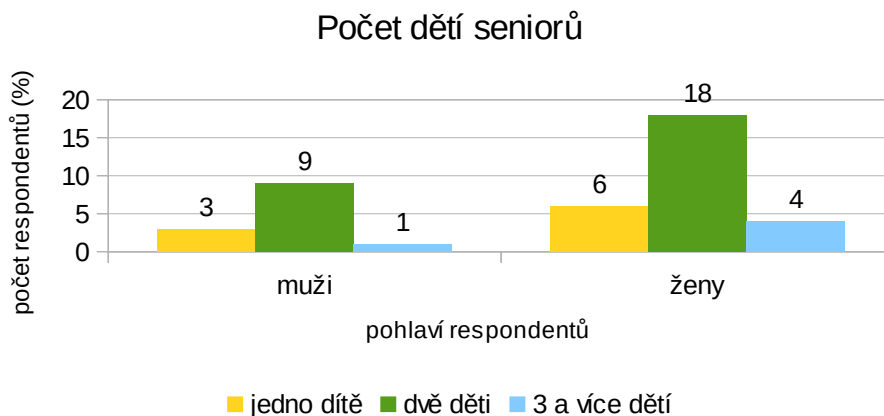
Tato otázka byla jednou ze zásadních, neboť se dá usuzovat, že pokud má senior fungující rodinu, děti či vnoučata, může se od nich spolehnout na jistý druh pomoci. Z průzkumu vyplynulo, že z celkového počtu dotazovaných má děti drtivá většina. Celkem 41 seniorů (82%) má děti. 9 žen (18%) děti nemá, přičemž jsou v této skupině i 2 řádové sestry. Teoreticky se můžeme domnívat, že některé z dnes bezdětných matek již své děti nemá, z důvodů jejich předčasného úmrtí.



Graf č. 7: Otázka č. 7 – mají senioři děti ?

Otázka č. 8: Kolik máte dětí?

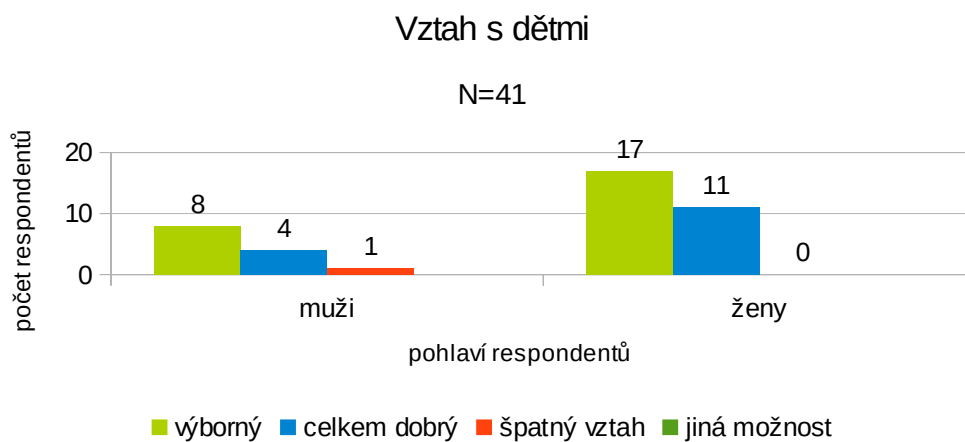
Tato otázka cílila pouze na seniory, kteří mají děti a mohou využít jejich případnou pomoc. Na tuto otázku odpovídali pouze ti, kteří v otázce č.7 označili odpověď "ano". Z dotazníku je prokazatelné, že 9 seniorů ze 41 (21,9%) má 1 dítě, největší část seniorů 27 (65,8%) má dvě děti a 5 seniorů (12,1%) má 3 a více dětí. Počet dětí u jednotlivých pohlaví udává graf č. 8.



Graf č. 8: Otázka č. 8 – počet dětí u dotazovaných seniorů

Otázka č. 9: Jak vycházíte se svými dětmi?

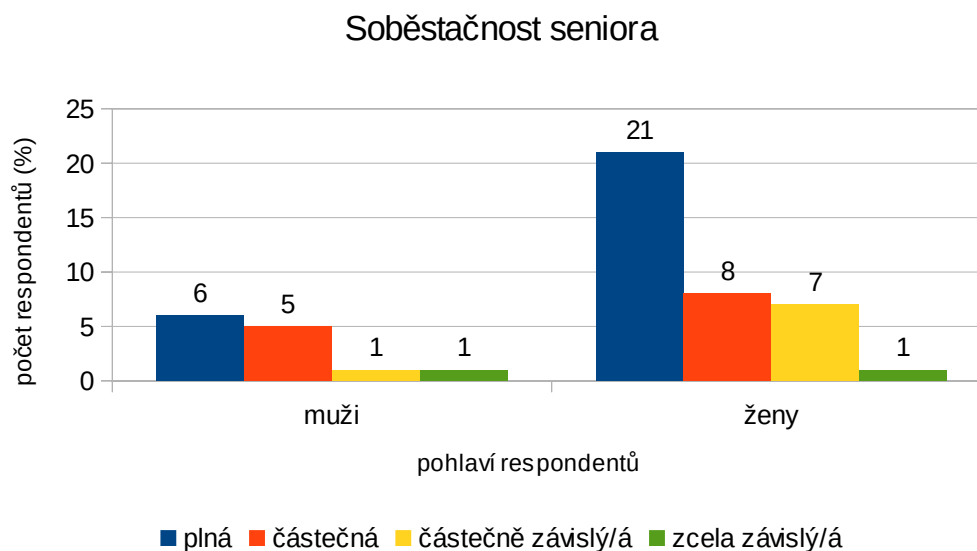
Další otázka se týkala problematiky vztahu mezi rodiči a dětmi. Na tuto otázku odpověděli pouze ti, kteří u otázky č. 7 odpověděli "ano". Předpokládala jsem, že pokud je vztah mezi rodiči a dětmi v pořádku, bude pro seniora jednodušší požádat své děti o pomoc a radu. Dotazník se týkal opět 41 seniorů, kteří uvedli, že mají děti. Z dotazníku vyplynulo, že výborně vychází se svými dětmi 25 seniorů (61%), celkem dobrý vztah s dětmi má 15 seniorů (36,5%). 1 muž (2,4%) odpověděl: "S dětmi se nestýkám". Vztah dětí a seniorů znázorňuje graf č. 9.



Graf č. 9 : Otázka č. 9 – vztah seniorů s dětmi

Otázka č. 10: Jak jste soběstačná(ý) v běžných denních činnostech?

Obsahem denních činností byla, dle mého soudu, schopnost soběstačně zvládat příjem potravy, hygienu, oblékání, apod. Plně soběstačných, kteří zvládají vše sami, bylo 27 seniorů (54%). Částečně soběstačných, kteří potřebují lehkou pomoc s nákupem, s vařením bylo 13 seniorů (26%), částečně závislých, kteří potřebují v běžných denních činnostech pomoc nebo potřebují zdravotní pomůcky bylo 8 seniorů (16%). Zcela závislých seniorů, kteří nezvládají bez pomoci běžné denní činnosti, byli 2 senioři (4%). Individuální rozdělení soběstačnosti mužů a žen je vyjádřen v grafu č. 10.



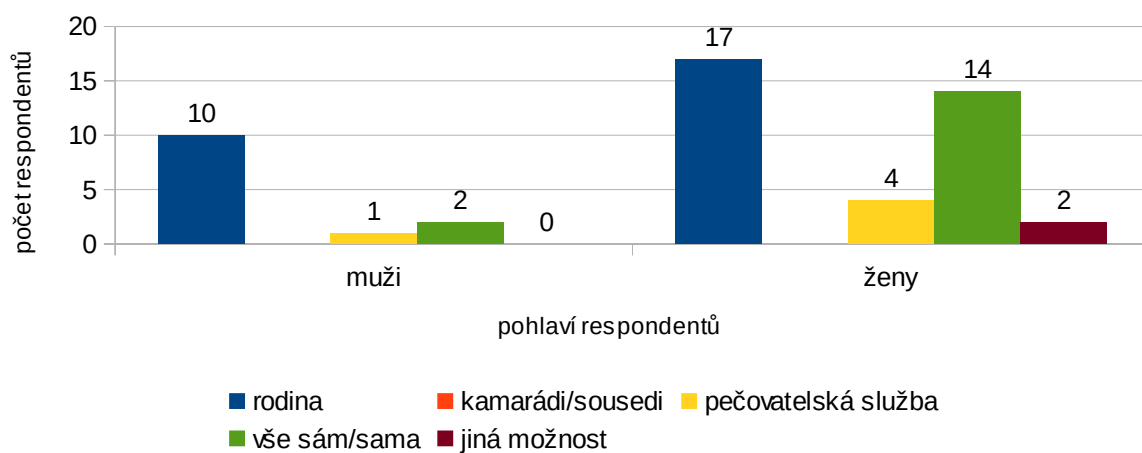
Graf č. 10: Otázka č. 10 – soběstačnost seniora v každodenních činnostech

Otázka č. 11: Kdo Vám nejčastěji pomáhá v domácnosti

Z tohoto průzkumu vyplynulo, že rodina pomáhá nejčastěji u 27 seniorů (54%). Jako možnost "b", což byli myšleni známí, kamarádi, sousedi, nevedl žádný senior. Pečovatelskou službu uvedlo 5 seniorů (10%). Vše zvládá 16 seniorů (32%). Jinou možnost muži nevedli, 2 ženy (4%) uvedly právě jinou možnost. Jednalo se o řádové sestry, kde jim nejčastěji pomáhají ostatní sestry. O pomoci jednotlivých subjektů, kteří pomáhají seniorům, vyjadřují počty v grafu č. 11.

Péče o seniora v domácnosti

N=50

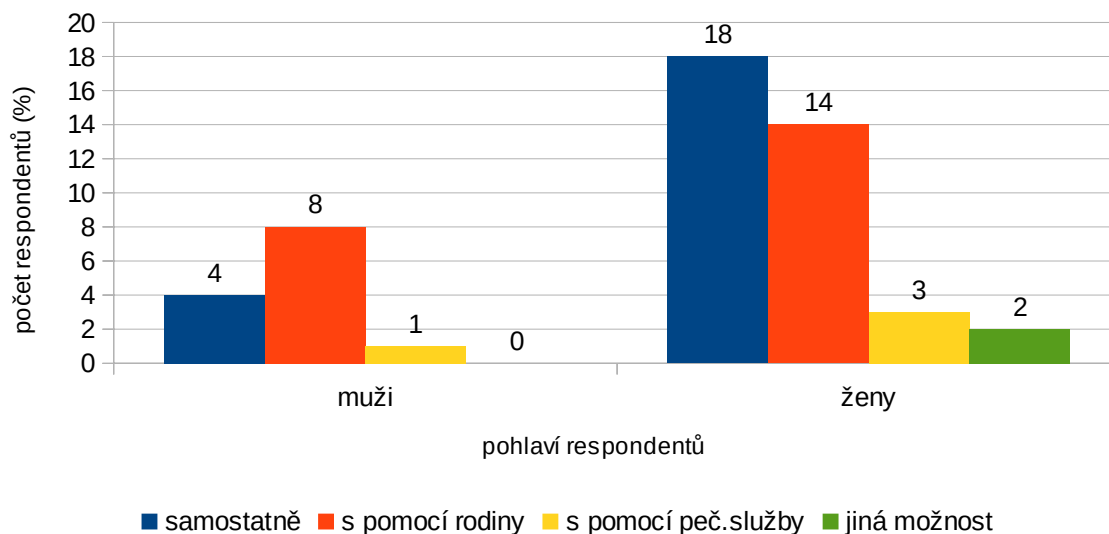


Graf č. 11: Otázka č. 11 – pomoc pro seniora v domácnosti

Otázka č. 12: Jak si zajišťujete nákupy a ostatní služby v okolí?

Variantu "a", tj. zcela samostatně si nákupy a ostatní služby si zajišťuje 22 seniorů (44%). S pomocí rodiny si nákupy a ostatní služby v okolí zajišťuje 22 seniorů (44%). S pomocí pečovatelské služby si zajišťují nákupy a ostatní služby 4 senioři (8%). Opět zde byly 2 řádové sestry (4%), které označily variantu "d", jako jinou možnost. U těchto žen je pomoc zajišťována komunitou. Zajištění pomoci je vyjádřeno v grafu č. 12.

Zajištění ostatních služeb

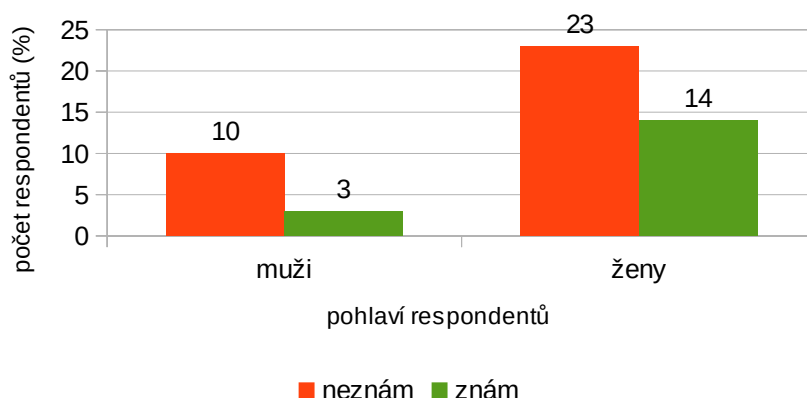


Graf č. 12: Otázka č. 12 – ostatní služby pro seniory

Otázka č. 13: Znáte rozdíl mezi zdravotní domácí péčí a pečovatelskou službou?

Na tuto otázku odpovědělo všech 50 respondentů s následujícím výsledkem: 33 seniorů (66%) rozdíl nezná a 17 seniorů (34%) rozdíl zná. Ženy nejčastěji uvedly jako zdravotní sociální péči převazy ran, rehabilitace nebo aplikace injekcí, což jsou správné odpovědi. Pečovatelskou službu seniorky nejčastěji popisovaly jako pomoc v domácnosti, pomoc s úklidem a nákupy a donášku stravy. Řádové sestry ještě uváděly doprovody k lékařům. Odpovědi mužů se od žen příliš nelišily, jejich odpovědi byly podobné. Dá se říci, že všech 17 seniorů popsalo rozdíly velmi dobře. Počty seniorů a jejich odpovědi dle pohlaví je vyjádřen v grafu č. 13.

Rozdíl mezi zdravotní a pečovatelskou službou

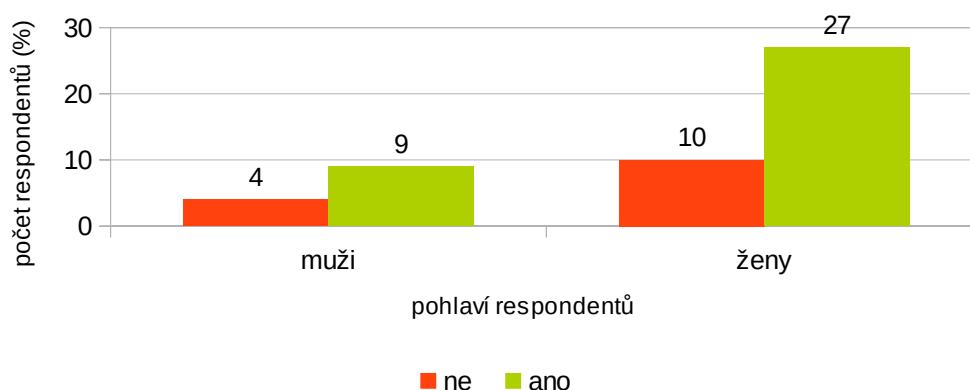


Graf č. 13: Otázka č. 13 – rozdíl mezi zdravotní péčí a pečovatelskou službou

Otázka č. 14: Byl(a) jste informována o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí?

Otázku jsem položila proto, abych zjistila, zda jsou všichni oslovení senioři informováni o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí. Tato otázka je polouzavřená a zajímala mne především, kde senioři tuto informaci získali. 14 seniorů (28%) nebylo informováno o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí, 36 seniorů (72%) bylo informováno o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí.

Informovanost o pečovatelské službě

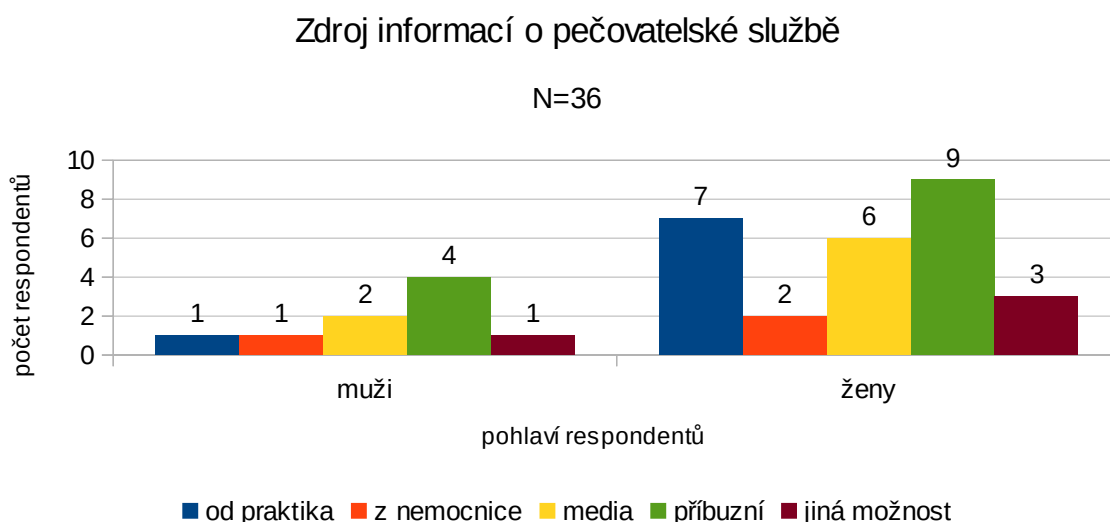


Graf č. 14 : Otázka č.14 – informovanost seniorů o možnosti domácí péče

Kladnou odpověď na výše položenou otázku uvedlo 36 seniorů (72% ze všech dotázaných); 9 mužů ze 36 dotázaných (25%) a 27 žen ze 36 dotázaných (75%). 4 muži byli informováni od příbuzných,

1 muž byl informován od pracovnice obecního úřadu, 2 muži získali informace z médií. Jeden muž byl informován od praktického lékaře a druhý muž byl informován v nemocnici. 7 žen bylo informováno praktickým lékařem, 2 ženy byly informovány v nemocnici, 6 žen získalo informaci z médií. 9 žen získalo informaci od příbuzných a 3 ženy informace měly ze své praxe, pracovaly ve zdravotnictví.

Následující graf č. 14 a vyjadřuje informační zdroje, odkud získali senioři informace o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí.

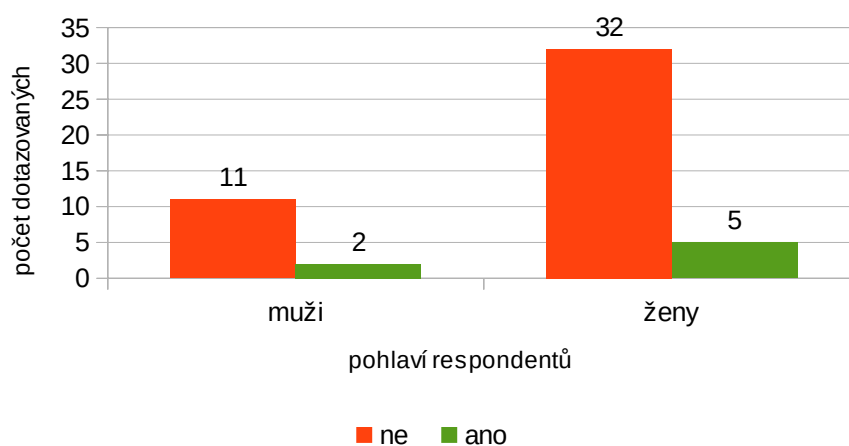


Graf č. 14a : Otázka č.14 - senioři a jejich informační zdroj o možnosti domácí péče

Otázka č. 15: Dochází k Vám pečovatelská služba?

V této otázce jsem sledovala možnost dostupné pomoci seniorům prostřednictvím pečovatelské služby v domácím prostředí. Z odpovědí vyplynulo, že 43 seniorů z 50 (86%) pomoc prostřednictvím pečovatelské služby nevyužívá. 7 seniorů (14%) uvedlo, že pomoc pečovatelské služby využívají. Z výzkumu vyplynulo, že většina z oslovených seniorů zatím nabídky pečovatelské služby nevyužívá, což koresponduje i s výsledky otázky č. 12.

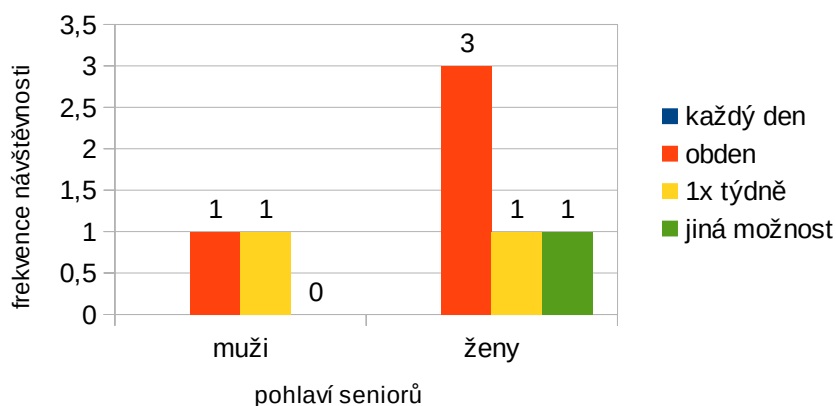
Pečovatelská služba u seniora



Graf č. 15: Otázka č. 15 – pečovatelská služba u seniorů

Na níže uvedeném grafu 15a je zobrazena frekvence návštěv pečovatelské služby u seniorů. Na tuto otázku odpovědělo 7 seniorů, kteří uvedli, že využívají pomoci pečovatelské služby. Z uvedených odpovědí též vyplynulo, že jeden z mužů využívá pečovatelskou službu obden a druhý muž pouze 1x týdně. U žen byly výsledky následující: 3 ženy využívají pečovatelskou službu obden, 1 žena 1x týdně, 1 žena využívá pečovatelskou službu občas, když je její dcera v práci.

Frekvence návštěvnosti pečovatelské služby N=7

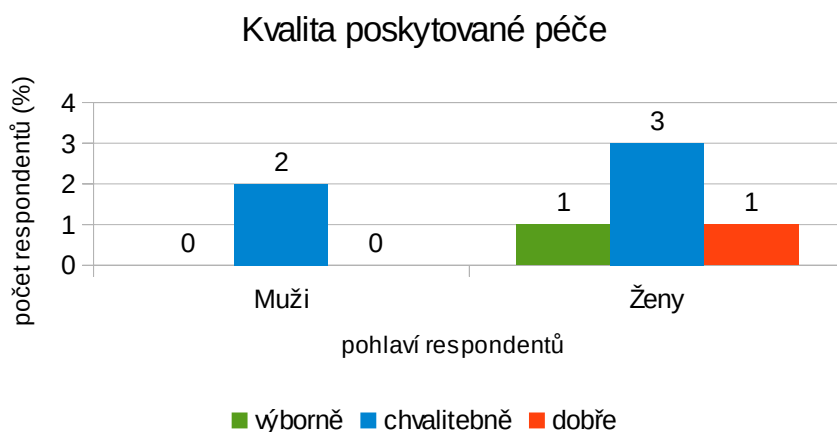


Graf č. 15a : Otázka č. 15 – frekvence návštěv pečovatelské služby u seniorů

Otázka č. 16: Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytované péče pečovatelskou službou?

Tato otázka se týkala pouze 7 seniorů, kteří odpověděli na otázku č. 15 varianta "b" – ano.

2 muži odpověděli, že jsou spokojeni chvalitebně. 1 žena uvedla, že je s péčí spokojena výborně, 3 ženy uvedly, že jsou spokojeny chvalitebně a jedna žena uvedla variantu "dobře". Škála odpovědí koresponduje se školní klasifikační škálou a je vyjádřena grafem č. 16.

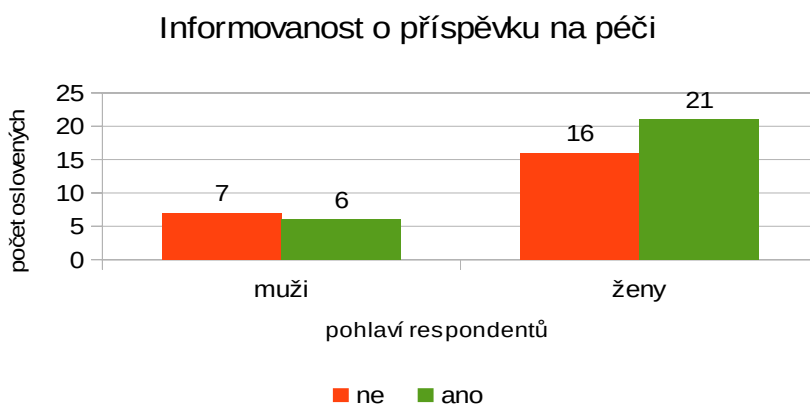


Graf č. 16: Otázka č. 16 – kvalita poskytované péče

Otázka č. 17: Byl(a) jste informován(a) o možnosti získat "příspěvek na péči"?

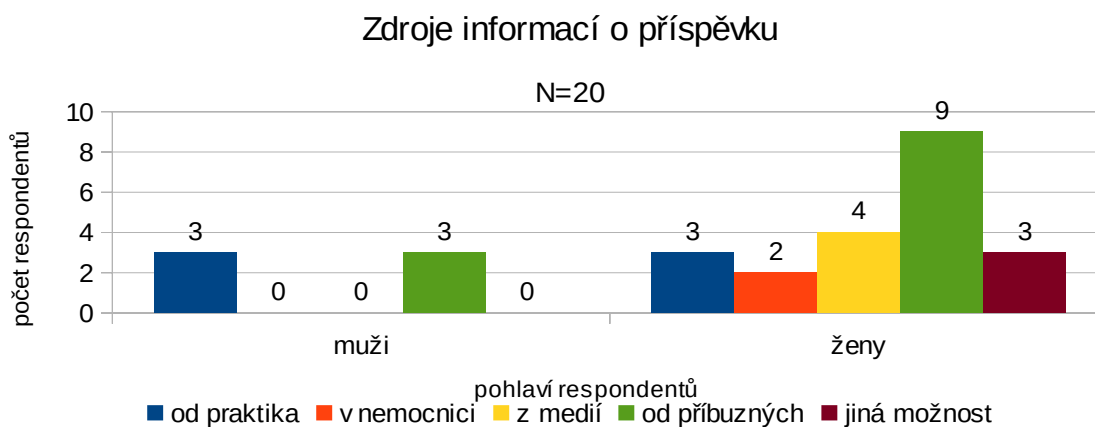
U této otázky jsem sledovala, zda a jak jsou všichni oslovení seniori informováni o možnosti získat příspěvek na péči a zároveň jsem sledovala, kdo je o této možnosti informuje.

Z odpovědí vyplynulo, že neinformovaných je 23 seniorů (46%). O příspěvku na péči bylo informováno 27 seniorů (54%).



Graf č. 17: Otázka č. 17 – informovanost o příspěvku

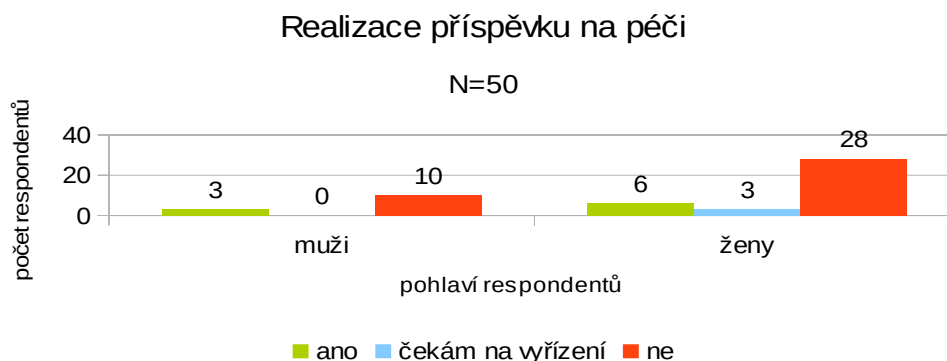
27 seniorů odpovědělo kladně, že byli informováni o možnosti získat příspěvek na péči. 6 seniorů (22,2%) získali informaci od praktického lékaře, 2 seniorky (7,4%) získaly informaci v nemocnici, 4 seniorky (14,8%) získaly informaci z médií, 12 seniorů (44,4%) získalo informaci od příbuzných a 3 senioři (11%) označili jinou možnost. Z uvedených výsledků vyplývá, že většina seniorů získala první informaci o příspěvku na péči od příbuzných a známých.



Graf č. 17 a : Otázka č. 17 b – informovanost o příspěvku

Otázka č. 18: Pobíráte příspěvek na péči?

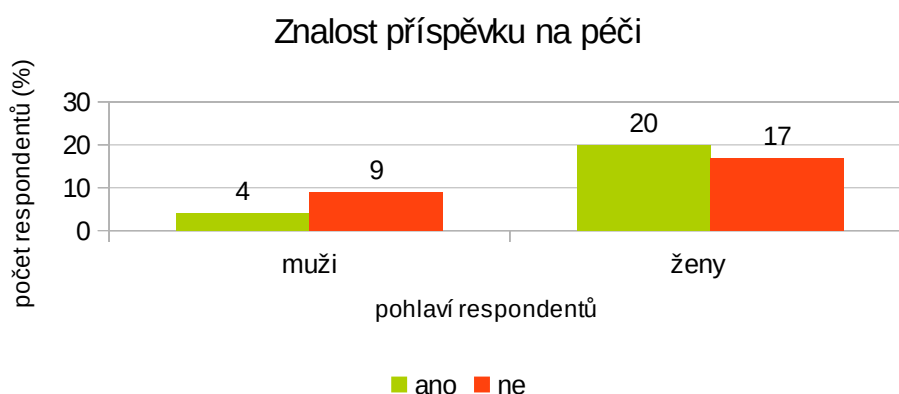
V této otázce jsem sledovala pouze statistický údaj, kolik oslovených seniorů pobírá příspěvek na péči. Devět seniorů příspěvek pobírá (18%) a 38 (76%) nepobírá. Tři seniorky (6%) čekají na vyřízení příspěvku. Příspěvek na péči je přiznán seniorům, u nichž se již projevuje určitá úroveň nesoběstačnosti. V odpovědích "ano" jsem sledovala ještě další rovinu této otázky. Zajímalo mě především, jak dlouho trvá vyřízení příspěvku na péči. Ze své praxe vím, že vyřízení příspěvku trvá i 6 měsíců a bohužel jsou senioři, kteří se příspěvku nedočkají. V mém výzkumu se např. ukázalo, že jedna ze seniorek čeká na vyřízení příspěvku 3 měsíce, druhá 4 měsíce a třetí se nedočkala ani po roce a rodina podala odvolání.



Graf č. 18: Otázka č. 18 – pobírání příspěvku na péči u seniora

Otázka č. 19: Víte, k čemu je určen "příspěvek na péči"?

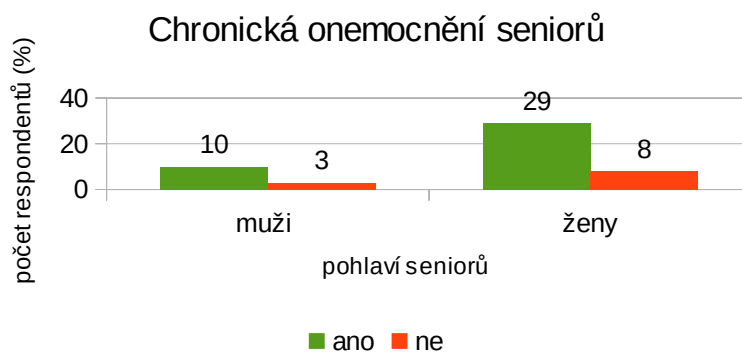
Touto otázkou jsem chtěla zjistit u seniorů, jak jsou informováni o "příspěvku na péči". Chtěla jsem si ověřit, zda senioři pobírající příspěvek na péči, vědí k čemu slouží a zda jej využívají efektivně. Negativní odpověď jsem zaznamenala u 26 seniorů (52%). Kladnou možnost, tj. že ví, k čemu je příspěvek určen, označilo 24 seniorů (48%). Z tohoto počtu byli 4 muži, kteří popsali příspěvek na péči jako: "příspěvek pro mého pečovatele, který se mi věnuje", dále "pomoc při nemoci", "na zaplacení sobě, co člověk sám nezvládne a potřebuje pomoc", "pomoc při úklidu". U žen byly výsledky trochu jiné a jak jsem předpokládala, příspěvek na péči by byl u některých senierek využíván chybně: např. odpověď zněla "využití na úhradu léků, pomůcek". Správné odpovědi u žen byly například: "příspěvek na péči bych použila k zaplacení pečovatelky a různých služeb", dále např. "donáška jídla, návštěva opatrovnice, nákup zdravotních pomůcek".



Graf č. 19: Otázka č. 19 – znalost seniora o příspěvku na péči

Otázka č. 20: Léčíte se s chronickým onemocněním?

Otázku jsem položila proto, abych ověřila, kolik seniorů v mé skupině se opravdu léčí s chronickým onemocněním, i přesto, že jsem oslovila spíše aktivní seniory. Z výzkumu vyplynulo, že 39 seniorů (78%) se léčí s chronickým onemocněním. Chronické onemocnění nevedlo 11 seniorů (22%).



Graf č. 20: Otázka č. 20 – výskyt chronických onemocnění u seniorů

Chronická onemocnění u seniorů

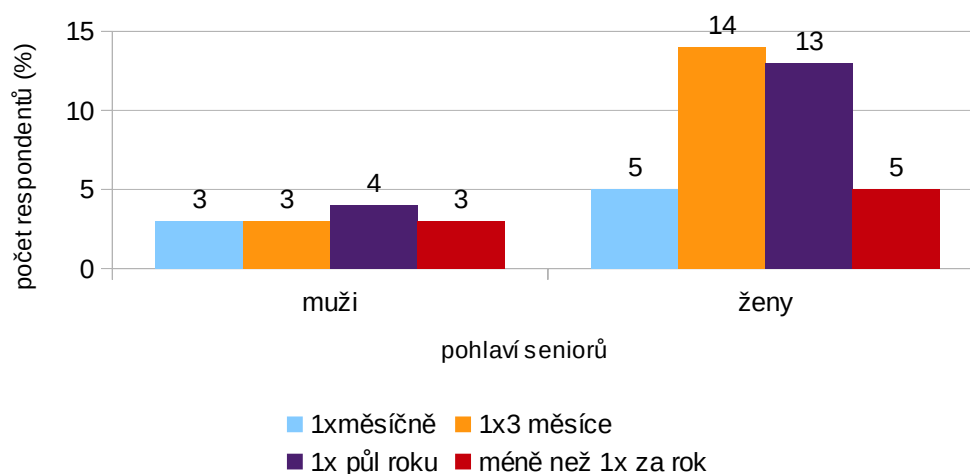
	hypertenze	artróza	dna	bércové vředy	cukrovka	vysoký cholesterol
muži	8	4	2	2	3	1
ženy	17	6	1	1	3	3

Tabulka č.1: Otázka č. 20 – vybrané typy chronických onemocnění u seniorů

Otázka č. 21: Jak často jste za poslední rok navštívil(a) praktického lékaře?

Tato otázka volně navazuje na předcházející dotaz, neboť jsem chtěla zjistit, kolik seniorů pravidelně absolvuje prohlídku u svého lékaře. Vycházela jsem z celkového počtu 50ti seniorů. Z odpovědí vyplynulo, že za poslední rok navštívilo 1x za měsíc svého lékaře 8 seniorů (16%). 1x za 3 měsíce navštívilo svého lékaře 17 seniorů (34%). 1x za půl roku navštívilo lékaře také 17 seniorů (34%). Ani jednu za poslední rok nenavštívilo svého praktického lékaře 8 seniorů (16%). Z tohoto výzkumu usuzuji, že nejčastěji seniori navštěvují svého lékaře z důvodů napsání receptů na léky (na 3 měsíce), navštěvují jej tedy 1x za 3 měsíce. Druhou nejpočetnější skupinou byla skupina seniorů, navštěvující lékaře 1x za půl roku, což odpovídá spíše aktivnějším a zdravějším seniorům, kteří nepotřebují vyhledávat lékaře tak často. Muži i ženy navštěvují svého lékaře dle grafu č. 21, kde je po jednotlivých skupinách vyznačeno, s jakou frekvencí seniori lékaře navštívili.

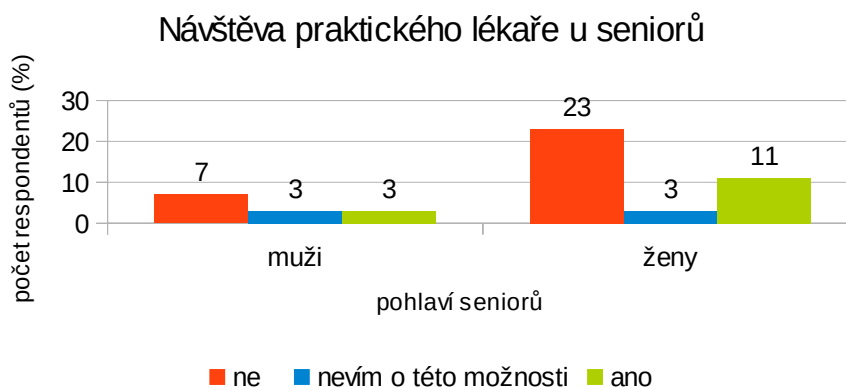
Návštěvy seniorů u lékaře



Graf č. 21: Otázka č. 21 – četnost návštěv seniorů u praktického lékaře

Otázka č. 22: Navštívil vás v případě potřeby váš praktický lékař doma ?

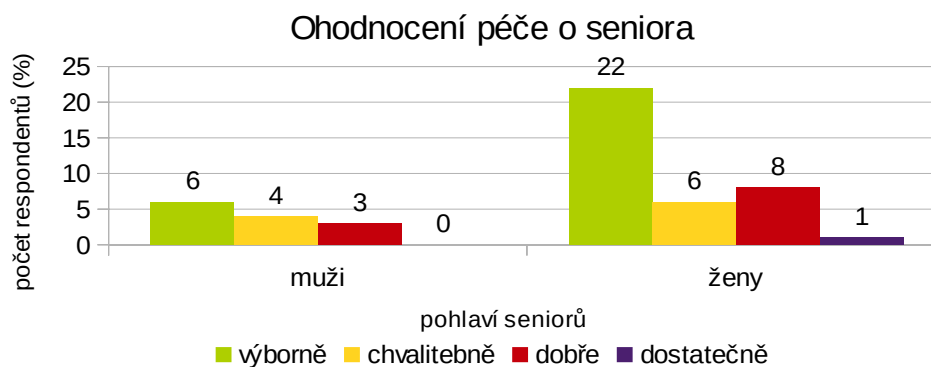
Účelem této otázky bylo zjistit, zda senioři ví o dostupnosti návštěvy praktického lékaře v domácím prostředí. Z výzkumu vyplynulo, že 30 seniorů nebylo navštíveno lékařem (60%), i když o této možnosti a dostupnosti ví. Šest seniorů (12%) o této možnosti neví. Čtrnáct seniorů (28%) uvedlo, že tuto možnost využilo. Návštěvu praktického lékaře v domácím prostředí po jednotlivých skupinách zobrazuje graf č. 22.



Graf č. 22: Otázka č. 22 – návštěvy praktického lékaře u seniorů

Otázka č. 23: Oznámkujte, jak jste spokojen (a) s péčí Vašeho praktického lékaře

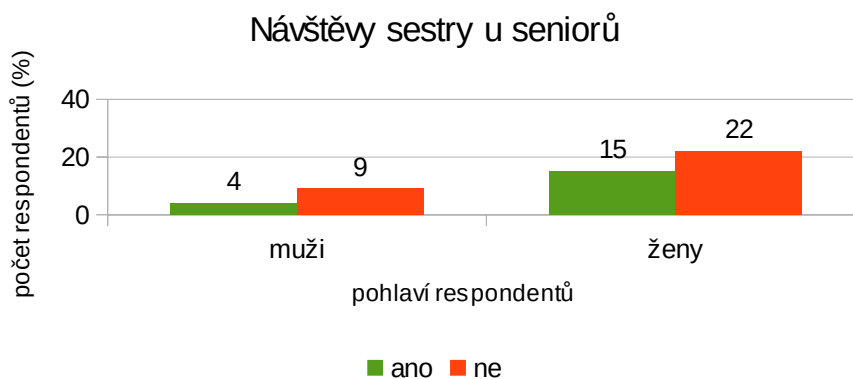
Otázka byla položena z důvodů, abych zjistila, jaká je úroveň poskytované péče praktického lékaře pohledem seniora. Škála hodnocení odpovídala škále školního hodnocení. Dvacet osm seniorů (56%) hodnotilo péči lékaře jako výbornou. Chvalitebně označilo odpověď 10 seniorů (20%). Jako průměrnou spokojenost označilo 11 seniorů (22%). Jedna žena (2%) uvedla, že není spokojena s péčí svého praktického lékaře. Jak se vyjadřovali senioři ke spokojenosti s péčí od svého praktického lékaře je uvedeno v grafu č. 23.



Graf č. 23: Otázka č. 23 – spokojenost seniora s péčí praktického lékaře

Otázka č. 24: Navštívila Vás v případě potřeby zdravotní sestra doma?

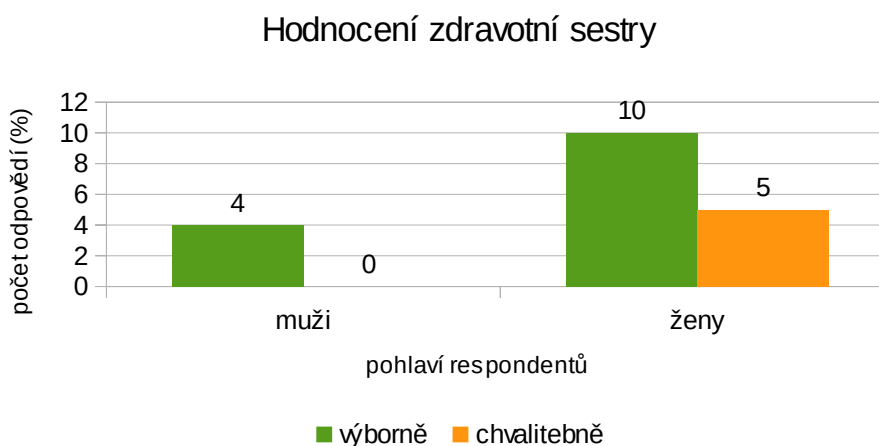
Úmyslem této otázky bylo zjistit, zda jsou senioři informováni o dostupnosti této péče v domácím prostředí a zda ji někdy využili. Výzkum ukázal, že 19 seniorů (38%) navštívila zdravotní sestra v domácím prostředí. Odpověď "ne" označilo 31 seniorů (62%). Péče je poskytována zdravotní sestrou z agentury domácí péče nebo zdravotní sestrou od praktického lékaře.



Graf č. 24: Otázka č. 24 – návštěva sestry u seniorů

Otázka č. 25: Jak jste byli spokojeni s kvalitou poskytované péče od zdravotní sestry?

Na otázku reagovalo pouze 19 seniorů, kteří odpověděli v otázce č. 24 "ano". Z toho výborně hodnotilo péči 14 seniorů (73,6%). Chvalitebné hodnocení uvedlo pouze ženy, celkem 5 žen (26,3%).



Graf č. 25: Otázka č. 25 – hodnocení poskytnuté péče od zdravotní sestry

2.4. Diskuze, komparace dat a doporučení pro praxi

Výzkum byl zaměřen na vybranou skupinu seniorů nad 70 let, z regionu Prahy 6. Ve vybrané skupině byli převážně aktivní a soběstační senioři. Předpokládala jsem však, že časem i u těchto soběstačných seniorů může dojít k situaci, kdy si budou muset zajistit péči o svoji osobu, z důvodu nastalé nesoběstačnosti. Proto mě zajímalo, jak jsou v současné době edukováni, jaké a od koho mají informace o dostupnosti zdravotní a sociální péče. Ze své praxe zdravotní sestry se mi několikrát potvrdilo, že většina seniorů nezná rozdíl mezi zdravotní a sociální péčí. Na základě tohoto zjištění jsem vypracovala dotazník, kterým jsem chtěla ověřit, zda informovanost o dostupnosti zdravotní a sociální péče u seniorů je dostatečná, či nikoliv. To mě přivedlo na myšlenku určit si hlavní cíl, jak se vybraní senioři orientují v dostupnosti zdravotní a sociální péče v regionu Prahy 6.

Vyhodnocení hlavního cíle jsem provedla z vyhodnocení především z otázky č. 13 ("Znáte rozdíl mezi zdravotní domácí péčí a pečovatelskou službou?") a na základě dalších dílčích cílů. Z dotazníků vyplynulo, že z celkového počtu 50 seniorů 33 seniorů (66%) nezná rozdíl mezi zdravotní domácí péčí a pečovatelskou službou a 17 seniorů (34%) tento rozdíl zná.

Vyhodnocení dílčího cíle č. 1: zjistit u vybraných seniorů z regionu Prahy 6, jak jsou soběstační v běžných denních činnostech.

K tomuto cíli se vztahuje otázka z dotazníku č. 10, která zněla: Jak jste soběstačná(y) v běžných denních činnostech? Otázka byla zaměřena na subjektivní pocity seniora o své soběstačnosti. Na základě analýzy dat z dotazníkové otázky jsem zjistila, že plně soběstačných se cítí 27 seniorů (54%) a částečně soběstačných, u nichž je potřeba lehká pomoc s nákupem nebo s vařením 13 seniorů (26%). Částečně závislých seniorů, kteří potřebují zdravotní pomůcku v běžných denních činnostech bylo 8 seniorů (16%). Data z dotazníku ukázala, že zcela závislých seniorů, kteří nezvládají běžné denní činnosti, byli 2 senioři (4%).

Vyhodnocení dílčího cíle č. 2: zjistit, kdo informuje vybrané seniory z regionu Prahy 6 o dostupnosti zdravotní a sociální péče.

K tomuto cíli se vztahují otázky z dotazníku č. 14 a 17. Dotazníková otázka č. 14: Byl(a) jste informován(a) o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí? Dotazníková otázka č. 17: Byl(a) jste informován(a) o možnosti získat příspěvek na péči? Na základě analýzy dat z dotazníkové otázky č. 14 jsem zjistila, že 36 seniorů (72%) bylo informováno o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí a 14 seniorů (28%) nebylo informováno. Na základě

analýzy dat z dotazníkové otázky č. 17 vyplynulo, že o příspěvku na péči bylo informováno 27 seniorů (54%) a neinformovaných bylo 23 seniorů (46%). Z níže uvedené tabulky vyplývá, že pohých 46% seniorů ví o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí a zároveň byli informováni o možnosti získat příspěvek na péči.

<i>Typy odpovědí na otázky č. 14 a 17</i>	Celkový počet seniorů
Ano (14) / Ano (17)	23 seniorů(46%)
Ano (14) / Ne (17)	12 seniorů (24%)
Ne (14) / Ano (17)	4 senioři (8%)
Ne (14) / Ne (17)	11 seniorů (22%)

Tabulka č. 2: Vyhodnocení dílčího cíle č. 2

Vyhodnocení dílčího cíle č. 3: zjistit, kdo nejčastěji pomáhá vybraným seniorům z regionu Prahy 6 v domácnosti (s vařením, úklidem a nákupy).

Tohoto cíle se přímo týkala otázka z dotazníku č. 11 a nepřímo otázky č. 7, 8, 12, 15, 16, 21-25. Přímé otázky zněly: Kdo vám nejčastěji pomáhá v domácnosti s vařením, úklidem a nákupy? Jak si zajišťujete nákupy a ostatní služby v okolí (např. návštěva lékaře, návštěva úřadů)? Na základě analýzy dat z dotazníkové otázky č. 11 jsem zjistila, že rodina pomáhá nejčastěji u 27 seniorů (54%), pečovatelskou službu uvedlo 5 seniorů (10%), 16 seniorů (32%) zvládá vše samo. Jinou možnost uvedly dvě řádové sestry, které žijí v katolické komunitě.

Komparace dat

Ke komparaci dat jsem si vybrala skupinu seniorů, kteří žijí v domácím prostředí a jsou většinou soběstační při běžných denních činnostech. Komparovala jsem data zaměřená především na orientaci v dostupnosti informací o zdravotní a sociální péči v regionu Prahy 6, dále jsem se zaměřila na to, kdo pomáhá seniorům v domácnosti a jak si zajišťují nákupy a ostatní služby v okolí, na závěr jsem komparovala data vztahující se na řádové sestry, které žijí v komunitě, ale

také mohou mít různou úroveň soběstačnosti.

K první komparaci jsem si vybrala skupinu seniorů, kteří na otázku číslo 13 ("**Znáte rozdíl mezi zdravotní domácí péčí a pečovatelskou službou?**") odpověděli variantou "a" – ano, znám rozdíl mezi zdravotní domácí péčí a pečovatelskou službou a zároveň byli informováni o možnosti získat příspěvek na péči, otázka č. 17, varianta b - "ano" ("**Byl(a) jsem informován(a) o možnosti získat příspěvek na péči?**"). Ze sebraných dat vyplynulo, že z oslovených 50ti seniorů zná rozdíl pouze 17 seniorů (3 muži a 14 žen). Z této skupiny 17 seniorů byla většina informována o možnosti získat příspěvek na péči, a to celkem 15 seniorů (3 muži a 12 žen). Data naznačují, že informovanost a edukovanost seniorů má mezery, do budoucna je potřeba preventivně více edukovat a informovat seniory o možnostech dostupné zdravotní a sociální péče, díky které mohou zůstat aktivní a soběstační ve svém domácím prostředí. Z hlediska zdravotních a sociálních služeb jde o podporu úspěšného stárnutí a zdravého aktivního stáří. Snahou je, aby senior žil co nejdéle aktivně v blízkosti svých nejbližších, v prostředí, které má rád.

Ve druhé komparaci jsem si vybrala skupinu seniorů, kteří žijí v domácím prostředí a zajímalo mě, kdo jim nejčastěji poskytuje pomoc, např. při vaření, úklidu či při nákupu. Vycházela jsem z výsledků otázky č. 11 ("**Kdo vám nejčastěji pomáhá v domácnosti?**"), kde senioři označili možnost "a" - rodina a komparovala ji s odpovědmi seniorů, kteří označili možnost "b" – s pomocí rodiny v otázce číslo 12, ("**Jak si zajišťujete nákupy a ostatní služby v okolí?**").

Pro komparaci dat jsem použila dotazníky 10ti mužů, kteří odpověděli že jim pomáhá rodina a dotazníky 17ti žen, které uvedly, že jim nejčastěji také pomáhá v domácnosti rodina. Možnost "b" u otázky č. 12 označilo 8 mužů a 14 žen. Z komparace dat vyplynulo, že skupina oslovených seniorů využívá ve většině případů pomoc rodiny, což podporuje můj předpoklad, že vztahy v rodinách seniorů jsou dobré. Tato skupina seniorů má dostupnou pomoc s úklidem, vařením a nákupy hlavně od rodiny.

Ke třetí komparaci dat jsem si vybrala skupinu seniorů, kteří žijí v domácím prostředí sami, otázka č. 6, varianta "a" ("**V domácnosti žijete – sám/sama?**") a zkomparovala jsem ji s odpovědmi otázky č. 11 ("**Kdo vám nejčastěji pomáhá v domácnosti?**") varianta "d" – zvládám vše sám(a).

Pro komparaci dat jsem použila dotazníky tří mužů, kteří odpověděli, že žijí sami a 13 žen, které také uvedly, že žijí samostatně. Právě v této otázce jsem chtěla odhalit, kdo nejčastěji pomáhá seniorům v domácnosti, kteří žijí sami. Z komparace dat vyplynulo, že ve skupině 16 seniorů žijících samostatně v domácím prostředí vše zvládá 8 seniorů, a to pouze ženy. U mužů se projevilo, že jsou daleko více závislí na pomoci okolí než ženy, žádný z mužů neuvedl variantu "d". Z výsledků usuzuji, že pokud jsou senioři aktivní a soběstační, méně využívají pomoci od své rodiny. V případě, kdy se tato situace změní a senior potřebuje pomoc z důvodu např. snížené

soběstačnosti, pomáhá s péčí o seniora rodina nebo jiná organizace. Pro rodinu může být péče o seniora náročná jak časově, tak psychicky i fyzicky. Doporučuji preventivně edukovat seniory o možnostech zdravotní a sociální péče v domácím prostředí, která zajistí péči v přirozeném prostředí seniorů s kontaktem svých nejbližších. Edukovaní senioři a rodiny tak mají možnost využít poznatků v praktických situacích.

Čtvrtá komparace dat vycházela z výsledků otázky č. 6 ("**V domácnosti žijete?**") a odpovědi písmena "d" – jiná možnost. V mém dotazníku se objevily i dvě řádové sestry, a tak mě zajímalo, jaká je jejich úroveň soběstačnosti v běžných denních činnostech. Pro komparaci jsem použila otázku č. 10 ("**Jak jste soběstačná v běžných denních činnostech?**"), varianta "a" – plně soběstačná, vše zvládnou sama. Komparace odpovědí odhalila, že ani jedna z řádových sester není plně soběstačná, pro běžné denní činnosti. Komunita řádových sester společně zajišťuje péči a pomoc pro ostatní, u nichž je snížena soběstačnost. Řeholní sestry si vzájemně přispívají k dobré dostupnosti zdravotní a sociální péči. Stejně tak je důležité, aby i ostatní senioři byli obklopeni lidmi, kteří jim v případě zhoršené soběstačnosti rádi pomohou.

Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi vychází z uskutečněného dotazníkové šetření 50ti vybraných seniorů z Prahy 6.

Na základě dotazníkového šetření jsem zjistila, že:

- většina seniorů nezná rozdíl mezi domácí zdravotní péčí a sociální péčí
- většina informací pochází od příbuzných a známých, nikoliv od praktického lékaře
- většina seniorů neví, nač je přesně určen příspěvek na péči
- většina seniorů byla soběstačná při zajišťování nákupů a ostatních služeb v okolí
- většina seniorů navštěvuje svého praktického lékaře 1x za 3 měsíce nebo 1x za půl roku

Na základě poznatků z dotazníkového šetření doporučuji začít s větší a cílenější informovaností seniorů o tom, jaký je rozdíl mezi zdravotní a sociální péčí v domácím prostředí, preventivně informovat o účelu příspěvku na péči, pro koho a k čemu je určen. Informovanost o dostupnosti zdravotní a sociální péče by měla být více propagována v místních novinách "Šestka". Dotazníkový průzkum odhalil, že většina informací o poskytovaných službách přichází od příbuzných a známých, nikoli od praktických lékařů, kterého by měl senior pravidelně navštěvovat. Výzkum odhalil, že nejčastěji (1x za 3 měsíce nebo 1x za půl roku) vyhledávají senioři praktického lékaře z důvodu napsání dlouhodobě užívaných léků. Nejčastějším chronickým onemocněním vybrané skupiny seniorů byla hypertenze (25 seniorů) a artróza kloubů (10 seniorů) a 6 seniorů se léčilo s

cukrovkou. Průzkum ukázal, že aktivní senioři nemají přehled o tom, co mohou v případě potřeby požadovat.

Pro seniory je důležitá prevence a zaměření na možnosti zdravého stárnutí. V případě nastalé nemohoucnosti senioři neví, jak si sami mohou zajistit podmínky pro to, aby mohli zůstat co nejdéle v domácím prostředí. Několik seniorů se vyjádřilo nechvalně k systému příspěvků na péči. Vyřízení příspěvku na péči je příliš zdlouhavé, trvá několik měsíců a senior tuto péči potřebuje co nejdříve. Někteří senioři se díky tomu svého příspěvku nedočkají. Posudková činnost pro schválení příspěvku je příliš složitá a zdlouhavá. Do tohoto procesu zasahuje praktický lékař, městská pobočka úřadu práce, lékařská posudková služba, aj..

Senioři neví, na co mohou příspěvek použít, zvláště ženy uváděly mnoho příkladů na co lze příspěvek použít, ale bohužel často mylně. Příspěvek by použily např. na úhradu léků, což je chybné. Z toho vyplývá, že senioři neví, na co je příspěvek určen, jejich informovanost je nízká. Výrazně jiná situace je v nemocnicích, edukace seniorů zde probíhá aktivně. Výzkum prokázal, že senioři se snaží být samostatní, popř. požádají o pomoc nejbližší rodinu. Tyto závěry potvrdily mé teoretické předpoklady.

2.6. Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak se skupina vybraných seniorů nad 70 let orientuje v systému sociálních a zdravotních služeb v domácím prostředí na Praze 6. Ve vybrané skupině převažovali aktivní senioři, žijící s rodinou, popřípadě samostatně. V teoretické části jsou popsány základní pojmy, které se týkají problematiky seniorů a stárnutí. Snažila jsem se o vysvětlení základních termínů, jakými jsou zdravotní a sociální péče, ve kterých mohou nastat nedorozumnění. V praktické části jsem se zaměřila na dotazníkové šetření, díky kterému jsem získala informace, jaká je informovanost seniorů o dostupnosti zdravotní a sociální péče v domácím prostředí. Dotazník byl sestaven z otázek, které se zaměřily na současný rodinný stav seniora, na jeho soběstačnost, kdo seniorům nejčastěji pomáhá v domácnosti a především, jak znají rozdíl mezi termíny zdravotní domácí péči a pečovatelskou službou. Zajímalo mě také, zda senioři vědí o existenci příspěvku na péči a zda jsou schopni co nejpřesněji definovat, k čemu je tento příspěvek určen. Prostřednictvím dotazníku se mi potvrdila teorie, že informovanost seniorů ve vybrané lokalitě není příliš dobrá. Přínosem této práce bylo zjištění, že u aktivních seniorů je nízká informovanost o dostupnosti domácí zdravotní péče a pečovatelské služby, neboť ji zatím nepotřebovali. U seniorů však může nastat situace, kdy budou potřebovat pomoc zdravotní nebo pečovatelské služby v domácím prostředí. S ohledem na to, že senioři nejsou dostatečně informováni, je důležité tuto informovanost zvýšit. Ráda bych poukázala na důležitost pravidelné a ověřované edukace seniorů, kteří si mnohdy myslí, že mají potřebné informace, ale ono tomu tak není. Dostupnost a přesnost informací, které jsou poskytovány seniorům by měly být srozumitelné a přesné s ohledem na vyšší věk seniorů, aby se vyloučila případná nedorozumnění.

Doporučovala bych, aby praktičtí lékaři Prahy 6, pracovníci úřadu městské části Prahy 6 nebo periodika Prahy 6 více preventivně informovali seniory a jejich příbuzné o možnostech zdravotní a sociální péče v domácím prostředí. Přínosem této práce je snaha, aby senioři zůstali co nejdéle aktivní ve svém domácím prostředí.

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

- 1) ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk, ČEVELA, Rostislav. 2016. *Úvod do gerontologie*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3
- 2) ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav, BOSÁK, Miroslav. 2015. *Posudková činnost v ordinaci praktického lékaře: manuál pro praxi v oblasti sociálního zabezpečení a zaměstnanosti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4844-3
- 3) ČEVELA, Rostislav, KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše. 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4
- 4) DIENSTBIER, Zdeněk. 2009. *Průvodce stárnutím, aneb, Jak ho oddálit*. Vydání 1. Praha: Radix. ISBN 978-80-86031-88-0
- 5) DUDOVÁ, Radka. 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Vydání první. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR. ISBN 978-80-7419-182-4
- 6) HROZENSKÁ, Martina, DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80247-4139-0
- 7) HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Vydání 2. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9
- 8) HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vydání. Praha: Galén ISBN 978-80-7262-900-8
- 9) HOLMEROVÁ, Iva a kol. 2014. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3119-6
- 10) JEŘÁBEK, Hynek a kol. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Vydání 1. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-80-7419-117-6
- 11) KALVACH, Zdeněk a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6
- 12) KALVACH, Zdeněk a kol. 1997. *Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium. 1.díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-366
- 13) KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ Alice. 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-455-5
- 14) KALVACH, Zdeněk a kol. 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Vydání 1. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-07-5

- 15) KLEVETOVÁ, Dana. 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. přepracované vydání. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0102-3
- 16) KUBEŠOVÁ, MATĚJOVSKÁ, Hana a kol. 2011. *Gerontologie*. Vydání 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-081-0
- 17) MUHLPACHR, Pavel, STANÍČEK, Petr. 2001. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2510-7
- 18) NOVÁK, Tomáš. 2013. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4623-4
- 19) POKORNÁ, Andrea. 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8
- 20) PŘIKRYL, Hugo. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. vydání. Praha: Maxdorf.
- 21) SAK, Petr, KOLESÁROVÁ, Karolína. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5
- 22) STANÍČEK, Petr, MUHLPACHR, Pavel. 2001. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1.vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2510-7
- 23) ŠPATENKOVÁ, Naděžda, SMÉKALOVÁ, Lucie. 2015. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Vydání 1.Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5446-8
- 24) WEBER, Pavel a kol. 2000. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci* Vydání 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-314-7
- 25) ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Vydání 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0326-8

Internetové zdroje :

Senioři a zdraví – 2018 ČSÚ [online]. [cit. 12.4. 2019]. dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-cr-v-datech-2018>

Senioři a zdraví; Demografický vývoj [online]. [cit. 12.4. 2019]. dostupné z:
<https://www.czso.cz/documents/10180/60664322>

Naděje dožití v okresech [online]. [cit. 12.4. 2019]. dostupné z:
<https://www.czso.cz/documents/10180/60664322>

SEZNAM GRAFŮ A TABULEK

- Graf č. 1 : Otázka č. 1 – pohlaví seniorů
- Graf č. 2 : Otázka č. 2 – věk seniorů
- Graf č. 3 : Otázka č. 3 – aktuální rodinný stav seniorů
- Graf č. 4 : Otázka č. 4 – vzdělání oslovených seniorů
- Graf č. 5 : Otázka č. 5 – finanční příjem seniorů
- Graf č. 6 : Otázka č. 6 – senior v domácnosti
- Graf č. 7 : Otázka č. 7 – mají seniorři děti
- Graf č. 8 : Otázka č. 8 – počet dětí u dotazovaných seniorů
- Graf č. 9 : Otázka č. 9 – vztah dětí a seniorů
- Graf č. 10 : Otázka č. 10 – soběstačnost seniora v každodenních činnostech
- Graf č. 11 : Otázka č. 11 – pomoc pro seniora v domácnosti
- Graf č. 12 : Otázka č. 12 – ostatní služby pro seniory
- Graf č. 13 : Otázka č. 13 – rozdíl mezi zdravotní péčí a pečovatelskou službou
- Graf č. 14 : Otázka č. 14 – informovanost seniorů o možnosti domácí péče
- Graf č. 14a : Otázka č.14 - seniori a jejich informační zdroj o možnosti domácí péče
- Graf č. 15 : Otázka č. 15 – pečovatelská služba u seniorů
- Graf č. 16 : Otázka č. 16 – kvalita poskytované péče
- Graf č. 17 : Otázka č. 17 – informovanost o příspěvku
- Graf č. 17a : Otázka č. 17 – informovanost o péči dle pohlaví
- Graf č. 18 : Otázka č. 18 – pobírání příspěvku na péči u seniora
- Graf č. 19: Otázka č. 19 – znalost seniora o příspěvku na péči
- Graf č. 20 : Otázka č. 20 – výskyt chronických onemocnění u seniorů
- Graf č. 21 : Otázka č. 21 – četnost návštěv lékaře u seniorů
- Graf č. 22 : Otázka č. 22 – návštěvy praktického lékaře u seniorů
- Graf č. 23 : Otázka č. 23 – spokojenost seniora s péčí praktického lékaře
- Graf č. 24 : Otázka č. 24 – návštěva sestry u seniorů
- Graf č. 25 : Otázka č. 25 – hodnocení poskytnuté péče od zdravotní sestry

Tabulka č. 1: Otázka č. 20 – vybrané typy chronických onemocnění u seniorů

Tabulka č. 2: Vyhodnocení dílčího cíle č. 2

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 : Informační leták úřadu MČ Praha 6

Příloha č. 2 : Informační leták pečovatelské služby MČ Praha 6

Příloha č. 3 : Formulář ÚP ČR "Žádost o příspěvek na péči"

Příloha č. 4 : Informační leták domácí péče Geria, s.r.o.

Příloha č. 5 : Dotazník pro seniory

Příloha č. 6 : Vyplněný vzor dotazníku pro seniory

**MĚSTSKÁ ČÁST PRAHA 6
ÚŘAD MĚSTSKÉ ČÁSTI**



Čelíte Vy nebo Váš blízký obtížné sociální situaci z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, stáří, osamělosti, nejistého bydlení, nedostatečného příjmu nebo z jiných důvodů?

Můžete se obrátit na Úřad městské části Praha 6, oddělení sociální péče a prevence. Kvalifikovaní sociální pracovníci zde poskytují odborné sociální poradenství. Pomohou Vám zorientovat se v problému, nasměrují Vás na příslušné instituce či organizace, pomohou vyřídit dílčí administrativu, atd.

Oddělení sociální péče
a prevence, 1. patro
Úřední hodiny:
Pondělí 8:00 – 18:00
Středa 8:00 – 18:00

Čs. armády 23, Praha 6,
Tel. 220 189 615
jvankova@praha6.cz
Další kontakty: www.praha6.cz



Příloha č. 2 : Informační leták pečovatelské služby MČ Praha 6

Pečovatelská služba městské části Praha 6

Adresa: Břevnovská 4, Praha 6,

Bližší informace a objednávky na telefonních číslech **220 513 315, 220 513 521**

PONDĚLÍ: 8.00 – 17.00 hod. STŘEDA: 8.00 – 17.00 hod.

JAK SE K NÁM DOSTANETE? Tramvají č. 22 a 25 – zastávka U Kaštanu, Autobusem č. 180 a 174 – zastávka Břevnovská

Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

<i>pomoc a podpora při podávání jídla a pití</i>	130,- Kč/hod
<i>pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek</i>	130,- Kč/hod
<i>pomoc při prostorové orientaci a při samostatném pohybu ve vnitřním prostoru</i>	130,- Kč/hod
<i>Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík</i>	130,- Kč/hod

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

<i>pomoc při úkonech osobní hygieny</i>	130,- Kč/hod
<i>pomoc při základní péči o vlasy a nehty</i>	130,- Kč/hod
<i>pomoc při použití WC</i>	130,- Kč/hod

Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

<i>normální strava</i>	52,- Kč/oběd
<i>odlehčená strava (šetřící)</i>	52,- Kč/oběd
<i>(dodavatel ČVUT v Praze, Vaničkova 7, Praha 6)</i>	
<i>dovoz nebo Donáška jídla</i>	25,- Kč/úkon
<i>pomoc při přípravě jídla a pití</i>	130,- Kč/hod
<i>příprava a podávání jídla a pití</i>	130,- Kč/hod

Pomoc při zajištění chodu domácnosti:

<i>běžný úklid a údržba domácnosti</i>	130,- Kč/hod
<i>údržba domácích spotřebičů, donáška vody</i>	130,- Kč/hod
<i>topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení</i>	130,- Kč/hod
<i>běžné nákupy a pochůzky</i>	130,- Kč/hod
<i>velký nákup, např. týdenní, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti</i>	110,- Kč/úkon
<i>praní a žehlení ložního a osobního prádla</i>	60,- Kč/kg

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

<i>doprovázení dospělého k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět</i>	120,- Kč/hod
<i>doprovázení dětí do školy, školského zařízení</i>	120,- Kč/hod

Účtován je vždy skutečně spotřebovaný čas k zajištění úkonů.

Pečovatelka může odmítnout službu, je-li ohrožen její život nebo zdraví (v případě poškození elektropřístroje atp.)

Kdo má nárok na bezplatnou PS?

Zdarma se poskytuje PS účastníkům odboje podle zákona č. 255/1946 Sb, dále osobám podle zákona 87/1991 a zákona 119/1990 Sb. a pozůstalým manželům (manželkám) po osobách starším 70 let, dále rodinám, ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí a to do 4 let věku těchto dětí..

Osoby uvedené v § 75 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů hradí pouze úhradu v rozsahu úhrady nákladů za stravu.

Příloha č. 3 : Formulář ÚP ČR "Žádost o příspěvek na péči"



ÚŘAD PRÁCE ČR

SocS

Tiskopis prosím vyplňte čitelně

podací razítko	OSÚ S 15
----------------	-------------

Žádost o příspěvek na péči

A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:
		Státní příslušnost:
Trvalý pobyt:	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Skutečný pobyt ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Adresa pro doručování ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Rodinný stav ⁶⁾ :		
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

B. Zástupce žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává zástupce žadatele (zmocněnec, rodič, opatrovník, poručník, jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče).

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:
		Státní příslušnost:
Trvalý pobyt ⁷⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Adresa pro doručování ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
	Ulice:	Č. p. ⁴⁾ : Č. orient.: PSČ:
Rodinný stav ⁶⁾ :		
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Ž (muž nebo žena).

3) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

4) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

5) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.

6) Do kolonky **Rodinný stav** запиšte jednu z uvedených možností ve formě: 1 – svobodný(á), 2 – ženatý/vdaná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 - registrované partnerství.

7) Nevyplňujte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.

NAŠE PÉČE ZAHHRNUJE

- ✚ ošetrovatelskou rehabilitaci, procvičení chůze, nácvik soběstačnosti,
- ✚ ošetření různých ran, defektů, bércových vředů, dekubitů,
- ✚ aplikace injekcí včetně inzulínu,
- ✚ odběry krve,
- ✚ prevence dekubitů, polohování, pokládání, promazání zad, hýždí, dolních končetin,
- ✚ ošetření stomii,
- ✚ infuze,
- ✚ vyšetření glukometrem,
- ✚ individuální léčebná tělesná výchova,
- ✚ pasivní a aktivní cvičení,
- ✚ vertikalizace, nácvik stoje, chůze s kompenzačními pomůckami.

Péče je poskytována na základě předpisu ošetrojícího lékaře. Snažíme se služby poskytovat na vysoké odborné úrovni, s citlivým a vřelým přístupem ke klientovi. Ošetrojící praktičky lékař od nás 1x měsíčně obdrží zpracovanou zprávu o stavu pacienta.



23 LET NA TRHU

GERIA - Domácí zdravotní péče pro Vaše pacienty

ZAVOLEJTE NÁM
257 324 010

PŘIJDETE K NÁM
East Building, vchod B
Antala Staška 510/38
140 00 Praha 4 - Krč

NAPIŠTE NÁM
geria@geria.cz

- ✚ Jsme jedním z největších poskytovatelů domácí zdravotní péče v Praze.
- ✚ Ročně ošetříme více než 1 000 pacientů.
- ✚ Nabízíme odbornou zdravotní péči a fyzioterapii.
- ✚ Máme smlouvy se všemi pojišťovnami.
- ✚ Poskytujeme péči 7 dní v týdnu.

GERIA spol. s r.o.
East Building, vchod B
Antala Staška 510/38
140 00 Praha 4 - Krč

tel.: 257 324 010
geria@geria.cz
www.geria.cz

GERIA spol. s r.o.
East Building, vchod B
Antala Staška 510/38
140 00 Praha 4 - Krč

tel.: 257 324 010
geria@geria.cz
www.geria.cz

Příloha č.5

Dovolte, abych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který poslouží jako podklad k vypracování mé bakalářské práce na téma "Dostupnost zdravotní a sociální péče u seniorů v domácím prostředí ve vybrané lokalitě. V dotazníku nevyžadují konkrétní osobní údaje.

Svoji odpověď prosím výrazně **zakroužkujte!**

Děkuji

Hana Štěchová; Pedagogická fakulta UK Praha

- 1) Pohlaví :
 - a) žena
 - b) muž

- 2) Váš věk je:
 - a) 70-75 let
 - b) 76-80 let
 - c) 81-85 let
 - d) 86 let a více

- 3) Váš současný rodinný stav :
 - a) vdaná / ženatý
 - b) vdova / vdovec
 - c) rozvedená (ý)
 - d) svobodná (ý)
 - e) jiná možnost -uved'te:.....

- 4) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání :
 - a) základní
 - b) vyučen(a)
 - c) středoškolské
 - d) vysokoškolské
 - e) jiná možnost – uved'te:.....

- 5) Váš osobní celkový pravidelný měsíční příjem je:
 - a) do 10.000,- Kč
 - b) 10.001 – 20.000,- Kč
 - c) 20.001,- a vyšší

- 6) V domácnosti žijete :
 - a) sám/ sama
 - b) s rodinou (manžel-ka či děti)
 - c) s partnerem / partnerkou
 - d) jiná možnost – uved'te:.....

- 7) Máte děti (syna /dceru)?
 - a) ano
 - b) ne - pokračujte až na otázku č.10

- 8) Kolik máte dětí ?
- 1
 - 2
 - 3 a více
- 9) Jak vycházíte se svými dětmi?
- výborně
 - celkem dobře
 - naše vzájemné vztahy nejsou dobré
 - jiná možnost - popište:.....
- 10) Jak jste soběstačná (ý) v běžných denních činnostech (příjem stravy, hygiena, oblékání, apod.)
- plně soběstačná (ý) – vše zvládnu sám(a)
 - částečně soběstačná (á) – potřebuji lehkou pomoc s nákupem, s vařením
 - částečně závislý(á) – potřebuji zdravot.pomůcky a pomoc s oblékáním
 - jsem zcela závislý(á) – nezvládám bez pomoci běžné denní činnosti
- 11) Kdo vám nejčastěji pomáhá v domácnosti (např. vaření, úklid, nákupy)
- rodina
 - známí (kamarádi, sousedi, apod.)
 - pečovatelská služba
 - zvládám vše sám(a)
 - jiná možnost - popište :.....
- 12) Jak si zajišťujete nákupy a ostatní služby v okolí (např. návštěva lékaře, návštěva úřadů)?
- zcela samostatně
 - s pomocí rodiny
 - s pomocí pečovatelské služby
 - jiná možnost - popište :.....
- 13) Znáte rozdíl mezi zdravotní domácí péčí a pečovatelskou službou?
- neznám
 - ano, znám
- Stručně popište rozdíly:
 Zdravotní domácí péče je :.....
- Pečovatelská služba je :.....
- 14) Byl(a) jste informován(a) o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí ?
- ne – přejděte na otázku č.17
 - ano - první informaci jsem získal(a):
 - od praktického lékaře
 - v nemocnici
 - z médií (rozhlas, televize, internet, časopis, apod.)
 - od příbuzných a známých
 - jiné :.....

- 15) Dochází k Vám pečovatelská služba? (např.: donáška obědů, nákupy jídla, úklid apod.)
- a) ne – přejděte na otázku č.17
 - b) ano – navštěvuje mě :
 - a) každý den
 - b) obden
 - c) 1x týdně
 - d) jiná možnost, uveďte :
- 16) Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytované péče pečovatelské služby?
- a) 1. - výborně
 - b) 2. - chvalitebně
 - c) 3. - dobře
 - d) 4. - dostatečně
 - e) 5. - nedostatečně
- 17) Byl(a) jste informován(a) o možnosti získat "příspěvek na péči"?
- a) ne
 - b) ano - první informaci jsem získal(a):
 - a) od praktického lékaře
 - b) v nemocnici
 - c) z médií (rozhlas, televize, internet, časopis, apod.)
 - d) od příbuzných a známých
 - e) jiné :
- 18) Pobíráte příspěvek na péči?
- a) ano
 - b) čekám na vyřízení příspěvku - jak dlouho čekáte?
 - c) ne
- 19) Víte, k čemu je určen "příspěvek na péči" ?
- a) Ano, popište.....
 - b) Ne
- 20) Léčíte se s určitým chronickým onemocněním?(např.cukrovka, bércové vředy, vysoký krevní tlak, dna, artróza, apod.)
- a) ano, uveďte onemocnění.....
 - b) ne
- 21) Jak často jste navštívil(a) praktického lékaře (za poslední rok):
- a) 1x za měsíc
 - b) 1x za 3 měsíce
 - c) 1x za půl roku
 - d) za poslední rok jsem nenavštívil(a) praktického lékaře

22) Navštívil Vás v případě potřeby praktický lékař u Vás doma?

- a) ne, i když o této možnosti vím
- b) ne, nevím o této možnosti
- c) ano, navštívil mě

23) Oznamkujte jak jste spokojen(a) s péčí Vašeho praktického lékaře:

- a) 1. - výborně
- b) 2. - chvalitebně
- c) 3. - dobře
- d) 4. - dostatečně
- e) 5. - nedostatečně: uveďte proč:.....

24) Navštívila Vás někdy zdravotní sestra v případě potřeby doma? (např.: odběr krve, převaz rány, apod.)

- a) ano
- b) ne – neodpovídejte na otázku č.25

25) Ohodnoťte, jak jste byl(a) spokojen (a) s kvalitou poskytnuté péče od zdravotní sestry?

- a) 1. - výborně
- b) 2. - chvalitebně
- c) 3. - dobře
- d) 4. - dostatečně
- e) 5.- nedostatečně : uveďte proč:.....

.....

Příloha č. 6 : Vyplněný vzor dotazníku pro seniory

Dovolte, abych Vás požádala o vyplnění následujícího dotazníku, který poslouží jako podklad k vypracování mé bakalářské práce na téma "Dostupnost zdravotní a sociální péče u seniorů v domácím prostředí ve vybrané lokalitě". V dotazníku nevyžadují konkrétní osobní údaje.

Svoji odpověď prosím výrazně **zakroužkujte!**

Děkuji

Hana Štěchová; Pedagogická fakulta UK Praha

1) Pohlaví :

- a) žena
- b) muž

2) Váš věk je:

- a) 70-75 let
- b) 76-80 let
- c) 81-85 let
- d) 86 let a více

3) Váš současný rodinný stav :

- a) vdaná / ženatý
- b) vdova / vdovec
- c) rozvedená (ý)
- d) svobodná (ý)
- e) jiná možnost - uveďte:.....

4) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání :

- a) základní
- b) vyučen(a)
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské
- e) jiná možnost – uveďte:.....

5) Váš osobní celkový pravidelný měsíční příjem je:

- a) do 10.000Kč
- b) 10.001 Kč – 20.000Kč
- c) 20.001Kč a vyšší

6) V domácnosti žijete :

- a) sám/ sama
- b) s rodinou (manžel-ka či děti)
- c) s partnerem / partnerkou
- d) jiná možnost – uveďte:.....

7) Máte děti (tzn. syna /dceru)?

- a) ano
- b) ne - pokračujte až na otázku č.10

8) Kolik máte dětí ?

- a) 1
- b) 2
- c) 3 a více

- 9) Jak vycházíte se svými dětmi?
 a) výborně
 b) celkem dobře
 c) naše vzájemné vztahy nejsou dobré
 d) jiná možnost - popište:.....
- 10) Jak jste soběstačná (ý) v běžných denních činnostech (příjem stravy, hygiena, oblékání, apod.)
 a) plně soběstačná (ý) – vše zvládnou sám(a)
 b) částečně soběstačná (á) – potřebuji lehkou pomoc s nákupem, s vařením
 c) částečně závislý(á) – potřebuji zdravotní pomůcky a pomoc s oblékáním
 d) jsem zcela závislý(á) – nezvládám bez pomoci běžné denní činnosti
- 11) Kdo vám nejčastěji pomáhá v domácnosti (např. vaření, úklid, nákupy)
 a) rodina
 b) známí (kamarádi, sousedi, apod.)
 c) pečovatelská služba
 d) zvládám vše sám(a)
 e) jiná možnost - popište :.....
- 12) Jak si zajišťujete nákupy a ostatní služby v okolí (např. návštěva lékaře, návštěva úřadů)?
 a) zcela samostatně
 b) s pomocí rodiny
 c) s pomocí pečovatelské služby
 d) jiná možnost - popište :.....
- 13) Znáte rozdíl mezi zdravotní domácí péčí a pečovatelskou službou?
 a) neznám
 b) ano, znám - stručně popište rozdíly:
 Zdravotní domácí péče je :.....
 Pečovatelská služba je :.....
- 14) Byl(a) jste informován(a) o možnosti pečovatelské služby v domácím prostředí ?
 a) ne – přejděte na otázku č.17
 b) ano - označte, kde jste první informaci získal(a):
 a) od praktického lékaře
 b) v nemocnici
 c) z médií (rozhlas, televize, internet, časopis, apod.)
 d) od příbuzných a známých
 e) jiná možnost, uveďte.....

15) Dochází k Vám pečovatelská služba? (např.: donáška obědů, nákupy jídla, úklid apod.)

a) ne – přejděte na otázku č.17

b) ano – navštěvuje mě :

a) každý den

b) obden

c) 1x týdně

d) jiná možnost, uveďte :.....

16) Jak jste spokojen(a) s kvalitou poskytované péče pečovatelské služby?

a) 1. - výborně

b) 2. - chvalitebně

c) 3. - dobře

d) 4. - dostatečně

e) 5. - nedostatečně

17) Byl(a) jste informován(a) o možnosti získat "příspěvek na péči"?

a) ne

b) ano - první informaci jsem získal(a) :

a) od praktického lékaře

b) v nemocnici

c) z médií (rozhlas, televize, internet, časopis, apod.)

d) od příbuzných a známých

e) jiné :.....

18) Pobíráte příspěvek na péči?

a) ano

b) čekám na vyřízení příspěvku - jak dlouho čekáte?.....

c) ne

19) Víte, k čemu je určen "příspěvek na péči" ?

a) Ano, popište.....

b) Ne

20) Léčíte se s chronickým onemocněním (např. cukrovka, bércové vředy, vysoký krevní tlak, dna, artróza, apod.)?

a) ano, uveďte onemocnění..... *vysoký tlak*

b) ne

21) Jak často jste za poslední rok navštívil(a) praktického lékaře:

a) 1x za měsíc

b) 1x za 3 měsíce

c) 1x za půl roku

d) za poslední rok jsem nenavštívil(a) praktického lékaře

22) Navštívil Vás v případě potřeby praktický lékař u Vás doma?

- a) ne, i když o této možnosti vím
- b) ne, nevím o této možnosti
- c) ano, navštívil mě

23) Označte, jak jste spokojen(a) s péčí Vašeho praktického lékaře:

- a) 1. - výborně
- b) 2. - chvalitebně
- c) 3. - dobře
- d) 4. - dostatečně
- e) 5. - nedostatečně: uveďte proč:.....

24) Navštívila Vás někdy zdravotní sestra v případě potřeby doma? (např.: odběr krve, převaz rány, apod.)

- a) ano
- b) ne - neodpovídejte na otázku č.25

25) Ohodnoťte, jak jste byl(a) spokojen(a) s kvalitou poskytnuté péče od zdravotní sestry?

- a) 1. - výborně
- b) 2. - chvalitebně
- c) 3. - dobře
- d) 4. - dostatečně
- e) 5. - nedostatečně : uveďte proč:.....

.....

Prostor pro Vaše náměty a komentáře:

*maternického lékaře nenavštívil, má m. blízké
čtyři lékaře různých specializací*

