

Univerzita Karlova v Praze  
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

**Senioři žijící v Domě s pečovatelskou službou v Novém Městě nad Metují (rozsah  
a kvalita služeb)**

**Seniors living in the Nursing home in Nove Mesto nad Metuji (range and quality  
of services)**

**Vedoucí práce:**

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

**Autor:**

Monika Tomášová, DiS.

Praha 2011

### **Poděkování**

Velmi děkuji vedoucí své práce RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za její cenné rady, připomínky a povzbudivá slova.

V neposlední řadě patří mé poděkování zaměstnancům a klientům zařízení, díky kterým jsem měla možnost získat podklady pro svou práci.

**Prohlášení**

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

V Novém Městě nad Metují, dne 27. 6. 2011

Monika Tomášová, DiS.

## **Anotace**

Cílem mé bakalářské práce je zjistit rozsah a kvalitu sociálních služeb poskytovaných klientům v Domě s pečovatelskou službou v Novém Městě nad Metují. Práce se skládá ze dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Teoretická část je stručnou charakteristikou stáří a stárnutí. Popisuje vědní obory, které se danou oblastí zabývají, druhy sociálních služeb určených seniorům atd. Praktická část se věnuje výzkumu rozsahu a kvality služeb. Jako výzkumnou metodu jsem zvolila strukturovaný dotazník.

## **Annotation**

The aim of my thesis is to find out the extent and quality of social services provided to clients in a Nursing home in Nove Mesto nad Metuji. The thesis consists of two main parts, theoretical and practical. The theoretical part is a brief description of old age and aging. Describes the sciences that deal with the areas, types of social services for seniors, etc. The practical part is devoted to research the scope and the quality of services. As a research method I chose a structured questionnaire.

## **Klíčová slova**

Stáří, senior, sociální služby, pečovatelská služba

## **Keywords**

The old age, senior, social services, nursing home

# Obsah

Úvod.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1 Stáří a stárnutí – charakteristika.....	8
1.1 Příznaky provázející stáří .....	11
1.1.1 Fyzické změny .....	11
1.1.2 Psychické změny.....	12
1.2 Významné sociální mezníky.....	13
1.3 Duševní poruchy.....	14
1.4 Stáří a sexualita.....	18
1.5 Způsoby adaptace na stáří .....	19
1.6 Demografie.....	20
1.7 Vědní disciplíny zaměřené na problematiku stáří .....	23
1.8 Potřeby seniorů.....	24
1.8.1 Fyziologické potřeby.....	25
1.8.2 Jistota a bezpečí.....	25
1.8.3 Sounáležitost a láska (společenské potřeby).....	26
1.8.4 Autonomie – uznání, sebeúcta .....	26
1.8.5 Seberealizace.....	26
1.9 Geriatrické syndromy .....	27
1.9.1 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti.....	27
1.9.2 Syndrom anorexie a malnutrice .....	28
1.9.3 Syndrom instability s pády.....	28
1.9.4 Syndrom imobility .....	28
1.9.5 Syndrom inkontinence .....	29
1.9.6 Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruchy paměti .....	29
1.9.7 Syndrom deliria.....	29
1.9.8 Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka.....	29
1.10 Senior jako oběť týrání a zanedbávání .....	29
1.10.1 Tělesné týrání .....	30
1.10.2 Psychické a citové týrání.....	30
1.10.3 Sexuální obtěžování a zneužívání .....	30

1.10.4	Finanční a materiální zneužívání .....	31
1.10.5	Zanedbávání péče (druhými osobami) .....	31
1.10.6	Zanedbávání péče sama o sebe .....	31
2	Sociální služby poskytované seniorům .....	32
2.1	Služby sociální prevence .....	33
2.2	Sociální poradenství .....	33
2.3	Služby sociální péče .....	33
3	Městské středisko sociálních služeb Nové Město nad Metují .....	35
3.1	Obecné informace .....	35
3.2	Veřejný závazek a principy práce .....	35
3.3	Typy poskytovaných služeb .....	36
3.3.1	Sociální služba ambulantní .....	36
3.3.2	Sociální služba pobytová .....	37
3.3.3	Sociální služba terénní .....	38
3.4	Sponzoři .....	39
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST</b>		
4	Pečovatelská služba .....	41
5	Kazuistiky klientů žijících v Domě s pečovatelskou službou .....	47
6	Výzkum .....	51
6.1	Hypotézy .....	51
6.2	Vyhodnocení dotazníků .....	52
	Závěr .....	59
	Použitá literatura .....	61
	Seznam příloh .....	63

## Úvod

Téma své bakalářské práce, Senioři žijící v Domě s pečovatelskou službou (rozsah a kvalita služeb), jsem si vybrala na základě svého dlouholetého zájmu o práci se seniory. Zároveň jsem se inspirovala vlastní praxí v tomto zařízení. Již šest let docházím do Domu s pečovatelskou službou (DPS) jako brigádník a pomáhám s poskytováním terénních služeb.

Převážná většina z nás zajisté postřehla, že významně přibývá počet členů tzv. šednouce populace. Stále častěji se v různých médiích setkává s informacemi o současném trendu, kdy na jedné straně přibývá stárnoucích jedinců, na druhé se rodí stále méně dětí. Jak je možné, že je v posledních letech přírůstek seniorů tak vysoký? Jednoznačně za to může prodlužování průměrné délky života, proměna a jeho zkvalitnění. Podle mého názoru se problematice seniorů v posledních letech začíná věnovat více pozornosti. Změny a novinky můžeme pozorovat i v nabídce sociálních služeb, která se stává pestřejší. Každý senior si může vybrat službu vyhovující jeho potřebám, popřípadě finančním možnostem. Nejvíce zastoupenými službami, dle mého názoru, jsou domovy pro seniory a pečovatelská služba. Avšak je mezi nimi jeden základní rozdíl. Pečovatelská služba se snaží pomoci klientovi v tom, aby zůstal co nejdéle ve svém přirozeném prostředí. V domovech pro seniory jsou pak klienti, kteří potřebují nepřetržitou péči. Tento typ domovů zároveň poskytuje odlehčující pobyty pro rodiny, které pečují o své blízké a potřebují načerpat nové síly. V rámci pečovatelské služby jsou poskytovány terénní služby, zřizují se také nájemní domy pro soběstačné klienty.

Cílem mé práce je utvořit si vlastní ucelený obraz problematiky stáří, přesvědčit se, že stáří nemá být spojováno pouze s negativními pojmy (ztráta, úpadek). Stáří je přece symbolem moudrosti a nesčetných životních zkušeností, které bychom od seniorů měli přejímat.

Formálně je moje bakalářská práce rozdělena do dvou hlavních částí. V první z nich, teoretické, se zabývám stářím a stárnutím, vytyčením základních změn v životě seniora, obecným popisem sociálních služeb, které jsou seniorům poskytovány či charakteristikou Městského střediska sociálních služeb Oáza (MSSS Oáza), které se stalo v místě mého bydliště hlavním poskytovatelem služeb pro seniory. V empirické části se věnuji popisu Terénní pečovatelské služby a představuji budovu a dispozice DPS. Mým úkolem bylo zjistit, jak jsou senioři s životem v DPS spokojeni. Pro zjištění základních informací jsem použila strukturovaný dotazník, výzkum jsem doplnila kazuistikami všech klientů, kteří v DPS žijí.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Stáří a stárnutí – charakteristika

Stáří, stejně jako první krůčky nebo povinná školní docházka, je nedílnou součástí života každého z nás. Můžeme říci, že stáří je poslední fází ontogeneze, vývoje jedince, a projevuje se mnoha různými změnami (involučními). Stárnutí je individuální proces probíhající od početí, který je výrazně ovlivněn geneticky danou výbavou, životními podmínkami, odlišným životním stylem a zdravotním stavem. I když je tempo stárnutí a jeho projevy individuální u každého jedince, existují některé viditelné změny, které jsou pro starší osoby charakteristické. Podrobněji se těmto změnám budu věnovat v následujících kapitolách.

Z vědeckého hlediska rozlišujeme tři základní druhy stáří. Prvním z nich je biologické stáří. „Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry změn involučních (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza).“<sup>1</sup> Dalším druhem je tzv. sociální stáří. Sociální stáří je charakterizováno několika sociálními změnami nebo splněním věku, kdy má člověk nárok na starobní důchod. Mezi výrazné sociální změny můžeme zařadit změnu rolí ve společnosti nebo změnu životního způsobu. Člověk by se také měl chovat společensky přiměřeně svému věku. V souvislosti se sociálním stářím se také můžeme setkat s pojmem sociální periodizace života. Na základě této „teorie“ můžeme lidský život rozdělit do tří věků. Každý věk pak představuje období (část života), které má své charakteristické znaky. První, tzv. předproduktivní věk, je charakterizován růstem, vývojem, vzděláváním a získáním zkušeností jedince. Druhým je pak věk produktivní, kdy je člověk produktivní biologicky (vytváří vlastní rodinu), ale hlavně pracovně. Věk, při kterém již není jedinec z hlediska produktivity přínosem pro společnost, je věkem třetím – postproduktivním. Některá periodika uvádí i čtvrtý věk, který je charakteristický určitou závislostí. Mylně pak vzniká dojem, že je osoba nesoběstačná. Posledním důležitým „druhem“ stáří je stáří kalendářní (chronologické), které je vymezeno dosažením určitého stanoveného věku. Výhodu tohoto druhu stáří spatřuji zejména v jednoznačnosti a snadném porovnávání. Zvláštním druhem stáří je tzv. dlouhověkost. Tímto pojmem se označuje pokročilé stáří, zpravidla nad 90 let. Takto staří jedinci tvoří pouze nepatrný zlomek naší populace (cca 27

---

<sup>1</sup> KALVACH, Zdeněk a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie: Integrovaný text pro interdisciplinární studium – 1. Díl: Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0



tisíc). „Za maximální délku lidského života je považován věk kolem 125 let. Nejvyššího hodnověrně doloženého věku dosáhla Francouzka M. Calmentová, která zemřela 4. 8. 1997 ve věku 122 let a 164 dní.“<sup>2</sup>

Kdy můžeme říci, že je jedinec starý? Obecně platí, že je člověk starý, považuje-li ho tak okolí. Vývojem společnosti se hranice stáří posouvá. Jako příklad mohu uvést 18. století, ve kterém byl za starého považován již čtyřicátník. O století později se hranice posunula o 10 let. V současnosti jakousi hranici stanovila Světová zdravotnická organizace (WHO - World Health Organisation). Podle jejího ustanovení je za starého považován každý člověk po 60. roce života. Nutné je také podotknout, že ne všichni, které považujeme za staré, dosahují věku nad 60 let. Můžeme se také setkat s tzv. předčasně zestárlými. Tento pojem lze vyložit dvěma způsoby. V prvním z nich se předčasné stárnutí týká dospělých jedinců. Ti díky svému špatnému životnímu stylu vypadají mnohem starší, než fakticky jsou. Výzkumy potvrzují, že negativní vliv má například kouření nebo obezita. „Obézní ženy vypadají z biologického hlediska až o 8,8 let starší než ženy se zdravou váhou a silné kuřačky jsou až o 7,4 let biologicky starší, než osoby, které nikdy nekouřily.“<sup>3</sup> Druhá možnost výkladu pojmu je pak genetické onemocnění, které postihuje děti a projevuje se až ve věku dvou let. Jejich stárnutí probíhá přibližně desetkrát rychleji, pacienti umírají většinou do 14 - ti let věku. Takto „zestárlí“ jedinci trpí často aterosklerózou (kornatění tepen) nebo srdečními infarkty. Jako problematickou vidím otázku periodizace stáří. Ani v literatuře, kterou jsem měla k dispozici, není jednoznačná a objevují se různá dělení. Pro demonstraci bych uvedla některá z nich:

- 50. léta – E. B. Hurlocková
  - střední věk (40 – 60 let)
  - stáří (60 let a více)
- 1974 - V. Příhoda
  - střední věk (45 – 59 let)
  - časně stáří (60 – 74 let)
  - vlastní stáří (75 – 89 let)
  - dlouhověkost (90 let a více)
- v posledních letech - Radoslav Goldmann
  - mladí senioři (65 – 74 let)

---

<sup>2</sup> KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

<sup>3</sup> <http://www.blisty.cz/2005/6/15/art23770.html> [ cit. 2010 - 03 - 19]

- staří senioři (75 – 84 let)
- velmi staří senioři (85 let a více)

Posledním všeobecným tématem týkajícím se stáří je pohled okolí na seniory. Společnost má ke starým lidem většinou negativní postoj. Stárnutí spojují zejména s celkovým úpadkem a se zhoršením kvality života. Ne vždy tomu tak musí být. Můžeme mezi námi najít i seniory, kteří jsou velice aktivní a své stáří si opravdu užívají. Kvalita života jednoznačně nezávisí na věku, ale na sociálních a materiálních životních podmínkách. V souvislosti se společností je nutné se také zmínit o snižujícím se sociálním statusu seniorů. Co je vlastně sociální status? Jedná se o sociální postavení člověka ve společnosti nebo dané společenské skupině. Všeobecně široké okolí od starého člověka nic neočekává a zároveň ho považuje za méně schopného. Tím hrozí seniorům tzv. sociální izolace, která představuje ztrátu kontaktu s okolím, ve kterém senior žije. Všichni lidé, včetně seniorů, kontakt s okolím potřebují a jsou na něm závislí. Tato ztráta seniorovi působí veliký stres, výjimkou není ani smrt zapříčiněná vzniklým tlakem. Nejčastěji se sociální izolace objevuje u osamělých jedinců, jejichž rodina žije daleko a své příbuzné nenavštěvuje, v horším případě jedinec žádnou rodinu nemá. Nemusí se jednat pouze o rodinné příslušníky, ale jedinec také nemusí navazovat kontakt se sousedy, případně nemá ani žádné přátele. Společnost by si měla uvědomit, že je potřeba seniory integrovat, začlenit je do majority (většiny). Jedním z řešení podobných problémů by mohlo být zřizování nových zařízení, klubů a zájmových útvarů, kde by měl každý senior možnost navázat kontakt nejen s vrstevníky. Bohužel se i senioři stávají obětmi diskriminace. Naše společnost má svůj systém hodnot nastaven způsobem výrazně upřednostňujícím mladé lidi, kteří jsou na rozdíl od seniorů „v plné síle“. „Z tohoto hodnotového systému vychází ageismus – postoj, který vyjadřuje obecně sdílené přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří a projevuje se podceňováním, odmítáním, event. až odporem ke starým lidem.“<sup>4</sup> Jedná se tedy o věkovou diskriminaci, která nečiní individuální rozdíly a považuje za méněcenné všechny staré jedince. Do takového pohledu můžeme zařadit i předsudky a myšlenkové stereotypy většinové společnosti, která na jejich základě zaujímá k seniorům negativní postoj a zároveň jim přisuzuje pouze negativní vlastnosti.

---

<sup>4</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0

## 1.1 Příznaky provázející stáří

Název pro souhrn příznaků, které provázejí stáří je involuce. Involuce je tedy proces v těle člověka, při kterém dochází ke změnám tkání a buněk. Většina těchto změn má spíše degenerativní charakter. Patrnými se tyto změny stávají na přelomu 4. a 5. decenia (desetiletí). Různé struktury a funkce organismu jsou postihovány nerovnoměrně. Jak se při involuci mění tělo člověka? V následujících podkapitolách bych ráda uvedla několik zásadních změn.

### 1.1.1 Fyzické změny

Na první pohled jsou na starém člověku patrné změny pohybového aparátu. Následkem deformace meziobratlových plotének a ochabnutí kosterních svalů dochází k hrbení jedince a tím ke snižování jeho výšky. Ve společnosti se můžeme setkat s hovorovým pojmem, že dotyčný „roste do země“. Výrazné změny se objevují i ve svalstvu. Svalová hmota výrazně ubývá, dochází k poklesu svalové síly, s čímž souvisí pokles rychlosti a vytrvalosti. Zvyšuje se také riziko úrazů a zlomenin, a to v důsledku řídnutí kostí, které se stávají křehčími.

Stárnutí má vliv i na funkci dýchací soustavy. Plíce přijímají méně kyslíku, snižuje se vitální kapacita plic. Vitální kapacita plic je maximální objem vzduchu, který člověk vydechne po maximálním nádechu. Oproti mladším jedincům se výrazněji objevují infekce dýchacích cest.

Časté jsou změny kardiovaskulárního systému (oběhová soustava). Poklesem pružnosti tepen je narušena regulace krevního tlaku. „Levá srdeční komora má menší výkonnost a dochází k levostrannému srdečnímu selhávání při zvýšené zátěži. Srdce nedokáže zvládnout stávající nápor, a tak se zhoršuje srdeční výkonnost, která se neprojevuje na zvýšené tepové frekvenci, ale na plicní dušnosti, kterou mnozí jedinci přisuzují zhoršování výkonnosti plic.“<sup>5</sup>

V oblasti trávicí soustavy se změny projevují snížením trávicích šťáv, které způsobuje pomalejší tempo rozkladu a vstřebávání potravy. Výjimkou není ani špatné vstřebávání vitamínů. Může se také objevit chronická zácpa. Zároveň dochází k opotřebenosti a ztrátě chrupu.

Jaké změny se projevují v rozmnožovací a vylučovací soustavě? Všeobecně dochází k poklesu činnosti pohlavních orgánů. U žen končí menstruace, u mužů se snižuje potence. Výrazně se projevuje pokles síly svěračů, dochází k tzv. inkontinenci. Tímto problémem trpí přibližně mezi 15 – 30% naší populace starší 60 let.

---

<sup>5</sup> KLEVETOVÁ, Dana - DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9

Další viditelné projevy jsou patrné na kůži. Objevují se výrazné vrásky ve tváři a na rukou. Kůže se ztenčuje a ztrácí pružnost, poranění se hojí pomaleji. Kožní barvivo se ukládá v určitých místech, dochází ke zhnědnutí kůže (tzv. stařecké skvrny). Součástí kožního systému jsou také vlasy a chlupy. Patrné je šedivění a ubývání vlasů.

Oblast nervového systému je také postižena změnami. Snižuje se rychlost vedení vzruchu a tím se prodlužuje reakční doba. „Zpomalují se regulační mechanismy, a tím se snižuje odolnost k zátěži a neschopnost adaptace na nové životní podmínky. Přibývají poruchy spánku, především délka a kvalita spánku. Hovoříme o spánkové inverzi, senioři přes den spí a v noci se budí, špatně usínají, mají pocity mělkého spánku a nevyspání.“<sup>6</sup>

Celkově se pak zhoršuje smyslové vnímání. Člověk je díky těmto změnám ve společnosti znevýhodněn. Plošně ubývají receptory, které umožňují vnímat polohu a pohyb těla nebo teplo a chlad. Bohužel je to jedna z příčin mnoha úrazů. V oblasti našeho zraku se zhoršuje akomodace, neboli přizpůsobení pohledu nablízko nebo na dálku. S větší frekvencí se vyskytují zákaly očí (šedý a zelený). Na rozdíl od zeleného zákalu, je možné šedý operativně odstranit. Problémy se sluchem se projevují nejprve špatným vnímáním vyšších tónů. Degenerace smyslových orgánů omezuje člověka i v možnostech rekreace. Limitováni jsou například v četbě nebo poslechu hudby. Velkým plus u těchto problémů je možnost využití kompenzačních pomůcek (brýle, naslouchadla aj.).

### 1.1.2 Psychické změny

„Starý člověk spřádá myšlenky pomaleji než mladý. Myslet a uvažovat je pro něho těžší, než bylo dříve. Avšak kvalita myšlení nebývá do vysokého věku porušena.“<sup>7</sup> Výrazné změny jsou patrné zejména v poznávacích procesech. Ať už ve vnímání, pozornosti nebo paměti. Zaměříme-li se nejprve na oblast paměti, bývá zhoršena schopnost ukládání a vybavování nových informací a událostí. Na druhé straně vzpomínky a zážitky z minulosti, i velice dávné, jsou v paměti dobře uloženy. Můžeme tedy říci, že je postižena krátkodobá paměť. Psychiku významně ovlivňuje zhoršení přizpůsobivosti, zejména pro vše nové. Senioři proto dávají přednost stereotypu a pravidelnému dennímu režimu. Lépe snášejí také známé situace. Nové situace je mohou velice stresovat. Má-li senior změnit bydliště nebo začít docházet do nějakého klubu, je nutné ho na to pozvolna připravovat.

---

<sup>6</sup> KLEVETOVÁ, Dana - DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9

<sup>7</sup> TVAROH, František. *Všichni stárneme*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1983. 248 s.

Dochází také k poklesu intenzity emocí. Senior se jen tak nenadchne pro nové věci. Omezuje se fantazie a dochází k ustrnutí zájmů. Zároveň nejeví moc velký zájem o svoje okolí. Soustředí se především sám na sebe a své potíže. V jistých situacích se nám takovýto senior může jevit až egocentrický. V popředí se objevuje touha jedince mít své pevné místo v určitém prostředí nebo skupině s kladnými mezilidskými vztahy. Patrný je také vzestup významu rodiny. Možná z toho důvodu, že se senior obává sociální izolace. Rodina se pro něho stává hlavní oporou a zdrojem kontaktů.

## **1.2 Významné sociální mezníky**

Mezi změny doprovázející stáří můžeme zařadit také ty, které se týkají oblasti sociální. Z množství různých změn jsem vybrala tři, které jsou podle mého názoru nejčastější a výrazně zasahují člověka. Samozřejmě, že všechny mají nejen sociální, ale zajiště i psychický dopad.

Jednou z nejvýraznějších změn je penzionování neboli odchod do důchodu. Pro člověka je tato změna velikým zásahem do stávajícího režimu. Zejména v takových případech, kde profese a činnosti související s profesním životem tvořily podstatnou část denního režimu. Jedinec byl zvyklý na určitý program, který byl daný. Po penzionování má však možnost naložit se svým volným časem podle vlastní volby, což se většinou jeví jako problém. Velmi často pak dochází k tomu, že senior raději než by si utvořil vlastní program, přijme způsob chování od někoho jiného. Jedinec přestává pracovat, dochází ke ztrátě jeho profesní roli. Současně se také mění, zpravidla zhoršuje, sociální status. Penzista se stává závislý na společnosti, jejímž prostřednictvím je mu vyplácen starobní důchod. I když jsou senioři ve společnosti považováni za minoritu, která je nevýznamná, neužitečná a neproduktivní, můžeme se setkat výjimkami, které i po odchodu do penze chtějí pracovat. V takovém případě mohou být přijati například na částečný úvazek. Každý z nás si jistě z vlastní zkušenosti vybaví pracovní pozice, ve kterých jsou zaměstnáni senioři. Sama za sebe, ze své zkušenosti, mohu uvést seniorku, která vypomáhá v místě mého bydliště v jedné základní škole jako kuchařka. Neměli bychom staré jedince považovat za něco méně, než jsou lidé v produktivním věku. Stáří je pro nás přece jen nějak užitečné. A to zejména svými dlouholetými zkušenostmi. I když občas nerozumí vymoženostem naší doby, stále se od nich máme čemu učit.

Druhým závažným zásahem je smrt partnera. Tato ztráta je často doprovázena stresem, který roste přímo úměrně s věkem. Jedinec, který ztratil partnera, se cítí osamělý,

zvyšuje se u něho pocit ohrožení. V naší společnosti převažují úmrtí mužů. U žen, které se staly vdovami, může dojít ke zhoršení finanční situace v důsledku nižšího pobíraného důchodu. Často se u pozůstalého objevují přání smrti nebo výčitky, proč musel zemřít partner a ne on sám. Vnitřně pak člověka tísní pocit, že nemá pro koho žít a následně dochází ke ztrátě motivace. Jedinec odmítá cokoliv dělat, protože nemá pro koho. U některých se může objevit jistá symbolická podoba kontaktu se zemřelým. V bytě si ponechávají upomínkové předměty nebo o něm často mluví v přítomném čase. Každý má svůj mechanismus, jak se s takovou ztrátou vyrovnat. Jisté rozdíly jsou patrné i mezi pohlavími. U žen je průběh truchlení velice bouřlivý, nepotlačují své emoce, podporu hledají u příbuzných, svůj smutek si tedy odžívají. Muži mají s vyrovnáváním se větší problémy. Na rozdíl od žen své emoce neprojevují, raději zůstávají se svým zármutkem sami.

Posledním neméně významným zásahem do života seniora jeho stěhování. Můj názor na tuto problematiku se plně shoduje se standardy terénní pečovatelské služby, která se snaží podporovat seniora v jeho přirozeném prostředí. Pro seniora je z mého pohledu rozhodně lepší, žije-li se svou rodinou, která mu pomáhá s některými úkony. Pokud na pomoc rodina nestačí, existují různé možnosti a druhy služeb, které potřebnou pomoc poskytují. V případě, že pobyt jedince ve vlastním bytě či domě není nadále možný, přicházejí v úvahu zařízení, která nabízí sociální a zároveň zdravotní péči. Při podobných změnách je velice důležitá podpora, pomoc a trpělivost rodiny a blízkého okolí. Přidávám se tedy k názoru, že změny takového druhu musí být opodstatněné. Je-li smysl znám i seniorovi, lépe pak může stěhování přijmout.

### **1.3 Duševní poruchy**

V pokročilém stáří (ve vyšším věku) se u jedinců vyskytuje široká škála duševních chorob. Duševními poruchami ve stáří se zabývá speciální obor nazývaný gerontopsychiatrie. Mezi tyto poruchy můžeme zařadit depresivní stavy, demence a deliria. Ne všechny jsou typické pouze pro seniory. Například deprese se objevují v populaci od 45. roku života. Naproti tomu kognitivní poruchy (demence) se častěji objevují ve středním stáří (nad 60 let) a také v pokročilém (nad 75 let). Mohou se ale vyskytnout již od 2 let života. Bohužel není jednoduché tyto poruchy odhalit. „Příznaky duševních poruch se vyskytují ve stáří podobně jako u jiných věkových kategorií. Symptomy mohou být méně nápadné, schované

za fyziologické změny ve stáří.“<sup>8</sup> Stejně jako u jiných nemocí je zajisté důležitá včasná diagnostika.

Deprese jsou velmi závažnou chorobou, která je však léčitelná. Jak jsem již zmínila výše, důležité je včasné odhalení a pojmenování příznaků. U depresí dochází k narušení běžných životních funkcí, často se také zhoršují tělesná onemocnění. Výjimkou není ani přítomnost takovýchto poruch v počátcích demencí. Nejčastější formou je tzv. sekundární deprese, která navazuje na vážná somatická onemocnění. Je to jakási psychická reakce na celkové onemocnění. Tato forma se objevuje více u mužů, přibližně u 30-60%. Druhá forma, která se také hodně vyskytuje, je deprese vznikající v institucích. Ta se objevuje zejména v počátcích pobytu, a to nejčastěji v domovech pro seniory. Po úspěšné adaptaci na prostředí se většinou vytrácí. Charakteristické pro osoby trpící depresemi je úbytek energie a výrazná ztráta zájmu o každodenní věci. A jak se tedy deprese může projevit? Mezi základní příznaky můžeme zařadit zhoršení pozornosti a soustředění, snížení sebedůvěry, pocity viny, smutek, poruchy spánku a chuti k jídlu, myšlenky na sebevraždu či sebepoškození. V České republice je vysoký počet dokonaných sebevražd. Rizikovými jedinci jsou muži – vdovci, rozvedení a osaměle žijící. V jejich pokusech je typická cílevědomost a dlouhá příprava na vlastní akt. Ne všechny deprese musí končit tímto způsobem. Existují různé možnosti léčby. Jedním ze způsobů je tzv. samoléčba, která závisí na každém. Někomu může pomoci zájmová činnost nebo návštěva přátel, jinému zase dobré jídlo nebo četba zajímavé knihy. Muži se většinou uchylují ke sportům a neméně často k alkoholu. Jinou možností léčby jsou svépomocné skupiny, které nabízí laickou pomoc. Jinou variantou může být užívání léků spojené s docházením na psychoterapii.

Demence jsou řazeny mezi organická mozková onemocnění, která způsobují snížení intelektové a paměťové úrovně. Důležitá je opět včasná a správná diagnostika. Jedinec s diagnostikovanou demencí není schopen běžné rutiny, dochází k poruchám pudové složky, které nazýváme pudové odbrždění. V těchto případech může docházet k mravnostním deliktům (např.: pedofilní, exhibicionistické a asociální sklony). Narušeny jsou také další kognitivní schopnosti. Výrazně zasažena je paměť, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení a řeči, výjimkou nebývají paranoidní bludy nebo halucinace. Pacient se stává závislým na druhých. U demencí rozlišujeme tři základní stádia (viz Tab. 1). Nejčastěji se v populaci vyskytují dva typy demencí: Alzheimerova choroba a Demence vaskulárního typu.

---

<sup>8</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

Alzheimerova choroba je nejčastější demencí, tvoří minimálně jednu polovinu všech vyskytujících se demencí a zároveň je 4. - 5. nejčastější příčinou úmrtí. Bohužel u tohoto typu spolehlivě určí diagnózu až patolog. Dle doby objevení se prvních příznaků rozlišujeme dvě formy choroby: s časným začátkem (do věku 65 let) a s pozdním začátkem (65 let a více). Typický je pomalý, nenápadný nástup nemoci. V počátečním stádiu se objevují změny osobnosti a chování, ztráta zájmu či ochuzení myšlení. Následují poruchy kognitivních funkcí – porušení paměti, porucha všípivosti. Postupně se pacienti stávají nesoběstačnými a jsou plně odkázáni na pomoc okolí. Demence vaskulárního typu má několik subtypů. Nejvíce se vyskytuje multiinfarktová demence (MID), která se objevuje obvykle po mozkových příhodách. Na vzniku se podílí několik nepříznivých faktorů, mezi které můžeme zařadit diabetes, obezitu nebo kouření. Počátek je spojen s poruchami paměti, problémy činí vštípení nových informací. Poměrně dlouho jsou pacienti schopni používat denní rutinu. Při terapii se používají různá farmaka.



Tabulka č. 1 – Stadia demence<sup>9</sup>

	Příznaky	Problémy v životě nemocného
<b>I. stadium</b>	zapomínání nedávných událostí neschopnost vybavit si data, jména, trasy	chybné úkony  nedorozumění  ztráta zaměstnání
<b>II. stadium</b>	zvýraznění rysů osobnosti  zpomalení myšlení  potíže rozhodnout se  ztráta zájmu	zvýšená dráždivost  slovní konflikty  apatie
<b>III. stadium</b>	dezorientace  ztráta soudnosti  zhoršení sebezpečí  poruchy komunikace	závažný rozvrat života  nutná celodenní péče a dohled  problematické chování

Posledním druhem duševních poruch jsou deliria. Deliria jsou charakterizována jako náhlé stavy neklidu – zmatenosti. Jsou to stavy přechodné, vyskytující se přibližně po dobu 6 měsíců. Tato porucha se může objevit u každého z nás. Deliria se často vyskytují jako reakce na zneužívání alkoholu nebo farmak. Mezi základní charakteristiky delirii patří následujících 6 okruhů:

- obtíže s pozorností - roztěkanost, obtíže při soustředění,...

<sup>9</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

- poruchy vnímání - iluze a halucinace
- porušení myšlení - nesouvislý tok myšlenek, dezorganizace myšlenek
- poruchy orientace - orientace v čase, místě a osobě
- poruchy bdělosti a spánku - ospalost, přerušovaný spánek, živé sny, noční můry
- oblast psychomotoriky – změna stimulace i útlumu, neklid, zpomalenost

Výše uvedené okruhy symptomů jsou doprovázeny i emočními poruchami, mezi které můžeme zařadit strach, úzkost, podrážděnost, zlobu, euforii nebo apatii. Diagnostikovat tento druh poruchy je možné i z nepřímých známek projevů zastřené vědomí.

## 1.4 Stáří a sexualita

Sexualita je důležitou součástí života. Svědčí o tom zájem, jaký je věnován otázkám partnerského života, dobrých vztahů v manželství, v posledních letech je v zájmu pozornosti i kvalita sexuálního života.<sup>10</sup> První věta této citace je velice podstatná. Sexualita patří do našeho života stejně tak jako přijímání potravy nebo tekutin. V naší společnosti se otázka sexuálního života ve stáří stala všeobecným tabu. Jen málokdo z dospívajících si dokáže připustit, že by jeho rodiče mohli být sexuálně aktivní. „Děti, zejména když už jsou dospělé a mají vlastní děti, projevují často velice egoistický postoj. Rodiče jako prarodiče už podle nich nemají nárok na pohlavní život: „To už se v tom věku přece nehodí.“<sup>11</sup> Bohužel podobné postoje nejsou nikterak výjimečné. Všeobecně zájem o sex klesá a frekvence styků se snižuje. Ale i to je velice individuální. Hodně záleží na postoji k sexu a sexuálnímu životě v minulosti. Sexuální kontakt se ve velkém množství případů omezuje pouze na doteky. S pokročilým věkem se objevují i zdravotní problémy, které sexualitu ovlivňují. Dokonce se můžeme setkat s několika mýty, které se sexuality týkají.

<sup>10</sup> VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematiké situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

<sup>11</sup> VOLLMEROVÁ, Helga. *Když člověk přichází do let: Praktická příručka pro seniory*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1997. 178 s. ISBN 80-237-3447-4

Tabulka č. 2 – Chybné postoje k sexualitě ve stáří a jejich osvětlení<sup>12</sup>

Časté mýty	Správný pohled
Sex je pouze pro mladé. Sex ve stáří je něco nepatřičného, specifikum v ČR oslovování "maminko, tatínku", po svatbě, event. "babičko, dědečku", narodí-li se vnoučata, a z toho vyplývá, že se sem sex nehodí	Sexualita je přirozená v každém věku. Mění se frekvence, způsob uspokojování.
Touha a schopnost milovat se, se s věkem ztrácí.	Člověk je schopen sexuálně žít, důležitý je jeho postoj a přítomnost partnera.
Ve stáří dochází přirozeně ke zhoršení funkcí potřebných pro sexuální život.	Zásadní postoj k sexu, ochota řešit obtíže.
Nemocný člověk nemá o sex zájem.	Může klesat zájem, ale při vhodných formách je sex dále možný.

Mě zaujal nejvíce tento: „Zajímavý je mýtus o úbytku sexu. Jestliže se staří manželé drží v parku za ruku, nebo dokonce se starý člověk, který zůstal sám, zamiluje a realizuje další sňatek, budí to smích, pohoršení i pobavení.“<sup>12</sup> Proč něčemu takovému bránit? Každý má právo na lásku nehledě na pokročilý věk. V posledních letech je trendem jistý druh omlazování seniorů (zejména mužů). Někteří jedinci se snaží své stárnutí zastavit tím, že si pořizují výrazně mladší partnery. Ve většině případů mají takovéto vztahy špatný konec. Senior se začne obávat, zda je pro svou drahou polovičku dost dobrý. U žen dochází s nástupem menopauzy k psychickému přelomu. Mění se jejich tělesná konstituce a ženy se obávají, že nejsou pro partnera dostatečně atraktivní.

### 1.5 Způsoby adaptace na stáří

Stejně tak jako na spoustu jiných věcí, existují i rozdílné modely přizpůsobení se stáří. Každý jedinec jako individuální bytost se vyrovnává s příchodem nové životní etapy svým způsobem. Podle mého názoru je to u strategií, které pomáhají přijmout spoustu změn spojených se stářím, podobné jako u typologie osobností. Nikdo z nás přece není výhradně

<sup>12</sup> HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2

melancholikem nebo cholerikem. Myslím si tedy, že i níže uvedené strategie se v praxi vyskytují v různých kombinacích.

- konstruktivní strategie - aktivita, radost ze života
  - akceptace možnosti smrti, přijetí bez nadměrného strachu
  - rozvoj zájmů
- strategie závislosti - pasivita a výrazná závislost na druhých lidech
  - povinnosti a odpovědnost přenechávají mladším
- obranná strategie - nadměrná aktivita (může být až škodlivá)
  - vlastní kontrola - jednání podle určitých zvyků
- strategie hostility (nepřátelství) - vina za vlastní nezdary projektována do druhých
  - agresivita, podezřívavost, časté stěžování si
- strategie sebenenávisti - vysoká kritičnost
  - život, který prožili, považují za absolutní selhání

## 1.6 Demografie

Na začátku této kapitoly bych měla uvést, co to vlastně demografie je. Pro vlastní seznámení s pojmem jsme zvolila definici z Ottovy všeobecné encyklopedie: „věda zkoumající reprodukci lidských populací včetně vztahů, které reprodukci ovlivňují a podmínek, za nichž k reprodukci dochází.“<sup>13</sup> Pokud bychom pátrali po kořeni slova, zjistili bychom, že jde o složený tvar ze dvou řeckých slov, a to démos = lid a graféin = popisovat. V jednoduchém překladu jde tedy o vědu, která se zabývá studiem a popisem reprodukci lidských populací.

Zajisté si každý z nás všiml, že „šednoucí“ část populace se v posledních letech stává početnější a početnější. Stárnutí naší populace je tak stále více patrné, dochází k výrazným demografickým změnám obyvatelstva. Stárnutí obyvatelstva je jeden z nejvýznamnějších aktuálních problémů vyspělých zemí. Pod pojmem stárnutí obyvatelstva bychom si měli představit dlouhodobý proces (tzv. demografické stárnutí), při kterém se významně mění věková struktura vybrané populace. V podstatě můžeme říci, že existují dva základní druhy demografického stárnutí. První z nich se váže na porodnost. Tím, že se snižuje úroveň

---

<sup>13</sup> *Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích A – L*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 735 s. ISBN 80 – 7181 – 938

plodnosti, klesá počet dětí v populaci a tím pádem narůstá rozdíl mezi počtem dětí a seniorů. Druhý typ je spojen s opačným jevem, a to úmrtností. Prodlužuje se naděje na dožití, významně se snižuje počet zástupců produktivní složky obyvatelstva a naopak narůstá podíl obyvatel, kteří spadají do složky postproduktivní.

„Podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje celkového počtu a pohlavní a věkové struktury obyvatelstva bude podíl starších osob v populaci stále narůstat. O starých lidech a jejich zvyšujícím se počtu se v západních společnostech často hovoří jako o sociálním problému, především v souvislosti s důchodovým systémem a s růstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči.“<sup>14</sup> Stárnutí obyvatel má bohužel sociální a ekonomický dopad na společnost. Menší část populace pracuje, platí daň z příjmu, sociální a zdravotní pojištění, pomáhá tak zajistit důchody, sociální a lékařskou péči svým starším spoluobčanům.

Ve vyspělých zemích se také prodlužuje střední délka života. Střední délka života je statistický údaj, který vyjadřuje předpokládaný věk, kterého se jedinec v dané populaci pravděpodobně dožije. „Střední délka života u nás dlouhá léta stagnovala. Její mírné prodlužování se projevilo od roku 1991. V roce 1990 byla v České republice střední délka života při narození u mužů 67,5 a u žen 76 roků. Do roku 1995 se prodloužila u mužů na 70 a u žen na 77 roků.“<sup>15</sup> Stejně tak jako v celosvětovém měřítku, i v naší republice se ženy dožívají vyššího věku než muži. Prodlužování střední délky života nám ukazuje, že se zlepšuje zdravotní péče. Mezi naše hlavní úkoly můžeme zařadit akceptaci tohoto problému a zároveň přizpůsobení dalšího vývoje moderní společnosti.

Další možností jak lze charakterizovat věkovou strukturu obyvatelstva je tzv. index stárání. Pomocí tohoto indexu lze vyjádřit podíl počtu obyvatel ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věkovém rozmezí od narození do 14 let. Pro demonstraci věkové struktury obyvatelstva uvádím tabulku č. 3, ve které srovnávám stav z 31. 12. 2008 se stavem ke konci roku 2010. Hodnoty jsou uvedeny pro obě pohlaví zároveň.

---

<sup>14</sup> [http://www.demografie.info/?cz\\_starnuti](http://www.demografie.info/?cz_starnuti)= [cit. 2011 – 06 - 12]

<sup>15</sup> ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8

Tabulka č. 3: Věkové složení obyvatel<sup>16</sup>

Věk	Počet obyv. k 31. 12. 2008	Počet obyv. 31. 12. 2010	Rozdíl v roce 2010
65	120 593	117 462	-3131
66	105 357	121 269	15912
67	99 690	116 333	16643
68	96 402	101 384	4982
69	83 946	95 672	11726
70	79 372	92 126	12754
71	73 650	79 968	6318
72	71 229	75 370	4141
73	69 895	69 575	-320
74	69 186	66 788	-2398
75	67 860	65 270	-2590
76	68 917	63 966	-4951
77	66 023	62 254	-3769
78	64 250	62 647	-1603
79	57 916	59 230	1314
80	53 942	56 929	2987
81	48 893	50 538	1645
82	45 182	46 404	1222
83	40 470	41 066	596
84	36 676	37 029	353
85	32 648	32 540	-108
86	27 434	28 650	1216
87	22 610	24 693	2083
88	16 525	20 027	3502
89	11 085	15 865	4780
90	5 138	11 087	5949
91	4 163	7 210	3047
92	3 513	3 173	-340
93	3 361	2 440	-921
94	3 373	1 974	-1399
95	2 324	1 824	-500
96	1 673	1 740	67
97	1 074	1 126	52
98	714	792	78
99	451	522	71
100+	617	883	266
Průměrný věk	40,5	40,8	0,3

<sup>16</sup> <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/home> [cit. 2011 - 06 - 12]

## 1.7 Vědní disciplíny zaměřené na problematiku stáří

Stejně jako existují vědní obory, které se zabývají věcmi každodenního života, má i stáří svou vlastní vědní disciplínu. Tato disciplína se nazývá gerontologie (z řec. gerón = stařec, starý člověk; logos = věda, nauka). Je to tedy takový obor, jenž se zabývá biologickými, psychologickými a sociálními hledisky stárnutí. Ve společnosti se ale objevují mylné domněnky, že hlavními snahami gerontologie je prodloužit délku života. Pro vyvrácení těchto domněnek použijte tuto citaci: „Dejme nejen léta životu, nýbrž i život létům (v původním znění: „to add life years, not just years to life“). Jinými slovy: hlavním cílem není prodloužení života, nýbrž zabránění předčasného stárnutí, osvobození stáří od nemocí, jež se hromadně hlásí ve vyšším věku – od kornatění cév, od vysokého tlaku, od nádorů anebo i od průvodních jevů stařecké nehodovosti, jako zlomenina krčku, stehenní kosti aj.“<sup>17</sup> Gerontologie ovšem nesleduje pouze poslední vývojová stádia lidského života. Pozornost věnuje vývoji jedince již od narození, protože celý náš život má vliv na to, jak bude naše stárnutí probíhat.

Gerontologii se dělí podle oblasti svého zájmu do tří okruhů. První je gerontologie experimentální, která se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů. Jednou z otázek, kterou si experimentální gerontologie pokládá je, jestli je stárnutí nějak řízeno. A jaká je odpověď? „Asi ano, vždyť všechny děje v organismu jsou svým způsobem řízeny: narození, ukončení růstu a zrání jednotlivých orgánů v různých obdobích života, pocit hladu a sytosti, nebo i proces hojení rány po „zásahu“ - poranění.“<sup>18</sup> Na druhém místě je pak gerontologie sociální, která se soustředí na vztah starého člověka a společnosti, na souvislosti mezi individuálním a populačním stárnutím. Do této oblasti můžeme zařadit otázku potřeb starých lidí nebo vlivu stárnoucí populace na společnost. Posledním okruhem je klinická gerontologie, která má svůj vlastní název, a to geriatrie. Základem tohoto názvu je řecké slovo iatros, které můžeme přeložit za pomoci českého slova - léčím. Ta se zabývá zvláštnostmi zdravotního stavu a chorob ve stáří.

Samozřejmě existuje více vědních oborů, které nesou ve svém názvu řecké slovo gerón. Jako zástupce bych ráda jmenovala například gerontopsychiatrii. Samotný název nám napovídá, že je tento obor součástí psychiatrie a specializuje se na psychické poruchy související s procesem stárnutí a se stářím jako takovým. Obor, který pak navazuje na poznatky gerontopsychiatrie, se nazývá gerontopedagogika. Jedná se o disciplínu

---

<sup>17</sup> BALÁZS, András. *Jak život prodloužit*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1973. 404s. ISBN

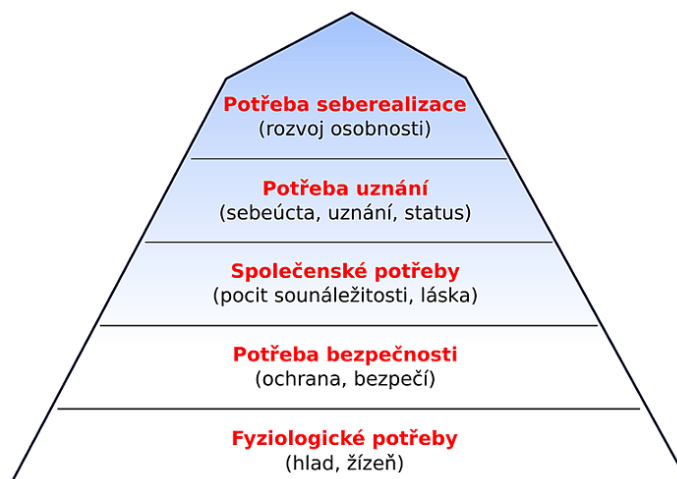
<sup>18</sup> HOCMAN, Gabriel. *Stárnutí (Co víme o tom, co nás nemine)*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 106 s. ISBN

zabývající se vzděláváním ve stáří, ale i ke stáří. Nejedná se tedy pouze o edukaci seniorů, ale také o pomoc člověku připravit se na poslední fázi jeho vlastního života.

## 1.8 Potřeby seniorů

Všeobecně v souvislosti s potřebami, nejen s těmi, které mají senioři, bych ráda zmínila teorii, která vznikla již v roce 1943. V té době americký psycholog A. H. Maslow definoval pořadí (hierarchii) lidských potřeb, tzv. Maslowovu pyramidu. Tato pyramida se skládá z 5 základních potřeb, které jsou řazeny chronologicky od nejnižších po nejvyšší (viz obrázek č. 1). Obecně platí, že níže položené potřeby jsou základní a jejich uspokojování vede k vytvoření potřeb vyššího řádu. Pokud tedy člověk v dostatečné míře uspokojí své fyziologické potřeby, otevírá se mu prostor pro potřeby psychické a sociální.

Obrázek č. 1: Maslowova pyramida potřeb<sup>19</sup>



Jak je patrné již z Maslowovi teorie, je nutné vnímat potřeby jako celek. Jednotlivé potřeby nevznikají odděleně, zároveň na sebe působí (ovlivňují se). Avšak ne všechny potřeby musí být uspokojovány současně. Některé v jistém okamžiku vznikají, jiné jsou zcela nebo částečně uspokojeny a ostatní můžeme prozatím odsunout do pozadí. Při dlouhodobém neuspokojování potřeb člověk strádá, vzniká tzv. deprivace. „Psychická deprivace bývá definována jako psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.“<sup>20</sup> Ale stejně tak jako jsou potřeby jednotlivce individuální, je také

<sup>19</sup> <http://wergen.bloguje.cz/893747-a10-teorie-chovani-se-lidi-v-organizaci-teorie-maslowova-alderferova-mcclellandova-herzbergova-a-zmeny-v-ulohach-managementu-ve-php> [cit. 2011 - 06 - 12]

<sup>20</sup> LANGMEIER, Josef – MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963. 297 s.



individuální reakce na jejich nedostatečné uspokojení. Ve stáří se hierarchie potřeb mění. Mimo jiné se může změnit také význam a způsob jejich uspokojování (viz následující podkapitoly).

### **1.8.1 Fyziologické potřeby**

Mezi tento typ potřeb můžeme zařadit například dýchání, výživu, spánek či aktivitu. Tyto potřeby jsou pro každého z nás, i pro seniory, těmi základními, jejich uspokojování věnujeme nejvíce času. Naopak neuspokojení může vyústit až ve zhoršení zdravotního stavu. Pokud nejsou uspokojeny ani tyto základní potřeby, nemůže člověk uspokojovat vyšší potřeby. Ve většině případů není nutné úplné uspokojení, postačí pouze částečné. Je tedy podstatné věnovat potřebám dostatek pozornosti. Zajisté záleží i na dalších faktorech, které výrazně ovlivňují uspokojování potřeb. Jako zástupce těchto faktorů mohu uvést kupříkladu finanční či zdravotní možnosti nebo komunikační schopnosti.

### **1.8.2 Jistota a bezpečí**

Pocit a potřeba bezpečí jsou ve stáří ještě zesílené. Jistotu a bezpečí můžeme rozdělit do několika rovin. Senior se obává, aby někde neupadnul, mohl se bez problémů po svém bytě pohybovat atd. Tuto rovinu bychom mohli nazvat jako fyzickou. Pádům mohou zabránit kompenzační pomůcky (hole, chodítka) a různé úpravy v domácnosti. Bezpečnosti prostoru v bytě můžeme napomoci nainstalováním různých madel, odstraněním prahů či malých koberečků. Z psychického hlediska potřebují senioři zabránit strachu z něčeho nového nebo neznámého, touží po pocitu necítit se osaměle. Důležitou součástí je komunikace. Při jejím omezení senior přichází o slovní zásobu, trvá mu déle se vyjádřit. Zásadním způsobem pocit jistoty a bezpečí ovlivňuje odchod do důchodu. Člověk ztrácí ve společnosti svou profesní roli, jediným jeho zázemím se stává vlastní rodina. Celkově se senior cítí více ohrožený. V pokročilém věku se riziko například zhoršení zdravotního stavu nebo ztráty partnera stává mnohem reálnější, než tomu bylo dříve. Do oblasti těchto potřeb zajisté patří také finanční (ekonomická) jistota. Senioři se mohou obávat, že nemají dostatek prostředků, aby si obstarali základní věci, které potřebují. Obavy podobného typu mohou vést až ke strachu z budoucnosti. S ekonomickou situací opět souvisí odchod do důchodu. Člověk přichází o trvalý plat, který mu má alespoň částečně nahradit starobní důchod. Ten ve většině případů nemůže pokrýt rozsah dřívějších nákladů. Na základě toho se musí člověk v některých věcech omezit (zájmy), v některých oblastech musí pro změnu počítat s vyššími

výdaji (léky, zdravotní péče). Výjimkou není ani takový postoj, kdy senioři své potřeby radikálně omezí na minimum a veškeré své úspory spojí na „horší časy“.

### **1.8.3 Sounáležitost a láska (společenské potřeby)**

Společenské potřeby napomáhají člověku uvědomit si, že zde není sám. Člověk je tvor společenský a k životu bezpodmínečně potřebuje kontakt s okolím, vzájemnou komunikaci atd. Proto nemůže dlouho žít osamocen, bez interakce s okolím. Ve většině případů preferují senioři kontakty se známými lidmi (rodina, přátelé). S přibývajícím věkem se okruh přátel a známých výrazně zužuje. Senior si pro vzájemnou komunikaci vybírá své vrstevníky, v jejich komunikaci a názorech se nemusí obávat generačních rozdílů. Zároveň člověk ve stejné vývojové fázi prodělává podobné, někdy i stejné změny, o to může být vzájemná komunikace mnohem snadnější. Při navazování nových kontaktů jsou ostražití, zdrženliví. Na druhou stranu každý z nás také potřebuje vlastní soukromí. Nadměrná stimulace může být pro jedince škodlivá. Neuspokojování těchto potřeb může vést k osamělosti, smutku až k depresi.

### **1.8.4 Autonomie – uznání, sebeúcta**

Hledáme-li ke slovu autonomie české synonymum, jednou z možností může být slovo samostatnost. Dle mého názoru pro seniory i pracovníky v pomáhajících profesích se ekvivalentem ke slovu autonomie stalo jiné české slovo, a to soběstačnost. Soběstačnost je vlastně soubor vlastností, díky kterým je člověk schopen žít samostatně, není závislý na okolí. Významným faktorem, který má na soběstačnost vliv, je zdravotní stav. V důsledku změněného zdravotního stavu člověk ztrácí schopnost postarat se sám o sebe. V tomto případě je pak senior odkázán na užívání různých sociálních služeb, které mu pomáhají s úkony, jež se staly pro seniora obtížnými. Současně je u seniorů zesílena potřeba být užitečný, moci pomoci či poradit, využít tak svých životních zkušeností.

### **1.8.5 Seberealizace**

Tato potřeba představuje samotný vrchol Maslowovi pyramidy, je tedy nejvyšší ze všech. Člověk by rád realizoval své myšlenky, sny, nápady. Senior, který přišel o svou profesní roli, musí hledat jiný způsob, kterým by se mohl realizovat. Pokud senior neví, jak se realizovat, činí tak alespoň prostřednictvím vzpomínek, zdůrazňuje své dřívější úspěchy. Důležitá v této oblasti je motivace. Je-li senior dobře motivován k činnosti, může skrze různé aktivity (zájmové činnosti, cvičení, cestování atd.) plně uspokojovat svou potřebu

seberealizace. Významným způsobem souvisí tato potřeba s potřebou předcházející. Není výjimkou, kdy má senior sníženou soběstačnost a závislost na jiné osobě mu snižuje vlastní sebeúctu. Ve vlastní praxi se setkávám s názory, kdy senioři nechtějí být na obtíž svému okolí, a proto se snaží co nejdéle spoléhat samy na sebe.

## 1.9 Geriatrické syndromy

Kdy se poprvé objevily a co jsou vlastně geriatrické syndromy? V medicínské terminologii znamená slovo syndrom soubor příznaků (symptomů). Geriatrické syndromy natolik ovlivní soběstačnost člověka, který je následně závislý na péči druhých (rodina, instituce). „Klinická zkušenost, že některé závažné zdravotní obtíže a symptomy subjektivní i objektivní, se u geriatrických pacientů opakují velmi často a bez vazby na určité onemocnění, vedla na přelomu 60. a 70. let 20. století k formulování tzv. geriatrických obrů.“<sup>21</sup> Problematikou geriatrických obrů se zabýval především britský profesor geriatricie Bernard Isaacs. „Formulování konceptu geriatrických syndromů v posledních desetiletích představuje zásadní krok vpřed v pojetí geriatrické medicíny. Značná část polymorbidních disabilních handicapovaných seniorů může díky tomu být lépe pochopena a dříve i efektivně intervenována. Život ve stáří obecně totiž není snadný a čelí mnoha ohrožením – zdravotním problémům, osamělosti, nepochopení, ztrátě smysluplnosti, soběstačnosti a autonomie, chudobě, věkové segregaci a diskriminaci (ageismus).“<sup>22</sup> Ve výše uvedených citacích je zmiňován termín geriatrický pacient. Tento odborný termín se užívá pro označení pacientů, kteří zpravidla dosahují vyššího věku (nad 65 let), jejichž funkční stav (to, co ještě mohou, zvládnou sami) je na základě involučních a chorobných procesů změněn. Jde tedy o pacienty, kteří potřebují a jsou závislí na péči druhých. Geriatricie se v souvislosti s těmito syndromy zabývá také diagnostikou a léčbou příčin. V následujících podkapitolách stručně popisují 8 nejzákladnějších geriatrických obrů.

### 1.9.1 Syndrom hypomobility, dekondice a svalové slabosti

Hypomobilita v překladu znamená snížená kloubní pohyblivost, dekondice pak pokles vytrvalosti, ale i výkonnosti svalů. Podstatou prvního syndromu je omezování pohybu a pohybových aktivit, díky kterému ubývá svalová hmota a síla. U seniora dochází k poklesu kondice a vytrvalosti. Jednou nejzávažnějších příčin jmenovaného syndromu je dlouhodobé

---

<sup>21</sup> KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

<sup>22</sup> <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art3339> [cit. 2011-06-20]

nebo trvalé upoutání na lůžko (imobilizace). Samozřejmě, že se vyskytují i další příčiny. Mezi ně můžeme zařadit ztrátu motivace (není s kým a pro koho chodit na procházky), úraz, strach z pádů, obezitu či otoky končetin. Hlavními zásadami pro léčbu a prevenci jsou motivace, odborná pomoc. Důležité je seniora motivovat k jinému pohybovému řádu (pravidelnému). Zapomenout bychom neměli ani na úpravu prostředí, ve kterém by se měl senior pohybovat. Například různé bezbariérové úpravy, použití madel pro snadnější pohyb nebo využití odpočinkových „koutků“ (lavičky).

### **1.9.2 Syndrom anorexie a malnutrice**

Anorexie neboli nechutenství, malnutrice čili špatná výživa nebo podvýživa. Většina z nás má výraz anorexie jistě spojení spíše s modelkami nebo pubescenty. Bohužel se tato nemoc nevyhýbá ani seniorům. U nich však má zcela jiné příčiny. Senior může mít nádorové onemocnění, většinou se jedná o špatně zvolenou úpravu jídla (obtěžně se kouše, polyká). „Dominantní je nechutenství se změnou stravovacích zvyklostí. Jídlo je méně časté a porce jsou menší, mizí pocit hladu a potřeby jídla, pocit nasycení nastupuje časně během jídla a dlouho přetrvává, klesá stravovací spontaneita.“<sup>23</sup>

### **1.9.3 Syndrom instability s pády**

Všeobecně pádů s rostoucím věkem přibývá. Senior se snaží omezit pohyb na minimum, aby případnému pádu zabránil. Nejčastějšími příčinami bývají poruchy rovnováhy, slabosti v nohou, pocity nejistoty či závratě. Vhodnou prevencí je úprava prostředí na bezbariérové, použití madel atd. V posledních letech se stává trendem zavádění tísňové péče, díky které se vždy někdo dozví o případném pádu seniora a může mu pomoci. Důležité je také posílení jednotlivých svalových skupin či vysazení rizikových medikamentů, které mohou mít vliv na vnímání polohy, prostoru atd.

### **1.9.4 Syndrom imobility**

Imobilita je charakterizována jako soubor důsledků dlouhodobého omezení pohybových aktivit. Mezi hlavní projevy patří proleženiny (dekubity), atrofie svalové hmoty a také výše zmiňovaná dekonidice.

---

<sup>23</sup> KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

### **1.9.5 Syndrom inkontinence**

Tento druh syndromu převažuje ve větší míře u žen. Jedná se o nedobrovolný únik moči, který omezuje seniory v některých činnostech. Stává se pro seniora zdravotně psychologickým a sociálně hygienickým problémem. Často může být inkontinence signálem jiných zdravotních problémů, např. urologických, gynekologických či neurologických.

### **1.9.6 Syndrom kognitivního deficitu, demence a poruchy paměti**

O demencích se podrobněji zmiňují již v prvních kapitolách své práce. V rámci tohoto syndromu se zpomaluje vybavování, také rychlost zpracování přijímaných informací.

### **1.9.7 Syndrom deliria**

Delirium je krátkodobá psychická porucha (viz kapitola 1.3). Spouštěčem se může stát somatický problém, alkoholová závislost, bolest, operativní zákrok. Porucha je provázena různými stupni dezorientace (zejména časem a místem), poruchou krátkodobé paměti a vědomí. Výjimkou není ani porucha pozornosti či tvorba bludů. Deliria výrazně ovlivňují život klienta samotného, ale i jeho okolí. Zpravidla je výskyt provázen zhoršením soběstačnosti, bohužel i mortalitou (úmrtností).

### **1.9.8 Syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka**

Mezi základní syndromy patří i tento. Jeho podrobnému popisu se věnuji v následující kapitole. V ní postupně odkrývám problematiku týrání, zanedbávání a zneužívání seniora.

## **1.10 Senior jako oběť týrání a zanedbávání**

Senioři se velmi často a snadno stávají oběťmi špatného zacházení či trestných činů. Jistě si každý z nás vzpomene, že někdy v televizních novinách slyšel o napadení nebo okradení seniora v jeho přirozeném prostředí. Otázkou týrání se naše společnost začala zabývat až v 70. letech 20. století. Na důležitosti tento problém nabývá také díky demografickým změnám obyvatelstva, díky zrychlení tempa stárnutí. Pro označení všech druhů týrání či zanedbávání seniorů se používá souhrnný název EAN (Elder abuse and neglect). Volně lze tento hojně používaný termín přeložit jako zanedbávání a týrání starších osob. Musím dodat, že i když v českém překladu není zachycen termín zneužívání, patří i on do uvedené problematiky. Nejčastějšími pachateli trestné činnosti na seniorech jsou rodinní příslušníci, pečovatelé, ale také zcela cizí lidé. Výjimkou není ani špatné zacházení v různých zařízeních sociální péče. Odhalení násilí na seniorech není lehké. Ve většině

případů je skryté (latentní). Senioři sami často na týrání vlastní osoby neupozorní, zejména jedná-li se o členy rodiny. V následujících podkapitolách popisují základní formy EAN.

### **1.10.1 Tělesné týrání**

Tělesné týrání je nejhrubší a nejzávažnější formou špatného zacházení se seniory. Cílem tohoto druhu zneužívání je působení bolesti, zranění či nátlaku. Konkrétními podobami jsou bití, škrcení, kopání, pálení. Existují také pasivní formy, mezi které můžeme zařadit odpírání léků, potravy nebo pomoci při bolesti. Jedná se o mnoho způsobů násilí, které zanechává viditelné stopy (popáleniny, podlitiny atd.). Zpravidla se objevuje více poranění najednou, často bývají neošetřena. Při zjištění a vyšetřování zneužívání neodpovídá charakter zranění popisu situace, při které k němu došlo. Významnou roli hraje také poloha zranění nebo podlitiny. Jen zřídka si člověk sám způsobí například modřinu na vnitřní straně paže. Tento druh násilí může skončit i smrtí seniora.

### **1.10.2 Psychické a citové týrání**

Tato forma je častá, ale velice těžko postižitelná. Nejčastěji se jedná o verbální agresi, urážení a ponižování, vyhrožování nebo šikanování. Zvláštními způsoby jsou pak bránění v sociálním kontaktu (izolace) či poškozování nebo likvidace předmětů se silným citovým významem pro seniora (památka na manžela). Jakým způsobem lze tuto formu rozpoznat? Senior se jeví jako uzavřený do sebe, depresivní, patrné jsou i změny v neverbální komunikaci (zejména v intonaci barvě hlasu). Pokud je agresorem některý člen rodiny, často zabraňuje pracovníkům, aby byli se seniorem o samotě a měli tak možnost potvrdit či vyvrátit své domněnky o psychickém týrání. Povede-li se jim být se seniorem bez přítomnosti rodiny, senior se chová vyhýbavě, mluví pouze o nejnnutnějších věcech, vyjadřuje se převážně jednoslovně.

### **1.10.3 Sexuální obtěžování a zneužívání**

Je charakterizováno jako nedobrovolný sexuální kontakt jakéhokoli druhu. Sexuální obtěžování má několik podob. Ať už osahávání, nedobrovolné líbání, obnažování, nucení k pohlavnímu styku, dokonce i znásilnění. Sexuální zneužívání není vysoce frekventovanou formou. Možná právě proto je všeobecně tato problematika ve společnosti podceňovaná. Objevit se může např. mezi klienty ústavní péče, pachatelem se zřídka stávají samotní partneři seniora. Častěji se oběťmi stávají ženy, muže ale nemůžeme jako potenciální oběti

také vyloučit. Vypátrat jde na základě přidružených zranění (modřiny, oděrky, záněty rodidel, poranění v oblasti genitálií).

#### **1.10.4 Finanční a materiální zneužívání**

Jedná se o nejrůznější formy okrádání seniora, hospodaření s penězi bez jeho vědomí. Dále pak vynucené změny závěti nebo převody a rozprodávání majetku. V ústavních zařízeních se finanční zneužívání může projevit vyžadováním neoprávněných plateb za poskytnutí služby, která ve skutečnosti seniorovi poskytnuta nebyla. Vysoce frekventovaným jevem je náhlý zájem o seniora zejména v době, kdy se vyplácí starobní důchod. Již krátce po příjmu finančního obnosu je senior částečně nebo úplně bez prostředků. Pachatelem může být prakticky kdokoli (člen rodiny, sociální pracovník, sousedé, různí kriminálníci).

#### **1.10.5 Zanedbávání péče (druhými osobami)**

Tento typ může začínat nedostatkem pozornosti a komunikace, ve finále může skončit až odpíráním uspokojování základních lidských potřeb (jako je dostatečný přísun potravy, tekutin, léků). Zjednodušeně řečeno se jedná o odmítání nebo selhání plnění pečovatelských závazků. I v tomto případě jde o zneužití bezmocnosti a neschopnosti seniora se bránit. Existují dvě formy zanedbávání, pasivní a aktivní. U aktivní formy se jedná o úmyslné opomenutí nebo neposkytnutí péče. Při pasivní formě se ve většině případů jedná o nedostatek informací a zkušeností. Dokonce se stává, že pečující osoba v důsledku vlastního zhoršeného zdravotního stavu není schopna poskytnout péči v takové míře, jako doposud. I v tomto případě se jedná o pasivní zanedbávání.

#### **1.10.6 Zanedbávání péče sama o sebe**

Jedná se o takový způsob chování, kdy senior ohrožuje svým chováním vlastní zdraví a bezpečí. Příznaky jsou nedodržování základních hygienických a sociálních norem, malnutrice (špatná výživa, podvýživa). Zanedbávání sebepečí je často doprovázeno závislostí na návykových látkách.

## 2 Sociální služby poskytované seniorům

V této kapitole byl mým hlavním zdrojem informací zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, který vyšel ve sbírce zákonů dne 31. března 2006. Účinnosti pak tento zákon nabyl 1. ledna 2007. Základním cílem zákona o sociálních službách je zajistit jedincům v nepříznivé sociální situaci pomoc a podporu prostřednictvím široké škály sociálních služeb. Zároveň také stanovit pravidla, na jejichž základě budou služby poskytovány. V samotném zákoně je pak sociální služba definována takto: “Pro účely tohoto zákona se rozumí a) sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.”<sup>24</sup>

„Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem – umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí „na okraji“ společnosti.“<sup>25</sup>

Důležitou otázkou je, kdo vlastně sociální služby poskytuje. Jedním ze základních kamenů zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb jsou obce a kraje. Jejich úkolem je zjišťovat aktuální potřeby obyvatel a na jejich základě vytvářet vhodné podmínky pro rozvoj kvalitní sítě služeb. Obce a kraje jsou zároveň sami zřizovateli organizací poskytujících sociální služby. Druhým pilířem jsou neziskové organizace a fyzické osoby. V neposlední řadě pak samotné Ministerstvo práce a sociálních věcí. Jeho hlavním úkolem je příprava dlouhodobých systémových opatření a potřebných právních předpisů. Ministerstvo také podporuje neziskový sektor prostřednictvím dotačního řízení, kterým podporuje rozvoj a provoz sociálních služeb poskytovaných prostřednictvím neziskových organizací.

Sociální služby zahrnují 3 základní druhy, a to: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. V následujících podkapitolách se jim budu jednotlivě věnovat.

---

<sup>24</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf) [§3] [cit. 2011 - 06 - 10]

<sup>25</sup> <http://www.mpsv.cz/cs/9> [cit. 2011 - 06 - 10]



## 2.1 Služby sociální prevence

Tento druh služeb pomáhá zabránit sociálnímu vyloučení osob, kterým vyloučení hrozí zejména kvůli krizové životní situaci, životním návykům a způsobu života. „Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“<sup>26</sup> Služby sociální prevence zahrnují rozsáhlou nabídku pro rozdílné sociální skupiny. Jako zástupce bych mohla uvést Domy na půl cesty, Nízkoprahová denní centra nebo Služby následné péče. Služba, která přímo ve svém názvu obsahuje cílovou skupinu seniorů, je v samotném zákoně uvedena pouze jedna. Její popis najdeme v §66 a nazývá se Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Služba může být provozována ve 2 různých formách, ambulantní a terénní. Jejím cílem je zabránění sociálního vyloučení jedince.

## 2.2 Sociální poradenství

Samotné poradenství můžeme dále rozdělit na základní a odborné. Základní sociální poradenství má za úkol poskytovat osobám informace, které jim mohou pomoci v řešení jejich nepříznivé situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování jakékoli sociální služby, poskytovatelé jsou tak povinni tuto službu klientům zajistit. Odborné poradenství je zaměřeno na určité sociální skupiny docházející do různých typů poraden (manželské a rodinné, pro oběti trestných činů atd.). Nedílnou součástí tohoto druhu poradenství je také půjčování kompenzačních pomůcek.

## 2.3 Služby sociální péče

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech kdy toto vylučuje jejich stav zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“<sup>27</sup> Nabídka služeb sociální péče je opravdu široká. Pro potřeby této práce jsem vybrala pouze ty druhy, které mohou využívat senioři. Jednou z hojně využívaných služeb je pečovatelská služba, podrobně se jí budu věnovat v kapitole č. 4. V poslední době se rozšiřuje i další služba, tzv. tíšňová péče. Cílem této služby je nepřetržitá hlasová a elektronická komunikace s osobami, které jsou vystaveny vysokému riziku ohrožení zdraví v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu. Jedním z významných zprostředkovatelů je Život 90 o. s.

---

<sup>26</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf) [§53] [cit. 2011 - 06 - 10]

<sup>27</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf) [§38] [cit. 2011 - 06 - 10]

Zajisté nesmím opomenout Domovy pro seniory, které poskytují pobytové služby zejména osobám se sníženou soběstačností v důsledku vysokého věku.

## **3 Městské středisko sociálních služeb Nové Město nad Metují**

### **3.1 Obecné informace**

Městské středisko sociálních služeb Oáza bylo zřízeno jako příspěvková organizace v roce 1996 z rozhodnutí Městského zastupitelstva. Jako zástupce organizace byla zvolena paní Marie Rohulánová, která ve své funkci setrvává i v dnešní době.

Oáza byla založena s cílem poskytovat sociální služby seniorům z Nového Města nad Metují a okolních obcí, s jejichž obecními úřady má městské zastupitelstvo uzavřenu smlouvu. Není tedy výjimkou například dovážka obědů do 10 km vzdálených obcí.

### **3.2 Veřejný závazek a principy práce**

Veřejný závazek Městského střediska sociálních služeb Oáza upravuje poslání a cíle poskytovaných služeb. Tento dokument umožňuje zájemcům o služby a jejich rodinám snadnější orientaci v nabízených službách a objasňuje základní principy jednotlivých služeb. Můžeme také říci, že veřejný závazek je „prohlášením“ organizace, na základě kterého se odvíjí další vnitřní normy zařízení. V této kapitole zmiňuji pouze základní informace, které jsem z dokumentu vyčetla. Plné znění je připojeno k práci jako příloha č. 2.

Posláním MSSS Oáza je podpora klienta v zachování, popřípadě prodloužení samostatného způsobu života v domácím prostředí. Služby jsou také poskytovány rodinným příslušníkům, kteří o seniory pečují.

Mezi uznávané principy sociálních služeb patří maximální zachování soběstačnosti klienta. Zařízení se zavazuje přizpůsobit poskytování služeb potřebám, aktuálním možnostem a přáním klienta. Zaměstnanci by neměli úkony, které si klient zvládá udělat sám, vykonávat za něj. Filosofii zařízení je podpora, pomoc při nalézání vlastních zdrojů a možností, jak dosáhnout čeho klient chce a podpořit ho tak v určité nezávislosti na zařízení. Druhým principem je snaha o udržení předcházejícího způsobu života i po nástupu do zařízení. Každého klienta má nestarost klíčový pracovník, se kterým společně vytvoří osobní individuální plán, který se zpravidla odvíjí od klientových zvyklostí a daných možností zařízení. Plán je určující pro všechny zaměstnance, závisí na něm také rozsah poskytovaných služeb. Dále pak zvyšování odbornosti zaměstnanců, kteří jsou povinni absolvovat určitý počet hodin ročně v rámci akreditovaných školení. Tímto je pak zajištěno i zvyšování kvality péče. Zajisté bychom neměli zapomínat na dodržování lidských práv a zachování důstojnosti jedince. Tato práva vyplývají nejen z Listiny základních práv a svobod, která je součástí

Ústavy České republiky, ale také například z Charty práv seniorů. Zaměstnanci musí respektovat osobnost klienta, jeho možnosti a schopnosti. Stejně tak klienti nesmí ponižovat zaměstnance a jakýmkoli způsobem s nimi manipulovat. Neméně důležitý je také přístup a komunikace směrem od zaměstnanců ke klientům, ale také mezi zaměstnanci navzájem. Nikomu z nás by se bezpochyby nepracovalo dobře v prostředí, kde panují špatné vztahy. Za samozřejmé je považováno dodržování slušného chování, zachování soukromí a osobních údajů o klientech.

V závěru dokumentu jsou uvedeny kontaktní osoby, na které se mohou zájemci obracet s různými dotazy. Základní verze byla vypracována v roce 2007, poslední aktualizace byla provedena koncem roku 2008. Účinnosti tak dokument nabyl 1. 1. 2009.

### **3.3 Typy poskytovaných služeb**

Služby poskytované Městským střediskem bychom mohli rozdělit na 3 základní skupiny, kterými jsou: sociální služby pobytové, ambulantní a terénní. Oáza poskytuje svým klientům celkem 4 služby. Z toho jsou dvě služby pobytové, jedna terénní a ambulantní.

#### **3.3.1 Sociální služba ambulantní**

Centra denních služeb jsou zřizována na základě zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Centra jsou určena pro seniory se zhoršenou soběstačností, kteří žijí ve svém přirozeném sociálním prostředí. Jedná se tedy o ambulantní službu. V domácnostech o ně pečují ve většině případů rodina, pro kterou se zhoršení soběstačnosti stává výrazným problémem. Rodina nechce babičku nebo dědečka nechat doma samotného nebo ho umístit trvale do sociálního zařízení. Proto volí možnost, kdy je senior v zařízení pouze v době, kdy jsou pečující rodinní příslušníci v zaměstnání. Mimo základní sociální služby, jako například pomoc při osobní hygieně, jsou v centrech nabízeny také různorodé činnosti. Tyto činnosti bychom mohli rozdělit na vzdělávací a aktivizační. Mezi vzdělávací činnosti můžeme zařadit například nácvik a upevňování motorických schopností nebo využívání nových informačních zdrojů (internet). Do skupiny se souhrnným názvem aktivizace můžeme zařadit různé hry, sportovní odpoledne nebo výlety. Důležitou součástí je možnost sociálního kontaktu s okolím. Zaměstnanci vychází z individuálních potřeb a přání klientů, zohledňuje se také jejich zdravotní stav.

Centrum denních služeb Domovinka zahájilo svou činnost v roce 2005. V začátcích, jak to bývá i u jiných zařízení, nebyl u obyvatel Nového Města a okolí o poskytování této sociální služby příliš zájem. Dnes je již široce známá. Každý rok využívalo službu průměrně 9

klientů. Při zřizování nebyla kapacita Centra žádným způsobem omezena. Avšak při přijetí osob, které vyžadovaly více péče, musela být denní kapacita omezena na 12 klientů. V letošním roce je poprvé kapacita zcela naplněna. Bohužel se občas stane, že kvůli tomuto omezení musí být některé žádosti odmítnuty. Domovinka je v provozu denně od 7:30 do 15:00 hodin. Klienti mají možnost Centrum navštěvovat denně nebo dle svého zájmu pouze vybrané dny v týdnu. Díky tomu je konečné číslo klientů vyšší, avšak nesmí být překročena denní kapacita. Přijímání jsou obyvatelé Nového Města a okolí. Domovinku mohou také navštěvovat obyvatelé Domova pro seniory nebo klienti odlehčovacích pobytů.

Hlavním cílem zařízení je podpora seniorů v aktivním způsobu života. Pracovníci jim zde pomáhají s obnovou základních sebeobslužných a mentálních schopností. Velké množství klientů je přijato po mozkové mrtvici. Tito klienti mají možnost individuálních tréninků, kde se procvičuje například mluvení nebo počítání.

Každý klient má zavedenu složku, která obsahuje smlouvu o poskytnutí sociální služby. Součástí složky je také denní režim, na který je klient zvyklý z domácího prostředí. Asi nejdůležitější složkou je individuální plán práce. Zde klient vyplňuje osobní cíl, kterého by chtěl dosáhnout. Vždy jednou za půl roku se tyto cíle „obnovují“.

### **3.3.2 Sociální služba pobytová**

Jednou z nabízených pobytových služeb je Domov pro seniory. Domov pro seniory je určen osobám od 54 let s chronickým onemocněním, osobám s tělesným nebo zrakovým postižením a seniorům, kteří zejména pro svůj věk či zhoršený zdravotní stav potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, avšak nepotřebují nepřetržitou lékařskou nebo ošetřovatelskou péči. Klient domova si může vybavit malou garsoniéru svým vlastním nábytkem a vytvořit si tak prostředí, ve kterém se bude cítit dobře. Domov pro seniory zajišťuje svým klientům celoroční nepřetržitý provoz. Klienti mají možnost využívat nabízené služby. Mezi tyto služby můžeme zařadit: pomoc při osobní hygieně; přípravu stravy, případně její podání; drobné nákupy; příprava a podání léků dle předpisu ošetřujícího lékaře; praní, mandlování a žehlení prádla; pravidelný úklid bytové jednotky; zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím; aktivizační programy. Veškeré služby jsou poskytovány za úhradu. Ceny jsou stanoveny dle platné vyhlášky č.505/2006 Sb. a Ceníku MSSS Oáza. Aktuální ceník služeb je uveden v příloze této práce (příloha č. 3). Důvody, které vedou k neuzavření smlouvy:

- a) MSSS neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá

- b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá
- c) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- d) osoba není schopna pobytu z důvodu akutní infekční nemoci
- e) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- f) osoby se sníženou schopností orientace v prostoru a čase se sklony k agresivitě a útěkům
- g) zájemce požaduje služby, které zařízení neposkytuje (např. zdravotnické úkony, jiný druh služby)
- h) zájemce není v cílové skupině MSSS Oáza
- i) poskytovatel vypověděl žadateli smlouvu o poskytnutí téže služby v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí, a to z důvodu porušování povinností žadatele vyplývajících ze smlouvy

Druhou pobytovou sociální službou je tzv. Odlehčovací služba. Tato služba napomáhá seniorům přečkat přechodný nepříznivý zdravotní stav a umožňuje pečujícím členům rodiny potřebnou regeneraci sil a odpočinek. Přesně je určena seniorům a dospělým zdravotně postiženým jedincům, kteří nemohou zůstat sami ve svém přirozeném domácím prostředí bez pomoci jiné osoby. Uživatelé jsou zejména jedinci propuštění z nemocnice, čekatelé na umístění do domova pro seniory nebo osoby, u kterých potřebuje pečující osoba na určitou dobu péči přerušit. Na rozdíl od ostatních poskytovaných služeb je tento druh určen pro seniory z celé České republiky, přednostně však pro občany Nového Města nad Metují a spádových obcí. Odlehčovací pobyt je poskytován celoročně mimo vánočních svátků, klient zde může pobývat pouze omezenou dobu, a to 3 kalendářní měsíce. Klientům jsou nabízeny stejné fakultativní služby jako v domově pro seniory. Kapacita odlehčovací služby je omezena pouze na 5 lůžek, kdy každý klient má svou vlastní garsoniéro s příslušenstvím. Stejně jako v ostatních případech je služba zpoplatněna, ceny jsou uvedeny v aktuálním ceníku, který je na požádání k dispozici.

### **3.3.3 Sociální služba terénní**

Do okruhu terénních služeb poskytovaných MSSS Oáza patří následující dvě: pečovatelská služba a tísňová péče. Jelikož se o pečovatelské službě podrobně zmiňuji v kapitole č. 4, ráda bych se na tomto místě rozepsala o tísňové péči. Dá se říci, že je tato

služba v nabídce Městského střediska novinkou, funguje přibližně dva roky. Poskytovatelem služby je pobočka Života 90 o. s. v Hradci Králové.

Co je a jak tísňová péče funguje? „Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.“<sup>28</sup> Zvyšuje se tak bezpečnost života seniorů a osob se zdravotním postižením. Služba je dostupná 24 hodin denně, nepřetržitě po celý rok. Stisknutím tlačítka, které by měl mít senior při ruce (nejlépe na krku), si klient přivolá pomoc z jakéhokoli místa v bytě. V případě tísně by měli pracovníci služby přijet klientovi na pomoc nejpozději do 30 minut. „Ke spojení uživatelů s dispečinkem jsou do bytů uživatelů instalována technická zařízení. Obsluha dispečinku tísňové péče nenarušuje soukromí uživatelů. Nevidí do jejich bytů, k hlasovému propojení bytů uživatelů s dispečinkem dochází pouze v případech, kdy si uživatelé sami přivolávají pomoc stisknutím tísňového tlačítka, které nosí stále při sobě nebo při vniknutí nepovolané osoby do bytu uživatele v době jeho nepřítomnosti.“<sup>29</sup> Pracovník dispečinku se spojí s uživatelem, který nemusí pro uskutečnění hovoru být u telefonního přístroje. V bytě je instalován hlasitý odposlech, který umožňuje komunikaci v rámci celého bytu. Zároveň si pracovník dispečinku může otevřít složku s údaji klienta, na jejichž základě může informovat rodinu nebo sousedy. Na základě rozhovoru s uživatelem pracovník vyhodnotí situaci a zařídí potřebnou pomoc (záchranná služba, hasiči, návštěva rodiny). Bezpečnost uživatelů je zajištěna také pohybovým čidlem, které neprodleně informuje pracovníky dispečinku poté, kdy delší dobu nezaznamená v bytě pohyb. Služba poskytuje klientům pocit bezpečí, zejména těm, kteří mají strach z pádu nebo se obávají náhlého zhoršení zdravotního stavu. „Služba Tísňové péče AREÍON je dnes poskytována prostřednictvím hlavního dispečinku v Praze a regionálních dispečinků v Hradci Králové, Kutné Hoře a Jihlavě necelým 1 300 klientům ve 34 městech ČR tj. v šesti krajích ČR.“<sup>30</sup> Služba je poskytována za úplat, aktuální ceník je k dispozici na webových stránkách.

### 3.4 Sponzoři

Městské středisko sociálních služeb je příspěvkovou organizací. Podstatnou část příjmů tvoří sponzorské dary. Seznam sponzorů je vyvěšen na desce ve vstupní hale Oázy. Nalezneme zde jak soukromé osoby, tak firmy z blízkého okolí. Mezi těmi hlavními bych

<sup>28</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf) [§41][cit. 2011-06-25]

<sup>29</sup> <http://www.zivot90hk.cz/ts-principy.php> [cit. 2011-06-25]

<sup>30</sup> <http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/10-tisnova-pece-areion> [cit. 2011-06-25]

ráda zmínila partnerské město Hilden, paní Binku (majitelka penzionu v Hildenu), akademického malíře Vladimíra Suchánka (novoměstský rodák), Církev bratrskou, Tiskárnu Losenický, Hasiče a knihovnu ve Vrchovinách, Skaličan a.s. a Nadaci Oáza. Finanční pomoc poskytl také někteří obyvatelé Oázy. Dle mého názoru všem sponzorům patří velký dík, protože díky nim mohou být služby poskytovány.



## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 4 Pečovatelská služba

Budova Domu s pečovatelskou službou je v provozu od roku 1980, kdy zde sídlila jedna z mnoha poboček Okresního ústavu sociálních služeb. Po revoluci v roce 1989 spadala budova několik let pod správu Městského úřadu. Až se vznikem Městského střediska sociálních služeb v roce 1996 se stal Dům s pečovatelskou službou součástí poskytovaných služeb.

Pro stručnou charakteristiku pečovatelské služby, cílové skupiny, nabízených služeb apod. jsem zvolila strukturu, kterou jsme využívali pro charakteristiku navštívených zařízení v rámci praxe na VOŠEvropská.

Název instituce: MSSS Oáza – Terénní pečovatelská služba

Adresa: Českých bratří 1145, 549 01 Nové Město nad Metují

Vedoucí pracovník: Zdena Bubeničková

#### Cíl, účel organizace:

- podpora klienta v zachování samostatného způsobu života v jeho přirozeném domácím prostředí
- podpora klienta v jeho přirozeném prostředí a prostřednictvím zajištění potřebných služeb napomáhání jeho pocitu bezpečí a psychické pohody

#### Zřizovatel organizace:

- služba je poskytována v rámci Městského střediska sociálních služeb Oáza, jehož zřizovatelem je Městské zastupitelstvo města Nové Město nad Metují

#### Zdroje financování (výše příspěvku klienta) :

- úhrada za poskytované služby je stanovena Ceníkem MSSS Oáza (viz příloha č. 3)

#### Personální obsazení:

- 8 pečovatelek (z nich jeden pečovatel)

#### Rozsah nabízených služeb:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při oblékání a svlékání, pomoc při prostorové orientaci, přesuny na vozík a lůžko
- pomoc při osobní hygieně, ranní toalety, celkové koupele, pomoc při použití WC, mytí vlasů

- pomoc při zajištění stravy, dovoz nebo donáška jídla, příprava a podání jídla
- pomoc při zajištění chodu domácnosti, úklidy, praní prádla, běžné nákupy a pochůzky
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, doprovod k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovod zpět
- v rámci terénní služby je zřízen také Dům s pečovatelskou službou, který je „centrem“ pro terénní pečovatelky
- služby jsou poskytovány v Po – Pá od 7hod. Do 19hod., So – Ne – Svátky od 8:30 do 19hod.

#### Cílová skupina klientů:

- senioři a dočasně nemocné osoby, které jsou soběstačné při základních život zajišťujících úkonech a nepotřebují nepřetržitou lékařskou péči (pro samostatný způsob života však potřebují podporu a dopomoc druhé osoby); dále pak rodiny s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., § 75, odst.2, písm. a) a občané zbavení způsobilosti k právním úkonům, jejichž opatrovníkem je Město Nové Město nad Metují

#### Kontraindikace (kdo nemůže být klient):

- zájemce o službu neodpovídá dané cílové skupině; potřebuje ošetřovatelské úkony (např. převazy, aplikaci léků injekční formou, včetně inzulínu) či jeho trvalé bydliště není ve spádové oblasti působnosti MSSS Oáza; poskytování služby může být odmítnuto či zrušeno v případě opakovaného neoprávněného agresivního chování klienta nebo opakovaného neplacení stanovené úhrady za služby

#### Způsob navazování kontaktu s klienty:

- kontakt s klientem nenavazuje organizace
- sám jedinec (jeho rodinní příslušníci), který má zájem o poskytování některé z nabízených služeb, o danou službu zažádá

#### Dostupnost (doprava, bezbariérový přístup atd.):

- Dům s pečovatelskou službou není bezbariérový, v budově se nachází výtah
- k dispozici je služební auto, které se používá pro rozvoz obědů atd.

#### Základní metody a techniky práce s klienty:

- zachování maximální soběstačnosti klienta
- snaha o udržení dosavadního způsobu života před nástupem do zařízení
- dodržování lidských práv a zachovávání lidské důstojnosti

- zvyšování odbornosti zaměstnanců zařízení
- přiměřený způsob komunikace směrem ke klientovi i spolupracovníkům
- loajální postoj pracovníků a klientů k zařízení i k sobě navzájem

#### Využívání práce dobrovolníků:

- v MSSS Oáza jsou dobrovolníci vítáni
- je možné si zde splnit odbornou praxi

#### Vybavenost zařízení a typy služeb, které jsou poskytovány:

- každý nájemník v Domě s pečovatelskou službou má vlastní byt, sociální zařízení je společné (vždy na patře)
- klienti mají k dispozici malou zahradu, na které mohou pěstovat zeleninu apod.
- v současné době je jeden prázdný byt využíván jako společenská místnost, kde se pravidelně každý pátek schází někteří klienti společně s knihovnicí z městské knihovny, která jim hodinu předčítá (v současné době se věnují pověstem o Novém Městě)

#### Zda a jak jsou zjišťovány potřeby klientů:

- každý klient má svou osobní složku, kde jsou uvedeny jeho cíle
- každých 6 měsíců se s klientem cíle obnovují, případně se rozšiřuje okruh nabízených služeb

#### Vlastní názory, postřehy apod.:

- Kvalita poskytovaných služeb se rok od roku zlepšuje a sami pracovníci absolvují různé kurzy ke zdokonalení své práce. V případě onemocnění některé pečovatelky nastoupí na její místo zastupující pečovatelka, takže nedochází k omezení poskytovaných služeb. Vybavení plně odpovídá denním potřebám klientů i personálu.

Se žadatelem je sepsána žádost, ve které se uvádí jednotlivé potřeby a očekávání seniora nebo nemocného. Koordinátorka pečovatelské služby společně se sociální pracovnící chodí na sociální šetření, kdy se zjišťuje zdravotní stav žadatele a představa o rozsahu služeb. Služby se začínají poskytovat až po sepsání smlouvy, která stanoví přesný rozsah služeb, které odpovídají přání seniora a budou mu zabezpečovat nezbytnou podporu. Klientům jsou nabízeny následující služby:

- **Péče o osobní hygienu**

Celková koupel, běžné úkony osobní hygieny, ranní toaleta apod. v domácím prostředí klienta. Ten má možnost si sám určit četnost a způsob pomoci. Další možností je celková

koupel ve středisku osobní hygieny (SOH), které je součástí DPS. Klient si může zvolit koupel bez dopomoci nebo naopak s pomocí pečovatelek. Klientům z terénu je doprava do SOH zajištěna dvakrát v týdnu. Soběstační obyvatelé DPS mají možnost využít společné koupelny, která je umístěna vždy na každém patře. Ostatní využívají pomoci pečovatelky a vždy pravidelně ve stanovený den se s její dopomocí koupou.

- **Příprava a uvaření snídaně**

Pracovníci pečovatelské služby připraví nebo uvaří snídani z vlastních zásob klienta. Při té příležitosti mohou dle žádosti asistovat při podání léků. Jelikož zaměstnanci pečovatelské služby nejsou zdravotnickým personálem, nesmějí léky klientům chystat do zásobníků ani aplikovat (jedná-li se například o inzulin). Mohou nanejvýš klientovi připravit zásobník na viditelné místo a připomenout mu, aby si léky nezapomněl vzít.

- **Donáška nebo dovoz oběda, pomoc při podání jídla**

Donáška nebo dovoz oběda je poskytován nepřetržitě, včetně víkendů a státních svátků. Každý klient obdrží jídelní lístek, na jehož základě si vybere jídlo. V nabídce jsou také dietní varianty jídel a to ty: 9 – diabetická, 4 – žlučnicková, 10 – neslaná a jejich kombinace. Klient tak může zvolit vhodnou dietu dle zdravotního stavu. Pod označením číslo 3 jsou nedietní, obyčejná jídla. Klient, který nechce odebírat dietní jídlo, má možnost si na základě jídelního lístku vybrat jedno ze dvou nabízených jídel. Dietám možnost volby bohužel umožněna není. Pro vysoký zájem o dovážku obědů je rozvoz rozdělen mezi dvě služební auta. Jezdí se tzv. malé a velké obědy. Malé obědy vozí auto, které je převážně využíváno pro potřeby Domova pro seniory. Veze méně jídlonosičů, zejména do okrajových částí města nebo přilehlých obcí. Velké obědy obstarává auto vyhrazené pouze pro Pečovatelskou službu, rozváží obědy výhradně v rámci území Nového Města. Četnost a způsob podání oběda si určí klient. Některým se jídlo ohřívá, jiným stačí pouze otevřít jídlonosič. Každý uživatel této služby potřebuje dva vlastní jídlonosiče, možné je také jejich zapůjčení z majetku MSSS Oáza. Vždy při předání jídlonosiče s obědem má klient provést s pečovatelkou výměnu a dát jí svůj druhý ešus, do kterého dostane jídlo další den. Přihlášení nebo odhlášení obědů klienti uskutečňují přes telefon nebo při přebírání oběda posílají lísteček s žádostí o odhlášku. Vše je zaznamenáváno do čárového kódu, kde jsou vyčárkovány obědy, které si klient objednal nebo naopak vyškrtány ty, které si odhlásil. Po rozvozu obědů

po terénu a roznášče po DPS se všechny ešusy kontrolují, případně přemývají. Bedny, ve kterých se ešusy vozí, se pak také myjí a dezinfikují.

- **Nákupy**

Tento druh služby je možné klientovi zajistit dvěma způsoby. Prvním z nich, který je v DPS jen zřídka využíván, je doprovod klienta do města, kde si sám nakoupí. Druhá možnost je využívána převážnou většinou klientů. Pracovník dochází do bytu klienta vždy před den předem před uskutečněním nákupu (tedy v neděli, v úterý a ve čtvrtek). Každý klient má vlastní notýsek, do kterého se požadovaný nákup sepíše. Zapisuje se zde také finanční obnos, který pečovatelka obdrží na zaplacení nákupu. Po příjezdu z obchodu se do notýsku provede vyúčtování. Zbylé peníze se vrací klientovi, případné nedoplatky se namísto vyřeší. Někteří klienti požadují po pečovatelkách „vybalení“ nákupu a úklid např. do ledničky, jiní klienti si ponechají nákup v tašce a sami si jej uklidí (tašku následně vrací do kanceláře pečovatelek).

- **Pochůzky**

Okruh využívaných pochůzek je opravdu široký. Nejhojněji je využíváno objednávání léků u ošetřujícího lékaře a jejich vyzvednutí v lékárně. Dále pak placení poštovních poukázek či odesílání dopisů, výjimkou není ani dobíjení kreditu na mobilních telefonech.

- **Praní prádla**

Praní prádla je prováděno v prádelně, která je součástí DPS. Dovoz špinavého a odvoz čistého prádla je zajištěn přímo do domácnosti klient. Je umožněno praní malého i velkého osobního prádla, záclon a různých přehozů. V ceně služeb je také žehlení a drobné opravy (například přiřítí knoflíků). Klienti mohou společně s prádlem posílat vlastní prací prášek, pokud ho nemají, je jim za úhradu poskytnut prášek erární.

- **Práce spojené s údržbou domácnosti**

V nabídce DPS je tzv. běžný nebo velký úklid. Četnost běžného úklidu závisí na dohodě klienta s poskytovatelem. Úkony poskytované v rámci běžného úklidu: luxování (vlastní nebo zapůjčený vysavač), setření prachu a podlahy, umytí nádobí a sociálního zařízení (ve všech bytech pouze kuchyňský kout s umyvadlem a dlaždicemi), vynesení

odpadků apod. Velký úklid se provádí jednou za 3 měsíce. Součástí jsou všechny úkony běžného úklidu doplněné o mytí oken.

- **Mytí společných prostor domu**

Tento druh služby se týká klientů z terénu. Službu je možné dohodnout pouze tehdy, využívá-li klient alespoň 2 jiné úkony pečovatelské služby. K úklidu poskytuje klient vlastní mycí prostředky atd.

- **Monitoring – denní kontrola**

Služba poskytovaná na základě žádosti klienta nebo rodinných příslušníků. Není-li klientům stav stabilní, probíhá pravidelně monitoring, kde se pečovatel jde přímo do bytu na klienta podívat. Kontroluje tak, zda se mu něco nestalo.

- **Doprovod na vyšetření, při krátkodobém pobytu mimo domov**

Doprovod si domlouvá klient s koordinátorkou pečovatelské služby. Ta dle možností a počtu přítomných zaměstnanců jednoho z nich vysílá jako doprovod. Klient je povinen dojednat poskytnutí této služby minimálně 48 hodin předem. Nejčastěji je využíván doprovod k lékaři.

- **Fakultativní služby**

Klienti mají možnost využít fakultativních (nepovinných) služeb. Nabízena je návštěva externí pedikérky nebo kadeřnice. Ty docházejí do bytu klienta, ten hradí poskytnuté služby přímo jim. V poslední době je nabídka rozšířena o společenské akce, které jsou většinou pořádány aktivizačními pracovníky s Domu pro seniory. Nedávno se například zájemci vydali na výlet objednaným autobusem po okolí za symbolickou cenu. Pravidelně se také uskutečňuje návštěva Vinárny u Drašnara, kde je zájemcům připraveno bohaté občerstvení. Pečovatelky pracující v DPS již podruhé zorganizovaly narozeninové odpoledne. Tedy posezení pro všechny nájemníky u kávy a pohoštění. Bylo to příjemné strávené odpoledne. V nejbližší době se plánuje opékání buřtů na zahradě za DPS.

## **5 Kazuistiky klientů žijících v Domě s pečovatelskou službou**

### **Klientka č. 1**

Tato klientka zde žije nejdéle, přesně 24 let. Paní V. je 86 let a je svobodná. Do zařízení se přestěhovala ze samoty, kdy již nemohla být sama. Klientka je zcela samostatná, využívá pouze služby praní prádla. Nákupy a ostatní pochůzky si zařizuje klientka sama. Pro rozšíření služeb by se rozhodla pouze tehdy, kdyby se zhoršil její zdravotní stav nebo v případě nemoci. Paní V. je silně věřící, pravidelně jí navštěvují lidé ze zdejší farnosti. Klientka je velice tichá, společenských akcí se neúčastní. Jak říkají pečovatelky ani nevědí, že zde bydlí.

### **Klientka č. 2**

Klientka se do zařízení přestěhovala před 18 - ti lety, její 91 let. Původně klientka bydlela ve staré zástavbě v centru města. V důchodu pracovala jako uvaděčka v kině, díky tomu jí ve městě zná spousta lidí a často se pečovatelek ptají, jak se jí vede. Paní H. využívá nákupů, pochůzek a úklidů. Se službami je klientka spokojená, i když podle jejího názoru jsou některé služby vzhledem k výši důchodu dražší. Zdravotní stav je stabilní, klientka má v operovaný kardiostimulátor. Jediné problémy má klientka se sluchem, odmítá však používat naslouchadlo. Dříve si sousedé stěžovali na hlasitost televize, na kterou se klientka ráda dívá. Problém se vyřešil zakoupením sluchátek, které je možné připojit na televizi. Pravidelně každou středu dochází do bytu paní H. několik přátel a společně hrají bridge. Klientka je v kontaktu s rodinou, každý den jí navštěvuje syn s manželkou.

### **Klientka č. 3**

Tato klientka žije v Domě s pečovatelskou službou přibližně půl roku. Paní B. je 87 let a je vdova. Před umístěním žila ve svém domě společně s rodinou svého syna. I tak byla velmi osamělá. Celý dům „zabrala“ synova rodina, klientka obývala pouze jednu místnost. Dá se říci, že byla synovi na obtíž. Proto zažádala o umístění do DPS. Navzdory zacházení rodiny je paní B. hodně fixována na některé její členy. Do zařízení nastupovala s očekáváním pocitu bezpečí a toho, že se bude moci spolehnout na pomoc druhých. Klientka trpí silnou obezitou, která výrazně omezuje možnost pohybu. Pohybu je paní B. schopna pouze v bytě za pomoci francouzských holí. Jelikož jsou toalety na chodbě, využívá toaletního křesla. V poslední

době měla klientka zdravotní problémy. Lékař jí předepsal medikamenty, které sice na problémy zabraly, ale výrazně jí zvýšily chuť k jídlu.

#### **Klientka č. 4**

Paní K. je 83 let. Tato klientka nastoupila do zařízení před 5 lety společně se svým manželem v důsledku zhoršeného zdravotního stavu. Bydleli v panelovém domě na jednom z největších sídlišť ve městě. Od vedení MSSS Oáza byla paní K. udělena výjimka, kdy se mohla do bytu nastěhovat i se svojí kočkou. Manželův stav se před rokem zhoršil, po dlouhodobé hospitalizaci na LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) zemřel. Klientka tuto ztrátu velice těžce nesla a na delší dobu odjela k dceři do Prahy, zhruba po 5 měsících se vrátila zpět. Mezi zájmy paní K. patří vaření, pěstování květin a poslech rádia. Sama navíc uvádí, že když ještě žil manžel, tak mezi své zájmy řadila i péči o něj. Původním povoláním je paní K. učitelka, i dnes si ráda s někým pohovoří německy. Zdravotní stav je v rámci možností dobrý, hlavním problémem je špatný zrak. Klientka musí používat kompenzační pomůcky, zejména lupu. Není výjimkou, že přijde požádat pečovatelky o pomoc s přečtením dopisu nebo novin.

#### **Klientka č. 5**

Paní L. je 75 let, do zařízení nastoupila před rokem a půl. Klientka je pohyblivá a samostatná. Každé ráno se jí dopomáhá při navlékání stahovacích punčoch. Dalšími využívanými službami jsou nákupy, úklidy a pochůzky. Do spolupráce je zapojena rodina, paní L. si pravidelně bere na celý víkend. Klientka je nekonfliktní a společenská. Ráda se účastní pořádaných akcí, málokdy některou z nich vynechá.

#### **Klientka č. 6**

Klientce je 84 let, v zařízení žije 8 let. Do DPS se přestěhovala z bytu, který sdílela se svým synem, pro oba byl velice malý. Sama klientka si po nástupu chválí zlepšení zdravotního stavu. Využívá dovážky oběda a nákupů, pokud by potřebovala služby rozšířit, sama o to požádá. Jinak je zde šťastná a spokojená, sama říká, že zde chce hlavně dožít. Pohyb paní V. nečiní problémy, pro větší stabilitu používá francouzské hole. Klientka ráda čte, jako jedna z mála využívá knihovnu, která je k dispozici všem klientům ve vestibulu DPS. Mimo jiné se pravidelně stýká s přáteli v cukrárně. Jelikož je silná diabetička, chodí prý



„mlsat“ očima. Společně s několika dalšími klienty se pravidelně zúčastňuje společenských akcí (vepřové hody, výlety po okolí atd.).

#### **Klientka č. 7**

Paní Š. je 89 let, v DPS žije 5 let. I ona se přestěhovala kvůli tomu, aby nebyla v bytě sama. Většinu věcí si obstará sama, služby by si rozšířila pouze při zhoršení zdravotního stavu. V současné době využívá pravidelné nákupy a objednávání léků u ošetřujícího lékaře. Klientka je velice milá, komunikativní, skromná a společenská. Již nějakou dobu uvažuje o navštěvování denního centra Domovinka. Ráda se účastní společenských akcí, zatím žádnou si nenechala ujít. Bohužel několik dní po našem setkání, kdy jsme společně vyplňovaly dotazník, paní Š. v noci upadla a zlomila si levou nohu v krčku. V současné době je po operaci, po propuštění z nemocnice nastoupí do MSSS Oáza na přechodný pobyt. Zde bude mít nepřetržitou péči a bude moci pod dohledem rehabilitovat.

#### **Klientka č. 8**

Klientce je 83 let, bydlí zde 3,5 roku. Pracovala jako dámská krejčová pro vyšší společnost v Praze. Paní H. je ve výborném zdravotním stavu, nepoužívá žádné kompenzační pomůcky a je absolutně samostatná. Dokud prý může, bude si vše dělat sama. Do DPS se přestěhovala na žádost rodiny, která nechtěla, aby bydlela na samotě. Rodina jí pravidelně navštěvuje, zejména snacha. Není také výjimkou, že si rodina vezme paní H. na celý víkend k sobě. Jedinou službu, kterou klientka využívá, je pravidelný velký úklid, kdy se zároveň myjí okna. Celkově je paní H. v Domě s pečovatelskou službou spokojena, žádné změny by neprováděla, personál má velice ráda. Klientka je společenská, účastní se všech akcí, které jsou nabízeny.

#### **Klient č. 9**

Panu Š. je 69 let, v DPS žije 4 roky. Dříve žil v bytě se svojí matkou, po její smrti se mu výrazně zhoršil zdravotní stav, proto podala jeho sestra žádost o umístění. Na začátku bydlel klient ve velkém bytě. Kvůli špatné finanční situaci se přestěhoval do menšího, který mu vyhovuje, zařízení mu financovala sestra. V současné době se finanční situace pana Š. zlepšila, po několika zamítnutích mu byl přiznán příspěvek na péči. O finance a jiné potřebné věci se stará sestra. Zdravotní stav klienta je dobrý, používá kompenzační pomůcky kvůli špatnému zraku, a to silné brýle a lupu na čtení. Dříve chodil klient na pravidelné

procházky pouze z dopomocí trekkingových holí. Nyní se stále častěji vymlouvá na bolesti nohou, většinu dne proleží v posteli. Tento životní styl se odráží na jeho tělesné konstituci.

### **Klient č. 10**

Tento klient žije v DPS nejkratší dobu, zhruba necelého půl roku. Je mu 55 let a je rozvedený. V DPS má k dispozici malý byt s kuchyňským koutem, vybavení má své vlastní. Před nástupem bydlel v sociálním bytě s dalšími sociálně slabými obyvateli města. Ti ho však šikanovali a brali mu jeho věci. Jelikož je pan M. zbaven způsobilosti a opatrovníkem se stala jeho švagrová, zažádala o umístění do DPS. Navíc se zkomplikoval jeho zdravotní stav, po mozkové mrtvici je částečně ochrnut na levou polovinu těla. Veliké obtíže mu činí chůze a také konzumace potravin. V současné době není jeho zdravotní stav dobrý. Trápí ho silný kašel. Po konzultaci s lékařem musel pan M. absolvovat několik vyšetření, nyní se čeká na jejich výsledky. Z minulosti klienta jsem se dozvěděla, že jistý čas byl bezdomovcem v Praze, dokonce prodělal delirium tremens (delirium způsobené nedostatkem alkoholu). Pan M. je vášnivý kuřák, pečovatelky mu pravidelně (na žádost rodiny) vydávají cigarety, které mají u sebe. Pokud má pan M. nezadržitelnou chuť na cigarety, je schopen dojít do centra města a koupit si za kapesné vlastní cigarety. Veškeré peníze spravuje švagrová, pan M. od ní dostává pouze symbolické kapesné. Jedním z důvodů spravování peněz jsou vysoké dluhy pana M., které musí jeho švagrová postupně splácet. Klient využívá několika služeb nabízených v rámci pečovatelské služby, např. asistenci při podání léků, zajištění stravy či úklidy. Se službami je spokojen, raději by však bydlel sám, kde by měl větší volnost a mohl si dělat, co chce.

## 6 Výzkum

Hlavním bodem praktické části mojí bakalářské práce je výzkum rozsahu a kvality služeb v Domě s pečovatelskou službou.

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila strukturovaný dotazník. Reprezentativní vzorek respondentů je výrazně omezen počtem bytových jednotek, které se v DPS nacházejí. V současné době je plně využíváno pouze 10 bytů ze 14. Na základě zpracování vyplněných dotazníků by se měly potvrdit nebo naopak vyvrátit moje hypotézy, které jsem si na počátku práce stanovila. Ty jsou pak uvedeny v následující podkapitole.

Dotazník jsem rozdělila na dvě části. Otázky v první z nich jsou zaměřeny na identifikaci respondenta. Patří sem například otázky týkající se pohlaví či věku. Druhá část se věnuje poskytovaným službám, spokojeností s nimi apod. Při vytváření otázek jsem se snažila o jednoduchou formulaci, která by respondentům umožnila snadnější porozumění. Po konzultaci s pečovatelkami jsem se rozhodla pro osobní návštěvu všech 10 klientů a společně s nimi jsem dotazníky vyplnila. Jako jednu z hlavních výhod „asistence“ při vyplňování spatřuji možnost klientovi vysvětlit, na co přesně se otázka zaměřuje, popřípadě je doplňujícími otázkami nasměrovat k odpovědi. V dotazníku jsou použity různé typy otázek. Tam, kde jsem předpokládala větší množství rozdílných odpovědí, jsem zvolila tzv. otevřené otázky. Respondent v případě tohoto typu není limitován mnou danými možnostmi odpovědí. Jiné položky v dotazníku jsou uzavřené, nabízejí volbu z několika uvedených možností. Spojením předcházejících dvou typů vznikají otázky polozavřené. Respondent vybere jednu z nabízených odpovědí, svůj výběr má následně zdůvodnit. Tento druh jsem ve svém dotazníku nevyužila. Ve dvou otázkách jsem použila škálování, kdy je odpověď znázorněna v podobě určité škály (ano, spíše ano, spíše ne, ne).

### 6.1 Hypotézy

Pro výzkum jsem si zvolila následující dvě hypotézy. V závorce za každou z nich je uvedeno číslo otázky, na jejímž základě bych měla posoudit, zda se mé domněnky potvrdily či vyvrátily.

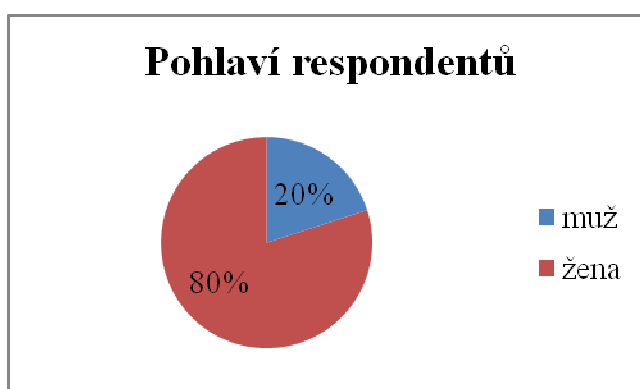
- 1) Domnívám se, že převážná část klientů využívá většinu nabízených služeb. (ot. 8)
- 2) Mezi nejčastější důvody pro umístění seniora do zařízení patří ztráta soběstačnosti a zhoršený zdravotní stav. (ot. 6)

## 6.2 Vyhodnocení dotazníků

Vzhledem k mé účasti při vyplňování dotazníků byla jejich návratnost 100%. Při vyhodnocování jsem přistupovala ke každé položce dotazníku individuálně. Podstatnou část dotazníku tvořily uzavřené otázky, které se na rozdíl od otevřených lépe vyhodnocují. U většiny otázek jsem vypracovala tabulku, ve které jsou zaznamenány všechny odpovědi respondentů. Na jejich základě jsem vytvořila příslušné grafy a ty jsem doplnila o slovní hodnocení.

### Otázka č. 1: Pohlaví

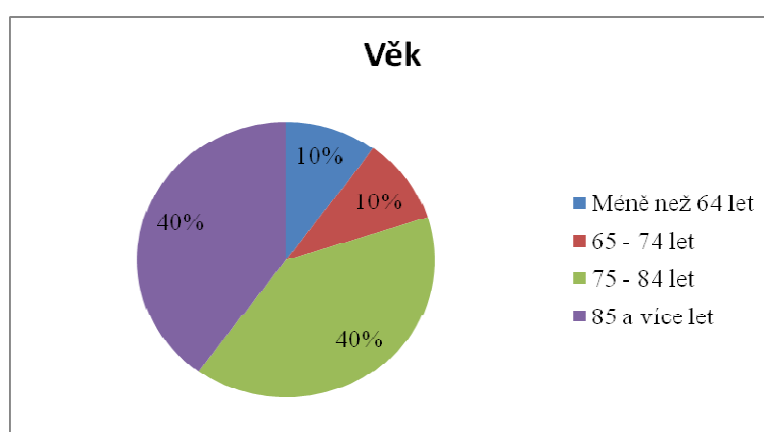
Muž	2
Žena	8



V této otázce se potvrzují demografické změny obyvatel. Celých 80 % klientů DPS tvoří ženy. Po skončení mého výzkumu (v době zpracovávání údajů) nastupují do zařízení dva noví klienti (muž a žena), díky kterým by se celková statistika nepatrně změnila.

### Otázka č. 2: Věk

Méně než 64 let	1
65 - 74 let	1
75 - 84 let	4
85 a více let	4



Jak je patrné z tabulky, jeden klient nedosahuje ani nejnižší hranice, tzv. mladého stáří. Rovnoměrně jsou pak zastoupeny skupiny starých a velmi starých seniorů (dle Goldmanna).

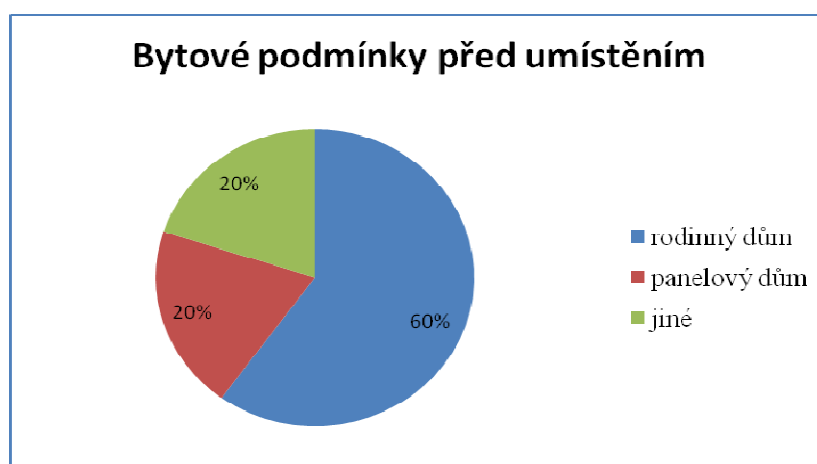
### Otázka č. 3: Původní povolání

zemědělec
modistka
dámská krejčová
učitelka
zubní laborantka
drogistka
mzdová účetní
dělník
dělnice
prodavačka

Původní povolání jsou velice rozmanitá, dva respondenti pracovali ve stejné fabrice, a to v papírnách. Jeden respondent si pamatuje pouze své první zaměstnání. Poté co, „vystřídal“ některá další, mu byl přiznán invalidní důchod.

### Otázka č. 4: Bytové podmínky před umístěním

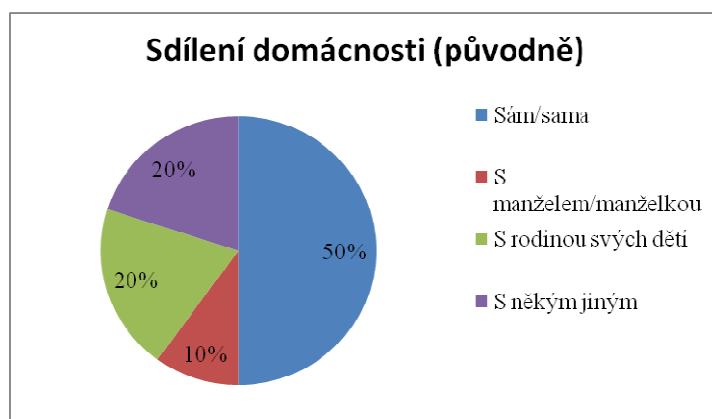
Rodinný dům	6
Panelový dům	2
Jiné	2



60 % respondentů před odchodem do DPS žilo ve vlastním rodinném domě. Při volbě poslední možnosti měli dotazovaní doplnit odpověď, která by charakterizovala jejich bytové podmínky. Tuto variantu ve výsledku zvolili dva z deseti klientů. První z nich, žena, bydlela v činžovním domě v historickém centru města, kde měla k dispozici pouze jednu jedinou místnost. Druhý respondent, muž, se nastěhoval do zařízení z tzv. sociálního bytu. Takový byt se nazývá sociálním proto, že je určen osobám s nějakým sociálním handicapem. Může se jednat například o osobu s trvale nízkým příjmem, ten může být doplněn zdravotním postižením či vysokým věkem klienta.

### Otázka č. 5: Sdílení domácnosti

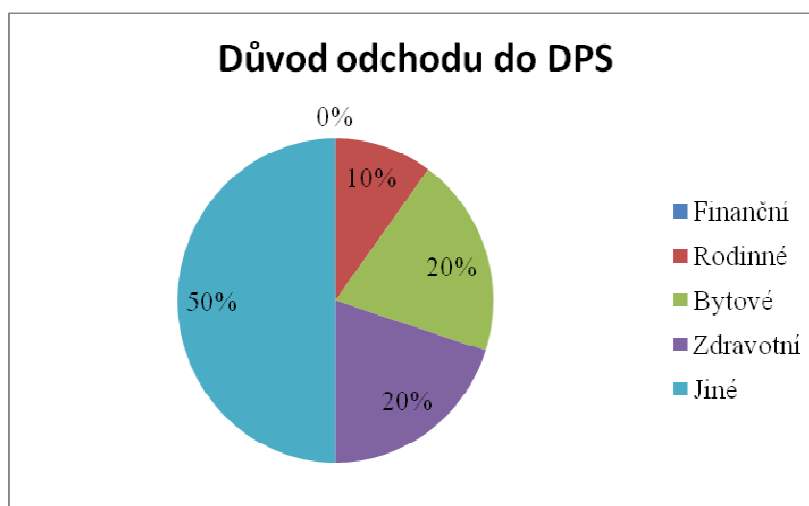
Sám/sama	5
S manželem/manželkou	1
S rodinou svých dětí	2
S někým jiným	2



Přesně polovina respondentů žila ve své domácnosti sama, převažují vdovy a vdovci, pouze dva respondenti zůstali celý svůj život svobodní, jeden klient je rozvedený. Stálým trendem je společná domácnost více generací, společně s rodinami svých dětí žily dvě respondentky. Opět se tu objevuje možnost, kdy mají dotazovaní napsat vlastní odpověď. Již výše zmiňovaný klient, který žil v sociálním bytě zřízeném Městským úřadem, sdílel tento byt společně s jedním mužem bez doma, jehož opatrovníkem je městský úřad. Druhý respondent, který ve svém dotazníku zvolil tuto možnost, žil ve společné domácnosti se svojí matkou.

### Otázka č. 6: Důvod odchodu do DPS

Finanční	0
Rodinné	1
Bytové	2
Zdravotní	2
Jiné	5

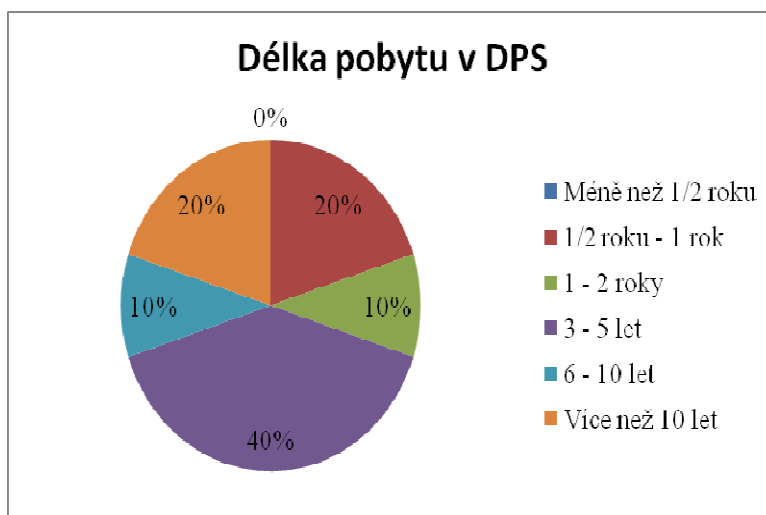


Dle mého názoru je zajímavé, že nikdo z respondentů nemusel své původní bydliště opustit z finančních důvodů. V návaznosti na současnou výši starobního důchodu v poměru k cenám služeb, potravin apod., jsem touto odpovědí mile překvapena. Celých 50 %

dotazovaných zařadilo svou odpověď do možností jiné. Klient, který bydlel v sociálním bytě (viz výše), musel tyto prostory opustit z důvodů šikany od okolí. Dalším často zmiňovaným důvodem byla samota. Klienti bydleli sami, ve většině případů daleko od rodina. Ta se o ně velice bála a nechtěla je nechat samotné doma. Jelikož se ještě částečně dokázali „rodiče“ o sebe postarat, zvolil Dům s pečovatelskou službou, který klientům neposkytuje nepřetržitý dozor či zdravotní péči. Jedna klientka, která se do DPS nastěhovala společně s manželem, byla nucena tento krok udělat z důvodu zhoršeného zdravotního stavu svého i manželova. Dvě respondentky přistoupily na odchod do DPS kvůli nevyhovujícím bytovým podmínkám. První žila v jednopokojovém bytě společně se svým synem, druhá pak ve starém činžovním domě, pouze v jedné místnosti.

### Otázka č. 7: Délka pobytu v DPS

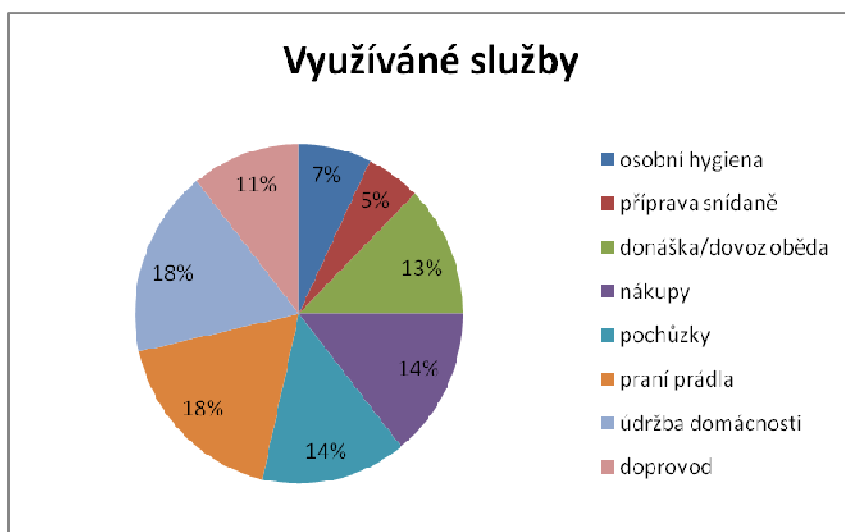
Méně než 1/2 roku	0
1/2 roku - 1 rok	2
1 - 2 roky	1
3 - 5 let	4
6 - 10 let	1
Více než 10 let	2



Největší část klientů žije v DPS v rozmezí 3 – 5 let. Dvě klientky jsou v zařízení více než 10 let. Pro zajímavost bych ráda uvedla, že jedna z nich je zde přibližně 24 let, druhá pak okolo 18 let. Obě klienty si pamatují od začátku, kdy jsem do DPS docházela jako předškolák se svojí maminkou, která si mě brala sebou do práce z důvodů mých častých nemocí. Při zpracování těchto výsledků nastoupili 2 noví klienti. Ty jsem bohužel nestihla do svého výzkumu zařadit.

### Otázka č. 8: Využívané služby

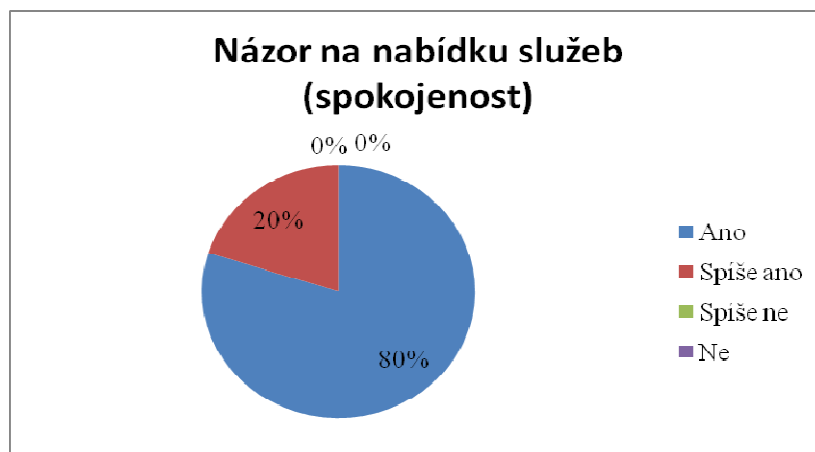
osobní hygiena	4
příprava snídaně	3
donáška/dovoz oběda	7
nákupy	8
pochůzky	8
praní prádla	10
údržba domácnosti	10
doprovod	6



V této otázce je v tabulce uveden vždy faktický počet klientů, kteří mají dané úkony stanoveny ve smlouvě. Co se týká osobní hygieny, někomu stačí pomoc při koupeli, jiní mají nasmlouvané i ranní a večerní toalety. Všech deset klientů využívá možnost praní osobního prádla a také péči o domácnost. Do tohoto úkonu spadají pravidelné úklidy včetně mytí oken. Převážná většina klientů využívá možnosti nákupů, které jsou pravidelně vždy 3 dny v týdnu.

### Otázka č. 9 : Názor na nabídku služeb

Ano	8
Spíše ano	2
Spíše ne	0
Ne	0



Celých 80 % respondentů je spokojeno s nabídkou služeb. Zbytek (dva respondenti) zvolili možnost spíše ano.

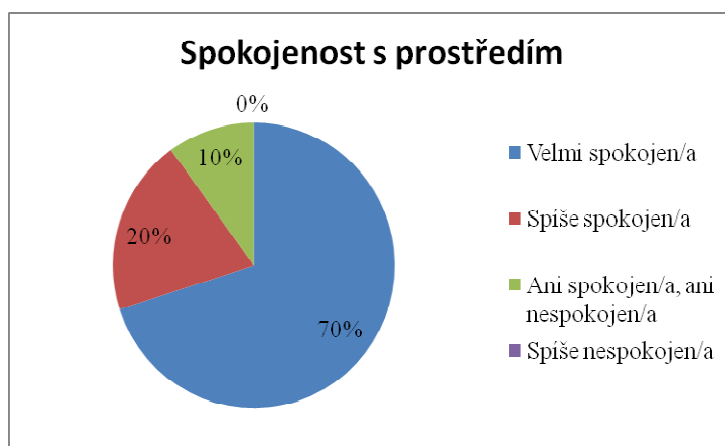


### Otázka č. 10: Ceny služeb

Ve většině odpovědí se objevují shodní jmenovatelé. Klienti jsou s cenami služeb spokojeni, požadované částky se jim zdají přímo úměrné kvalitě a standardům služeb, jsou ochotni zaplatit si veškeré potřebné služby. Jedna z klientek navíc uvádí, že kdyby měla více peněz, byla by ochotna si za služby i připlatit. Dvěma klientům (muži) hospodaří s penězi členové rodiny. Starobní důchod ani u jednoho z nich nedosahuje vysokých částek, rodina se tak snaží využívat pouze potřebných služeb, které nedokáže zajistit sama. Dvě klientky využívají služeb pouze příležitostně, zejména při zdravotních komplikacích.

### Otázka č. 11: Spokojenost s prostředím

Velmi spokojen/a	7
Spíše spokojen/a	2
Ani spokojen/a, ani nespokojen/a	1
Spíše nespokojen/a	0



Vyhodnocení otázky je zcela jednoduché. Klienti DPS jsou s prostředím spokojeni, jinak by zajisté s pomocí rodiny hledali jiné alternativy, kde by mohli žít. I když je tu také možnost, že jsou klienti s prostředím vnitřně nespokojeni, ale navenek na sobě nedávají nic znát a jsou rádi, že mají kde bydlet. Jeden z respondentů zvolil možnost, že není ani spokojen, ani nespokojen.

### Otázka č. 12: Vlastní návrh změn

V této otázce se objevilo široké spektrum odpovědí, které by se s obtížemi zpracovávalo do nějaké grafické podoby. Proto jsem raději zvolila slovní komentář (hodnocení) ke každé z odpovědí zvlášť. Ty, které byly určitým způsobem podobné, jsem ohodnotila současně. Asi nejčtenější byly odpovědi typu nic, nevím nebo nic bych neměnil/a. V souvislosti s těmito odpověďmi respondenti uvedli, že jsou se službami i personálem natolik spokojeni, že nemají důvod požadovat nějaké změny. Dva dotazovaní uvedli, že kdyby to bylo v jejich silách, změnili by svůj zdravotní stav, který je výrazným způsobem

limituje, ať už v sociálních kontaktech nebo pohybových aktivitách. Zbývající dvě respondentky jsou velice společensky založené, byly by ráda, kdyby se rozšířila nabídka společenských a kulturních akcí, kterých se mohou fakultativně zúčastnit. Jedna klientka s lehkou nadsázkou na otázku odpověděla, že by změnila některé sousedy.

## Závěr

O stáří již bylo v mé bakalářské práci napsáno a řečeno dost. Přesto bych ráda několika větami shrnula problematiku stáří a stárnutí. Během celého života kolem sebe člověk potkává jedince, kteří jsou podstatně starší než on sám. Důležité je vytvořit si k těmto lidem správný postoj, který má následně vliv při adaptaci na vlastní stáří. A jaký postoj je tím správným? Práce na vybraném tématu mi přinesla nové pohledy na stárnutí. Uvědomila jsem si, že staří lidé obohacují, i když často nevědomky, své okolí. Stali se pro mě symbolem moudrosti a zdrojem zkušeností. Jejich vyprávěním o životních cestách, úspěších, ale i strastech, budu vždy ráda naslouchat.

Závěr je místem, kde bych měla zhodnotit, zda se naplnily moje cíle a hypotézy, které jsem si na začátku práce stanovila. První hypotéza souvisela s otázkou číslo osm, která byla zaměřena na rozsah využívaných služeb. Hypotézu jsem formulovala následovně: Domnívám se, že převážná část klientů využívá většinu nabízených služeb. Mapovala jsem, jaké služby klienti využívají. Každý mohl vybrat více možností v návaznosti na to, jaké služby má ve skutečnosti nasmlouvané. Z výsledků vyplývá, že všechny poskytované služby jsou využívány. Nejméně využívanou službou je příprava a vaření snídaně. V současné době tuto službu využívají pouze 3 klienti. Na druhou stranu největší (100%) zájem je mezi klienty o praní prádla a údržbu domácnosti. Dvě paní, které jsou z klientů DPS nejvíce samostatné, využívají pouze dvou služeb, a to výše zmiňovaného praní prádla a údržby domácnosti. Z deseti klientů dva (oba muži) využívají všech 8 základních nabízených úkonů. Tři klientky využívají 6 služeb, dvě další pak po sedmi službách a poslední klientka služby čtyři. Moje hypotéza se tedy potvrdila. Pouze 3 klienti využívají méně než polovinu služeb. V druhé hypotéze jsem se zaměřila na důvody odchodu z domácího prostředí do DPS. Přesné znění hypotézy: Mezi nejčastější důvody pro umístění seniora do zařízení patří ztráta soběstačnosti a zhoršený zdravotní stav. Tato hypotéza se mi nepotvrdila. Z výsledků vyplývá, že nejčastějším důvodem je přání rodiny, aby senior nezůstal v domě sám. Dva klienti se do DPS odstěhovali kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu, další dva kvůli nevyhovujícímu bytu. Poslední klient pak kvůli šikaně od okolí. Celkově jsou klienti se službami spokojeni, až na některé drobnosti by nic neměnili.

Za zmínku zajisté stojí i nutnost informovanosti cílové skupiny o nabídce služeb. Velikým přínosem je dle mého názoru v posledních letech zájem vedení města na tom, aby se nabídka sociálních služeb rozšířila do podvědomí široké veřejnosti. Od předloňského roku je vydáván kalendář mapující sociální služby a služby související, které jsou ve městě či blízkém

okolí poskytovány. Součástí jsou také kontakty, kterých mohou senioři nebo jejich rodiny využít pro další informace či zajištění služby. Druhým významným krokem bylo vydání bulletinu, který stručnou a zajímavou formou přibližuje podstatu jednotlivých služeb poskytovaných v rámci Městského střediska sociálních služeb Oáza. Bulletin je k dispozici v ordinacích všech praktických lékařů v Novém Městě. Domnívám se, že jsou tyto dva projekty ku prospěchu věci a služby budou i nadále využívány hojným počtem seniorů.

Absolvování několika různých praxí v zařízeních pro seniory mi umožnilo uvědomit si, že mě práce s nimi baví. Zároveň jsem si uvědomila, jaké jsou moje profesní možnosti, odborné schopnosti a dovednosti. Potvrdila jsem si, že se chci i nadále věnovat této oblasti.

## Použitá literatura

- *Ottova všeobecná encyklopedie ve dvou svazcích A – L*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 735 s. ISBN 80 – 7181 – 938
- BALÁZS, András. *Jak život prodloužit*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1973. 404 s.
- GOLDMANN, Radoslav. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 135 s. ISBN 80-244-0350-1
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 407 s. ISBN 80-7038-158-2
- HOCMAN, Gabriel. *Stárnutí (Co víme o tom, co nás nemine)*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 106 s.
- KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- KALVACH, Zdeněk a kol. *Úvod do gerontologie a geriatric: Integrovaný text pro interdisciplinární studium – 1. Díl: Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0
- KALVACH, Zdeněk – ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5
- KLEVETOVÁ, Dana - DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
- LANGMEIER, Josef – MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1963. 297 s.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
- PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatric: geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8
- PONDĚLÍČEK, Ivo. *Stárnutí: Osobnost a sexualita*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 264 s.
- STUART – HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2

- SÝKOROVÁ, Dana – CHYTIL, Oldřich. *Autonomie ve stáří: Strategie jejího zachování*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 2004. 324 s. ISBN 80-7326-026-3
- ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8
- TVAROH, František. *Všichni stárneme*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1983. 248 s.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 522 s. ISBN 80-7178-308-0
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
- VOLLMEROVÁ, Helga. *Když člověk přichází do let: Praktická příručka pro seniory*. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1997. 178 s. ISBN 80-237-3447-4
- ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8

#### **Internetové zdroje**

- [www.blisty.cz](http://www.blisty.cz)
- [www.czso.cz](http://www.czso.cz)
- [www.demografie.info](http://www.demografie.info)
- [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)
- [www.zivot90hk.cz](http://www.zivot90hk.cz)
- [wergen.bloguj.cz](http://wergen.bloguj.cz)

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Organizační struktura MSSS Oáza

Příloha č. 2 – Veřejný závazek MSSS Oáza

Příloha č. 3 – Ceník poskytovaných služeb

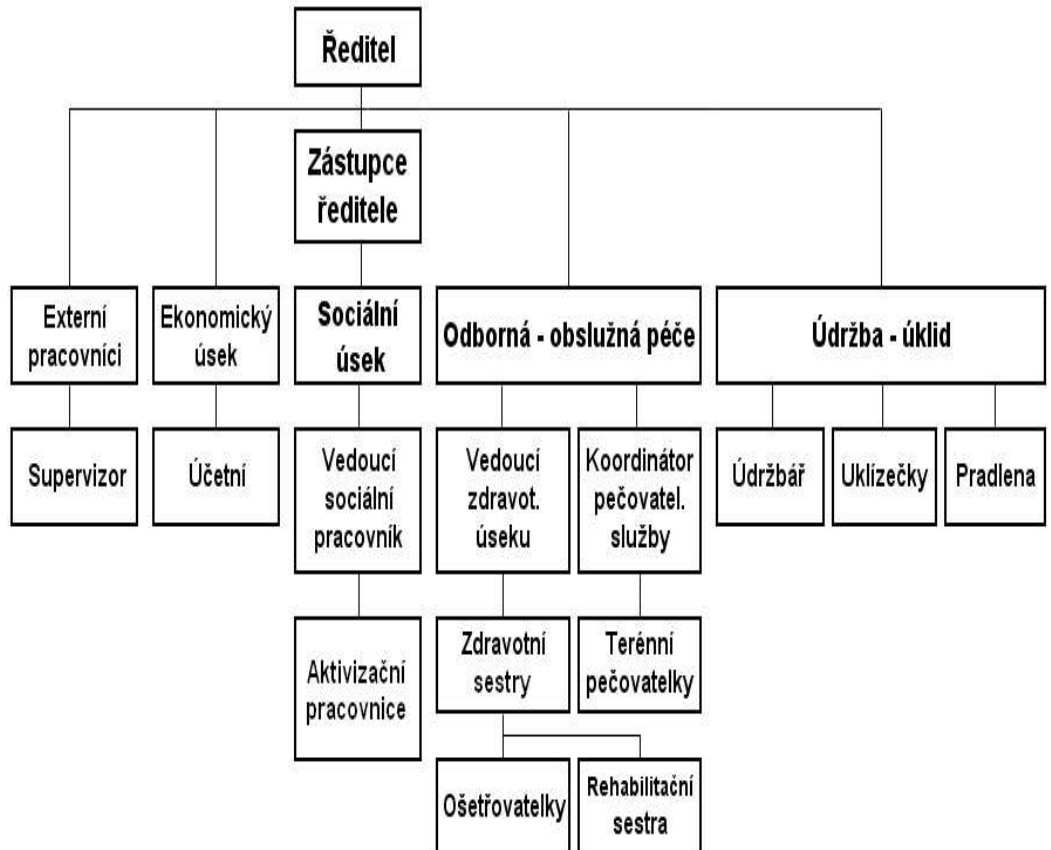
Příloha č. 4 – Formulář pro zaznamenávání poskytnutých služeb

Příloha č. 5 – Formulář pro individuální plán klienta

Příloha č. 6 – Formulář pro osobní cíl klienta

Příloha č. 7 – Dotazník

## ORGANIZAČNÍ STRUKTURA MSSS OÁZA





## VEŘEJNÝ ZÁVAZEK

Městského střediska sociálních služeb OÁZA Nové Město nad Metují (MSSS Oáza)

Městské zastupitelstvo Nového Města nad Metují zřídilo k poskytování sociálních služeb, zejména pro seniory, příspěvkovou organizaci MSSS Oáza (IČ 627 30 631), zastoupené ředitelkou Marií Rohulánovou, se sídlem v ul. T.G.M. 1424, Nové Město nad Metují.

**Posláním Městského střediska sociálních služeb OÁZA Nové Město nad Metují je podporovat klienta prostřednictvím terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb v zachování, případně prodloužení samostatného způsobu života jak v domácím prostředí (pečovatelskou službou, denním centrem služeb, odlehčovacími službami), tak v pobytovém zařízení (domově pro seniory). Poskytované sociální služby mají napomáhat i pečujícím rodinným příslušníkům.**

Městské středisko sociálních služeb poskytuje sociální služby zejména obyvatelům Nového Města nad Metují a na základě obstaravatelských smluv, které uzavře statutární zástupce MSSS se statutárními zástupci obcí, též obyvatelům zejména těchto obcí: Bohuslavice nad Metují, Černčice, Jestřebí, Libchyně, Mezilesí, Nahořany (Dolsko, Doubravice, Městec, Lhota), Provodov – Šonov (Kleny, Šeřeč, Václavice), Přibyslav, Sendraž, Slavětín nad Metují, Slavoňov (Blažkov) a Vršovka.

### **Pečovatelská služba**

Posláním pečovatelské služby je podporovat klienta v jeho přirozeném prostředí a prostřednictvím zajištění potřebných služeb napomáhat jeho pocitu bezpečí a psychické pohody. Cílem pečovatelské služby je podporovat klienta v zachování samostatného způsobu života v jeho přirozeném domácím prostředí. K tomuto účelu slouží poskytování zejména těchto služeb: donáška nebo dovoz oběda, běžné úkony osobní hygieny, celková koupel klienta ve středisku osobní hygieny, nákupy, nutné pochůzky, práce spojené s udržováním domácnosti, do-provod na vyšetření, praní a žehlení prádla a dle možností zařízení půjčování kompenzačních pomůcek, polohovacích postelí apod.

Cílovou skupinou pečovatelské služby jsou senioři, dočasně nemocné osoby, které jsou soběstačné při základních život zajišťujících úkonech a nepotřebují nepřetržitou lékařskou péči. Pro samostatný způsob života však potřebují podporu a dopomoc druhé osoby. Dále pak rodiny s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č.

108/2006 Sb., § 75, odst.2, písm.a) a občané zbavení způsobilosti k právním úkonům, jejichž opatrovníkem je Město Nové Město nad Metují. Soustředěná pečovatelská služba je poskytována v Nájemních domech TGM č.p.1424 a Č. bratří č.p. 1145. Maximální kapacita pečovatelské služby činí 150 klientů.

### **Domov pro seniory**

Posláním Domova pro seniory je prostřednictvím odborně poskytované pobytové sociální služby prezentovat stáří jako plnohodnotnou etapu lidského života s právem na sebeúctu, intimitu, respektování osobních potřeb a důstojného způsobu života s možností zachování přirozených sociálních vazeb místního společenství.

Cílem poskytování služeb Domova pro seniory je podporovat seniory v soběstačnosti a zajistit jim důstojným způsobem ubytování, možnost volby stravování a potřebné péče, ať již se jedná o dopomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieně, zprostředkování aktivizačních činností, kontaktu se společenským prostředím či pomoc při péči o domácnost, a to v takovém bezbariérovém prostředí, které zohledňuje klientovo právo na soukromí.

Domov pro seniory je určen pro osoby (od 54 let) s chronickým onemocněním, osoby s tělesným, zrakovým postižením a seniory, kteří zejména pro svůj věk či zhoršený zdravotní stav potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby při základních sebeobslužných úkonech, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Nepotřebují však nepřetržitou lékařskou nebo ošetrovatelskou péči s úkony na úrovni zdravotnického zařízení. Kapacita domova pro seniory činí 33 lůžek.

### **Odlehčovací služby**

Posláním odlehčovací služby je pomoci seniorům překlenout přechodně nepříznivý zdravotní stav a umožnit pečujícím rodinným příslušníkům potřebnou regeneraci sil pro další péči o jejich blízké.

Cílem odlehčovací služby je umožnit seniorům využít na určitou dobu (max. 4 měsíce) pobytové zařízení s koncentrovanou ošetrovatelsko-pečovatelskou péčí.

U odlehčovací služby tvoří cílovou skupinu senioři, kteří žijí trvale sami nebo s rodinnými příslušníky a z různých důvodů potřebují krátkodobý pobyt se zajištěnou péčí, mimo své domácí prostředí. Zařízení má dispozici 5 lůžek pro odlehčovací pobyty.

### **Centrum denních služeb - Domovinka**

Posláním Centra denních služeb – Domovinka je podporovat klienty v aktivním způsobu života, upevňovat a obnovovat potřebné sebeobslužné a mentální schopnosti,

začleňovat je do místní komunity vrstevníků a umožnit rodinným příslušníkům potřebný čas k regeneraci či klidné práci. Služby a aktivizační programy poskytované v bezbariérovém centru denních služeb Domovinka slouží k smysluplnému vyplnění volného času a umožnění kontaktu s vrstevníky.

Centrum denních služeb - Domovinka je určena pro seniory, kteří mají omezené možnosti kontaktu a komunikace s lidmi; pro seniory, kteří chtějí vyplnit a zpestřit volný čas během doby, kdy jsou jejich rodinní příslušníci mimo domov; pro seniory, kteří potřebují pomoci s časovou i prostorovou orientací. Služba Domovinka není určena pro seniory s těžkým psychickým postižením, s poruchami znemožňujícími pobyt v kolektivu (opakující se agresivita, útky, apod.). Kapacita služby Domovinka činí 12 klientů.

#### **Uznávané principy sociální služby v MSSS Oáza**

- Zachování maximální soběstačnosti klienta
- Snaha o udržení dosavadního způsobu života před nástupem do zařízení
- Dodržování lidských práv a zachovávání lidské důstojnosti
- Přiměřený způsob komunikace směrem ke klientovi i spolupracovníkům
- Zvyšování odbornosti zaměstnanců zařízení
- Loajální postoj pracovníků a klientů k zařízení i k sobě navzájem

Vypracováno dne 1.9.2007

Účinnost od 1.9.2007

Aktualizace: 22.12.2008 Marie Rohulánová, Hana Hejzlarová, Jarmila Kaválková

Účinnost od 1.1.2009

**CEŇÍK SLUŽEB TERÉNNÍ PEČOVATELSKÉ SLUŽBY k 1. 2. 2011**

Celková koupel	100,-- Kč / hod. *
Běžné úkony osobní hygieny, pomoc při oblékání, pomoc při přesunu na vozík, lůžko, pomoc při použití WC	100,-- Kč / hod. *
Pochůzky - vyzvednutí léků - řízení na úřadu, poště	100,-- Kč / hod. *
Donáška nebo dovoz oběda	15,-- Kč / úkon
Okolní obce s vlast. obecním úřadem	20,-- Kč / úkon
Dovoz oběda o So, Ne a svátcích	20,-- Kč / úkon
Nákupy	100,-- Kč / hod. *
Práce spojené s údržbou domácnosti:	100,-- Kč / hod. *
Úklid	100,-- Kč / hod. *
Úklid společných prostor (ND č.p. 1145)	50,--Kč / měs.
Donáška uhlí a dřeva, topení v kamnech	100,--Kč / hod. *
Příprava jídla a pití	100,--Kč / hod. *
Podání jídla a pití	100,--Kč / hod. *
Doprovázení k lékaři, na úřad apod.	100,--Kč / hod. *
Pomoc při prostorové orientaci	100,--Kč / hod. *
Praní, žehlení a drobné opravy prádla	50,--Kč / kg

**Fakultativní úkony**

Pravidelné měření tlaku	5,-- Kč / úkon
Měření glykémie	15,-- Kč / úkon
Monitoring při podávání léků	5,-- Kč / den
Objednání léků, sanity	5,-- Kč
Zapůjčení jídelnosiče	2,-- Kč / den
Zapůjčení vysavače	10,--/20,-- Kč
Poskytnutí pracího prostředku	10,--Kč / pračka
Monitoring - denní kontrola	100,--Kč / hod. *
Kopie jídelního lístku	1,--Kč / kus
Dovoz jídelního lístku bez oběda	100,--Kč / hod. *
Vyzvednutí jídelního lístku bez oběda	100,--Kč / hod. *

\* Pokud poskytování takto označených úkonů včetně času nezbytného na jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se přímo úměrně krátí.

Bezúplatně se poskytuje pečovatelská služba rodinám, ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí, účastníkům odboje, osobám, které jsou účastny rehabilitace, osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací (viz.par.75 odst.2 zák.č.108/2006Sb.) a pozůstalým manželům (manželkám) těchto osob, které jsou starší 70 let

Aktualizace dne: 1. 2. 2011

Vypracovala: Lucie Drapáková

Schválila a vydala: Marie Rohulánová

Ceník platný od: 1. 2. 2011

Rozdělovník: všichni zaměstnanci PS Oáza, žadatelé a klienti pečovatelské služby

Příloha č. 4

Poskytnuté služby na Nájemním domě s pečovatelskou službou

Jméno, adresa:

Měsíc:

Rok:

Úkon Datum	Nákupy	Pochůzky	Prádlo kg	Úklid			Vysavač	Asistence léky	Koupel Toaleta	Přípr. jídla	Doprovod Dohled	Večer. ukládání
				chodba	běžný	okna						
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												
20.												
21.												
22.												
23.												
24.												
25.												
26.												
27.												
28.												
29.												
30.												
31.												

CELKEM:

**INDIVIDUÁLNÍ PLÁN klienta pečovatelské služby List č.**

Jméno klienta:

Datum vypracování:

Adresa:

Klíčový pracovník:

**Dohodnuté služby:**

---

**Vstávání:** v době od – do..... s dopomocí (rozeepsat)

**Hygiena, včetně ústní hygieny, holení** (detailně popsat rozsah námi poskytované podpory)

**Použití WC** (samostatně na WC či toaletní křeslo, kontinentní, inkontinentní s pomůckami)

**Koupání** (kde, způsob, četnost, péče o kůži)

**Oblékání, svlékání**

**Ukládání:** v době od – do..... s dopomocí (rozeepsat)

---

**Výživa**

Dieta:

Poruchy polykání:

Způsob podávání stravy:

Forma stravy:

Jídlonosiče: vlastní / zapůjčené MSSS

**Chůze** (použití pomůcek apod.)

**Poruchy smyslů - zrak, sluch** (používání pomůcek)

**Provádění úklidu** (četnost, způsob)

**Nákupy** (četnost, způsob předávání seznamu a peněz)

**Spolupráce s rodinou**

**Denní zvyklosti klienta a využití volného času**

Zájem na účasti na aktivizačních programech, Klubu důchodců:

**Poznámky:**

**Osobní cíl klienta**

Jméno klienta:  
Datum vyhotovení:

Číslo pokoje:  
Jméno klíčového pracovníka:

Cíl	Návrh postupných kroků	Realizace postupných kroků	Vyhodnocení naplnění osobního cíle

Termín vyhodnocení:  
Datum vyhodnocení:  
Kontrola:

Podpis klienta:  
Podpis klienta:

Cíl	Návrh postupných kroků	Realizace postupných kroků	Vyhodnocení naplnění osobního cíle

Termín vyhodnocení:  
Datum vyhodnocení:  
Kontrola:

Podpis klienta:  
Podpis klienta:



## DOTAZNÍK

Dobrý den,

právě držíte v rukách dotazník, který je součástí výzkumu v mé bakalářské práci na téma Senioři žijící v Domě s pečovatelskou službou v Novém Městě nad Metují (rozsah a kvalita služeb). Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění následujících otázek. Dotazník je anonymní, Vámi uvedené údaje budou využity pouze pro zpracování mého výzkumu. Vybrané odpovědi prosím výrazně označte, při volbě možnosti JINÉ uveďte odpověď dle skutečnosti.

Děkuji za spolupráci

Monika Tomášová, DiS. – studentka Husitské teologické fakulty Univerzity Karlovy

- 1) Pohlaví
  - a) Muž
  - b) Žena
- 2) Věk
  - a) Méně než 64 let
  - b) 65-74 let
  - c) 75-84 let
  - d) 84 a více let
- 3) Jaké bylo vaše původní povolání?
- 4) Jaké byly vaše bytové podmínky před umístěním do DPS? Žil/a jsem v ...
  - a) Rodinném domku
  - b) Panelovém domě
  - c) Jiné
- 5) Před přestěhováním jsem bydlel/a:
  - a) Sám/a
  - b) S manželem/manželkou
  - c) S rodinou svých dětí
  - d) S někým jiným
- 6) Z jakých důvodů jste odešel/a do DPS?
  - a) Finanční
  - b) Rodinné
  - c) Bytové
  - d) Zdravotní
  - e) Jiné
- 7) Jak dlouho žijete v DPS?
  - a) Méně než ½ roku

- b) ½ roku – 1 rok
  - c) 1-2 roky
  - d) 3-5 let
  - e) 6-10 let
  - f) Více než 10 let
- 8) Jaké druhy služeb využíváte? (Můžete vybrat více možností)
- a) Osobní hygiena
  - b) Příprava jídla
  - c) Donáška/dovoz oběda
  - d) Nákupy
  - e) Pochůzky
  - f) Praní prádla
  - g) Údržba domácnosti
  - h) Doprovod
- 9) Vyhovuje vám nabídka poskytovaných služeb?
- a) Ano
  - b) Spíše ano
  - c) Spíše ne
  - d) Ne
- 10) Jaký je váš názor na ceny jednotlivých služeb?
- 11) Jste spokojený/á s prostředím v DPS?
- a) Velmi spokojen/a
  - b) Spíše spokojen/a
  - c) Ani spokojen/a, ani nespokojen/a
  - d) Spíše nespokojen/a
- 12) Pokud by to bylo ve vašich silách, změnil/a byste něco?