

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

Katedra sociální práce

# **Bakalářská práce**

Jitka PEROUTKOVÁ

**Sociální práce se seniory v nemocnici**

Social work with seniors in hospital

Praha 2014

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Šťastná Ph.D.

**Poděkování:**

Děkuji paní doktorce Jaroslavě Šťastné za podnětné rady a pomoc, kterou mi poskytla v celém průběhu zpracování bakalářské práce.

V neposlední řadě patří poděkování i všem osobám, které v rámci mého tématu vypomohli cennou radou. A všem těm, kteří mi byli nápomocni při sběru údajů.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 1. ledna 2014

.....  
Jitka Peroutková

**Anotace:**

Bakalářská práce zjišťuje informovanost hospitalizovaných seniorů o službách zdravotní a sociální péče. Zda v době, kdy potřebují podporu, zda ji využijí a zda jsou pro ně služby dostupné.

Sledovaná problematika bude zkoumaná kvantitativní metodou.

**Klíčová slova:**

senior v nemocnici, následná péče, zdravotní služby, sociální služby, příspěvek na péči

**Abstract:**

The Bachelor Dissertation inquires the knowledge of the hospitalized elderly people about the medical services and social welfare. It also inquires whether they make use of these services when they are in need of them, and whether these services are available for them.

The problem package that is studied in this dissertation thesis will be investigated by the quantitative method.

**Key words:**

senior in hospital, follow-up care, health services, payments for hospital services, care allowance

# OBSAH

ÚVOD .....	7
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
1 Vývoj sociální práce ve zdravotnictví .....	8
1.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY V NEMOCNICI .....	9
1.2 PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI .....	12
2 Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ....	14
2.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	15
2.1.1 Hospicová péče .....	15
2.1.2 Ošetřovatelská centra .....	18
2.1.3 Domovy pro seniory .....	18
2.1.4 Pečovatelská služba .....	19
2.1.5 Osobní asistence .....	20
3 Zdravotní služby .....	22
3.1 DOMÁCÍ PÉČE .....	22
3.2 LÉČEBNY PRO DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ .....	22
4 Senioři a společnost .....	24
4.1 SENIOŘI A DISKRIMINACE, AGEISMUS .....	28
4.2 SENIOŘI DLOUHODOBĚ NEMOCNÍ .....	29
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
1 Výzkumný cíl .....	32
2 Metodologie .....	32
3 Charakteristika výzkumného vzorku .....	33
4 Interpretace výsledků .....	34
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>43</b>
LITERATURA A OSTATNÍ ZDROJE .....	45
Příloha č.1 - Dotazník .....	47
Příloha č.2 - Kazuistika .....	49
Příloha č.3 - Výsledky výzkumu .....	51

## ÚVOD

Lepší životní podmínky, pokroky v medicíně vedou k tomu, že stále více lidí se dožívá stáří a vyššího věku, než tomu bylo v minulosti. Staří lidé tvoří stále významnější část populace, nežli kdykoli předtím. V České republice tomu není jinak, a proto je třeba počítat s tím, že tento vývoj bude pokračovat i v budoucnu. Zároveň přibývá seniorů, kteří nejsou soběstační a potřebují zajistit podporu a pomoc. V zájmu jednotlivců i společnosti je třeba na tento sociální jev upozornit.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože je blízká mé profesi. Pracuji jako sociální pracovnice v Thomayerově nemocnici a se seniory jsem stále v kontaktu. Cílem práce je ověřit informovanost hospitalizovaných seniorů/ek o nabídce služeb, které mohou využívat s ohledem na jejich finanční možnosti a místo bydliště.

Hlavní výzkumná otázka je: „Jak jsou hospitalizovaní senioři informováni o těchto službách“.

První část bakalářské práce je teoretická a shrnuje poznatky z nastudované literatury a medií. Práce je rozdělena do třech kapitol. První kapitola se zabývá sociální prací se seniory v nemocnici. Druhá kapitola popisuje zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. a jednotlivé vybrané služby. Třetí kapitola je zaměřena na seniory obecně. V praktické části bakalářské práce se zaměřuji na povědomí hospitalizovaných seniorů o sociálních a zdravotních službách a jejich využívání. K získání dat byl použit dotazník a celý výzkum byl realizován kvantitativní metodou.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Vývoj sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví má v České republice svůj historický vývoj a tradici. Po vzniku Československé republiky v roce 1918, to byli právě sociální pracovníci, kteří pracovali ve zdravotnictví, kteří zformovali první profesní organizaci. Tato péče byla zajišťována dobrovolníky z různých spolků, kteří však neměli odborné vzdělání. Pro zajištění odborného vzdělání tak v roce 1918 vznikla První škola sociální práce - Vyšší škola sociální péče v Praze, která byla v roce 1935 zrušena a nahrazena Masarykovou státní školou zdravotní a sociální péče, která vzdělávala zdravotně sociální pracovníky, které pomáhali lékařům. /Kuzníková, 2011/

V době socialismu se proklamovalo, že sociální problémy v beztřídní společnosti neexistují a tudíž se vývoj v této oblasti zastavil nebo byl řešen institucionální podporou v podobě domovů důchodců pro pracující občany. Pro práce neschopné občany (tělesně a zdravotně postižení) byly izolované ústavy a nebyla snaha je integrovat do společnosti

Po roce 1989 se systém vzdělávání sociálních pracovníků rozšířil o vysokoškolské vzdělání, které nově zahrnuje i oblast pro zdravotně sociální pracovníky. V rámci systému zvyšování kvality služeb vznikají v oblasti sociální péče a služeb standardy, které jsou zárukou určité kvality a je zde i možnost ověření zda jsou sociální služby schopny zajišťovat kvalitu.

Proces rozvoje profese sociální práce v rezortu zdravotnictví je ovlivňován legislativními normami a podporován snahami organizací sdružujících zdravotně



sociální pracovníky jakou je Sekce zdravotně sociální v České asociaci sester /Kuzníková, 2011/.

## **1.1 Sociální práce se seniory v nemocnici**

Lidé si vždy přáli dožít se co nejvyššího věku. Což se jim v dnešní době daří nejen díky pokroku v oblasti medicíny, ale i zdravějšímu životnímu stylu. Rizikem, které tento jev provází je velké množství seniorů, které potřebují péči, na kterou není společnost připravena a dostatečně vybavena. Pacient ve vyšším věku nepotřebuje jen klasickou medicínu, ale i komplexní péči po stránce fyzické i psychické. Vědní obor, který se tomuto tématu začal věnovat je gerontologie.

Gerontologie se věnuje specifickým potřebám geriatrických pacientů. Geriatřičtí pacienti jsou pacienti, kteří dosáhli věkové hranice 75 let a mají takové zdravotní problémy, u kterých je třeba uplatnit jiný přístup a režim ze strany zaměstnanců nemocnice než je obvyklé u ostatních pacientů /Kalvach, 2009/.

Geriatrické medicína i gerontologie se vyznačuje provázaností problematiky zdravotní a sociální. Propuštění seniora z nemocnice je situace, kdy nejdůležitější je vyjádření lékaře k zdravotnímu stavu, ale už bez znalosti o podmínkách domácího prostředí a o vhodných službách terénních. Jde také o to, aby bylo možné v předstihu zajistit potřebné pomůcky a zařízení, které seniorovi pomohou. Plánované propuštění seniora a vyřešení zdravotní i sociální perspektivy je v zájmu všech a je možná vždy, pokud bude zájem a ochota všech zúčastněných. Každá změna zdravotního stavu u seniora prakticky vždy vede ke zhoršení soběstačnosti oproti situaci před onemocněním. Pokud jde u seniora o akutní situaci s vyhraněnou symptomatologií, nebývá s přijetím na příslušné oddělení nemocnice problém. V opačném případě je překládán z oddělení na oddělení různě

dlouhou dobu. V těchto případech by měla pomoci geriatrická oddělení nemocnic a léčit seniory v podmínkách specifického geriatrického režimu, který zahrnuje návrat k soběstačnosti a respektuje i delší trvání nabytí stavu před hospitalizací /Verejné zdravotníctvo, ©2005/.

Jedním z častých důvodů proč senioři jsou opakovaně na akutních lůžkách je, že jsou doma celý den sami izolováni od okolí. Kdežto v nemocnici jsou v centru dění, všichni o ně projevují zájem a oni jsou velmi spokojeni, rádi se sem vrací a nechtějí na tom nic změnit a vlastně je to skutečný důvod jejich pobytu na nemocničním lůžku. Opakem těchto tzv. špitálních, jsou pacienti, kteří nechtějí uznat svoji nemoc, přehlížejí své momentální potíže, protože se bojí, že jejich život seniora se bude skládat jen z nemocí a z toho mají strach. Trvají na propuštění domů, bez schopnosti reálného náhledu na svoje možnosti.

Opakované hospitalizace jsou většinou signálem špatného rodinného zázemí, nedostatečně nebo špatně zajištěné sociální služby. Praktický význam sociální práce se seniory v nemocnici, je právě v těchto případech, kdy lze zprostředkováním pomoci pacientovi, prodloužit jeho pobyt doma.

Základem komunikace se seniory v nemocnici je komunikace, která přináší porozumění a vzájemnou spolupráci. Komunikace se seniory je především přirozená a přizpůsobená konkrétnímu postižení, sluchovému, zrakovému, psychickému. Využíváme zejména mimiku obličeje, gesta rukou, přímý pohled z očí do očí. Mluvíme pomalu srozumitelně zřetelně v krátkých větách, neboť spěch často vyvolává úzkost a zmatenost. Pro zklidnění používáme doteky rukou. Naopak omezujeme prudké pohyby. Vyhýbáme se odborným výrazům, vyjadřujeme se přiměřeně jeho rozumovým schopnostem. Pokud je potřeba napíše potřebné

informace na papír. Nepřekřikujeme jiný hovor. Vždy je potřeba respektovat individualitu a chránit důstojnost člověka /Kalvach, 2008/.

Ani nejlepší péči v nemocnici, však seniorovi nemůžeme nahradit dobře fungující rodinu. Rodina mu poskytuje soukromí a chrání ho. Dobře fungující rodina je nejlepší prevencí problémů, které se vyskytnou a také slouží jako jeho bezpečné útočiště. Ze své zkušenosti vím, že dobře fungující rodina se o svého seniora postará vždy sama. Pokud rodina neexistuje nebo jen formálně pak senioři očekávají pomoc společnosti. Společnost jim tuto pomoc nabízí, ale většinou již v placené formě služeb určených přímo pro seniory.

Důležitým prostředníkem mezi zdravotním personálem a pacientem, potažmo jeho blízkými, je právě sociální pracovník, který velmi často těmto pacientům pomáhá s vyřízením věcí v nemocnici a s další péčí.

## **1.2 Práce sociálního pracovníka v nemocnici**

Sociální práce ve zdravotnictví se odlišuje od terénní sociální práce především znalostí základů medicíny různých oborů. Klienti v nemocnici jsou všech věkových kategorií od novorozenců po umírající. To obnáší velmi široké spektrum sociálních problémů. /Severová, 2005/

Nepopiratelnou skutečností je, že zdravotní stav pacienta je vždy provázaný s jeho psychickým stavem a sociálním prostředím, z kterého do nemocnice přicházejí.

Proto se také primárně u pacientů provádí sociální šetření - rozbor stávající situace ve vztahu k onemocnění. Toto šetření spočívá v zjištění, v jaké se pacient nachází finanční situaci, zda má vhodné bydlení, zda má podporu v rodině a u svých blízkých. Sleduje předem připravenou osnovu: zadání problému, osobní údaje, osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, návrh řešení. Na základě těchto informací a informací o zdravotním stavu je stanovena prognóza a postup ještě před propuštěním z nemocnice. Konkrétní kazuistika v příloze č. 2.

Sociální práce pro sociálního zdravotníka v nemocnici obnáší zejména zprostředkování kontaktu mezi nemocným pacientem a světem mimo nemocnici. Sociální pracovník v rámci své práce spolupracuje s příbuznými a blízkými osobami nemocného, jeho zájmy komunikuje s úřady a jejich odbory s domovy pro seniory, s pečovatelskou službou, s agenturami domácí péče aj. Zajišťuje bezplatné sociálně právní poradenství, které pomůže pacientovi a jeho příbuzným orientovat se v možnostech aktuální a reálné nabídky služeb.

Sociální pracovníci v nemocnici sice mají pouze podpůrnou funkci bez rozhodovacích pravomocí. Ale mají možnost prosadit zájmy svých klientů svým profesionálním přístupem, ke kterému

patří schopnost stanovení reálného cíle za pomoci svých dovedností, znalostí normativů a postupů /Severová, 2005/.

Dobře vykonaná sociální práce prezentuje sociální oddělení navenek a získává větší důvěru veřejnosti. Uvnitř organizace, si upevňuje pozici a je zde předpoklad lepší vzájemné spolupráce s ostatními profesemi.

Součástí sociální práce jsou i dilemata, které při této práci vzniknou, jejich překonání však přináší profesní i osobní růst. Pomoc druhým přináší radost a smysluplnost z naší činnosti.

V nemocnici se z člověka stává pacient, je zde dobrovolně s cílem ulevit svým zdravotním potížím. To bylo a bude ve zdravotnickém zařízení základním posláním. Ze strany sociálního pracovníka je nutné toto bezvýhradně respektovat, pokud chce spolupracovat s ostatními profesemi na komplexním zajištění pacienta. V rámci spolupráce se zdravotníky se musí orientovat v dokumentaci, diagnózách, odborném názvosloví. Počkat, až se zdravotní stav stabilizuje a se sociální péčí začít až po domluvě s lékařem a souhlasem pacienta. Takže na péči zdravotní naváže péče sociální.

Sociální práce má v Thomayerově nemocnici, svou tradici, která se zde stále udržuje, tato služba patří k určitému standardu zařízení, podle kterého je zařízení kladně hodnoceno veřejností. Činnost sociálního pracovníka v nemocnici je rozdělena podle klinik a vyžaduje speciální přístup podle druhu oddělení, jiné jsou na dětském, jiné u starších pacientů jiné na gynekologicko-porodnickém oddělení.

V současné době je vzdělávání sociálních pracovníků ve zdravotnictví zakotveno v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

## **2 Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.**

Zákon o sociálních službách upravuje nejen vzdělávání sociálních pracovníků a podmínky poskytování pomoci a podpory lidem v nepříznivé životní situaci, ale i jednotlivé sociální služby.

Základními druhy sociálních služeb je sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. Služby mají formu pobytovou, ambulantní nebo terénní. Pobytové jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází- není zde ubytovaná. Terénní služby jsou služby, které jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí klienta.

Jednou z důležitých součástí zákona je příspěvek na péči. Podmínkou nároku na příspěvek na péči je dlouhodobě (cca 1 rok) nepříznivý zdravotní stav. Poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Poskytuje se osobám starším 1 roku. Při posuzování péče o svou vlastní osobu jsou pro účely určení závislosti stanoveny stupně I - IV. I.stupeň - lehká závislost děti 3000,- Kč, dospělí 800,- Kč. II. stupeň - středně těžká závislost děti 5000,- Kč, dospělí 4000,- Kč III. stupeň - těžká závislost - děti 8000,- Kč dospělí 8000,- Kč IV. stupeň - úplná závislost - děti 12 000,- Kč, dospělí 12 000,- Kč. U žadatele se posuzuje schopnost pohybovat se, orientovat se, komunikovat, udržovat tělesnou hygienu, pečovat o domácnost, schopnost sebeobsluhy při oblékání, jídle, pití.

O příspěvku na péči rozhoduje úřad práce dle trvalého bydliště žadatele, kde je žádost zpracovaná. Úřad má právo kontrolovat využívání vyplácené dávky.

Základními zásadami tohoto zákona je: poskytnutí bezplatného poradenství, důraz je kladen zachování lidská důstojnosti, na respektování individuality a podporu samostatnosti.

Nejčastěji seniory využívaná sociální služba je hospicová péče, osobní asistence, pečovatelská služba, ošetrovatelská centra, domovy pro seniory. Ze zdravotních služeb je to domácí zdravotní péče a léčebny pro dlouhodobě nemocné.

## **2.1 Sociální služby**

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace. Sociální služby jsou poskytovány za úplatu. Výčet jednotlivých sociálních služeb najdeme v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb.

### **2.1.1 Hospicová péče**

Jestliže je umírání přirozenou součástí života, ale také náročným obdobím jak pro umírajícího tak i pro jeho nejbližší, pak hospicová péče je tu právě proto, aby pomohla tuto situaci zvládnout a umožnila klientovi strávit poslední období života v prostředí v kruhu svých blízkých, minimalizovat bolest a další nepříjemné projevy.

Potřeba a význam paliativní péče vyrůstá na jedné straně z faktu, že možnosti moderní medicíny nejsou neomezené na druhé straně se opírá o významné pokroky, kterých medicína především v léčbě bolesti a zvládání dalších symptomů dosáhla.

Paliativní péče v širokém slova smyslu byla vždy jednou ze stěžejních součástí lékařské a sociální péče. Medicína totiž vždy počítala s tím, že možnosti vyléčit nemocné jsou omezené.

Chápala však, že součástí lékařské péče je také tišit bolest a jiné formy utrpení a poskytnout nemocnému v tomto utrpení pomoc.

Dějiny moderní paliativní péče jsou oproti tomu poměrně krátké. Vznik a rozvoj paliativní péče v druhé polovině dvacátého století byl ovlivněn několika významnými faktory. Jedním z nich byla změna hlavních příčin úmrtí a radikální prodloužení života v průběhu posledního století, způsobené mimo jiné léčebnými postupy moderní medicíny. Tato velká změna má poněkud paradoxní důsledky. Na začátku 21. století totiž žijeme v průměru výrazně déle a v mnohém ohledu pohodlněji, než tomu bylo před sto lety. Platíme za to nemalou daň, déle a často ne lehčeji umíráme. Moderní medicína, povzbuzena, svými terapeutickými úspěchy, začala na tento stav reagovat až se značným zpožděním. První moderní hospic byl založen ve Velké Británii v 60 letech a v současné době má i nejrozvinutější síť.

Paliativní péče se rozvíjí od 60. let 20. století a vedle klasických ústavních hospiců dnes fungují i domácí (mobilní) hospice, které poskytují pacientovi péči přímo v jeho domově. Tuto specifickou problematiku je nutné vnímat i jako problematiku spojenou se stigmatizací klientů a nebezpečí z důvodu pracovního stereotypu a zatížení - citového vyhasnutí jednotlivých členů hospicového týmu. I tam kde došlo k separaci týmu pro domácí zdravotní a domácí hospicovou péči - dnes již dochází k reintegraci právě ze shora uvedených důvodů [/www.cestadomu.cz/domaci-hospic.html/](http://www.cestadomu.cz/domaci-hospic.html/).

Hospicová péče se uskutečňuje formou domácích mobilních hospiců a hospiců s celodenní ošetrovatelskou péčí.

Pokud by pacienti a jejich příbuzní neměli možnost využít program hospicové domácí péče, obraceli, by se na určitou



alternativu a tou je klasická domácí péče, která co do odbornosti je určitě srovnatelná, ale je omezená prováděním jen přesně určených úkonů omezených časem, které stanoví zdravotní pojišťovna.

Organizace zabývající se hospicovou péčí mají plán rozvoje, kde se snaží:

- dále přibližovat veřejnosti tuto sociální službu, prostřednictvím medií televize, rozhlasu, webových stránek
- podporovat a rozvíjet dobrovolnickou práci v této oblasti
- podporovat a vytvářet možnost vzdělávání lékařů i zdravotního personálu
- odstraňovat ve společnosti strach ze smrti a umírání.

Nedostatky v péči o umírající, které mají své kořeny v minulých desetiletích a kroky k jejich odstranění se nestaly jednou z dlouhodobých priorit státních orgánů, politických stran ani místních samospráv. Péče o nevyлéčitelně nemocné není ze strany tvůrců zdravotní politiky považována za dlouhodobě důležitou a není dostatečně zakotvena v našem právním řádu. Chybí zákonná úprava umožňující rodinným příslušníkům pečovat o umírajícího člena rodiny, nejlépe s přiměřenou náhradou ušlé mzdy, minimálně však alespoň bez obav ze ztráty zaměstnání.

Péče o umírající ve zdravotnických a sociálních zařízeních i v domácím prostředí naráží na mnoho překážek. Jako je financování paliativní péče. Ministerstvo zdravotnictví dlouhodobě podporuje výstavbu lůžkových hospiců, ale není ze strany státních orgánů dořešena i finanční podpora. Současné financování je většinou závislé na sponzorských darech a grantech, což vede k finančním potížím a znemožňuje další rozvoj.

Hospicová služba není jen izolovanou službou pro cílovou skupinu. Je spojena i s činností osvětovou – pořádá přednášky, prezentace a programy pro veřejnost. Boří s tím tabu a mýty spojené s umíráním, které v naší společnosti jsou.

Zapojuje a získává pro svoji činnosti dobrovolníky z řad veřejnosti. Hospicová péče se snaží svou činností zajistit nezávislost a kvalitu života nevyléčitelně nemocných a být podporou pro jejich blízké.

### **2.1.2 Ošetřovatelská centra**

Ošetřovatelská centra zajišťují seniorům péči zdravotně ošetřovatelského personálu a zdravotních sester. Lékař do zařízení pouze dochází dle dohody. Není zde stálá lékařská péče. Z tohoto důvodu je potřeba, aby zdravotní stav žadatele byl, stabilizován. Je zde možnost uplatnit příspěvek na péči neboť nejde o zdravotnické zařízení. Je zde možnost sjednat další službu návštěvu pedikérky, kadeřnice. Probíhají zde programy na cvičení paměti, arteterapie, skupinová fyzioterapie.

Dalším využitím ošetřovatelských center při jejich volné kapacitě je nabídka odlehčovacích pobytů pro pečující rodiny dobře jejich dovolené nebo nemoci.

### **2.1.3 Domovy pro seniory**

Domov pro seniory je jedna z nejznámějších typů sociální služby. První domovy začaly vznikat po 2. světové válce. /Haškovcová, 2012/.

Domovy pro seniory jsou náhradní možností bydlení pro lidi, kteří již z důvodu své nesoběstačnosti nejsou schopni žít ve stávajícím domácím prostředí. Tato sociální pobytová služba je hrazená žadatelem. /Matoušek, 2013/

Cílem této služby je, aby společné bydlení starých lidí bylo pro ně zajímavé. Klade se důraz na prostředí, na stravování. Aktivizaci duševních schopností, kulturní vyžití, vzdělávání, přístup k duchovní péči, funguje zde canisterapie, arteterapie.

Domovy pro seniory zajišťují, při kapacitě volných míst, také odlehčovací pobyty. Odlehčovací pobyty jsou určeny pro rodiny, které pečují o rodinného příslušníka a potřebují odpočinek.

Kromě klasických domovů jsou ještě domovy se zvláštním režimem, kde žijí lidé, které trpí duševní poruchou a nejsou schopni pro svůj handicap se o sebe postarat. V domově mají pro tyto seniory zajištěny specifické podmínky.

#### **2.1.4 Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba je službou sociální, jejímž posláním je poskytovat služby lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení, chronického onemocnění.

Cílem je umožnit uživatelům co nejdéle setrvat v domácím prostředí při zachování dosavadního způsobu života se zachováním rodinných a společenských vazeb. Jedná se především o dovoz nákupů, oběda, zajištění úklidu, praní prádla a jiné pomoci při běžné provozu domácnosti. Kromě terénní pečovatelské služby je možnost využívat ambulantní formu ve střediscích hygieny, kam je pro zájemce zajištěna i doprava.

Pečovatelská služba je poskytována na základě smlouvy a dle sazebníku úhrad služeb a úkonů v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Nabídka této služby je běžně dohledatelná pro rodinné příslušníky na internetu.

Lidé, kteří potřebují pomoc pečovatelské služby a nemají stávající bydlení vyhovující, mají možnost po posouzení místním úřadem obývat domy zvláštního určení a tím jsou domy s pečovatelskou službou. Zájem seniorů o pečovatelskou službu – zejména zajištění obědů je trvalý bohužel o víkendech, lze tuto službu zajistit jen ojediněle. Pečovatelská služba má v našich podmínkách dlouholetou tradici, neboť byla budována od roku 1920 a prošla četnými změnami. /Haškovcová, 2012/.

### **2.1.5 Osobní asistence**

Asistenční služba je terénní sociální služba poskytovaná osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Je poskytovaná dle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. především tělesně postižením lidem s omezenou schopností pohybu a seniorům. Služba je poskytována bez časového omezení, v domácím prostředí nebo i jinde, pokud to klient vyžaduje. Osobní asistence obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu v celém rozsahu.

Asistenční služby se liší od pečovatelských tím, že asistent pouze klientovi pomáhá a podporuje ho, zatímco pečovatelka vykoná celou činnost za klienta. Také v časovém rozsahu je rozdíl, asistenční služba je časově neomezená, záleží na vzájemné dohodě mezi klientem a asistentem. Pečovatelská služba je časově limitována ze strany pečovatelky.

Asistenční péče patří do sociálních služeb, která není financována zdravotními pojišťovnami, ale lze na ni čerpat příspěvek na péči. V ostatních případech si hradí klient službu sám dle ceníku.

Jedná se především o tyto úkony:

- příprava a podání stravy,
- výměna inkontinenčních pomůcek,
- hygiena
- doprovody
- aktivizace - paměťové tréninky

Služby asistence vhodně doplňují péči rodiny, domácí zdravotní péče a činnost pečovatelské služby. V praxi zajišťují tyto služby neziskové organizace.

### **3 Zdravotní služby**

Zdravotní služby jsou hrazené ze zdravotního pojištění, prostřednictvím zdravotních pojišťoven.

#### **3.1 Domácí péče**

Domácí péče službou zdravotní, určená všem klientům bez ohledu na věk a druh onemocnění. Domácí péče je službou, vždy poskytována z rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Ošetřujícím lékařem je ten, kdo má momentálně pacienta v péči. Financovaná je zdravotního pojištění.

Nejdůležitější je, ale fakt, že je možnost vykonávat tuto péči doma, kde blahodárné účinky domácího prostředí se odrazí na psychické a fyzické pohodě pacienta a podpoří rychlejší uzdravení a úlevu. Základními výkony jsou aplikace injekcí, převazy ran, odběry biologického materiálu, měření tlaku, aplikace infuzí, nácvik aplikace inzulínu, nácvik ošetření tělních vývodů.

#### **3.2 Léčebny pro dlouhodobě nemocné**

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou specializovaná zdravotnická zařízení pro léčení starých dlouhodobě nemocných lidí. Cílem těchto zařízení je obnova soběstačnosti člověka a opětovného navrácení do běžného života v maximální možné míře a bez většího omezení aktivit. Pokud to není možné tak stabilizovat zdravotní stav tak, aby bylo možné přeložení do některého pobytového sociálního zařízení. Délka pobytu činí řádově týdny až měsíce. Příjem pacientů je z akutních lůžek nemocnic.

Pobyt je indikován ošetřujícím lékařem a je proto hrazen ze zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotní pojišťovny

pacienta. Léčební režim zde probíhá podobně jako v nemocnici. S tím rozdílem, že zde jsou pacienti aktivizováni k samostatnosti, sebeobsluze a soběstačnosti. Léčebny dlouhodobě nemocných mají kromě medikace také program, zaměřený na zlepšení svých kognitivních funkcí.

## 4 Senioři a společnost

Demografický vývoj předpokládá, že naše společnost bude stárnout. Lepší životní podmínky, pokroky v medicíně vedou k tomu, že stále více lidí se dožívá stáří a vyššího věku, než tomu bylo v minulosti. Staří lidé tvoří stále významnější část populace, nežli kdykoli předtím. V České republice tomu není jinak, také je třeba počítat s tím, že tento vývoj bude pokračovat i v budoucnu. Viditelně přibývá seniorů, kteří s postupně snižující se soběstačností potřebují zajistit podporu a pomoc. V zájmu jednotlivců i společnosti je potřeba na tento sociální jev upozorňovat a posilovat mezigenerační solidaritu.

Početná skupina seniorů, která zde vzniká, by měla být přijata ostatní společností se vstřícností, úctou, bez známek diskriminace. Naopak podpořit seniory v začlenění do společnosti dle jejich možností tím, že bude podporovat jejich zaměstnanost, vzdělávání, zájmové aktivity, zdraví.

Postoje mladých lidí k seniorům mohou být velmi různé od přehlížení a podceňování až po agresí /Haškovcová 2012/. Postoje starých lidí k mladým mohou být také velmi různé. V přítomnosti mladých lidí senioři ožívají a dokážou se jejich tempu vyrovnat, díky svým zkušenostem. Někdy však názory mladých lidí jsou pro ně natolik nesrozumitelné a nejasné, že jejich svět nechápou /Haškovcová 2012/.

Mladí neznají problémy stáří a staří neznají problémy mladých a tato vzájemná neznalost problémů těch druhých vede k mezigeneračnímu nepochopení /Haškovcová, 2012/.

Výchova k vzájemné úctě a snášenlivosti napříč generacemi je nemyslitelná bez porozumění poznané ve vlastní rodině. Rodina je pro seniora nenahraditelnou a také nejstarší institucí a



poskytuje mu pocit, že je potřebný a že se může na někoho spolehnout. Tento pocit je v některých ohledech pro seniory vůbec ten nejdůležitější. Domácí prostředí a každodenní kontakt se svými blízkými působí na seniory blahodárně.

Stárnutí obecně je podle autorky /Hrozenská, Dvořáčková, 2013/ definováno takto: „*Stárnutí je proces charakterizovaný strukturálními a funkčními změnami organismu a také poklesem schopností a výkonnosti jedince*“.

Stárnutí je individuální a je ovlivněno mnoha faktory jakými jsou genetické dispozice, strava, životní styl, životní prostředí nebo podnebí.

Věkové složení obyvatelstva v České republice je uvedeno v následující tabulce. S použitím dat z veřejné databáze českého statistického ústavu /ČSÚ, ©2012/ ke dni 31.12. 2011:

<b>Věk</b>	<b>počet obyvatel</b>
70	93 791
75	64 509
80	55 605
85	33 003
90	12 906
95	1 380
100 a více	614

Tato tabulka potvrzuje údaje o tom, že dlouhověkost není ojedinělým jevem.

Samostatným vědním oborem o zdravotních problémech seniorů ve vyšším věku je geriatric, která se snaží vytvořit komplexní přístup k problematice starých lidí. Jedná se o samostatný medicínský obor, jehož cílem je zlepšit zdravotní péči o pacienty vyšších věkových skupin. Geriatric čerpá nejen

z poznatků interní medicíny, ale i z poznatků psychologie, sociologie, psychiatrie, rehabilitace, ošetrovatelství /Kalvach, 2009/. Cílem tohoto oboru je zlepšit zdravotní péči o seniory vyšších věkových skupin a zlepšit, dosáhnout zlepšení zdravotního stavu a funkční zdatnosti a tím zlepšit kvalitu života.

Také vláda ČR se zabývá problematikou seniorů a dala vzniknout nové verzi dokumentu: „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017“. Pro období 2013 až 2017 byly zařazeny následující priority:

- *Zajištění a ochrana lidských práv starších osob*
  - *Celoživotní učení*
  - *Zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění*
  - *Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce*
  - *Kvalitní prostředí pro život seniorů*
  - *Zdravé stárnutí*
  - *Péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností*
- /MPSV, ©2005/

Na zlepšení postavení seniorů ve společnosti se zamýšlejí i mezinárodní organizace, jakou je Rada Evropy Evropský parlament, který vyhlásil rok 2012 za Evropský rok stárnutí a mezigenerační solidarity.

Dalším krokem ke zviditelnění jevu je zařazení k tradičním svátkům i svátek věnovaný seniorům, který připadá na 1. říjen. Smyslem je krátce se se zastavit a dopřát svým blízkým zážitek s pěkně prožitého dne a také připomenout, že stáří není jen pasivní způsob života. Pokud senioři jsou tomu sami nápomocni, mohou svou aktivitou, stáří prožít zdravě a úspěšně. Mohou se cítit součástí společnosti, mohou přispět svými zkušenostmi,

dovednostmi a moudrostí k rozvoji společnostmi  
/Matoušek, 2013/.

Proto se společnost snaží upozorňovat na nové přístupy a rezervy, které v našem konání máme. Je to například uvědomění si, zda naším chováním nevytváříme seniorům bariéry, které je znevýhodňují a komunikací s nimi je nestavíme do role nepotřebných. Pokud se to tak děje nazýváme tento jev ageismus - diskriminace z důvodu věku.

## 4.1 Senioři a diskriminace, ageismus

Komplexní pojetí ageismu a návrh na jeho definici představila v českých podmínkách socioložka Vidovičová /2008/ takto: *„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci“.*

Naše společnost se stále učí jak se chovat k seniorům, aby se mohli stát sebevědomou a respektovanou součástí společnosti, protože stále se ještě objevují diskriminační jevy např.

- sociální zařízení mají svoji cílovou skupinu až od určitého věku, většinou to bývá od 65 let, což je pro seniory, kteří jsou těsně pod touto hranicí znevýhodnění
- sociální zařízení preferují seniory s přiznaným příspěvkem na péči nebo to je přímo podmínkou pro přijetí
- znevýhodnění jsou senioři, kteří nemají potřebné znalosti o nových informačních zdrojích nebo znalosti mají, ale nemají přístup k těmto zdrojům
- diskriminace se nevyhne ani zdravotnictví, podle statistik zdravotních pojišťoven, občanů, kteří se dožijí vyššího věku, stále přibývá, úměrně tomu se zvyšují náklady na jejich zdravotní péči. Tudíž při omezených finančních prostředcích dochází k vytváření věkových limitů při provádění preventivních vyšetření, preventivních zákroků, použití nových metod léčení /Vidovičová, 2008/. Ekonomický argument je racionální, z lidského hlediska je to však diskutabilní.

## 4.2 Senioři dlouhodobě nemocní

Dlouhověkost je další přirozenou fází života, která přináší i zdravotní potíže a nemoci vyššího věku, které jsou trvalého rázu. Takže někteří senioři tráví v nemocnici více času než doma. Někdy je jejich zdravotní stav upoutá na nemocniční lůžko trvale.

Základní péči o nemocné seniory poskytuje praktický lékař pro dospělé. Praktický lékař spolupracuje s rodinou a s ostatními službami tak, aby senior mohl zůstat v domácím prostředí. Pokud to není možné z důvodu zdravotního stavu či zajištění služby, má senior možnost umístění v pobytovém zařízení pro dlouhodobě nemocné /Hrozenková, Dvořáčková, 2013/.

V podpoře a péči o dlouhodobě nemocné hrají klíčovou roli neformální pečovatelé, především příbuzní a přátelé. Tam, kde tato možnost není, nastupuje s nabídkou řešení stát.

Profesor Tomeš formuluje podstatu nového sociální události, kterou dlouhodobě nemocní jsou. Zároveň nastiňuje možnosti, jak na ni může stát účinně reagovat /Tomeš,2010/.

Dlouhodobá péče o staré lidi se vyděluje jako nová sociální událost. V minulosti tento jev existoval, ale péči o své členy, kteří potřebovali dlouhodobou péči, zastaly rodiny, zejména ženy v domácnosti. S rostoucí zaměstnaností žen se tato schopnost rodiny ztrácí a na pobyt ve specializovaných zařízeních dlouhodobé péče některé rodiny nedosáhnou finančně a ocitají se tak v bezvýchodné situaci.

Naše společnost především vychází ze základní hodnoty a tím je veřejná solidarita. Veřejná solidarita má však své ekonomické omezení a nelze tímto způsobem řešit vše. Rodině jako instituci problém přerůstá přes její možnosti.

Zůstává úloha státu, který se musí podílet na péči o dlouhodobě nemocné. Financuje ji z daní a povinných poplatků. Při předpokládaném nárůstu potřeby hledat řešení nejen v mezigenerační solidaritě (mladí pomáhají starým), ale i intra-generační solidaritě (zdraví senioři pomáhají nemocným), zvýšení podpory rodinné péče, na kterou by přispívaly nejen veřejné zdroje, ale i rodiny. Také lze z veřejných zdrojů podpořit pouze nízkopříjmové rodiny. Další možností je zavést nový druh pojištění a tím by bylo sociální pojištění na krytí nákladů osob, které potřebují pomoc druhé osoby. V českých poměrech by bylo možné změnit příspěvek na péči o osobu změnit na příspěvek dlouhodobě nemocným a zařadit je do soustavy státního sociálního příspěvku. Současný příspěvek na péči by měl být nahradit poukázkou na sociální službu, aby byla záruka, že finance zůstanou na účtech poskytovatelů služeb.

Zkušenosti z ostatních států ukazují, že zodpovědnost za péči o dlouhodobě nemocné je potřeba rozdělit mezi občana jeho rodinu a jím vybrané soukromé nebo veřejné služby. Financování je zajištěno ze sociálního pojištění, které si občan předtím hradil. Z veřejných prostředků je tato péče hrazena jen rodinám s nízkými příjmy.

K dlouhodobé péči v ČR se vyjadřuje i autor článku /Schlanger,2013/, poukazuje na známou skutečnost, že zdravotní služby jsou stále v péči o pacienta roztržité, nekoordinované.

U seniorů se k tomu přidává i to, že tato péče není propojená s péčí sociálních služeb. Dlouhodobá péče přímo vyžaduje propojení zdravotního a sociálního systému a také rodiny a komunity - prostředí, které je pro seniora přirozené. Z důvodu této roztržitosti je pak problematické financování. Zdravotní služby jsou ze zákona hrazeny z veřejného pojištění.

Sociální služby soukromými zařízeními jsou poskytovány pouze při přiznaném příspěvku na péči v určitém stupni a z vlastních prostředků klienta.

Nedostatek všeobecné dostupnosti terénních a ambulantních služeb je mimo jiné zapříčiněna i tím, že zákon o sociálních službách nestanovil obcím žádné povinnosti. Zákon o obcích pak uvádí pouze právo obce angažovat se v sociální oblasti.

Zde je velký prostor pro veřejnost v rámci komunální politiky, aby tlačila na to, aby v místech jejich bydliště vznikaly a byly podporovány služby, které jim chybí.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### 1 Výzkumný cíl

Cílem empirického šetření chci zjistit povědomí hospitalizovaných seniorů o sociálních a zdravotních službách a jejich využívání v praxi. Znalost možností služeb může vést k prodloužení pobytu v domácím prostředí zabránění opakovaným hospitalizacím.

#### Výzkumné otázky:

- Jaké konkrétní služby senioři využívají?
- Jak jsou o těchto službách informováni?
- Jak jsou služby dostupné v lokalitách, kde žijí?
- Jak jsou dostupné z hlediska finančních možností seniorů?

#### Hypotézy

- předpoklad je, že senioři využívají služby v 70%
- předpoklad je, že jsou senioři informováni o službách v 25%
- předpoklad je, že služby jsou seniorům dostupné v lokalitách, kde žijí v 75 %
- předpoklad je, že seniorům jsou služby dostupné z hlediska jejich finančních možností v 15 %

### 2 Metodologie

Výzkum byl prováděn kvantitativní metodou za použití dotazníku, který byl tvořen 7 uzavřenými otázkami. Osloveno bylo 52 respondentů, ve věku nad 70 let. Výzkum proběhl v období měsíců září až prosince 2013.

Samotnému výzkumu předcházelo pilotní šetření se 4 dotazovanými, abych zjistila, zdali jsou otázky



v dotazníku srozumitelné a dobře formulované. Podle získaných odpovědí jsem některé otázky upravila. Po úpravě byl dotazník tvořen 7 otázkami, které se týkaly využívání služeb, jejich dostupnost z hlediska geografického a z hlediska ekonomického (viz. příloha č. 1).

Po úvodní pilotáži bylo již možné přistoupit k samotnému výzkumu a to k fázi sběru dat pomocí dotazníků. Rozhovory jsem prováděla v rámci sociálních šetření u pacientů, které jsme navštívila přímo na oddělení.

Po ověření jejich věku jsem je požádala o možnost vyplnění dotazníku, otázky jsem jim přečetla a jejich odpovědi zapsala. Získaná data jsem zpracovala do tabulek a grafů.

### **3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Zkoumanou skupinou jsou náhodně vybraní pacienti Thomayerovy nemocnice v Praze 4 - Krči, kterou tvořila skupina mužů a žen nad 70 let. Celkový počet dotazovaných byl 50 pacientů a pacientek. Respondenti byli vybráni na základě ochoty spolupracovat při zodpovídání otázek a splňovali stanovenou minimální věkovou hranici, maximální věková hranice stanovená nebyla. Byla respektována anonymita dotazovaného.

## 4 Interpretace výsledků

V této kapitole budu interpretovat výsledky výzkumného šetření podle jednotlivých výzkumných cílů

Dotazník viz. příloha č. 1 byl rozdělen na 7 otázek týkajících se sledovaných údajů. Otázky byly uzavřené. V několika otázkách č.3, č.4, č.5 a č.7, byla přidána možnost odpovědi otevřené s možností respondenta vyjádřit svůj názor. V úvodu dotazníku jsou dány pokyny k vyplňování, v závěru poděkování za čas věnovaný k zodpovězení otázek.

Vyplněno a vráceno zpět bylo 52 dotazníků tj. 100 %

<b>Dotazníky</b>	<b>Počet</b>	<b>%</b>
kompletně zodpovězené	42	80,7
částečně zodpovězené	10	19,2
Nezodpovězené	0	0
<b>Celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Z dotazovaných bylo 12 mužů 23 % 40 žen 77 %

<b>pohlaví</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
muž	12	23
žena	40	77
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

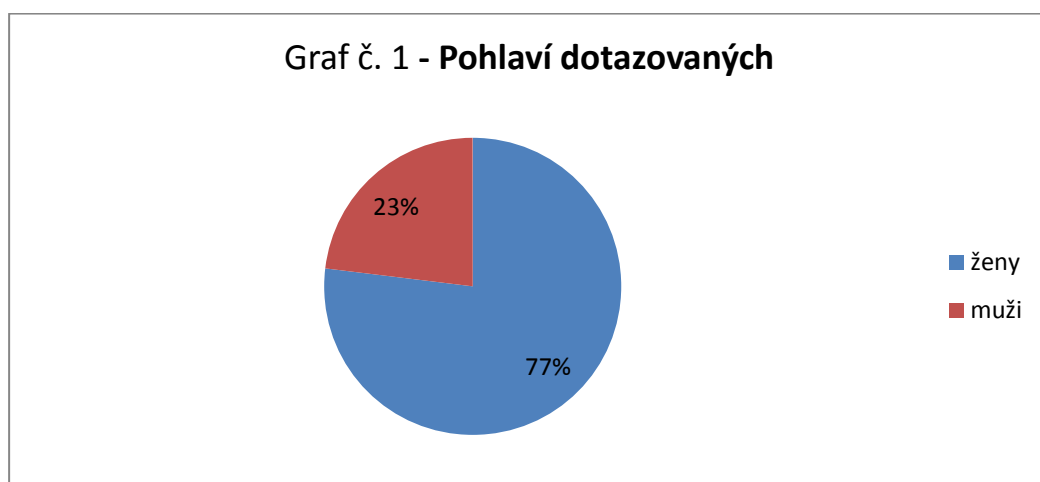
Z dotazovaných bylo ve věku: uvedeno v tabulce.

<b>věk</b>	<b>počet</b>	<b>%</b>
70-75	12	23
76-80	11	21,1
81-85	13	25
86-90	12	23
91 +	4	7,7
<b>celkem</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

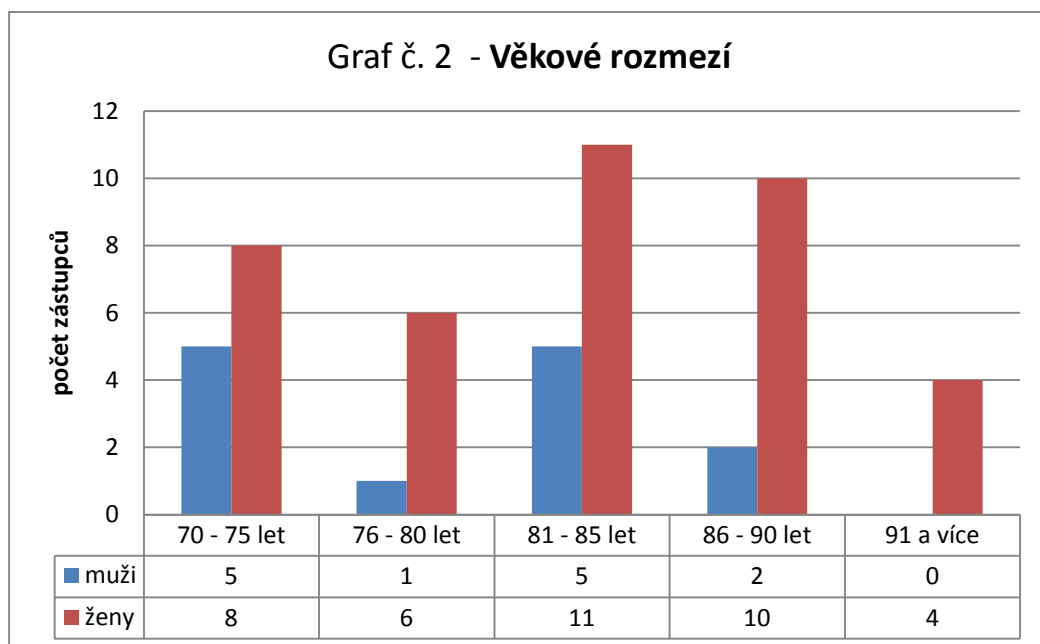
Výsledky dat z dotazníků jsem zpracovala pro přehlednost do celkové souhrnné tabulky, která je zařazena jako příloha č. 3. Dílčí tabulky a grafy vypovídají o datech získaných z výzkumu.

### Otázka č.1 - Jste muž nebo žena?

Na základě otázky byl soubor rozdělen na 12 mužů a 40 žen.

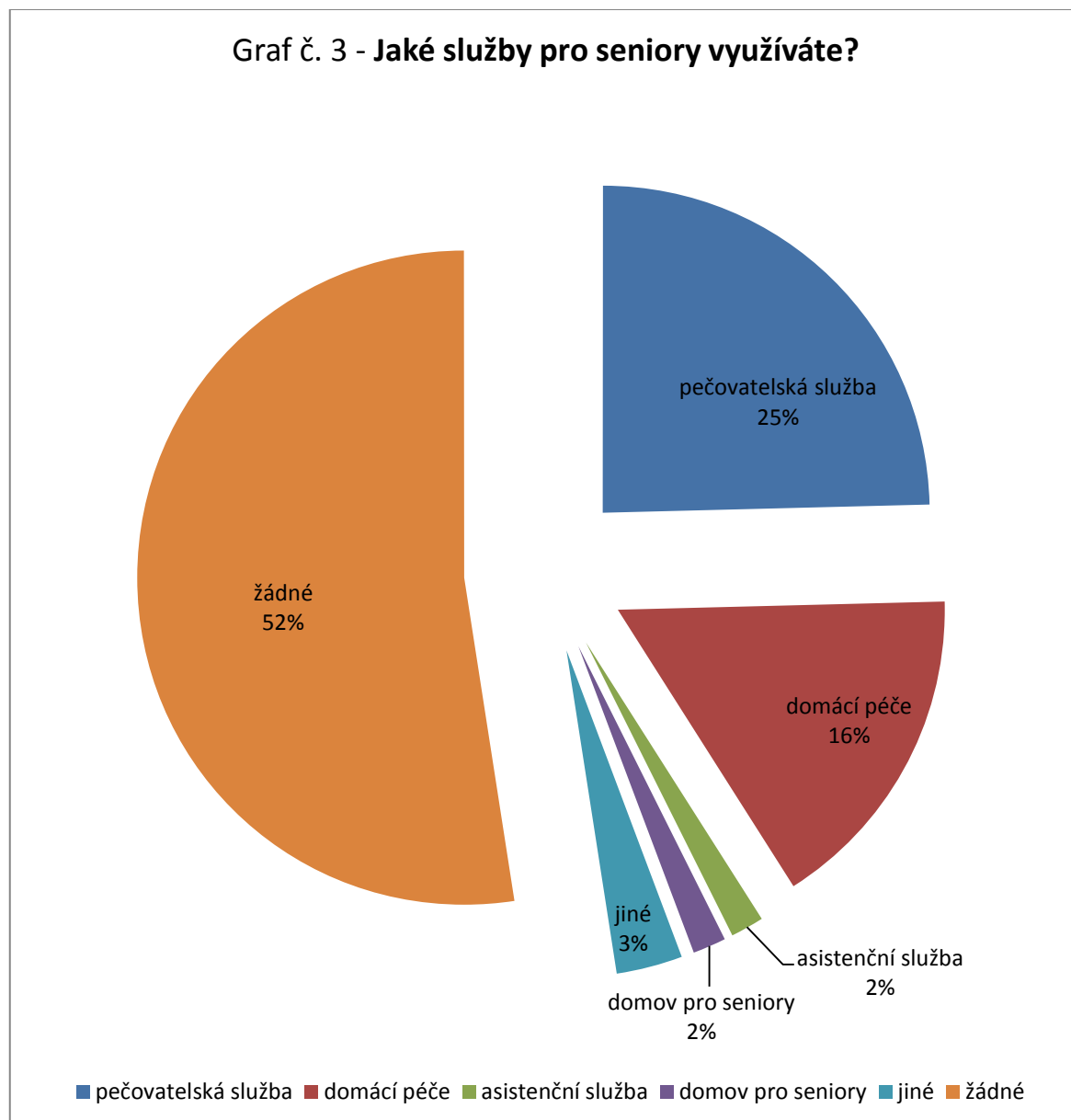


### Otázka č. 2. - V jakém věkovém rozmezí je respondent?



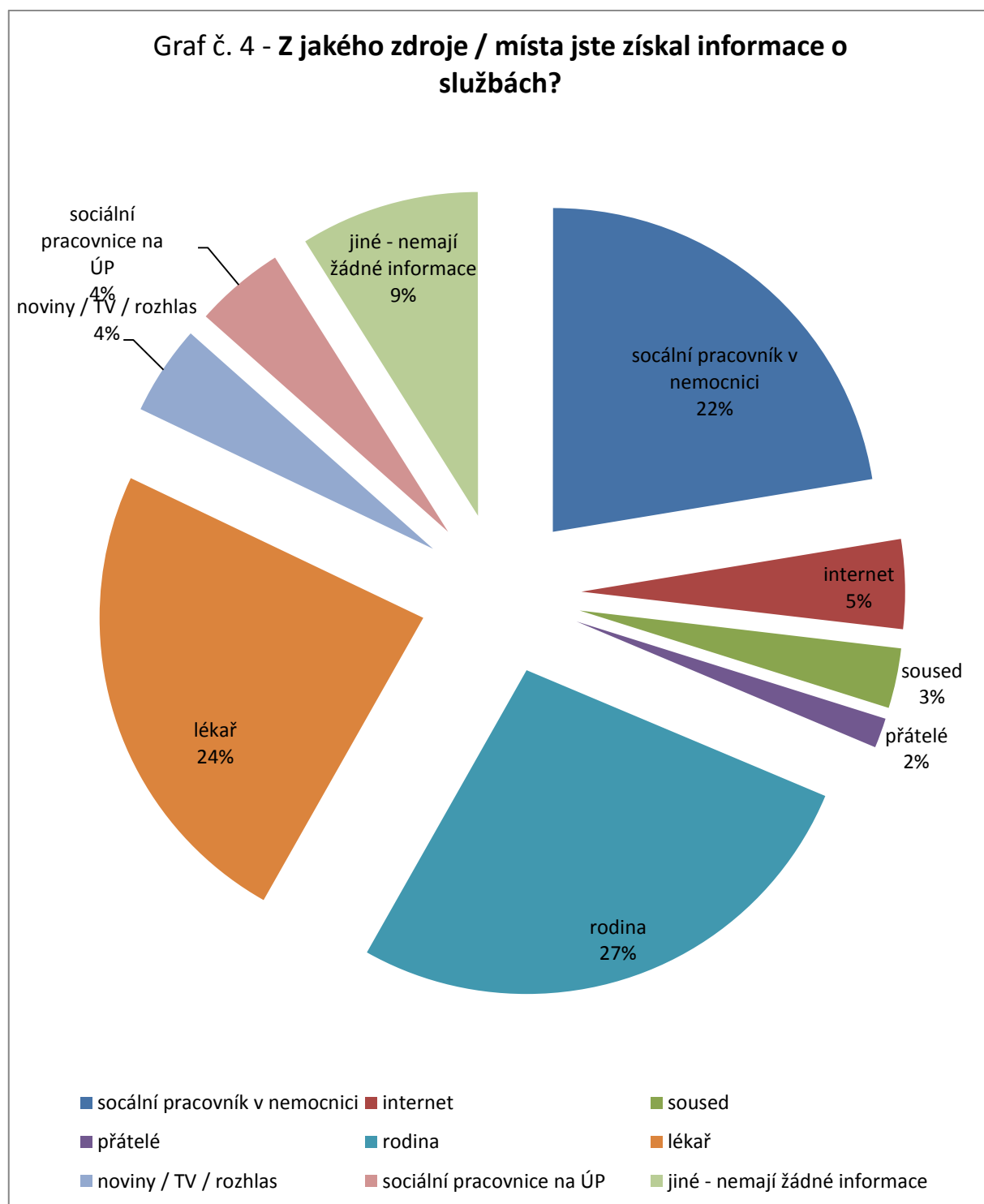
Nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozpětí 81-85 let a to celkem 13 osob, nejméně ve věku 91 a více, celkem 4 osoby.

### Cíl č. 1 Jaké konkrétní služby senioři využívají?



V grafu je možno porovnat využívání a nevyužívání služeb pro seniory. Žádné služby nevyužívá 52 %, 48 % služby využívá. Nejčastější službou je pečovatelská služba 25 %. Hypotéza, která předpokládala 75 % osob, bude využívat některou ze služeb, se nepotvrdila.

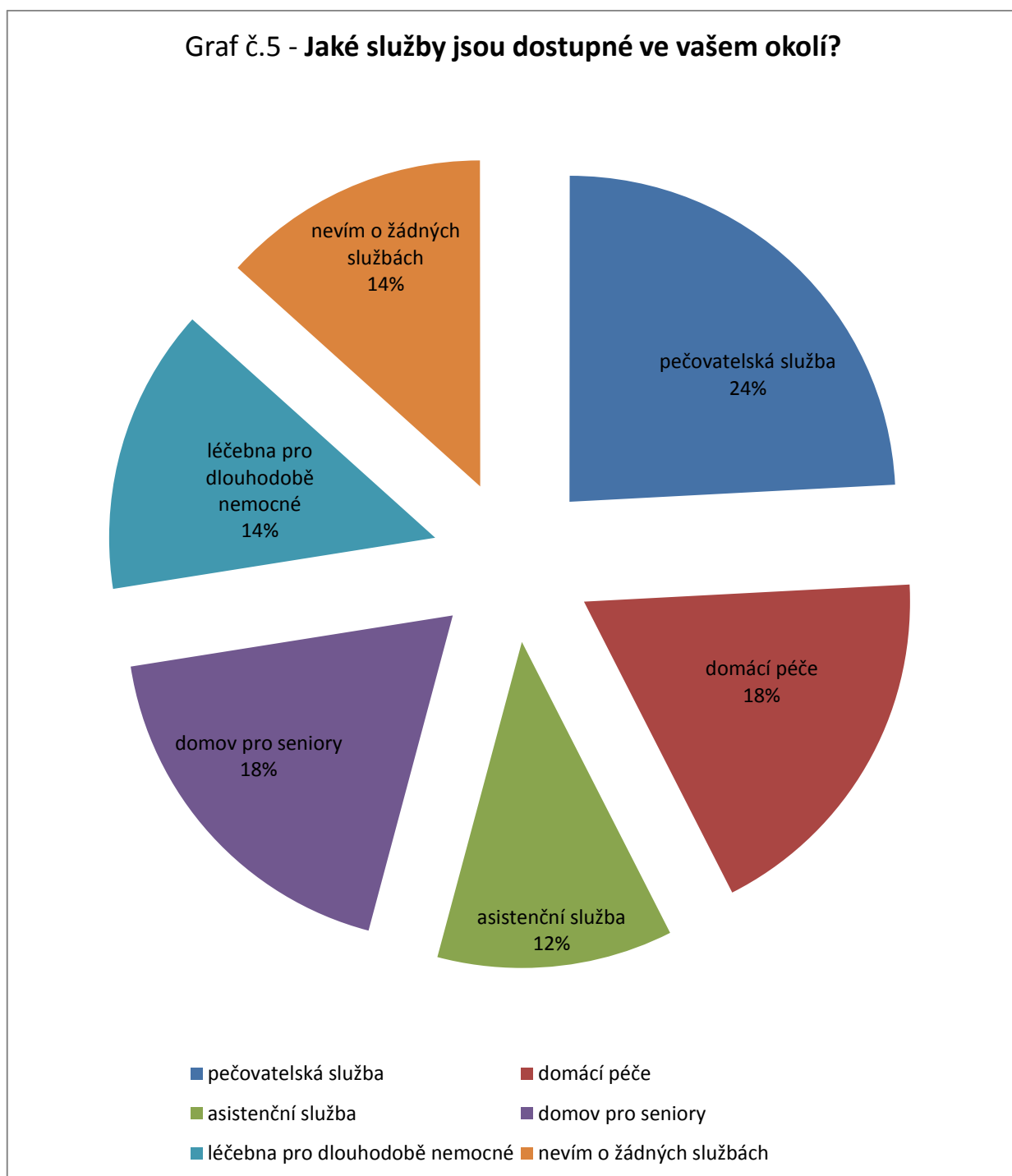
## Cíl č. 2 Jak jsou o těchto službách informováni?



Nejčastější odpovědi ohledně zdroje informací o službách bylo, v 27% od rodinných příslušníků - což svědčí o tom, že rodina, je pro seniora v péči o něj zásadní. V 24 % je informaval lékař, který přijde se seniory při jejich problémech do

kontaktu. V 22 % vědomosti o sociálních službách získali od sociálního pracovníka v nemocnici v rámci bezplatného poradenství a v době, kdy pro ně tato informace byla aktuální. Pouze 9 % osob nemělo žádné informace. Předpoklad, že informace bude mít pouze 25 % osob, se nepotvrdila.

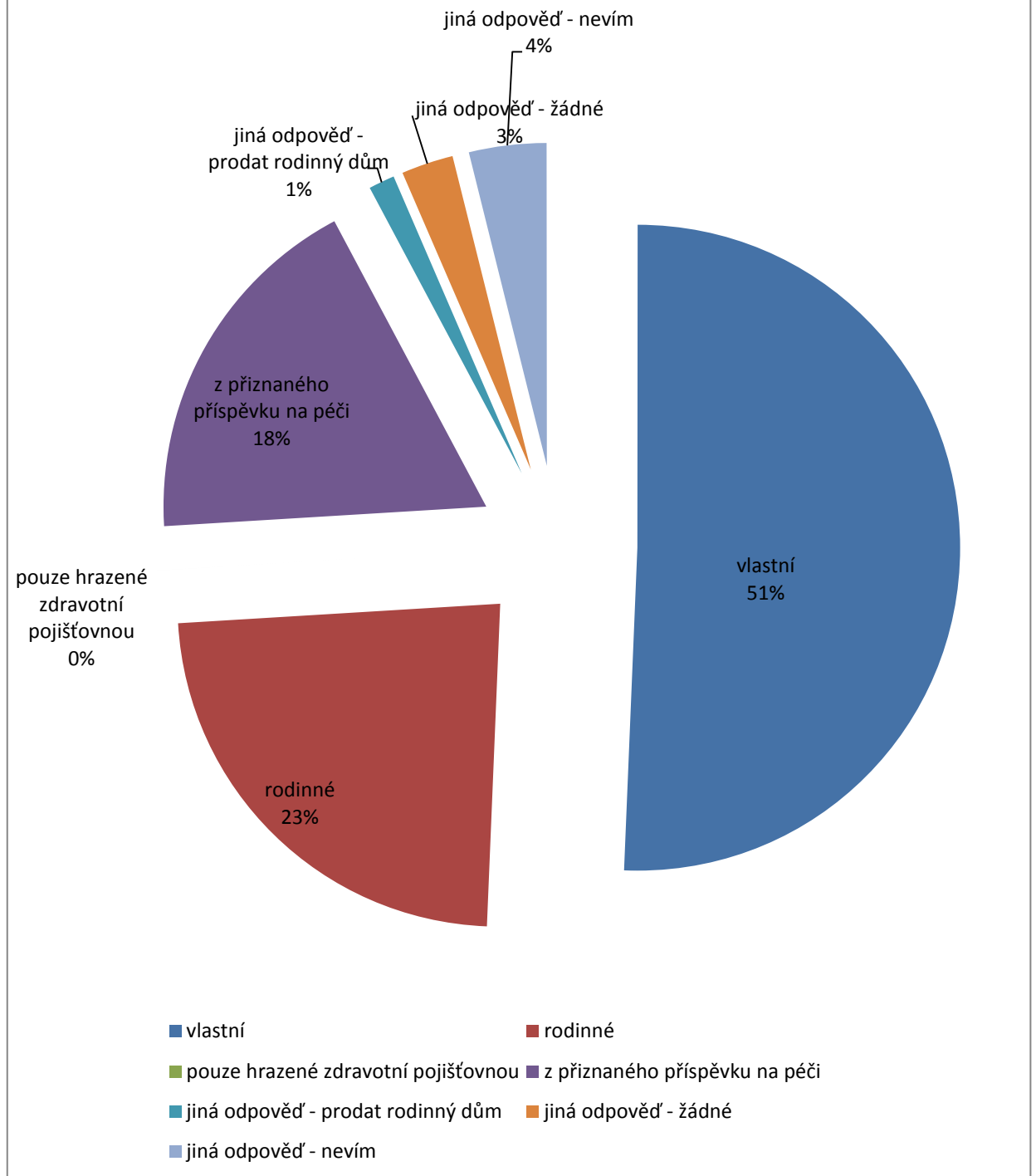
### Cíl č. 3 Jak jsou služby dostupné v lokalitách, kde žijí?



Z grafu je patrné, že dostupnost uvedených sociálních služeb v místě bydliště je dobrá. Pouze 14 % osob uvedlo, že o žádných službách ve svém okolí, neví. Předpoklad byl, že služby jsou dostupné v 75 %, předpoklad se nepotvrdil.

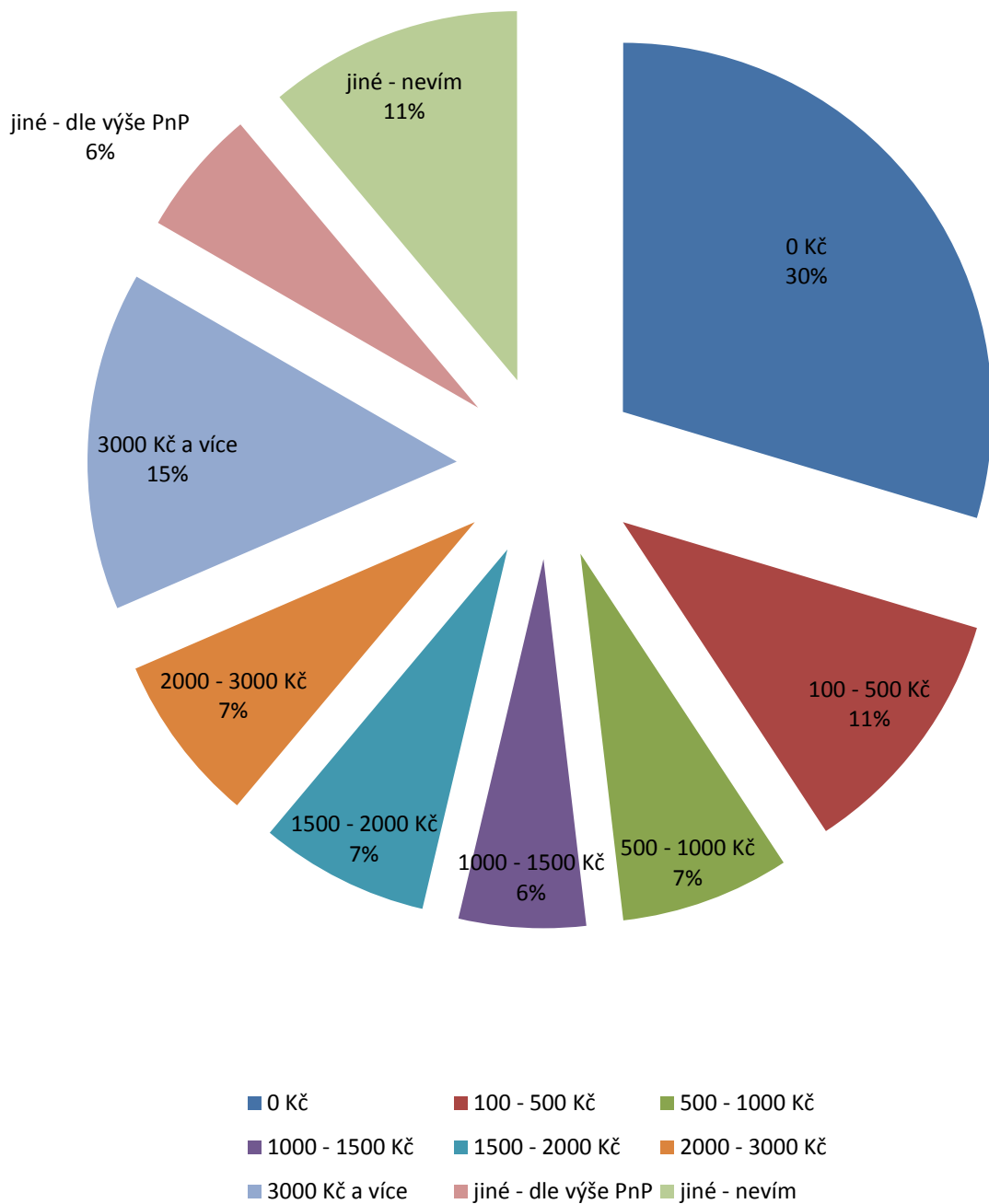
Cíl č. 4 Jak jsou dostupné z hlediska finančních možností seniorů?

Graf č.6 - Jaké finanční zdroje na tyto služby využíváte / můžete využít?





**Graf č. 7 - Do jaké výše jste si schopni finančně přispět na tyto služby? (měsíčně)**



Z grafu č.6 je patrné, že na služby mohou použít pouze vlastní zdroje-v 51 %, s finanční pomocí od rodiny mohou počítat ve 23

%, 18 % osob by využilo částku, která by jim byla přiznaná v příspěvku na péči.

Na Grafu č. 7 je patrné, do jaké konkrétní výše by si mohli měsíčně na službu uvolnit. 30 % dotázaných uvedlo, že měsíčně na služby nemohou uvolnit žádnou částku. Naopak pouze 15 % může za služby zaplatit více jak 3000,- Kč.

Předpoklad byl, že služby budou dostupné z hlediska jejich finančních možností v 15 %, tato hypotéza se potvrdila.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá situací, kdy člověk v seniorském věku, je hospitalizován v nemocnici a potřebuje kromě svých zdravotních potíží nabýt ztracenou fyzickou a psychickou soběstačnost. Tato ztráta je buď dočasná, nebo trvalá. A právě v této době je dobré, aby měl možnost využít sociálních služeb. V této době je také senior na informace tohoto typu naladěný. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo analyzovat, nakolik jsou senioři o těchto službách informováni. K dosažení cíle byla zvolena kvantitativní metoda.

Z šetření vyplynulo, že sociálních služeb využívala jen polovina dotázaných, lze se proto domnívat, že je tím, že jsou limitováni svými finančními zdroji a vyšší částky, kterou mohou na služby použít. Vliv dostupnosti služeb v jejich okolí a vliv informovanosti na užívání služeb se neprokázal.

Další dílčí výsledek šetření ohledně informovanosti nám vypovídá o tom, že senioři informace o sociálních službách mají. Největším zdrojem se ukázala být rodina, sociální pracovník v nemocnici a lékař, což svědčí o efektivnosti bezplatného sociálního poradenství při hospitalizacích. To, že 9% seniorů vypovědělo, že žádné informace nemá, může svědčit i o tom, že je doposud žádné nepotřebovali.

Dalším zajímavým výsledkem šetření je, že dostupnost služeb v blízkosti bydliště seniorů je 76 %, vzájemný vliv dostupnosti služeb na vliv informovanosti o službách je zde prokazatelný.

Ze závěrečného šetření vyplynulo, že na financování služby mohou senioři použít zejména vlastní zdroje, v 23% by mohla přispět rodina, v 18% by použili přiznaný příspěvek na péči. Výše měsíční částky se pohybovala od 0,-Kč - celkem 30% seniorů, do 3000,-Kč celkem -7% seniorů. Vyplývá z toho, že výše částky, kterou mohou senioři na služby uvolnit, má vliv na rozsah užívání sociálních služeb.

Na základě všech výsledků šetření lze navrhnout některá opatření, která by vedla ke změně.

Větší využívání sociálních služeb seniory lze nejlépe ovlivnit lepší kvalitou a vstřícností k jejich individuálním potřebám, to samo již zaručuje větší zájem od seniorů.

Informace, poradenství a neustálé rozvíjení osvěty o sociálních službách je přínosné a efektivní, jak ukazují i výsledky tohoto šetření. Určitě jsou rezervy v mediích, jako je rozhlas, televize.

Co se týká dostupnosti služeb v okolí bydliště, nebude to problém města, ale menších obcí, zde lze jedinečně doporučit, aby, obce měly povinnost ze zákona zajistit své seniory, v míře, jakou budou potřebovat.

Finanční situace většině seniorů si nedovoluje sociální služby koupit, přestože by je potřebovali. Proto by velmi napomohlo, kdyby v ČR došlo k takovým legislativním změnám, aby rodinní příslušníci byli finančně motivováni o své seniory pečovat v jejich domácím prostředí spolu se sociálními službami. Příbuzní by měli možnost požádat svého zaměstnavatele o možnost pečování o svého blízkého bez ztráty zaměstnání a za určitou náhradu mzdy, po potřebnou dobu péče.

## LITERATURA A OSTATNÍ ZDROJE

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

KALVACH, Z. časopis Sociální péče, 2009, č.5,s. 22-25, Důstojnost, smysluplnost a jejich aktivní podpora dlouhodobé péči

KALVACH, Zdeněk a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KUZNÍKOVÁ, Iva a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-802-4736-761.

TOMEŠ, I. časopis Fórum sociální práce časopis - stať „Společenská odpovědnost za pomoc dlouhodobě nemocným“, s.13, ISSN 1804-3070

VIDOVIČOVÁ, Lucie. Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita Brno, Mezinárodní politologický ústav, 2008, 233 s. EDIS, ediční řada disertačních prací Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity, sv. 2. ISBN 978-802-1046-276.

ZÁKON č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

ZDRAVOTNÍ NOVINY ročník 62 č. 5 4. března 2013, ISSN0044-1996, článek „Dočká se dlouhodobá péče potřebných podmínek, zatím není důvod k optimismu“.

## **INTERNET**

SOCIÁLNÍ POLITIKA - prohlášení vlády dostupné na [www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)

Národní centrum domácí péče České republiky [online] 2006 [cit. 2013-12-26]. Dostupné z: <http://www.domaci-pece.info/hospicova-pecel>

ZDN - Severová [online] 2005 [cit. 2013-12-26]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>

Verejné zdravotníctvo [online] 2005 [cit. 2013-12-26]. Dostupné z: [http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/2005/2-3/Prehnal Hospitalizace seniora v nemocnici a zdravotně sociální návaznosti](http://verejnezdravotnictvo.szu.sk/2005/2-3/Prehnal%20Hospitalizace%20seniora%20v%20nemocnici%20a%20zdravotne%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20n%C3%A1vaznosti)

MPSV [online] [cit. 2013-12-26]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14540>

Cesta domů [online] 2013 [cit. 2013-12-27]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/domaci-hospic.html>

## PŘÍLOHA: č.1 - Dotazník

# DOTAZNÍK

*Pokyny pro vyplnění dotazníku:* Prosím o vyplnění dotazníku, u otázek s \* svou odpověď zakroužkujte. Informace budou použity pouze pro zpracování bakalářské práce.

1. **Pohlaví\***                                      MUŽ                                      ŽENA
2. **Věk \*:**    70-75 let    76-80 let    81-85 let    86-90 let                      91 let a více

**3. Jaké služby pro seniory využíváte? \***

- |                      |     |    |
|----------------------|-----|----|
| pečovatelskou službu | ANO | NE |
| domácí péči          | ANO | NE |
| asistenční službu    | ANO | NE |
| domov pro seniory    | ANO | NE |
| jiné (jaké).....     |     |    |

**4. Z jakého zdroje/místa jste získal informace o službách: \***

- |                                    |     |    |
|------------------------------------|-----|----|
| sociální pracovník/ce v nemocnici  | ANO | NE |
| internet                           | ANO | NE |
| soused/ka                          | ANO | NE |
| přátelé                            | ANO | NE |
| rodina                             | ANO | NE |
| lékař                              | ANO | NE |
| noviny/TV/rozhlas                  | ANO | NE |
| sociální pracovnice na Úřadu práce | ANO | NE |
| jiné (jaké).....                   |     |    |

**5. Co by Vám osobně pomohlo k získání informací o těchto službách?**

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Jaké služby jsou dostupné ve vašem okolí?**

pečovatelská služba	ANO	NE	NEVÍM
služba domácí péče	ANO	NE	NEVÍM
asistenční služba	ANO	NE	NEVÍM
domov pro seniory	ANO	NE	NEVÍM
léčebna pro dl. nemocné	ANO	NE	NEVÍM
jiné (jaké)?.....			

**7. Do jaké výše jste schopni si finančně přispět na tyto služby (na měsíc):\***

0,- Kč, 100,-500,- Kč 500,- – 1000,- Kč 1000,-1500,- Kč  
1500,- – 2000,- Kč 2000,- – 3000,- Kč 3000,- Kč - více

**8. Jaké finanční zdroje na tyto služby využíváte/můžete využít:\***

vlastní            rodinné            pouze hrazené zdravotní pojišťovnou  
z priznaného příspěvku na péči (můžete zaškrtnout více možností)  
jiné (jaké).....

**Děkuji za váš čas a vyplnění dotazníku.**



## **Příloha č.2 - Kazuistika**

### **I. Zadání - zdravotní stav je propojený se sociálním problémem**

Pacientka X.Z. 60 let. V prosinci 2010 nalezena na promrzlá na ulici poblíž nemocnice na Františku, kam byla převezena a odtud přeložena do Thomayerovy nemocnice s diagnózou epilepsia toxic v důsledku nadužívání alkoholu a s těžkými omrzlinami dolních i horních končetin. V důsledku omrzlin jí byla amputována ruka a noha. Pacientka byla přijata bez dokladů, neudávala žádné kontaktní osoby, nikdo ji nesháněl - neměla ověřenou svoji identitu, údajně občanský průkaz před lety ztratila. Teprve po vypátrání praktického lékaře, bylo možné se zkontaktovat s její rodinou.

### **II. Osobní údaje:**

- jméno a příjmení: X.Z.
- datum narození: 1950
- národnost: česká
- státní občanství: ČR
- rodinný stav: vdaná
- bydliště: u Prahy
- zbavena způsobilosti k právním úkonům: ne
- příspěvek na péči: ne
- příjem: důchod je vyplácen na účet

### **III. osobní anamnéza:**

X.Z., vdaná, 4 děti. Na trvalé adrese se nezdržuje. Původně bydlela s manželem v synově domě. Opakovaně odcházela z bytu a pohybovala se mezi pražskými bezdomovci. Vždy se vrátila sama, nebo ji rodina přivedla zpět. Během let se pacientka stala závislou na alkoholu.

#### **IV. rodinná anamnéza:**

X.Z. žila společně s manželem, invalidním důchodcem v rodinném domě jednoho ze synů. Manžel je mozkové mrtvici a pohybuje se o francouzských holích. Syn jí údajně zamezil přístup k jejím penězům, aby si za ně nemohla kupovat alkohol, ale sám je prohrával na hracích automatech. Nejmladší se synů, který je plně invalidní z důvodu špatného zraku jako jediný projevil zájem, že se o matku bude starat. Pacientka s tím souhlasila. Syn byl informován o možnostech příspěvku na péči, domácí péče, zajištění kompenzačních pomůcek. Zařídil samostatné bydlení v podnájmu a domluvil se se starším bratrem na finančním příspěvku pro matku.

#### **I. Závěr**

- Zajištění kontaktu a spolupráce s rodinou
- Zajištění poradenství.

Pacientka žila v sociálně problémové rodině. Když se stala zcela odkázaná na své děti, byla odhodlaná začít nový život a přispívat k dobrým vztahům.

## Příloha č.3 – Výsledky výzkumu

Zpracování výsledků											suma
Pohlaví	muž					ženy					
počet dotázaných	12					40					52
věk	70 - 75 let	76 - 80 let	81 - 85 let	86 - 90 let	91 let a více	70 - 75 let	76 - 80 let	81 - 85 let	86 - 90 let	91 let a více	

3. Jaké služby pro seniory využíváte?											suma
pečovatelská služba	3	1					1	4	3	3	15
domácí péče	1	1	3			1		2		2	10
asistenční služba									1		1
domov pro seniory			1								1
jiné - denní stacionář									1		1
jiné - systém tísňové péče									1		1
jiné - žádné služby	2		2	2		7	5	7	6	1	32

4a. Z jakého zdroje / místa jste získal informace o službách?											suma
sociální pracovník/ce v nemocnici	1	1	1	1				7	3	1	15
internet	2		1								3
soused/ka						1			1		2
přátelé						1					1
rodina	3		2	1		1	3	3	5		18
lékař	1	1	2			2	1	4	3	2	16
noviny / TV / rozhlas				1			1			1	3
sociální pracovníce na úřadu práce						2	1				3
jiné - nemají žádné informace						2	1		3		6

4b. Co by vám pomohlo k získání informací o těchto službách?											suma
informace z obecního úřadu									1	1	2
letáky							1	1		1	3
nedpověděli											47

5. Jaké služby jsou dostupné ve vašem okolí?											suma
pečovatelská služba	3	1	4	2		4	1	7	4	3	29
domácí péče	2	1	4	1		4	2	5	1	2	22
asistenční služba	2		3	1		4	1	1	2		14
domov pro seniory	3	1	2	2		4	2	4	3	1	22
léčebna pro dlouhodobě nemocné	1		2	1		4	2	3	2	2	17
nevím o žádných službách	2		1			4	3	1	5		16

6. Do jaké výše jste schopni si finančně přispět na tyto služby (měsíčně)											suma
0 Kč	2			1		5	3	1	3	1	16
100 - 500 Kč			1			2	1		2		6
500 - 1000 Kč						1		3			4
1000 - 1500 Kč								2	1		3
1500 - 2000 Kč			2					1		1	4
2000 - 3000 Kč	2						1			1	4
3000 Kč - a více	1		1				1	1	3	1	8
jiná odpověď - dle výše PnP		1						1	1		3
jiná odpověď - nevím	1		1	1				2		1	6

7. Jaké finanční zdroje na tyto služby využíváte/můžete využít											suma
vlastní	5	1	5	1		6	5	8	6	2	39
rodinné	2	1	4	1			3	4	1	2	18
pouze hrazené zdravotní pojišťovnou											0
z přiznaného příspěvku na péči	1		2					5	4	2	14
jiná odpověď - prodat rodinný dům							1				1
jiná odpověď - žádné						2					2
jiná odpověď - nevím								1	1	1	3

Poznámky : červený text je text, který nebyl uveden v dotazníku.

Čísla jsou vždy za kladnou odpověď v dané skupině - celkový počet