

MASARYKOVA UNIVERZITA

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Možnosti péče o seniory ve vybraném regionu

Diplomová práce

Brno 2011

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Mgr. Lucie Procházková, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Zuzana Pavlíčková

PODĚKOVÁNÍ

Mé poděkování patří paní PhDr. Mgr. Lucie Procházkové, Ph.D, za odborné vedení, trpělivý přístup a cenné rady, které mi poskytla nejen jako vedoucí mé diplomové práce, ale po celou dobu mého studia na PdF MU v Brně.

V Brně 10. 4. 2011

PROHLÁŠENÍ

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci zpracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně 1. 3. 2011

.....

Zuzana Pavlíčková

Obsah

Úvod

1 Stárnutí a stáří

1.1	Stáří, stárnutí, kvalita života seniorů	5
1.2	Charakteristika raného stáří	10
1.3	Charakteristika pravého stáří	14
1.4	Poruchy a aktuální problémy ve stáří	17

2 Služby pro starší a nemohoucí osoby

2.1	Sociální služby a jejich formy	21
2.2	Příspěvek na péči a zařízení sociálních služeb	24
2.3	Oblasti sociálních služeb	26
2.4	Aktuální problémy a trendy v péči o seniory	31

3 Vybraný region a zařízení

3.1	Komunitní plánování sociálních služeb okresního města	35
3.2	Poskytované služby ve vybrané obci	38
3.3	Domov pro seniory ve vybraném regionu	39
3.4	Senior Park – zařízení pro seniory ve vybraném regionu	45

4 Možnosti péče o seniory ve vybraném regionu

4.1	Cíle a metody šetření	48
4.2	Vyhodnocení rozhovorů s uživateli služeb	49
4.3	Vyhodnocení rozhovorů se zaměstnanci	56
4.4	Vyhodnocení a závěry výzkumu	61

Závěr	65
-------------	----

Shrnutí, summary	66
------------------------	----

Literatura, legislativa, internetové zdroje	67
---	----

Seznam tabulek, grafů, příloh	70
-------------------------------------	----

Úvod

„*Stáří přináší nadhled, moudrost, naplnění*“ (Vágnerová, M. 2007. s. 299). Toto období je provázeno řadou změn a jeho podoba vždy záleží na mnoha okolnostech, např. genetické výbavě člověka, na jeho životních podmínkách, na prostředí, ve kterém svůj život prožil a na životním stylu, který ho provázel. Stáří mívá podobu šťastného a moudrého období života, pro nahromaděnou zkušenost a vědění, navzdory zhoršování vstřípivosti, až po pravý opak (Čačka, O. 2002). Stárnoucí člověk pozbývá energie, sil a často i schopností sám o sebe se postarat, ztrácí soběstačnost. Pak je nutné, aby se o něho postarala společnost, stát, obec, my všichni, co ještě máme šanci udělat pro druhé něco dobrého a správného. Naše státní politika přišla s převratnou změnou, a sice s Novým zákonem o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). I když tento zákon není dokonalý, je provázen spoustou změn a jistě bude překonán, je to dobrý začátek a odrazový můstek pro všechny, kdo se pokoušejí o seniory a všechny potřebné lidi pečovat.

Diplomová práce **Možnosti péče o seniory ve vybraném regionu** se zabývá problematikou nejstarších občanů ve vybraném regionu, seniorů, kteří potřebují pomoc druhých lidí a využívají sociálních služeb. Cílem výzkumného šetření je analýza vybraných zařízení, komparace péče a poskytovaných sociálních služeb v těchto zařízeních a jejich dostupnost pro seniory. Dílčími cíli jsou rešerše těchto dvou odlišných zařízení pro seniory a zjištění, podle čeho se senioři rozhodují při výběru zařízení, které služby preferují, jak jsou s péčí spokojeni a jaká je celková atmosféra zařízení.

Diplomová práce se skládá se ze čtyř kapitol. V první a druhé teoretické části byla provedena analýza odborné literatury. Byly vymezeny pojmy stáří, stárnutí, kvalita života seniorů. Byla provedena charakteristika raného a pravého stáří a analýza odborné literatury a nové legislativy v oblasti služeb, jejich forem, oblastí, zařízení sociálních služeb a příspěvku na péči. Tyto služby by měly pomoci seniorům co nejdéle vést plnohodnotný život v jejich přirozeném domácím prostředí.

Třetí část se zabývá charakteristikou vybraného regionu, analýzou komunitního plánování služeb okresního města a poskytovaných služeb ve vybrané obci, jejíž součástí jsou dvě vybraná zařízení – soukromé zařízení Senior Park a Domov,

poskytovatel sociálních služeb. V závěru třetí části byla provedena rešerše obou zařízení, která se stala východiskem pro výzkumnou část.

Empirická část byla provedena technikou interview s uživateli služeb – s obyvateli dvou místních zařízení a poskytovateli těchto služeb – zdravotního personálu, ošetřovatelů, sociálních pracovníků. Na závěr je provedena analýza výsledků získaných rozhovory s klienty i zaměstnanci obou zařízení.

1 Stárnutí a stáří

1.1 Stáří, stárnutí, kvalita života seniorů

Stáří je poslední post vývojovou etapou života. Je i obdobím nevyhnutelných ztrát a nezbytných proměn osobnosti, které směřují k jejímu konci. Tyto změny člověku nemusí znemožnit aktivní a nezávislý život. Z psychologického pohledu je důležité dosáhnout celistvosti lidského života, pozitivně jej zhodnotit, smířit se s tím, co se nepodařilo, bez lítosti přijmout vlastní nedokonalost a smrt přijmout jako nevyhnutelný důsledek života. (Vágnerová, M. 2007)

Jednou z podmínek **dosažení integrity** je pravdivost k sobě samému, smíření se s vlastním životem, který již neumožňuje zásadní změny, vytvoření nadhledu a pochopení života ve všech souvislostech, jeho sounáležitost k minulým i budoucím generacím. Podle Eriksona naděje, jež je v dětství základní silou, dozrává ve víru. Důležité je pozitivní pojetí vlastního života pro dosažení uspokojivé integrity (sec. cit. Erikson, E. H. 2002. in Vágnerová, M. 2007). „*Kde se dosažení integrity nezdaří, tam je starý člověk ohrožen stavy zoufalství*“ (Helus, Z. 1999. s. 117). Dosažení hlavního úkolu – integrity, celistvosti života, předpokládá i Říčan. Člověk pochopí svůj život jako pravdivý příběh, jako celek. Smíří se s tím, co bylo, odpustí, přijme odpuštění a je připraven odejít. Pochopí své kořeny – kořeny domova, kultury, Země, vesmíru, moudrost nalezne ve filozofii, ve víře. (Říčan, P. 2009)

Člověk jak nerovnoměrně dospívá, tak i stárne (Čačka, O. 2002). Stáří, dle Junga, představuje vrchol osobnostního rozvoje, je významným vývojovým úkolem. K dosažení vyrovnanosti ve stáří si musí každý člověk pomoci sám a smysl života hledat uvnitř sebe (sec. cit. Jung, C. G. 1994 in. Říčan, P. 2002).

Stárnutí je obecným biologickým jevem každého živého organismu. Mechanismy stárnutí nejsou přímo známy, ale existuje mnoho teorií, jak prodloužit délku života. Diskutabilními faktory, jež jeho délku ovlivňují, jsou např. život ve vysokohorských podmínkách, strava, nadváha, tělesný pohyb, různá onemocnění ve stáří (Mühlpachr, P. 2009).

Stárnutí – involuce, je proces, který se projevuje změnami v průběhu času. Jedná se zejména o změny vlivem věku, které často chápeme jako změny negativní. Nejčastěji dělíme stárnutí na biologické, psychologické a sociální. Biologické stárnutí bývá provázáno změnami krevního tlaku, oční akomodace, snížením prahu pro vnímání

zvuku i celkovým výkonem rychlosti. Psychologické stárnutí je často provázáno úbytkem fyzických sil a důsledkem toho i sníženým sebevědomím, sníženou adaptabilitou. Existují ale schopnosti, které s věkem neklesají, jako například paměť na jednoduché materiály, tóny, profesní paměť, slovní zásoba a všeobecná informovanost. (Hartl, P. 2004)

Většina autorů (Vágnerová, M. 2007, Mühlpachr, P. 2009, Határ, C. 2008) se shoduje v tom, že je stárnutí podmíněno biologicky, medicínsky, sociálně, sociokulturně i ekonomicky. Je odlišné pro muže a ženy, chápáno objektivně i subjektivně, ovlivněno vnějšími i vnitřními podmínkami.

Specifickým znakem stáří je **potřeba být prospěšný a užitečný**, kdy se starší člověk stává autoritou i rádcem a zároveň je ochotný učit se od mladší generace novým věcem. Dle Junga je stáří výsledkem procesu individualizace, kdy zisky a úspěchy ztrácejí svůj význam a prvořadým cílem se stává rozvoj osobnosti s cílem dojít k úplné harmonizaci všech jejích složek, vyrovnat rozum s citem, najít vnitřní rovnováhu, odpoutat se od problémů, které člověka dříve trápily. (Vágnerová, M. 2007)

Stáří přináší nové zkušenosti, možnosti **žít nezávisle a svobodněji** ve vztahu k povinnostem, jež ho dříve zatěžovaly a které již splnil. Pro úbytek fyzických sil a psychických kompetencí cítí starší člověk větší ohrožení, snaží se získat kontrolu nad svým životem, brání se jakýmkoli změnám. Není zaměřen na výkon, necítí povinnost profesně společenského postavení a díky odchodu do důchodu si může dovolit realizovat nenaplněné vnitřní potřeby, dělat, co ho zajímá – studovat na univerzitách třetího věku, pečovat o vnoučata, cestovat. Někdy je počátek stáří provázen pocitem marnosti, nedostatkem energie a motivace. Zpomalení životního tempa a redukce aktivit signalizuje smířování se s realitou stárnutí. (Vágnerová, M. 2007)

Postoj jednotlivce k vlastnímu stárnutí a stáří je u každého velmi diferencovaný. Závisí na schopnosti a motivaci aktivizovat všechny obranné mechanismy zakódované dědičnými předpoklady, vlivem sociálního prostředí i vlastní životní aktivitou. Pokud se člověk nedokáže vypořádat se změnami, které mu každodenní život přináší, dochází k osobnostním krizím, vyžadujícím v krajním případě i odbornou psychologickou a psychiatrickou intervenci. V této souvislosti pak hovoříme o aktivním stáří, jež eliminuje proces stárnutí. Je nutné dbát na kvalitu výživy, snížení množství celkového příjmu potravin v souvislosti s nižším výdejem energie, dbát na rovnováhu duševní, fyzické a relaxační aktivity. (Határ, C. 2008)

Typickým postojem člověka ve stáří je **zaměření na minulost a bilancování**. Nechce a nemůže měnit vlastní život ani okolní svět, jehož je spoluvůrcem a ve kterém se dobře vyzná. Cílem bilancování je vyrovnání se s vlastním životem a vztahem ke světu a hledání smyslu zbývajících života se zaměřením na skutečně významné. Cílem je akceptovat to, co již nelze změnit, a těšit se z toho, co zůstalo zachováno. Starší člověk je stále nucen přizpůsobovat se novým nepříznivým změnám. Je limitován nemocemi, ztrátou soukromí, skolem partnera. (Vágnerová, M. 2007)

Stáří je obdobím **ztrát mnoha rolí i kompetencí**. I v symbolické podobě mají mnohdy pro člověka zásadní význam a zůstávají nadále součástí jeho identity, sebepojetí. Důležitá je identita člověka, jeho sounáležitost se sociální skupinou, místem. Velmi důležitou složkou identity je rodina – příslušnost k partnerovi, dětem, domovu, místu, kde žije. Tuto identitu může člověk ztratit třeba odchodem do domova pro seniory, či umístěním do ústavního zařízení ze zdravotních důvodů. „*Sebepojetí staršího člověka významně ovlivňuje jeho zdravotní stav*“ (Vágnerová, M. 2007, s. 307). Mnohá onemocnění narušují i psychické kompetence. Člověk, který očekává smrt, uvažuje, co po něm zbude – vlastní dílo, vzpomínky, osobní věci. Smrtí svou identitu ztrácí. (Vágnerová, M. 2007)

Hartl uvádí: „*Stáří je konečná etapa geneticky vyměřeného trvání života*“ (Hartl, P. 2004, s. 562). Světová zdravotnická organizace (WHO) doporučuje patnáctiletou periodizaci stáří:

- rané stáří od 60 do 74 let
- vlastní stáří od 75 do 89 let
- dlouhověkost 90 let a více

Anglosaské republiky stále zachovávají tuto periodizaci: mladí staří, staří a velmi staří a někteří autoři se přiklání k dělení na mladší a pokročilé stáří (Hartl, P. 2004). Toto označení koresponduje s praktickým dělením na první, druhý, třetí a v posledních letech i čtvrtý věk – vyzrálé stáří (nad 75 let). Ostré hranice mezi jednotlivými etapami života se v současnosti mění na měkké kontinuum (Haškovcová, H. 2010). Je důležité nevztahovat striktně začátek stáří k šedesátému roku života člověka, připomíná Határ (2008). Z důvodu prodlužování věku odchodu do starobního důchodu a tím spojenou ztrátou profesní role je potřeba řešit tuto otázku v celém kontextu sociálních procesů stárnutí. (Határ, C. 2008)

„Hranice lidského věku musí existovat a moudrá příroda to ví. Nemůžeme žít věčně, neboť by nezbylo místo pro ty, kteří přijdou po nás: pro naše děti a vnuky“ (Haškovcová H. 2010, s. 20).

1.2 Charakteristika raného stáří

Tělesné i duševní změny se projevují individuálně, v závislosti na dědičných předpokladech a vlivech vnějších podmínek. K fyziologickým změnám organismu dochází jeho přirozeným opotřebováním a jsou velmi individuální (Határ, C. 2008).

I zdraví má ve stáří jinou, subjektivní dimenzi. Je spojeno s nutností přizpůsobit se svým možnostem a akceptovat některá omezení. Dochází k sumaci nepříznivých vlivů a nemoci v průběhu života ovlivní somatické funkce. Přibývá různých, často chronických onemocnění a narůstá postupné zhoršování tělesných funkcí. Sociální status ovlivňuje i měnící se vzhled staršího člověka a v důsledku této změny i chování a vnímání tohoto člověka ostatními. Individuálně jde o změny pozvolné, nebo rychle se měnící – ztloustnutí či vyhubnutí, shrbení, výskyt vrásek a šedivých vlasů apod. Tyto změny mohou odrážet celkový somatický i psychický stav člověka. Nezáměr o vlastní vzhled může signalizovat demenci nebo jiné závažné onemocnění, nebo osamělost těchto lidí. (Vágnerová, M. 2007)

V orgánech ubývá funkčních tkání a jsou zčásti nahrazeny výplní – vazivem. Přibývá očních chorob, citlivosti na světlo, sluchových poruch, klesá citlivost na vysoké tóny, častěji se objevují onemocnění srdce, chronické záněty kloubů, vysoký krevní tlak, nemoci páteře a nohou. Po sedmdesátém roce života bývá větší polymorbidita – současný výskyt více než jedné chronické nemoci. Tělo je náchylnější k infekcím a zhoubnému bujení, těžko se hojí zlomeniny. Mezi významné somatické změny patří i úbytek svalové síly, zhoršení hlubokého cití, pohybové koordinace, snížení průtoku krve, zhoršení elasticity tepen, urychlování tepové frekvence, zvýšení dechové práce, pokles vitální kapacity plic, zhoršení funkce ledvin, močového měchýře, trávení, opotřebování a ztráta chrupu, pokles imunity a zvýšená tvorba autoprotilátek, ztráta pružnosti kůže, úbytek potních žláz, poruchy termoregulace aj. (Mühlpachr, P. 2009). Haškovcová (2010) dodává, že určitá nemoc ovlivňuje zhoršení ostatních, tzv. dominový efekt. S polymorbiditou souvisí i polypragmazie, užívání řady léků najednou. K nejčastějším somatickým obtížím řadí insomnii (poruchy spánku), inkontinenci (pomočování) i mobilitu (ztrátu pohyblivosti). (Haškovcová, H. 2010)

Psychické změny jsou podmíněny biologicky, psychosociálně a jejich vzájemnou interakcí. Biologicky podmíněné jsou změny prožívání, chování a uvažování. Starší lidé mají problémy v zapamatování a vybavování, sníženou frustrační toleranci a jsou celkově zpomalení. Tyto změny však mohou předznamenávat i počátek závažného onemocnění, které v pozdější fázi může vést až k zásadním změnám osobnosti, například u Alzheimerovy choroby. (Vágnerová, M. 2007)

Typickým projevem stárnutí je úbytek mozkové tkáně (atrofie), jež narušuje funkce dle příslušné oblasti a redukce synaptických spojení se zhoršením kvality přenosu impulsů. Dochází ke zhoršení fluidní inteligence – pozornosti, paměti, poznávacích procesů (zejména pokud jde o schopnost zpracovávat nové informace), exekutivních funkcí – plánování, selekce informací, ale i zpomalení psychických funkcí – zpracování informací a jejich ukládání do paměti. Mozek starších lidí pracuje komplexněji, je funkčně plastičtější, kdežto mladí lidé aktivizují v mozku jen úzce specializovaná centra (Vágnerová, M. 2007).

Psychosociálně podmíněné změny vznikají například z důvodu stagnace kompetencí, úbytku nároků a povinností starších lidí, tzv. kohortovou příslušností, speciálním životním stylem a různými návyky, méně využívanými již nepotřebnými schopnostmi a dovednostmi, jež vedou ke stereotypu, manipulujícím postojem společnosti s jejími příznivými i nepříznivými důsledky (Vágnerová, M. 2007). J. M. Eriksonová dospěla k poznání, že vývoj člověka pokračuje i po 65. roce života. Rozšířila etapy vývoje o deváté vývojové stádium, ve kterém zdroj síly pochází především z překonávání negativních elementů. (Határ, C. 2008)

Mění se dílčí schopnosti i celková struktura **poznávacích schopností** vždy v souvislosti s výskytem chorobných procesů, jejichž četnost s narůstajícím věkem stoupá. Klesá kognitivní plasticita (zaznamenávání, ukládání a využívání informací), účinnost a přesnost kognitivních kompetencí (zhoršení zrakové a sluchové percepce, paměti, uvažování). Dochází ke zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů, ale i volby adekvátní reakce na získanou informaci. Citlivost na výkyvy vlastní výkonnosti vede staré lidi k opatrnosti, větší unavitelnosti i ke stresu. Dávají přednost pomalejšímu, ale pečlivějšímu přístupu, jsou rozvážnější a trpělivější. Celkové zpomalení je rovněž dáno biologickými změnami funkce mozku. K úbytku flexibility mohou přispět i psychogenní zátěže, podnětové strádání v sociální izolaci,

stereotypy podnětů při hospitalizaci apod. Tento úbytek může naopak kompenzovat specifická celoživotní zkušenost. (Vágnerová, M. 2007)

Příjem podnětů – percepce je často ztížen zhoršením zraku a sluchu a často ovlivňuje ostatní poznávací procesy. Starší člověk se proto musí více soustředit, používat kompenzační pomůcky, brýle, naslouchadla. Tyto pomůcky symbolizují úbytek kompetencí a svého nositele stigmatizují, ztěžují jeho pozornost, vytvářejí emoční rozlady, napětí, úzkost, deprese. Starší člověk se vyhýbá obtížnějším činnostem, rezignuje. (Vágnerová, M. 2007)

Většina autorů se shoduje, že v průběhu stárnutí se mění **efektivita pozornosti** seniorů, jejich koncentrace, rozdělování a přenášení pozornosti, zejména pokud jde o více podnětů či činností zároveň. Staří lidé nesnadno rozlišují podstatné, ulpívají na subjektivně důležitějších podnětech.

Zhoršení paměti je známým projevem stárnutí.

Problémy s pamětí jsou často způsobené funkční flexibilitou oblastí mozku, patologickými změnami, somatickým onemocněním, ale i únavou, koncentrací pozornosti. Je prokázáno, že paměť funguje hůře u lidí s nižším vzděláním, stereotypním způsobem života, či pokud je netrénovaná. Senioři mají problém uchovat zejména nové informace. V dlouhodobé paměti zůstávají informace někdy i celý život, ale vybavování je pomalé, nepřesné (Vágnerová, M. 2007). Staří lidé si pamatují události před mnoha lety, ale méně ty čerstvé, z předchozího dne. Je to způsobeno arteriosklerotickými změnami v mozku (Kohoutek, R. 2007). Nejnapadnější je úbytek explicitní epizodické paměti – osobních zkušeností a zážitků v běžných a každodenních událostech. Nedovedou si například vybavit, zda si vzali lék. Přijímají takzvané falešné vzpomínky, které jsou nereálné. (Vágnerová, M. 2007)

Zachování úrovně **rozumových schopností** je závislé zejména na sociálních faktorech – dosaženém vzdělání, životním stylu a zejména intelektuálními aktivitami, které tyto kompetence udržují, či dokonce rozvíjejí. „*Závažný úpadek rozumových schopností bývá podmíněn chorobnými procesy, především demencí, kterou trpí 5% lidí starších 65 let*“ (Vágnerová, M. 2007, s. 327). Může být ale také sekundárním důsledkem jiného orgánového onemocnění. Ubývá flexibility, bystrosti a kreativity, ale lze dosáhnout vrcholného nadhledu a komplexního uvažování, jež je označováno jako moudrost. Takoví lidé jsou vyrovnaní s vlastním stárím, chápou svůj život v širším kontextu, bývají akceptováni a mají prestiž. (Vágnerová, M. 2007)

Emoční prožívání v raném stáří je závislé na psychických, somatických i sociálních faktorech. Snížením požadavků odchodem do důchodu je starší člověk méně stresován, avšak případným zhoršeným zdravotním stavem naopak ubývají jeho kompetence, přichází nejistota a obavy z budoucnosti. Nejvíce zatěžující jsou zejména definitivní ztráty. Takové, které nelze nijak nahradit, například ztráta celoživotního partnera. Častěji se objevují deprese a úzkosti. Ze ztráty, osamělosti, izolace, zakotvení, soběstačnosti. Důležitý ukazatel emočního ladění je subjektivní pocit pohody. Značný význam mají dlouhodobé, zejména rodinné vztahy, partner, přátelé. Narůstá potřeba citové jistoty, bezpečí. Citová labilita bývá většinou odrazem nakumulovaných nepříznivých vlivů, osobně závažných zátěží (Vágnerová, M. 2007). Negativní emoce, stres a jiné psychosociální faktory mohou stárnutí organismu urychlit: „*Každý člověk je tak starý, jak se cítí.*“ (Határ, C. 2008, s. 32)

Dalším typickým znakem stárnutí je oslabení **motivace a regulačních funkcí** emočního a volního charakteru. Kromě zmíněných změn mozkových funkcí hrají podstatnou roli sociální faktory. Sebeovládání nevyžaduje v soukromí takové nároky, jako tomu bývalo na pracovišti. Starší lidé se pomalu a neradi rozhodují, dřívější vytrvalost může mít charakter až ulpívavosti a tvrdohlavosti. Mění se i biologické a psychické potřeby. Senioři dávají přednost klidnějšímu stereotypu, jelikož změny vyvolávají nejistotu a dezorientaci. (Vágnerová, M. 2007). Přestože mají senioři mnohé rysy společné, velmi se navzájem liší zdatností, životními podmínkami ale také svými potřebami a nároky (Mühlpachr, P. 2009). Starší člověk potřebuje být milován, uznáván a ceněn, uvádí Vágnerová (2007). Pocit užitečnosti může být naplněn i nepřímo – identifikací s blízkou osobou, dítětem, vnukem, kdy prožívá jejich úspěchy jako vlastní. Pro potřebu otevřené budoucnosti je nutné přijmout nevyhnutelnost vlastní smrti. „*Vyrovnat se s nutností změny smyslu vlastního života je důležitý a také obtížný úkol*“ (Vágnerová, M. 2007, s. 347)

Mění se **osobnostní vlastnosti** starších lidí, ve smyslu akcentace některých vlastností. Nikdy se nemůže změnit struktura celé osobnosti. Člověk s přibývajícím věkem není tak společenský, otevřený. Pečlivost může přerůst až k neúčelné pedanterii. Narůstá egocentrismus, podezřívavost. (Vágnerová, M. 2007)

Jednou z největších **sociálně podmíněných změn** je odchod do důchodu, z vlastního bytu do domácnosti potomka, do instituce pro seniory. Osobně nejvýznamnější je teritorium vlastního bytu, symbol prožitého života, místo

bezpečí, jistoty, na rozdíl od teritoria instituce, jejíž pravidla musí senior respektovat. Odchod do důchodu může ovlivnit strukturu potřeb, styl života i složky osobnosti. Adaptace je individuální a zásadní význam pro ni představuje kvalita sebepojetí. Součástí sociálního kontaktu je i komunikace, jež může být narušena. Nenahraditelnou ztrátou v životě staršího člověka je smrt celoživotního partnera. Vede ke ztrátě smyslu života, důležité složky identity, ke stresu, depresím, sebeobviňování i somatickým reakcím. Bortí se společné plány, motivace cokoli dělat, dochází ke zhoršení ekonomické situace. (Vágnerová, M. 2007)

Je **mnoho faktorů**, které ovlivňují lidské zdraví, stáří člověka: kulturní (zvyky a volný čas), politické (situace, rozpočty), demografické (stárnutí populace, migrace, hustota osídlení), geografické (podnebí, fauna, flóra, komunikace), zdravotnické (služby, péče, poznatky), socioekonomické (životní styl, zaměstnanost, vzdělanost) aj. (Határ, C. 2008).

1.3 Charakteristika pravého stáří

V tomto období narůstají problémy spojené s tělesným i mentálním úpadkem, se zvýšeným rizikem vzniku zátěžových situací, narůstá diferenciací kompetencí. Důležitý je subjektivní pocit pohody, který ovlivní kvalitu života člověka. Adaptace člověka závisí na jeho osobnosti, zkušenostech a hodnotách, psychickém a somatickém stavu (Vágnerová, M. 2007). Határ (2008) přirovnává adaptaci seniora při jeho stěhování do sociálního zařízení ke starému stromu, který chtějí po letech přemístit na jiné místo. Je otázkou, zda bude růst, či zahyne.

Důležitým úkolem seniora je udržet si přijatelný životní styl – svoji autonomii a samostatnost, sociální kontakty, sebeúctu. Udržení životní pohody závisí na zvládnutí ztrát a zátěží, jejichž riziko věkem narůstá. (Vágnerová, M. 2007)

Dle Vágnerové (2007) jde nejčastěji o tyto zátěžové situace:

- nemoc a úmrtí partnera, vrstevníků, osamění a sociální izolace
- zhoršení zdravotního stavu, ztráta soběstačnosti a úbytek kompetencí
- ztráta jistoty soukromí, vynucená změna stylu života hospitalizací, institucionalizací

Vývojový úkol **dosažení integrity** v pojetí vlastního života podle Eriksona je většinou splněn. Senior přijme život, jaký je, nemá potřebu cokoli předstírat, je smířen s realitou i limity vlastního života. Stále více je zaměstnán vlastními obtížemi – fyzickými, zmenšujícím se prostorem, v němž žije, časem, který má k dispozici, ztrátami blízkých lidí i vlastních kompetencí. Vědomí těchto životních limitů ho vede k tzv. gerotranscendenci. Odpoutá se od vnějšího světa k doživotní izolaci a soukromí, dění okolního světa se ho již netýká, přehodnotí vlastní identitu. Překoná neúčelné směřování materiálního světa k vlastní osobnosti. Dotváří vlastní identitu posledním důležitým úkolem – zvládnout důstojně svou smrt. (Vágnerová, M. 2007)

Zdravotní stav seniora se obvykle zhoršuje, přicházejí zdravotní komplikace a chronicita onemocnění. Rozhodující je pro seniora zachování soběstačnosti a přijatelný pocit pohody. Snížení soběstačnosti může vést až k bezmocnosti a závislosti na jiných lidech či umístění do instituce.

Jsou patrné **tělesné změny** stárnoucího člověka. Typický je nárůst některých chorob. K nejčastějším patří chronická onemocnění oběhové soustavy a jimi způsobené emoční rozlady, úzkost, únava. Četný je i výskyt cévní mozkové příhody, demence, nemocí pohybového ústrojí. Kumulací různých stresů, obav z budoucnosti a strachu z bezmocnosti se spolu se somatickými potížemi objevují deprese. Ty se symptomaticky objevují i ve spojení s Parkinsonovou chorobou, u diabetiků. Pocitem ztráty přijatelné perspektivy, nakupením somatických potíží a ztrát například z úmrtí partnera pak narůstá i rezignace na další život, která může skončit i sebevraždou. (Vágnerová, M. 2007)

V **duševním stárnutí** se prolínají vlivy biologického věku mozku a těla s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a jiných společenských faktorů. Duševní činnost starých lidí je zpomalena, jsou méně motivováni a zvýšeně opatrní, snižuje se výkon některých složek inteligence. S psychologickou involucí se kombinují psychické poruchy – neurózy, paranoidity, deprese, suicida. (Mühlpachr, P. 2009)

Pokračuje proces zpomalování zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Příjmu podnětů i nadále brání další zhoršování zraku a sluchu. Narůstají i obtíže v běžných stereotypních situacích. Zřejmý je úbytek všech funkcí intelektu v rozdílném tempu. Slovní porozumění bývá na dobré úrovni do 80 let, pak rychle klesá, plynulost řeči se zhoršuje mnohem dříve. Pomaleji klesá induktivní uvažování, nejrychleji ubývají počítařské schopnosti. Dochází k dalšímu poklesu fluidní inteligence, reakce seniora

jsou pomalé, informace nedokáže efektivně zpracovat. Klesá krystalická inteligence, obě se vzájemně ovlivňují a použité znalosti a uvažování nemusí být adekvátní dané situaci. Biologicky podmíněné změny zatěžují všechny **kognitivní funkce**, ke zvládnutí požadavků pomáhá seniorům rutina. Zjednodušeně rutinně i uvažují, hůře odhadují čas. Tempo jako by se ve srovnání s jejich vlastním životem zrychlovalo. Neschopnost diferenciací času komplikuje seniorům dodržování časových limitů, mají pocit, že ostatní na ně příliš spěchají. Nejdůležitější pro období pozdního stáří je již zmiňovaná nezávislost a soběstačnost. Každodenní kompetence jsou vázány na ubývající krystalickou inteligenci, naučené dovednosti a zkušenosti. Proto i obvyklé situace a domácí aktivity mohou seniorům dělat problémy. (Vágnerová, M. 2007)

Emoční změny nemusí být nápadné, i když nadále pokračují. Dominantní je pocit bezpečí a pohody, který senior brání zjednodušením či zkreslením. Klesá intenzita a frekvence emočních prožitků, kvalita málo a plynule. Senior umí ocenit drobnosti a mít radost i z maličkosti v běžném životě, které mladý člověk snadno přehlédne. Zhoršení emočního ladění doprovází většinou patologický proces nebo kumulace ztrát. V rámci úbytku sil, energie a eliminace kontaktů narůstá i emoční význam nejbližších, na kterých senioři často lpějí. Jejich ztráta a případná separace je velmi stresující. Zhoršení sebeovládání a autoregulace je provázáno úzkostí, strachem, nutkavou neúčelnou činností i agresí a apatií. Ztrácí se motivace k činnostem, zájem o cokoliv odráží kvalitu života. (Vágnerová, M. 2007)

V důsledku omezení kompetencí i kontaktů mohou senioři strádat stimulační deprivací. Nuda a bezcílnost pak vede k apatii a další ztrátě schopností a dovedností. Aktivita eliminuje jejich nepříjemné pocity. Staří lidé jsou náchylnější na násilí v současné společnosti. Mají značnou potřebu bezpečí a jistoty v souladu s potřebou autonomie, samostatnosti a nezávislosti. Obavy ze ztráty intimity bývají spojeny s anonymizací např. umístěním v instituci. Může je naplňovat vědomí blízkosti i spirituálního citění. Potřebují projevovat potřebu vlastní užitečnosti. Důležitá je rovněž symbolická autonomie, kdy mohou sami rozhodovat o tom, co je pro ně dostupné, např. kdy budou jíst, vstávat. (Vágnerová, M. 2007)

Změny socializace. V životě starých lidí se zužuje prostor domova, okruh blízkých přátel, partnera, sourozenců, vrstevníků. Ztráta sociálních kontaktů zvyšuje jejich strach ze sociální izolace, osamělosti. Jsou limitováni fyzickým i psychickým stavem a neustále jsou nuceni přizpůsobit se aktuální situaci. Důležité jsou zachovávané

vztahy se sousedy, kontakty prostřednictvím telefonu, rádia a televize, navazování vztahů prostřednictvím zvířat, zejména psů. Postupně dochází i k zhoršování komunikace. Mají problémy s porozuměním i vyjadřováním, v pozdním věku mohou mít z důvodu ztráty kontinuity i sklon k nutkavému mluvení, zhoršují se jejich jazykové kompetence, dochází k další redukci sociálních rolí, závislost a nesoběstačnost je nutí změnit způsob života. Stávají se obyvateli domova seniorů, pacienty léčebny. (Vágnerová, M. 2007) V případě adaptace na nové prostředí v domově je podstatné, zda se senior rozhodl odejít dobrovolně. Čeká jej nejistota a vytváření nového stereotypu, nebo naopak adaptace a přijetí nového životního stylu. (Határ, C. 2008)

1.4 Poruchy a aktuální problémy ve stáří

V období stáří se setkáváme s podobnými problémy a onemocněními jako v dospělosti. Senioři jsou zatíženi chronickými chorobami, onkologickými onemocněními, zdravotním postižením. Ubývají však fyzické i psychické síly, staří lidé mají sníženou schopnost adaptace na nové podmínky, pocity osamělosti, deprese. Stávají se méně samostatnými, závislími na svém okolí. (Přinosilová, D. 2007)

Mezi hlavní faktory, které ovlivňují stárnutí, řadí Mühlpachr (2009) zákonitou biologickou involuci, chorobné procesy, pasivní či naopak aktivní způsob života, životní podmínky a subjektivní hodnocení a prožívání. K velkým úspěchům v minulosti patří omezení některých srdečních onemocnění, diabetické retinopatie, katarakty, zlomenin krčku stehenní kosti, náhrad kloubní hlavice či kyčelního kloubu, deformit páteře, mentálních onemocnění nedostatečnou funkcí štítné žlázy, těžké nedoslýchavosti, cévních mozkových příhod a jiných onemocnění, operační korekce či prevence. (Mühlpachr, P. 2009)

Častým důvodem ztráty soběstačnosti jsou **mozkové příhody**, které komplikují život různě závažným pohybovým postižením, narušenými komunikačními a motorickými schopnostmi (Přinosilová, D. 2007). Stejně závažné je **onemocnění demencí**, nejčastěji Alzheimerovou chorobou, Parkinsonovou či ischemicko-vaskulární nemocí. Demence vede k narušení časoprostorových vztahů, ztrátě sociálních rolí, ke změnám kognitivních schopností, výkonu, chování. Demencí se zabývá ve stejnojmenné knize Pidrman: *„Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního charakteru.“* (Pidrman, V. 2007, s. 9). Dochází k narušení vyšších kognitivních funkcí, paměti, myšlení, orientace, řeči, učení,

úsudku, přitom vědomí není zastřené. Někdy je onemocnění doprovázeno i zhoršením kontroly emocí, sociálního chování a motivace. (Pidrman, V. 2007)

K nejčastějším onemocněním Mühlpachr (2009) řadí aterosklerózu, rozedmu plicní, osteoartrózu, osteoporózu, Alzheimerovu nemoc, časté poruchy zraku a sluchu. **Ateroskleróza** a její projevy, např. ischemická choroba srdeční, jsou postižení mozkových tepen (cévní mozková příhoda, parkinsonský syndrom) a tepen dolních končetin. Tato onemocnění lze eliminovat prevencí a včasným léčením vysokého krevního cholesterolu, vysokého krevního tlaku a poruch metabolismu cukrů, omezením kouření, obezity a zvýšenou tělesnou aktivitou.

Příčinou **Rozedmy plicní** (obstrukční choroba bronchopulmonální) je chronický zánět průdušek nejčastěji v důsledku kouření. Eliminovat toto onemocnění lze omezením kouření a prevencí alergických zánětů plic. Doktor Jiří Votruba, vedoucí lékař Centra plicní endoskopie pražské Nemocnice Na Homolce se chlubí desítkami uzdravených pacientů ročně, jimž zavedli do průdušky jednosměrnou umělou chlopeň. Jedná se o unikátní léčbu těžké rozedmy plic, ojedinělé u nás i v Evropě od roku 2009. (www.novinky.cz)

Osteoartróza se projevuje degenerativním postižením kloubní chrupavky přilehlé kosti. Prevencí onemocnění je nepřetěžování, ortopedická korekce a správná obuv. **Osteoporóza**, jejíž příčinou je atrofie kostí s úbytkem hutnosti, je často ovlivněna nesprávnou stravou, podvýživou, účelovými či drastickými redukčními dietami. Prevencí je u rizikových žen substituce estrogenů po klimakteriu, ve stáří příjem vápníku a vitamínu D a především dostatek pohybu. „*Hustota kostí se v současné době nejčastěji zjišťuje pomocí tzv. denzitometrie, tedy metody využívající rentgenové záření. V budoucnu by hustotu kostí mohlo monitorovat i infračervené světlo. V současnosti byly objeveny léky, u nichž se účinek v léčbě osteoporózy předpokládá, ale zatím není ověřen.*“ (www.osteoporoza.cz)

Alzheimerova nemoc patří k nejčastějším příčinám demence, úpadku psychických a intelektových schopností ve stáří. Její podstatou je atrofie neuronů a léčba této choroby není dostatečně propracována. Podle Pidrmana (2007) je Alzheimerova choroba primárním onemocněním mozkové kůry, které se vyvíjí plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik, ztrátě základních etických a estetických pravidel, návyků, zvyklostí, zájmů. Nemocní jsou nápadní svým chováním, ztrátou dlouholetých vztahů,

hašteřením, podezíráním. Dochází u nich k poruchám krátkodobé paměti, případně k afázii, apraxii, agnózii, poruchám prostorové orientace. V průměru trvá devět let a má tři stádia: časné - mírné, střední a těžké – hluboké (Pidrman, V. 2007).

Vágnerová uvádí (2004) čtyři stádia nemoci. Ve třetím stádiu je nemocný úplně odkázán na péči okolí, v krajním případě je umístěn i do ústavního zařízení, a ve čtvrtém – terminálním stavu je upoután na lůžko, limitován v navázání kontaktu, nekomunikuje, ztrácí schopnost aktivity a je zcela závislý na ošetrovatelské péči. Základní onemocnění obvykle nelze ovlivnit, ale tzv. antialzheimerika dávají pacientům určitou naději (Vágnerová, M. 2004). Česká alzheimerovská společnost, jejímž cílem je podporovat pacienty s demencí, upozorňuje na palčivé problémy těchto nemocných. Alzheimerově chorobě dokonce vyhlásila den, který se u nás jmenuje Pomerančový. Je mimořádně důležitý, jelikož zviditelňuje problematiku této nemoci, snaží se o podporu celé společnosti, podporuje centra specializovaného výzkumu a kvalitní praxe. (www.alzheimer.cz)

Poruchy zraku jsou úspěšně eliminovány u diabetické retinopatie a katarakty a degenerativního postižení žluté skvrny. „*Přibližně 80 – 90% těžkých zrakových postižení způsobených cukrovkou by se dalo odvrátit včasnou laserovou léčbou*“ (www.dum-zdravi.cz). Lékařská věda jde neudržitelným tempem ku předu, proto se stále častěji šíří zprávy o jejích úspěších. Dr. Isaac Lipshitz uvádí program, který navrátí zrak vybraným pacientům v pokročilém stádiu makulární degenerace. Jeho podstatou je implantace miniaturního teleskopu (Příloha č. 6) vyvinutého firmou Vision Care Ophthalmic Technologies v Kalifornii (www.centrasight.com). **Poruchy sluchu** od nedoslýchavosti až po hluchotu, jsou obavou příštích seniorů. Příčinou bude nadměrná expozice hluku.

Seniorská populace je velmi heterogenní skupinou, danou jedinečností vloh a osobnostních rysů, jejich rozvojem v mládí a středním věku, variabilitou involučních biologických dějů, mírou chorobných změn, životním způsobem, návyky, hodnotovým systémem, ekonomickým zázemím a dalšími faktory (Mühlpachr, P. 2009). „*Nezbytný je důsledně individuální přístup respektující a ctící v každém člověku až do nejvyššího věku jeho neopakovatelnou jedinečnost*“ (Mühlpachr, P. 2009, s. 37).

K projevům a rizikům **ohrožení seniorů** patří pauperizace (ekonomická chudoba), ageismus (věková diskriminace), segregace (vytěsňování ze společnosti) a generační intolerance, předsudky, podceňování léčitelnosti zdravotních obtíží,

maladaptace spojená se změnou sociálních rolí a penzionováním, osamělost v souvislosti s ovdověním, rychlý vývoj společnosti, zejména změny technologií, mezigenerační komunikace v souvislosti s novými aktivitami a terminologií, vyšší nemocnost a ztráta soběstačnosti, pokles schopnosti prezentovat své potřeby, rozhodovat se, týrání a zanedbávání (Mühlpachr, P. 2009).

„Stáří není choroba, je však spojeno s vyšším výskytem nemocí a potíží ve vzájemné kombinaci a se sklonem k chronicitě. Kromě smrti je hlavní hrozbou ztráta soběstačnosti“ (Mühlpachr, P. 2009, s. 39).

Jiné pojetí, na rozdíl od většiny autorů, kteří popisují péči a pomoc starým lidem, kterým ubývá tělesných a duševních sil, trpí nemocemi, smyslovými defekty, samotou, smutkem a strachem uvádí Říčan (2009): *„Existuje ale i zdravé, normální stáří“*. Je pro mnohé nejšťastnější životní etapou, kde převažuje radost a klid. (Říčan, P. 2009, s. 283)

Shrnutí

Stáří je poslední etapou života, obdobím nevyhnutelných ztrát a proměn osobnosti, směřujících k jejímu konci. Podmínkou vyrovnání se s koncem života je dosažení integrity. Potřebou stárnoucího člověka je být prospěšný a užitečný. Stáří umožňuje žít svobodněji ve vztahu k povinnostem, ale znamená i ztrátu mnoha rolí a kompetencí. Typickým postojem člověka ve stáří je bilancování a zaměření na minulost. Stárnutí je podmíněno biologicky, medicínsky, sociálně, sociokulturně a ekonomicky. Je provázáno úbytkem sil a v důsledku chorobných procesů často i ztrátou soběstačnosti. Ztráta schopnosti vyjádřit své potřeby může nesprávným postojem společnosti a jiných lidí seniora ohrozit.

2 Služby pro starší a nemohoucí osoby

2.1 Sociální služby a jejich formy

Významnou změnou v oblasti sociální politiky v České republice po roce 1989 je nahrazení plošného sociálního zabezpečení systémem, který je koncipovaný jako adresný, diferencovaný a dynamický. (Novosad, L. 2009). Celý systém sociální péče, dodává Matoušek (2007), byl dříve pojat tak, že občan čekal, co mu bude poskytnuto a nebyl veden k tomu, aby se rozhodl a vyvíjel vlastní aktivitu. Byla upřednostňována ústavní péče a osoby, které se rozhodly pečovat o svého blízkého doma, nebyly finančně příliš podporovány. Ani nově vznikající nestátní organizace neměly dostatek prostředků na poskytované služby. (Matoušek, O. 2007)

Nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, spolu s dalšími právními předpisy (zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, a zákon č. 111/2006Sb., o pomoci v hmotné nouzi) přinesl očekávané změny (Matoušek, O. 2007). Tento zákon má platnost od 1. ledna 2007 a je nutné dodat i vyhlášku č. 505/2006 Sb., ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Nový systém, uvádí Novosad (2009), respektuje důstojnost každého člověka a dává mu možnost spolupodílet se na řešení své sociální situace. Přispívá k sociální integraci lidí s postižením podporou rodinné péče a podporou alternativních forem služeb státu, občanských sdružení, církví a obcí. Pro omezení ústavní péče, která vedla často k podnětové, činnostní a citové deprivaci, jsou rozvíjeny ambulantní a terénní formy péče. Finanční pomoc, jako dávky, podpora a důchody by měly být v novém systému adresnější a efektivnější. Všechna tato opatření sociální politiky musí podporovat důstojnost občanů, minimalizovat sociální vyloučení, služby musí být pružné a plnit potřeby uživatelů a plátcům, tedy občanům a státu, musí být umožněno kontrolovat náklady a efektivitu vynaložených prostředků (Novosad, L. 2009). Matoušek dodává (2007), že každá osoba má nárok na základní bezplatné sociální poradenství (§37) a pomoc musí vycházet z individuálních potřeb každého člověka, podporovat jeho samostatnost a sociální začleňování. (Matoušek, O. 2007)

Sociální zákon (č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) byl několikrát novelizován, naposledy v roce 2009, a přináší mnohá převratná opatření. Jeho cílem je změnit zastaralý model státní sociální péče v moderní systém sociálních služeb. Jeho novinkami jsou nejen zavedení příspěvku na péči, ale i volnost a odpovědnost při hledání sociální služby a její

poskytnutí na základě sepsané smlouvy. Smlouva o poskytování sociálních služeb musí být uzavřena v písemné formě obsahovat zákonem dané náležitosti. Pravidla a kritéria sociálních služeb, která musí poskytovatelé splňovat, jsou dána tzv. **standardsy kvality**. Zavedení standardů přispívá k lepšímu postavení zájemců a uživatelů sociálních služeb a přispívají ke zvyšování kvality služeb (Krutilová, D. Čámský, P. Sembdner, J. rok neuveden). Zákon rovněž definuje některé zcela nové druhy služeb.

Sociální služby jsou činnosti nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění, nebo prevenci sociálního vyloučení. Pomáhají řešit člověku nepříznivou situaci, podporovat jeho vlastní aktivitu k řešení vzniklé situace. Tyto nepříznivé situace jsou velmi individuální, proto i škála sociálních služeb je pestrá. Sociální služba nabízí možnosti, jak tuto situaci vyřešit přirozeným a obecně přijatelným způsobem (Novosad, L. 2009).

Účelem poskytování sociální služby je sociální začleňování, napomáhají občanům plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života a žít způsobem, který je považován za běžný, a je nutné tyto služby plánovat podle osobních potřeb, cílů a schopností člověka (Krutilová, D. Čámský, P. Sembdner, J. rok neuveden.) Sociální služba však nemůže převzít zodpovědnost za vlastní osud a perspektivu tohoto člověka (www.finance.cz).

Sociální služby poskytuje (§6) obec, kraj a vytváří i vhodné podmínky pro jejich rozvoj podle potřeb jejich obyvatel. Zřizují i organizace, které služby poskytují. Významnými poskytovateli jsou i nestátní neziskové organizace a fyzické osoby. Ministerstvo práce a sociálních věcí je zřizovatelem specializovaných ústavů sociální péče. Informace o těchto službách lze získat na odborech sociálních věcí, v občanských poradnách i přímo u poskytovatelů (www.mpsv.cz). Poskytovatelé sociálních služeb musí splnit podmínky stanovené zákonem, aby mohli tyto služby vykonávat (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Sociální služby umožňují (§2) člověku žít běžným důstojným životem – pracovat, starat se o domácnost, chodit do školy, smysluplně a podle svého zájmu trávit čas. K nejpočetnější skupině příjemců sociálních služeb patří senioři.

Žadatel o příspěvek je povinen podrobit se sociálnímu šetření sociálním pracovníkem obecního úřadu, vyšetření zdravotního stavu lékařem okresní zprávy sociálního zabezpečení a předložit mu lékařské nálezy ošetřujícího lékaře a jiná odborná vyšetření významná pro vypracování posudku. Obecní úřad obce s rozšířenou působností

kontroluje, zda byl příspěvek použit k zajištění pomoci, zda je poskytována osobou uvedenou v žádosti, jestli její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti a jiné skutečnosti. (Sociální zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 29)

Sociální služby jsou poskytovány **formou (§ 33) pobytových služeb**, které jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, **ambulantní formou**, bez ubytování, za kterými osoba sama či v doprovodu dochází, dojíždí, **formou terénních služeb**, které jsou poskytovány v přirozeném prostředí, ve kterém člověk žije. Člověk, který objektivně není schopen žít plně samostatně, dodává Novosad, má dvě základní možnosti. První z nich je život tohoto člověka v rezidenčním zařízení (zařízení s pobytem), druhou možností je podpora života tohoto člověka v domácích podmínkách s možností terénních, popř. ambulantních služeb (Novosad, L. 2009). Současné členění odpovídá moderním trendům v sociální péči. Podle charakteru činnosti se člení na služby sociální péče, intervence a prevence a služby sociálních aktivit (Krutilová, D. Čámský, P. Sembdner, J.).

Odbornou činnost (§116) v sociálních službách rovněž specifikuje Zákon o sociálních službách. Tato činnost je dána následujícím okruhem pracovníků: sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. **Pracovník v sociálních službách (§115)** vykonává **přímou obslužnou péči**, která spočívá v nácviku každodenních činností, podpoře samostatnosti a posilování aktivit a sociálních kontaktů, **základní výchovnou nepedagogickou činnost**, jež spočívá v prohlubování základních hygienických a pracovních návyků, vytváří a rozvíjí osobnost a její volnočasové a kulturní aktivity, zájmy, znalosti a pohybové schopnosti a **pečovatelskou činnost** v domácím prostředí osob spočívající ve výkonu prací spojených s přímým stykem s touto osobou, komplexní péči o její domácnost, sociální kontakty, zabezpečuje koordinaci pečovatelské péče a osobní asistence, provádí sociální depistáž. Pod dohledem sociálního pracovníka patří k těmto činnostem i základní poradenská činnost, činnost depistážní, výchovná, vzdělávací, aktivizační aj. (www.osobniasistence.cz)

2.2 Příspěvek na péči a zařízení sociálních služeb

K zajištění sociálních služeb je možné použít tzv. **příspěvek na péči** (§7). Ten je poskytován osobám závislým na péči jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu. Každý člověk zvládá péči o vlastní osobu a vlastní samostatnost individuálně, a proto i stupeň závislosti je různý. Každý potřebný občan dostává dávky na péči přímo k nákupu potřebné služby.

Pro seniora je často obtížné rozhodnout, jaké služby si má nakoupit. Pobytem v nemocnici se výplata příspěvku zastavuje a v sociální instituci se předává jí. (Hašlovcová, H. 2010.)

Zákon rozeznává **čtyři stupně závislosti** (§8) na pomoci druhé osoby od mírné až po zcela závislou. V rámci úsporných opatření vlády došlo v roce 2011 k výraznému snížení tohoto příspěvku na péči. Příspěvky pro děti jsou vyšší zejména proto, že nemají obvykle vlastní příjem, a je motivační pro rodiny, aby zůstávaly v domácí péči. O příspěvku rozhoduje obecní úřad s rozšířenou působností (§ 7).

Výše příspěvku (§11 - § 29) pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

Pro lehkou závislost	I. stupeň	3 000 Kč
Pro středně těžkou závislost	II. stupeň	5 000 Kč
Pro těžkou závislost	III. stupeň	9 000 Kč
Pro úplnou závislost	IV. stupeň	12 000 Kč

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

Pro lehkou závislost	I. stupeň	800 Kč
Pro středně těžkou závislost	II. stupeň	4 000 Kč
Pro těžkou závislost	III. stupeň	8 000 Kč
Pro úplnou závislost	IV. stupeň	12 000 Kč

„Od 1. ledna 2011 se snížil příspěvek na péči v prvním stupni závislosti dospělých osob z 2 000 na 800 korun. U mladistvých do 18 let zůstává ve výši 3 000 korun. Výše příspěvku 800 korun plně odpovídá intenzitě a náročnosti péče u tohoto nejnižšího typu závislosti. Příspěvek v této kategorii nemá charakter přímé pomoci“. (www.mpsv.cz)

Úkony pro stanovení závislosti (§9)

Pokud je osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu závislá na jiné osobě, od které potřebuje každodenní pomoc nebo dohled ve **více než 12 úkonech** péče o vlastní osobu a soběstačnosti (do 18 let ve více než 4 úkonech), je považována za osobu s lehkou závislostí. Pro středně těžkou závislost potřebuje posuzovaná osoba každodenní pomoc a dohled při **více než 18 úkonech** (do 18 let ve více než 10 úkonech). Těžká závislost je přiznána osobě, jež nezvládne v péči o vlastní osobu a soběstačnost bez pomoci jiné fyzické osoby **více než 24 úkonů** (do 18 let ve více než 15 úkonech). Úplná závislost s finančním příspěvkem 12 000Kč náleží osobě, která potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při **více než 30 úkonech** (do 18 let ve více než 20 úkonech) v péči o vlastní osobu a soběstačnosti. (Sociální zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Při posuzování péče o vlastní osobu se hodnotí základní úkony, např. příprava, podávání, porcování a přijímání stravy, dodržování pitného a léčebného režimu, mytí těla, koupání a sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty a vousy, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, změna poloh, sezení, stání, chůze, přemísťování předmětů, výběr oblečení, oblékání, svlékání, obouvání, provedení jednoduchého ošetření. **Při posuzování soběstačnosti** a stanovení stupně závislosti se vyhodnocuje schopnost komunikace, orientace, nakládání s penězi, obstarávání osobních záležitostí, plánování času, sociální aktivita, nákupy, vaření, běžný úklid, péče o prádlo, lůžko, domácnost, obsluha spotřebičů manipulaci se zámky aj. (Sociální zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) Konkrétní způsob hodnocení jednotlivých úkonů je stanoven vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb.

Pro poskytování sociálních služeb definuje zákon jednotlivá **zařízení sociálních služeb** (§ 34), z nichž většina je vhodná i pro seniory, některá za určitých okolností. Jsou to např. centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, azylové domy, centra sociálně rehabilitačních služeb, zařízení pro krizovou pomoc, terapeutické komunity, sociální poradny, zařízení následné péče aj. Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra. (osobniasistence.cz)

K **základním činnostem** (§ 35) při poskytování sociálních služeb patří pomoc při zvládání péče o vlastní osobu včetně hygieny, stravy, poskytování stravy ale i ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

poradenská činnost a pomoc při uplatňování práv a zájmů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociální terapie, aj. Rozsah úkonů stanoví prováděcí právní předpis. Zdravotní péči upravují zvláštní právní předpisy. Fakultativně mohou být zajišťovány i další činnosti, např. ošetrovatelská a rehabilitační péče prostřednictvím zaměstnanců zařízení, kteří mají odbornou způsobilost. (Sociální zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Zákon současně uvádí druhy služeb, které jsou poskytovány **bez úhrady** (§72), jako např. sociální poradenství, krizová pomoc, telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace aj. U ostatních druhů služeb je od uživatele požadována **úhrada** (§71) a její výše je regulována vyhláškou tak, aby byly pro uživatele dostupné. K úhradě nákladů za poskytnutou péči je určen především příspěvek na péči. Úhradu za pobyt a stravu si uživatel hradí ze svých příjmů. Tato částka nesmí překročit maximální limit. Poskytovatel se s uživatelem musí na částce ve smlouvě dohodnout a má právo požadovat podíl na úhradě za služby i od osob povinných výživou. Jde především o manžela, manželku a děti v případech, kdy příjmy uživatele služby nepostačují na úhradu nákladů. Pokud je uživatel v zařízení sociálních služeb, je úhrada za péči automaticky stanovena ve výši příspěvku na péči a musí mu zůstat alespoň 15% z jejich příjmu. (www.finance.cz)

2.3 Oblasti sociálních služeb

Sociální služby, které definuje zákon, zahrnují tři základní oblasti (§ 32): sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence.

Sociální poradenství (§37) poskytuje potřebné informace, které přispívají k řešení nepříznivé situace, a člení se na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství pro řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení má nárok každá osoba. (www.mpsv.cz)

Základní poradenství jsou povinni poskytovat všichni poskytovatelé, bez ohledu na to, kdo je o radu požádá. Odborné sociální poradenství ve speciálních poradnách je zaměřeno podle cílové skupiny (např. senioři) či určité problematiky (např. lidí drogově závislých). Jeho součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek. Poradny zprostředkovávají kontakty se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomáhají při uplatňování práv a zájmů občanů. (Sociální zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Služby sociální péče (§38) pomáhají lidem k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti, nabízejí pomoc při zvládání úkonů o vlastní osobu, popřípadě zajišťují důstojné prostředí a zacházení, pokud zdravotní stav sociální aktivitu těchto osob vylučuje. Zákon upravuje čtrnáct druhů služeb sociální péče. Seniori využívají např. tyto služby:

Osobní asistence (§39) je terénní služba poskytovaná lidem s onemocněním nebo zdravotním postižením a seniorům v jejich přirozeném prostředí. Osobní asistent pomáhá člověku zvládnout péči o sebe, např. při hygieně, stravování, zajištění chodu domácnosti, umožňuje jim společenský kontakt a pomoc při zajišťování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Pečovatelská služba (§40) je terénní, popřípadě ambulantní služba, určená zejména lidem se zdravotním postižením, seniorům i rodinám s dětmi. Pečovatelé pomáhají člověku zvládnout péči o sebe a o domácnost a pomáhají při zprostředkování kontaktů se sociálním prostředím. Služba se poskytuje za úplatu s výjimkou rodin se třemi a více dětmi narozenými současně a s výjimkou účastníků odboje.

Tísňová péče (§41) je terénní služba, nepřetržitá telefonická nebo jiná elektronická komunikace s lidmi, kteří jsou vystaveni vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života. Za pomoci této komunikace je zprostředkována případná neodkladná pomoc v krizové situaci např. náhlém zhoršení zdravotního stavu. Zprostředkovává rovněž terapeutickou činnost, kontakty se společenským prostředím a pomáhá při uplatňování práv a zájmů. Haškovcová (2010) dodává, že je tato služba důležitá zejména pro samostatně žijící seniory. Ačkoliv jsou soběstační, jejich stav se může snadno destabilizovat, mohou upadnout a potřebovat pomoc. Podobně existuje v některých městech služba Senior na telefonu, pro kterou je obvyklý i opačný směr. Pracovnice této služby samy aktivně a pravidelně kontaktují seniora, aby se ujistili, že je v pořádku. (Haškovcová, H. 2010)

Průvodcovské a předčitatelské služby (§ 42) jsou určeny lidem, kteří mají sníženou schopnost komunikace, zejména osobám se smyslovým postižením, ale i lidem jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku. Je to placená terénní i ambulantní služba a pomáhá zejména při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.

Odlehčovací služby (§44), tzv. respitní služby, mají za cíl umožnit osobám pečujícím o člověka nemocného, zdravotně postiženého či seniora se sníženou soběstačností nezbytný odpočinek. Převezmou péči o člověka, zajistí jeho hygienu, stravu, terapeutickou činnost, kontakty, výchovné a vzdělávací aktivity, popřípadě poskytnou ubytování aj. Poskytují se

za úplaty, avšak například Česká alzheimerovská společnost dostala dotaci a na respitní služby přispívá. (alzheimer.cz)

Centra denních služeb (§45) jsou placenou ambulantní službou pro osoby se sníženou soběstačností (i z důvodu věku) s cílem zajištění pomoci s osobní hygienou, zajištění stravy, výchovných a vzdělávacích aktivit, s vyřízením osobních záležitostí či nabídkou sociálně terapeutických činností.

Denní stacionáře (§46) jsou placenou ambulantní službou, kterou pravidelně navštěvují osoby se sníženou soběstačností. V průběhu dne zabezpečují komplexní péči s ohledem na potřeby, výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a kontakty se společenským prostředím. Jsou moderním typem rezidenčního zařízení, uvádí Novosad (2009), jejichž cílem je zachovat či zlepšit kvalitu života uživatelů a poskytnout úlevu pečujícím osobám. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří pro svůj věk nebo zdravotní stav nemůžou žít samostatně. Jsou nejvhodnější formou institucionální péče pro klienty s funkční a spolupracující rodinou. (Novosad, L. 2009).

Týdenní stacionáře (§47) jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Pobyt je zabezpečován zpravidla po dobu pracovních dnů. Služba nabízí ubytování včetně stravy, hygieny a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Služba se poskytuje za úplaty.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (§48) jsou placenou pobytovou službou, zabezpečují osobám se sníženou soběstačností vyžadujícím pravidelnou pomoc komplexní péči, nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv. Tato služba je určena především těm, kterým nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí. Nezaopatřeným dětem poskytuje i osobní potřeby, vybavení a kapesné. Může zde být vykonávána i ústavní výchova nebo předběžné opatření.

Domovy pro seniory (§49) jsou pobytovou službou s celoročním provozem. Zabezpečují seniorům vyžadujícím pravidelnou pomoc a komplexní péči jiné fyzické osoby nejen ubytování, stravu, pomoc při hygieně, ale i aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, pomoc při zajišťování práv, zájmů a osobních záležitostí. Jsou určeny především seniorům, kterým již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí. Služba se poskytuje za úplaty. Do domovů důchodců a domovů – penzionů, jak uvádí Mühlpacher (2009), nejsou zpravidla přijímáni senioři s těžkou a hlubokou mentální retardací, s psychózami a psychickými poruchami a s různými závislostmi. V současné době je velké procento klientů těchto zařízení s psychiatrickou diagnózou, převážně s demencí. Jedním

z typů domova důchodců je i například ústav sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí (Mühlpachr, P. 2009). Jedná se podle nového zákona o uvedené následující zařízení.

Domovy se zvláštním režimem (§50) jsou rovněž pobytovou službou s celoročním provozem s podobnou nabídkou služeb, ale jsou uzpůsobeny zvláštním potřebám osob, které trpí duševní nemocí, nebo jsou závislé na návykových látkách, nebo trpí Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením. Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb. specifikuje kontraindikace např. psychiatrické pro přijetí do domovů pro seniory. Příkladem takového zařízení je příspěvková organizace středočeského kraje **Centrum Rožmitál pod Třemšínem**, poskytovatel sociálních služeb. Sociální služba je zaměřena převážně na stařeckou demenci a Alzheimerovu chorobu. Mottem tohoto zařízení je „*Budeme Vám oporou*“. (zdravnet.cz)

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (§52) např. v nemocnici, léčebně dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebně se poskytují osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby a současně nemohou být vzhledem ke svému zdravotnímu stavu propuštěny ze zdravotnického zařízení. Jsou poskytovány do té doby, než si je převezme osoba blízká a zajistí jim potřebnou péči. Podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění. (mpsv.cz.)

Služby sociální prevence (§53) pomáhají předejít sociálnímu vyloučení. Zaměřují se především na sociálně negativní jevy – kriminalitu, bezdomovectví, zneužívání návykových látek a problémy v rodině. Služby, které využívají, nebo mohou využít senioři jsou:

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§66) jsou ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby v důchodovém věku nebo osoby se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Těmto lidem jsou zprostředkovávány kontakty se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služba se poskytuje bezúplatně.

Sociálně terapeutické dílny (§67) jsou ambulantní služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Nemohou pracovat na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora, zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Současně

poskytují pomoc při soběstačnosti v péči o svou osobu a podporují jejich sociální začlenění.

Sociální rehabilitace (§70) je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Poskytuje se formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Kromě základních činností, jako posilování návyků v osobní hygieně, zprostředkovávání sociálních kontaktů, výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností a uplatňování práv, poskytuje také ubytování a stravu. (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, finance.cz)

Kromě uvedených oblastí sociálních služeb existují další zařízení. Specializovaná zdravotnická zařízení, uvádí Matoušek (2009), poskytující péči dlouhodobě nemocným jsou **léčebny dlouhodobě nemocných**. Jsou to místa, kde jsou hospitalizováni pacienti, zejména staří lidé pro nedostatečnou kapacitu návazných služeb, u kterých často převažuje sociální problematika nad zdravotní. Tato zařízení nejsou profilována na práci v sociální oblasti, jejich péče je hrazena paušální dávkou Ministerstva práce a sociálních věcí, často tyto náklady nepokrývá a je obrovskou finanční zátěží pro nemocnice. V některých těchto nemocnicích jsou zaváděny systémy tzv. **návratné péče**, které komplexně řeší doléčení, rehabilitaci, trénink sebeobsluhy a další možnosti aby se senior nemusel do zařízení pro dlouhodobě nemocné vrátit. Zavádějí také řízené návštěvy, při kterých členům rodiny dávají návody, jak o nemocného seniora pečovat v domácím prostředí, včetně rehabilitace, ošetření a aktivizace. (Matoušek, O. 2007)

Od počátku devadesátých let se u nás rozvíjí hospicové hnutí pro lidi, kterým se rýsují hranice jejich života. Cílem tohoto hnutí je vytvoření podmínek pro udržení kvality života i na jeho konci a navazuje na tradice klášterních útulků. V České republice předstihla praxe legislativu. **Hospice a hospicová péče** zajišťují komplexní paliativní péči, zohledňují potřeby pacienta v preterminálním nebo terminálním stavu. Pokračují v léčbě, jejíž cílem je minimalizovat bolest a zmírnit obtíže související se základním onemocněním. (Mühlpachr, P. 2009) Hospice jsou nestátním zdravotnickým zařízením zaměřující se na potřeby umírajícího a potřeby jeho rodiny i v době úmrtí pacienta. Úlohou sociálního pracovníka je vypracování plánu péče, pomáhá naplňovat jeho potřeby, případně koordinuje činnost dobrovolníků. (Matoušek, O. 2007) Hospic počítá s účastí blízkých osob, kteří zde mívají stejný počet lůžek, ale pobyt si hradí. Součástí je i kaple, místo posledního rozloučení. (Mühlpachr, P. 2009) Ecce homo je organizací, která se snaží

prosadit myšlenku hospice i mimo budovy, všude tam, kde lidé umírají. Předsedkyní občanského sdružení je MUDr. Svatošová, která opustila po roce 1989 lékařskou praxi a ze všech sil rozvíjí všechny formy hospicového hnutí u nás. (hospice.cz)

2.4 Aktuální problémy a trendy v péči o seniory

Populace v České republice stárne, stejně jako v jiných zemích západního světa. Je to dáno klesající porodností a zároveň snižující se úmrtností a prodlužováním střední délky života.

Demografické stárnutí populace v České republice v historickém vývoji a prognóze ukazuje následující tabulka (Pidrman, V. 2007, s. 13):

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Zastoupení osob nad 65 let	8,3%	12,9%	13,9%	23,1%	32,7%
Zastoupení osob nad 80 let	1,0%	1,7%	2,5%	5,3%	9,5%
Index stárí	51,7	82,3	111,8	243,0	296,1

Tabulka č. 1 Index stárí (počet osob nad 65 let na 100 osob ve věku 0 – 14 let)

Zdravotní stav seniorů je vysoce heterogenní, vykazuje i vyšší morbiditu, specifickou vysokým výskytem chronických a degenerativních nemocí, vyšší výskyt akutních stavů. U seniorů ve věku nad 80 let polymorbidita dosahuje 3,5 diagnózy u 1 pacienta. Narůstá i skupina nemocných ve středním a vyšším stádiu demence. Tyto ukazatele představují i významné ekonomické náklady. „Nelze popírat, že senioři jsou rizikovou populací z hlediska opomíjení či neposkytnutí adekvátní zdravotní péče. Jestliže budeme snižovat náklady na péči o tuto populaci, může úspora výdajů znamenat jen další neposkytnutí adekvátních služeb. Jestliže nikoho neléčíme, nevznikají nám ani žádné náklady.“ (Pidrman, V. 2007. s. 16) Zvýšené sociální, ekonomické a zdravotnické náklady na péči o seniory formuluje Evropská unie do pěti bodů: zajištění jejich ekonomické bezpečnosti, udržení mezigenerační solidarity, vyloučení věkové diskriminace, provádění dlouhodobé péče a jejich plnohodnotné a společenské akceptování. (Pidrman, V. 2007)

Haškovcová (2010) zastává názor, že **nelze oddělovat péči zdravotní a sociální** a že je nutné tyto dva systémy provázat s respektem k potřebám seniorů. Zároveň zdůrazňuje, že péče na lůžku je nejenom drahá, ale i „nepohodlná“, jelikož drtivá část starých lidí si přeje zůstat doma i v případě nemoci. Proto je potřeba podporovat **rozvoj**

ambulantních a komunitních způsobů péče. (Haškovcová, H. 2010.) Jeden z výzkumů ukazuje, že více jak 78% seniorů chce zůstat doma, i když nemají vyhovující podmínky. (Klvetová, D. Dlabalová, I. 2008)

Mühlpachr (2009) spatřuje výhledově dvě základní možnosti péče o staré občany: **Systém komplexní sociálně zdravotní domácí péče**, který bude splňovat vhodné zdravotní podmínky, pokryje ošetrovatelské a pečovatelské služby se supervizí sociální pracovníce a geriatrické sestry a bude sloužit seniorům propuštěným z nemocničního zařízení do domácí péče. Měl by zahrnovat ošetrovatelské a rehabilitační úkony, dietetický dozor, psychosociální pomoc, úklid, zajištění kompenzačních pomůcek. **Ošetrovatelský dům s denním stacionářem** by měl po celý den zajišťovat zdravotní a sociální péči, rehabilitační a kulturní programy, fyzikální léčbu i jiné služby jako například praní prádla, kadeřníka, pedikúru, nakupování i nutné přechodné ubytování. (Mühlpachr, P. 2009)

Na **financování** této péče by se měli spolupodílet obec, klient i zdravotní pojišťovna. Tyto možnosti se osvědčily v zahraničí a jsou mnohem lacinější než zřizování domovů pro seniory a péče v nemocnici. Předpokladem do budoucna je i vznik dalších forem nestátní, domácí, nebo poloústavní péče, sponzorované nestátními např. charitativními organizacemi. (Mühlpachr, P. 2009)

Už počátkem 90. let byla vypracována **strategie tzv. 4xD** zdravotní a sociální péče. Deinstitutionalizace předpokládá podporu starajících se rodin a podporu domácí péče. Demedicalizace omezí množství problémů nakládaných na lékaře tím, že bude přenesena do ambulantního režimu zdravotnických a sociálních služeb. Deprofesionalizací budou přeneseny obrovské rezervy v péči o staré lidi na rodiny, přátele, sousedy i dobrovolníky. Ty by měli být koordinováni odborníky. Deresortizace hovoří o celospolečenské propojenosti seniorské problematiky. Systematicky zbořit bariéry mezi resorty, podpořit terénní sociální služby a transformovat rezidenční služby pro seniory. (Haškovcová, H. 2010)

Sociální služby již neposkytuje jen stát. Více než 85% ústavů sociální péče zřizují kraje a obce a nabízejí služby, jež mohou využívat i senioři ve svých domovech. Nestátní organizace se zaměřují na ambulantní a terénní služby. Domovy důchodců byly přejmenovány na domovy pro seniory. Poskytují služby zejména osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku. Není pravda, že v domovech důchodců končí každý člověk ve věku nad 70 let. Jedná se o 3 – 4% seniorů. (Haškovcová, H. 2010) Stejně údaje z výzkumů zmiňuje i Mühlpachr (2009): „*Rodiny dospělých dětí zajišťují péči o 96%*

starých, bezmocných a nepohyblivých členů své rodiny. Pomoc poskytovaná sociální péčí i přes její několikanásobný vzrůst během posledních dvou desetiletí zůstává u nás stále jen okrajovou“ (Mühlpachr, P. 2009, s. 104).

Azylový a kasárenský typ domovů důchodců se po drastických změnách změnil na **skutečný domov, otevřený světu**. Jsou zpravidla pěkně vybaveny, některá soukromá zařízení až luxusně, senioři bydlí v jedno až čtyřlůžkových pokojích někdy i s vlastními bytovými doplňky. Součástí těchto domovů bývají rehabilitační místnosti, pravidelné jsou odborně řízené terapeuticko zábavné činnosti, neustále doplňované novými aktivitami. Novinkou jsou výlety seniorů i do vzdálených míst, i např. petteterapie (zooterapie) – léčba zvířecí láskou. Senioři si mohou dopřát péči kadeřníka, holiče, manikérky, pedikérky sjednaných doprovodných služeb. Některé domovy provozují kavárny, obchůdky a zajišťují pro své klienty kulturní akce. Širokou paletu aktivit mohou využívat i senioři z okolí. (Haškovcová, H. 2010)

Častým problémem je umístění pacientů **s duševní chorobou či pokročilým stadiem demence**. Do ústavů mohou být přijati pouze občané, uvádí Mühlpachr (2009), pro něž jsou tyto ústavy určeny, a to na základě žádosti. Žádost je podána dle trvalého bydliště seniora okresnímu či obvodnímu úřadu, který ústav spravuje. Ten sestavuje poradník dle naléhavosti umístění (Mühlpachr, P. 2009). Domovů se zvláštním režimem stále není dostatek.

Soukromá rezidenční zařízení pro seniory tvoří asi 15% z celkového počtu rezidentských služeb pro seniory a jsou mezi nimi značné rozdíly. Nádherné vybavení se promítá do ceny za měsíční pobyt a ta není vždy úměrná kvalitě poskytovaných služeb. Příjmy seniora na takový druh bydlení často nestačí. Pomáhá příspěvek na péči a často i rodina. (Haškovcová, H. 2010)

Stálý **nedostatek je ambulantních služeb** v denních centrech a týdenních stacionářích. Momentálně nejpopulárnější jsou **domovinky**, kde je o seniora celý den dobře postaráno, včetně stravy, aktivit i rehabilitační péče. U seniorů je tato forma velmi oblíbená, jelikož mají jistotu, že se večer vrátí ke svým blízkým. Oblíbená je i **pečovatelská služba**, ale často je její kapacita omezena na rozvoz obědů a nejnutnější nákupy a chybí o víkendech. Rozvíjí se **sociálně aktivizační služby**, proto by žádný senior v dnešní době neměl být ohrožen sociálním vyloučením, a systém sociálního poradenství. Výhodnou se jeví i časově neomezená služba osobní asistence, ale její cena cca 75 Kč je relativně vysoká. Dobře využitelná je **sociální rehabilitace** pro seniory k udržení a

obnovení praktické samostatnosti. Novinkou jsou placené průvodcovské, předčitatelské a tlumočnické služby. (Haškovcová, H. 2010)

Nový systém ve **vyplácení příspěvků na péči**, který měl posílit postavení uživatele – rozhodovat sám o sobě, je často problematický. Příjemce jej často považuje za příjemný doplněk napnutého rozpočtu v domácnosti. Z 94 vyplacených miliónů uživatelé utratili jen 13 milionů za sociální služby. Výhodou v dnešní době je také **komunitní plánování**. Služby mohou být v malých územních celcích více promyšlené a přehlednější. Tuto službu jsou však povinny zajistit kraje, ale nejsou za ně zodpovědné. (Haškovcová, H. 2010)

Shrnutí

Převratnou změnou v oblasti sociální politiky v České republice je nový zákon o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Spolu s dalšími předpisy, zejména prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb., umožňuje každému člověku spolupodílet se na řešení své sociální situace. Žít běžným důstojným životem pomáhají člověku sociální služby, které zákon vymezuje, stejně jako vymezuje základní činnosti při poskytování služeb, výši úhrady za služby, oblasti sociálních služeb aj. K zajištění těchto služeb je možné použít příspěvek na péči, který se řídí čtyřmi stupni závislosti člověka na pomoci druhé osoby. Rozvoj např. nestátních organizací, ambulantních a komunitních způsobů péče, rozvoj terénních služeb a důsledná kontrola vyplacení příspěvků na péči by mohly zmírnit problémy seniorů v oblasti služeb a pokrýt tak lépe jejich individuální potřeby.

3 Vybraný region a zařízení

3.1 Komunitní plánování sociálních služeb okresního města

Po přijetí Zákona o sociálních službách č. 108/2006 se charakter zařízení poskytujících sociální služby mění. Péči o staré občany, uvádí Mühlpachr (2009), je možné rozdělit do tří úrovní: péče o starého občana **v rodině**, kde se mu dostává pomoci nejčastěji od jeho dětí, sociální péče o seniora **v ambulantních podmínkách**, která se přednostně zaměřuje na pomoc osamělým lidem bez rodinného zázemí, **ústavní a poloústavní péče** o seniora poskytovaná v domovech důchodců s plnou sociální a zdravotní péčí a domovech – penzionech, ve kterých je péče poskytována převážně jen částečně. (Mühlpachr, P. 2009) Pro cílený rozvoj služeb, ušitý na míru regionu vzniklo komunitní plánování služeb.

Tvorba komunitního plánování sociálních služeb v okresním městě, jehož součástí je vybraná obec, je spolufinancována z fondů Středočeského kraje a Evropské unie. K hlavním cílům těchto služeb patří podporovat rozvoj seniorů, nebo alespoň zachovat jejich stávající soběstačnost proto, aby mohli co nejdéle zůstat ve svém domácím prostředí, zachovat si svůj původní životní styl. Dále pak co nejdéle jim umožnit vést samostatný život a maximálně snížit sociální a zdravotní rizika související s jejich sociálním vyloučením či diskriminací. Prostřednictvím sociálních služeb je seniorům zajišťována pomoc v péči o vlastní osobu, pomoc k zajištění stravování, ubytování, při chodu domácnosti, ošetřování, při poskytování potřebných informací a zprostředkování kontaktů se společenským prostředím. Tyto služby pomáhají seniorům při prosazování jejich práv a zájmů a s případnou psychoterapeutickou péčí. Součástí komunitního plánování je registr organizací poskytujících sociální služby a služby související, podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

K registrovaným organizacím poskytujícím sociální služby pro seniory patří například Centrum pro zdravotně postižené Středočeského kraje, které je součástí celonárodní sítě sociálních služeb v oblasti sociálně-právního poradenství. Jeho služby mohou využívat lidé se zdravotním postižením, jejich příbuzní, přátelé, bez ohledu na druh zdravotního postižení, sociální postavení či věk. V zařízení je kontaktní místo pro tyto klienty a poradenské služby jsou poskytovány také písemnou, telefonickou

i elektronickou formou. Součástí služeb je organizování volnočasových aktivit a počítačových kurzů pro seniory. (Katalog sociálních služeb města Mladá Boleslav, 2011)

K církevním zařízením patří např. Diecézní charita Litoměřice, která nabízí služby lidem se zdravotním, smyslovým i mentálním postižením, seniorům a dětem. Jedná se o ošetrovatelskou péči v rodinách, ošetrovatelskou rehabilitaci, aktivizaci vedoucí k zajištění soběstačnosti. Dále poskytuje základní léčebnou tělesnou výchovu, komplexní ošetrovatelskou péči a hospicovou péči, půjčuje zdravotní a rehabilitační pomůcky. (dchltm.cz)

K příspěvkovým organizacím, které nabízejí služby seniorům, je možné uvést např. Dům seniorů Mladá Boleslav. Poskytují zde služby občanům pobírajícím starobní, invalidní nebo vdovský důchod, kteří potřebují v důsledku složitého zdravotního stavu nebo omezené soběstačnosti pomoc, kterou jim nemůže poskytnout rodina, blízcí nebo instituce. Nabízí ubytování, stravování, praní prádla, pečovatelskou a ošetrovatelskou péči, společenské a aktivizační programy, pomoc při vyřizování úředních věcí a korespondence, kadeřnické a pedikérské služby zajišťované cizími subjekty. Penzion pro důchodce je další příspěvkovou organizací poskytující podobné služby jako předchozí organizace. Poskytuje navíc ergoterapii, duševní cvičení a cvičení na židlích s prvky jógy. (ddmb.cz)

Mezi **občanská sdružení**, jejichž služby jsou určeny pro seniory, patří např. Jakhetani Luma – Společný svět, Linka důvěry SOS a Centrum psychoterapie. Tato zařízení jsou určena pro seniory nacházející se v náhlé životní či sociální situaci, kterou nemohou sami delší dobu řešit. Je jim poskytnuto sociální poradenství, psychoterapeutické služby, terénní služby, preventivní programy aj. (Katalog sociálních služeb města Mladá Boleslav, 2011)

O seniory **v domácím prostředí** se postará HELP Centrum, společnost s ručením omezeným. Poskytuje seniorům a zdravotně postiženým občanům specializované poradenství, individuální konzultace v domácím prostředí a komplexní nabídku služeb zajišťující kompenzační a rehabilitační pomůcky. Dále pak občanské sdružení Spokojený domov pro seniory, osoby handicapované, pečující rodiny a rodiny s dětmi. Nabízí pečovatelské služby, osobní asistenci, sociálně aktivizační služby a navíc i terénní respitní péči v domácím prostředí seniora. Oblastní spolek Českého červeného kříže, občanské sdružení poskytuje služby osobám se zdravotním postižením a těžce nemocným. Jeho součástí je Dům péče ČČK s lůžkovým zařízením pro těžce nemocné.

Pečovateľská služba mesta Mladá Boleslav je rovněž příspěvková organizace s právní subjektivitou. Její cílovou skupinou jsou senioři a občané se zdravotním postižením. Nabízí pečovatelskou službu i v domácím prostředí, včetně péče o vlastní osobu, pomoc v péči o domácnost, praní prádla, koupání i dovoz obědů. Seniorům jsou k dispozici i denní stacionář, nepřetržitá služba osobní asistence, nepřetržitá hlasová komunikační služba Tísňová péče a odlehčovací služby rodinám pečujícím o seniora. (spokojeny-domov.cz)

Služby pro cílenou skupinu lidí se zdravotním postižením poskytuje Svaz diabetiků, územní organizace Mladá Boleslav. Nabízí společná měsíční setkávání, rekondiční pobyty, přednášky a besedy osobám s onemocněním diabetes. Klub PARKINSON, Klub ROSKA, občanská sdružení pořádají pro nemocné občany s Parkinsonovou chorobou a sklerózou multiplex společenské akce, poskytují jim informace o novinkách v léčbě, zajišťují účast v rekondičních pobytech, pravidelné cvičení aj. Svaz tělesně postižených TP1, občanské sdružení umožňuje seniorům a občanům se zdravotním postižením aktivní život v podobě výletů, zájezdů a společenských setkání i sportovní aktivity, dovolené a informace o sociálních službách ve městě. (top-cz.)

Při nemocnici v Mladé Boleslavi pracuje Dobrovolnické centrum Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, akciová společnost, která zajišťuje dobrovolníky. Ti poskytují pacientům dobrou náladu, rozptýlení a psychickou podporu v nemocničních odděleních. Domácí péče Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, akciová společnost zajišťuje domácí zdravotní péči všem pacientům na základě doporučení praktického lékaře. (klaudianovanemocnice.cz)

Vzdělávání seniorům nabízejí Klub Univerzity 3. věku a volného času seniorů, občanské sdružení. Pořádají klubová setkání, kulturní programy, besedy, exkurze, sportovní a turistické akce a tematické zájezdy pro seniory navštěvující Univerzitu 3. věku i pro její absolventy a přátele. Péče o tebe je občanské sdružení, které nabízí vzdělávací programy pro ošetrovatele a odborné pracovníky.

Související služby, které mohou senioři využít, provádějí například Kluby důchodců města Mladá Boleslav, jejichž činnost je organizována a financována odborem sociálních věcí, Agentura Slunečnice, sdružení, pečují o staré lidi, pomáhá jim s úklidem domácnosti a nákupy. Senior linka v tomto regionu je rovněž službou pro stárnoucí a starší generaci, osamělé seniory a pečující rodiny, jejímž cílem je zlepšení kvality života

těchto lidí, pečujících rodin a pomoc v každé obtížné situaci. (Katalog sociálních služeb města Mladá Boleslav, 2011)

3.2 Poskytované služby ve vybrané obci

Okresní město je však vybranému regionu natolik vzdálené, že neumožňuje většině zejména imobilních seniorů využívat jeho výše uvedená zařízení i možnosti péče. Starší lidé a jejich rodiny řeší tuto alternativu pouze v případech, kdy to jejich akutní zdravotní stav vyžaduje.

V roce 1994 byl proto obcí zrekonstruován za více než 6 milionů korun bývalý vojenský objekt (ubytovna) na **Penzion pro starší občany s pečovatelskou službou** (§40), kteří nemohou nebo nechtějí dále bydlet v domácím prostředí kvůli pocitu samoty a snížené soběstačnosti zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje občasnou pomoc jiné fyzické osoby. Seniori pocházejí výhradně z tohoto regionu nebo jeho blízkého okolí. Důvodem je zachování jejich kontaktu s obcí, s jejich přirozeným prostředím. Roční náklady obecního úřadu na tuto službu představují 800 000 Kč, přičemž více než polovina této částky se obci vrátí příjmem z nájmu a příjmem za služby. Penzion je určen pro sedmnáct klientů a má k dispozici jedenáct jednopokojových bytů a tři byty 1 +1. Aby byla v případě potřeby zajištěna celodenní péče o seniory, je zde také byt zdravotní sestry. (Interní informace OÚ – místo neuvedeno z důvodu zachování anonymity)

Posláním zařízení je poskytnout seniorům celoroční ubytování, stravování, pomoc dle jejich přání, podporu jejich soběstačnosti, pomoc vést důstojný způsob života a zachovat si dosavadní společenské kontakty. **Sociální služby** v Penzionu zajišťuje zdravotní sestra a sociální pracovnice. Jednou z uvedených zásad je respektování svobody a soukromí obyvatel, aktuální informovanost pro garanci lidských a občanských práv, pomoc při adaptaci na nové prostředí, sociální integrace rozvíjením vztahů s okolím a institucemi v obci, pomoc při aktivizaci a případné seberealizaci, rozvíjení kvality ubytování a stravování, podpora pocitu bezpečí, sociální a zdravotní péče aj.

Zdravotní péče v Penzionu je poskytována praktickým lékařem v obci, který pravidelně dochází do zařízení jedenkrát týdně, nebo na telefonické zavolání ve všední den. V ostatních případech je volána pohotovost. Stravování seniorů je zajištěno

soukromým dodavatelem, jedná se o placenou službu. Někteří senioři tuto službu nevyužívají a vaří si sami. (Interní informace OÚ)

Pečovatelská služba se řídí individuálními potřebami každého obyvatele Penzionu a respektuje jeho soukromí a soběstačnost. Poskytuje tyto základní činnosti stanovené zákonem: pomoc v péči o vlastní osobu (při oblékání, svlékání, jídle, v pohybu a přesunech při nemoci apod.), pomoc při osobní hygieně (např. celkové koupeli, mytí hlavy, stříhání nehtů), pomoc při poskytnutí či zajištění stravy (ohřátí jídla, podávání stravy, vaření), pomoc při zajištění chodu domácnosti (běžný a velký úklid, údržba spotřebičů, běžné nákupy, praní, žehlení prádla, pochůzky k lékaři, na poštu, na úřad), aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktů se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činnost, pomoc při uplatňování práv a zájmů seniora, obstarávání jeho osobních potřeb. Součástí služeb jsou i služby fakultativní, které jsou rovněž za úplatu např. orientační měření krevního tlaku (5Kč), koupele ve středisku osobní hygieny (50 Kč), jednoduché převazy (10Kč), bandáže a mazání končetin (10Kč), dohled nad užíváním léků (5Kč), dohled nad klientem v pracovní době (20Kč za 1 hodinu) i mimo pracovní dobu (40Kč za 1 hodinu), pedikúra, manikúra, masáže, aj. (Interní informace OÚ)

Pokud se stav seniora natolik zhorší, že je nutná celodenní péče a o seniora se nemůže postarat ani rodina, spolupracuje obec s místním zařízením – Domovem pro seniory, kam dotyčný přechází. Domov je vybudován obcí. Výstavba této budovy, která stála více než 80 milionů korun, byla financována částečně ze zdrojů obce a převážně pak z dotací státu. Zařízení má přesně stanovená pravidla na přijímání klientů a přihlíží i k potřebám obce. Senioři, kteří jsou obyvateli **Domova** pro seniory, využívají služeb tohoto zařízení. Možnosti péče o staré občany v tomto zařízení jsou předmětem šetření této diplomové práce. Dalším místním zařízením je **Senior park**, vybudovaný soukromým podnikatelem. Jeho možnosti péče o seniory jsou rovněž zařazeny do výzkumu této diplomové práce.

3.3 Domov pro seniory ve vybraném regionu

V legislativě České republiky do roku 2006 byly do kategorie domov pro seniory zařazeny tyto typy rezidenčních služeb: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy – penziony pro důchodce. Domovy důchodců poskytovaly již dříve

starým lidem plné zaopatření – ubytování, stravu, úklid, praní prádla, žehlení. Vedle toho i různé skupinové programy a základní zdravotnickou péči. Některé tyto domovy měly i specializovaná oddělení, např. s péčí o lidi s demencí. Domovy s pečovatelskou službou poskytovaly nejen byt, ale i základní služby, ale většinou pouze jen ve všední dny. Služby, jako např. úklid, ošetření, hygienu nebo doprovod na úřad či k lékaři si uživatelé objednávali. Domovy – penziony poskytovaly nájemní byt uživatelům, kteří byli soběstační a mohli si rovněž některé služby objednat. (Matoušek, O. 2007)

Domovy pro seniory (§ 49), jak je uvedeno v zákoně, poskytují ubytování, stravu, pomoc při zvládání hygieny, péče o vlastní osobu, uplatňování práv, zprostředkovávají kontakty se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti. Mühlpachr (2009) uvádí: Ústavní a poloústavní péče je poskytována v domovech důchodců (domovy pro seniory dle zákona) s plnou sociální a zdravotní péčí, v domovech-penzionech, které zajišťují péči jen částečně, a ústavech sociální péče se zvýšenou psychiatrickou péčí (domovy se zvláštním režimem dle zákona § 50). (srov. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, Mühlpachr, P. 2009)

Posláním vybraného zařízení Domov (název zařízení není uveden z důvodu zachování anonymity) je zajistit důstojné stáří v bezpečí a s pocitem jistoty seniorům, kteří nemohou pro svou sníženou soběstačnost žít ve svém přirozeném prostředí a potřebují podporu a pomoc druhé osoby, kterou nemůže zajistit rodina ani jiná sociální služba. Podpora a péče umožňují zachování vztahů klienta s rodinou. Zařízení usiluje o vytváření takového prostředí, v němž se senior bude cítit jako doma. **Cílem** Domova je podpořit klienty do té míry, aby zůstali co nejdéle soběstační, a vytvářet jim příležitosti, aby mohli uplatňovat svou svobodnou vůli, jednat a chovat se na základě vlastního rozhodnutí. Mezi hlavní **principy** své práce řadí zaměstnanci Domova týmovou spolupráci, profesionální přístup, dodržování a ochranu práv a vůle klientů, individuální partnerský přístup k seniorům, spolupráci s rodinou, podporu soběstačnosti a pomoc při začleňování klientů do společenského prostředí. K zajištění kvality práce byl přijat i **etický kodex**, jehož účelem je stanovit standardy přístupu zaměstnanců ke klientům a informovat jak klienty, tak veřejnost o tom, co mohou od služeb Domova očekávat.

Etický kodex je soubor norem, pravidel a hodnot a na jeho vytváření spolupracoval celý tým pracovníků přímé péče, konkrétně 33 pracovníků. V celkovém počtu 84 pracovníků jsou pouze 4 muži, kteří zajišťují technické služby. Domov řídí ředitelka a 2 zástupkyně. Dále pracuje v zařízení 14 zdravotních pracovníků,

3 ekonomické pracovnice a další, které pro přehlednost zobrazuje tabulka. (Interní informace Domova)

Pracovníci v sociálních službách

Profese	Počet pracovníků	Počet úvazků	Počet žen	Počet mužů
Pracovníci v přímé péči	33	32,25	33	0
Zdravotnický personál	14	13,25	14	0
Ekonomický personál	3	2,5	3	0
Technický personál	4	4	0	4
Vrátní	3	2	3	0
Kuchyňský personál	12	12	12	0
Uklízeč personál	8	8	8	0
Personál v prádelně	4	4	4	0
Manažerský personál (ředitelka a zástup)	3	2	3	0
Celkem	84	80	80	4

Tabulka č. 2 – Zaměstnanci a jejich profesní složení 2010

Cílovou skupinou Domova ve vybraném regionu jsou senioři ve věku 60 let a výše. V zařízení bydlí celkem 64 klientů, z toho pouze 22 mužů a 42 žen. Průměrný věk klientů je 83 let, 35 seniorů je ve věku nad 85 let. Konkrétní informace ohledně věku a zdraví klientů nejsou veřejné. Pro potřeby Domova jsou senioři rozdělení podle jejich znevýhodnění. (Výroční zpráva Domova, 2009)

Klient na vozíku	Klient s kompenzační pomůckou	Klient, který se musí krmit	Klient s inkontinencí I. a II. stupně	Klient s inkontinencí III. stupně
17	54	38	38	61

Tabulka č. 3 – Počty klientů s různým znevýhodněním (Interní informace Domova)

Toto zařízení neposkytuje služby osobám vyžadujícím stálou péči zdravotnického zařízení, osobám s akutním infekčním onemocněním, osobám závislým na návykových látkách, osobám s poruchami chování, kteří ohrožují svým chováním sebe nebo ostatní, a osobám, které vyžadují celodenní osobní asistenční službu. Poskytovatelé služeb v Domově se zavazují přistupovat ke klientům individuálně prostřednictvím klíčového pracovníka, který zpracovává individuální plán podle aktuálních potřeb jednotlivých klientů, a s pomocí jeho zástupců. (Interní informace Domova)

Úhrady za služby stanoví prováděcí vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb. V zařízeních s celoročním pobytem je povinností uživatele uhradit poskytovateli plnou částku příspěvku na péči jako částku na poskytované služby, dále pak náklady na ubytování a stravování. Například v domově pro seniory je tato částka uvedena mezi 140 Kč a 160 Kč. (Michalík, J. 2007)

V Domově bydlí 64 klientů. 6 klientů je v péči o sebe soběstačných, 7 klientů využívá příspěvek na péči 1. stupně, 26 klientů využívá příspěvek na péči 2. stupně, 15 klientů je zařazeno do 3. stupně a 10 klientů je v plné péči domova a je na jejich péči poskytován příspěvek 4. stupně.

Bez příspěvku na péči	6
1. stupeň	7
2. stupeň	26
3. stupeň	15
4. stupeň	10
celkem	64

Tabulka č. 4 – Poskytnutí příspěvku na péči náležející Domovu, 2010.

Maximální výši úhrady rovněž stanovuje vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb. Poskytovatel si může dohodnout spoluúčast na úhradě nákladů s manželem (manželkou), rodiči nebo dětmi klienta, pokud nemá senior vlastní příjem, nebo jeho příjem nepostačuje. Nemůže však na tyto dodatečné příjmy vázat poskytnutí služby. Po úhradě za ubytování a stravu musí klientovi zůstat alespoň 15% z jeho příjmu. Pokud je příjem seniora nižší než částka stanovená za poskytované služby, nesmí být v žádném případě vedena jako dluh uživatele vůči zařízení. (Michalík, J. 2007)

Pokoj	Jednolůžkový bez koupelny	Jednolůžkový	Dvoulůžkový	Třílůžkový
Cena za den	170 Kč	180 Kč	155 Kč	155 Kč

Tabulka č. 5 – Úhrady za ubytování v Domově, 2010.

Zařízení Domov poskytuje Ubytování v jednolůžkových, třílůžkových pokojích se zvýšenou ošetrovatelskou péčí a převážně dvoulůžkových pokojích se sociálním zařízením a sprchou. Na každém patře je k dispozici zvedací vana pro méně pohyblivé klienty. Senioři mají k dispozici společnou kuchyňku, klubovny, dílnu ručních prací, tělocvičnu s rehabilitačními pomůckami.

Stravování je zajištěno v prostorné jídelně. Senioři se stravují pětikrát denně a mohou si vybrat z několika jídel, včetně dietní stravy. Jednou týdně přijíždí do zařízení prodejna potravin a drogistického zboží, je zde dbáno i na pitný režim a dostatečný výběr ovoce. Cena za stravu činí 138 Kč, za dietní 149 Kč denně.

Celková měsíční úhrada pobytu na jednolůžkovém pokoji je 9 674 Kč, při diabetické stravě 10 008 Kč. Na dvoulůžkovém a třílůžkovém pokoji se zvýšenou ošetrovatelskou péčí je cena 8 913 Kč, při diabetické stravě 9 248 Kč.

Ošetrovatelská a zdravotní péče a rehabilitace jsou hrazeny z příspěvku na péči (§7). V domově je po 24 hodin přítomna zdravotní sestra a vyškolené pracovnice přímé péče. Zařízení současně poskytuje možnost registrace u smluvního praktického lékaře, který dochází do zařízení dvakrát týdně. V akutních případech volá zařízení Rychlou záchranou službu. Další možností pro klienty je rehabilitační péče specializované rehabilitační sestry, která je důležitá zejména po úrazu či dlouhodobé nemoci. Všechny služby jsou směřovány tak, aby byla zachována, případně zlepšena

soběstačnost a původní styl života klientů. Pomáhají v adaptaci klienta na nové prostředí a v udržení kontaktu s rodinou.

Sociálně aktivizační služby pro seniory (§ 66) jsou poskytované osobám v důchodovém věku ohroženým sociálním vyloučením. Jejich základní činností je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

	9:00 - 9:30	9:30 11:00	9:30 - 11:00	11:30 - 13:00	13:30 - 15:30	od 14:30	15:30 - 17:00
PO	cvičení	ruční práce	zpívání		indiv. práce na pokojích		
ÚT	cvičení	ruční práce	četba na pokračování	výběr obědů	indiv. práce na pokojích		společenské hry
ST	cvičení	ruční práce	tancování		indiv. práce na pokojích	hrátky se psem	společenské hry
ČT	cvičení	ruční práce	nákupy		indiv. práce na pokojích	hrátky se psem	trénování paměti
PÁ	cvičení	ruční práce	vaření		indiv. práce na pokojích		

Tabulka č. 6 – Harmonogram aktivit v Domově, 2010

V Domově jsou k dispozici dílny pro ruční práce. Ve všední dny je zde pro seniory připraven bohatý program: hraní sportovních a společenských her, předčítání knih, časopisů a novin, poslech hudby a zpívání, setkání věřících aj. Pro klienty jsou připravovány odpolední a večerní akce s živou hudbou, občerstvením a tancem. Domov pořádá výlety do okolí, na výstavy. Součástí zařízení je prostorná zahrada, nabízející možnost odpočinku i příležitost k zahradničení. (Interní informace Domova)

Zařízení poskytuje i další fakultativní služby: kadeřnici, pedikérku, masáže dle přání klienta, doprovody na soukromé akce klienta a pro vklady a výběry z vkladních knížek. Senioři mají rovněž k dispozici knihovnu s denním tiskem a časopisy.

3.4 Senior park – zařízení pro seniory ve vybraném regionu

Senior park (název zařízení není uveden z důvodu zachování anonymity) je společnost, která buduje bytové komplexy tzv. bydlení pro seniory po celé České republice. Tyto stavby i služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, jak uvádějí informační zdroje, maximálně vyhovují těmto lidem a poskytují jim bezbariérové bydlení a kvalitní zázemí. **Služby a veškerý provoz v penzionu** zajišťuje servisní organizace Senior – CLUB s.r.o. (na internetových stránkách nenalezena) a slibuje jejich poskytování na nejvyšší úrovni. Jedná se o následující služby: dovoz obědů, donáška nákupů, doprava k lékaři, za nákupy, na výlety. Pracovníci zařízení pomáhají seniorům také s veškerými kontakty s úřady, bankou apod. Samozřejmostí je zajištění kadeřnické a kosmetické služby, manikúra, pedikúra a další služby. V penzionech je zajištěna Domácí zdravotní péče. Jedná se o službu hrazenou zdravotní pojišťovnou na základě předpisu praktického lékaře. K této Domácí zdravotní péči patří: pomoc a dohled při podávání medikamentů, injekční podávání léků, převazy po operačních zákrocích, úrazech i dalších drobných poraněních, zajišťování zdravotních potřeb a pomůcek formou dodávky na lékařský poukaz a hrazené zdravotní pojišťovnou, příp. přímým prodejem za hotové. V případě repasované zdravotní pomůcky jde o nákup za velmi nízké ceny. Jedná se o tyto potřeby a pomůcky: hygienické potřeby, chodítka, berle, elektrické polohovací postele, mechanická a elektrická křesla, vanové zvedáky, schodolezy, nástavce na WC, židle do koupelny, madla apod. (senior-park.cz)

Celý komplex má ve vybraném regionu k dispozici 22 bytů, z toho 21 bytů je obsazených. **Měsíční náklady za bydlení** v Senior Parku ve vybraném regionu tvoří dvě základní položky: měsíční nájem a balíček služeb.

Tzv. **balíček služeb** zahrnuje standardní služby: práci hospodyně a správce, využívání veškerých společných prostor, zálohu 400 Kč (vodné a stočné, vytápění a osvětlení společných prostor, odvoz odpadu), donášku nákupů 3x týdně, zajištění kontaktů s úřady, drobný úklid společných prostor, zajištění lékařské péče, využívání autobusu (výlety, doprava na lékařská vyšetření, nákupy) a veškeré pořádané kulturní a společenské akce v areálu. (Interní informace zařízení)

Bytová jednotka	byt 1 + kk	byt 2 + kk
1. Měsíční nájem	7 420 Kč	8 460 Kč
2. Balíček služeb	3 550 Kč	3 550 Kč
Celkem za ubytování a služby	10 970 Kč	12 110 Kč

Tabulka č. 7 – Náklady na bydlení a služby na rok 2010. (Interní informace zařízení)

Zajištění služeb v Senior Parku vedoucí (hospodyně), která je v každodenním kontaktu se všemi obyvateli zařízení, vycházejí z přání a potřeb klientů. Zahrnují každodenní informace o dění v zařízení, chystaných výletech a akcích, dále též veškeré další standardní služby (doprava k lékaři, na vyšetření, osobní hygienu, nákupy, drobný úklid, pomoc při stravování aj.). Vedoucí zajišťuje kontakty s úřady a ostatními firmami poskytujícími služby dle přání klienta (kadeřnictví, kosmetika, masáže, pedikúra, donáška jídel apod.). Je ovšem zapotřebí si uvědomit, že při počtu 20 bytů, které musí hospodyně každý den obejít, vychází její průměrná návštěva asi na 15 minut na jeden byt. Tedy jen po tuto dobu může v každém bytě řešit individuální problémy, objednávky, popřípadě drobný úklid. Hospodyně vedle těchto služeb pro jednotlivé klienty provádí i úklid společných prostor budovy, provozuje služby nabízené v rámci zařízení (knihovna, kulturní akce, výlety) a jiné aktivity spojené s prožitím „volného času“ klientů a provozem penzionu. (Interní informace zařízení)

Správce Senior Parku zajišťuje především dopravu firemním vozem dle přání klientů a veškeré potřeby obyvatel Senior Parku, související s drobnými pracemi v bytě např. opravy kapajícího kohoutku, rozbité kliky, pověšení obrázků či poličky atd. Dále zajišťuje ostatní služby spojené s provozem penzionu, provádí údržbu společných prostor a přilehlých pozemků. Zajištění nákupu pro klienty je nedílnou součástí služeb zaměstnanců penzionu. Jedná se o donášku drobného nákupu 3x týdně a zajištění velkého nákupu 1x týdně. O nákupy a úklid se také stará **uklizečka**. (Interní informace zařízení)

Každý týden probíhá v zařízení zejména **kulturní, nebo volnočasová aktivita** (koncerty, divadelní vystoupení, besedy, přednášky, soutěžní odpoledne, oslavy narozenin). Všichni obyvatelé i jejich rodinní příslušníci mohou využívat veškeré možnosti k relaxaci, které atrium nabízí (zahradu, bazén, krb). Každý týden ve čtvrtek

vede externí cvičitelka půlhodinové relaxační cvičení na židlích, které je zčásti hrazeno ze sponzorského daru, klient doplácí 10 Kč. (Interní informace zařízení)

Společnost vlastní bezbariérový vůz, který je klientům k dispozici 3 x týdně v rozsahu 450km za měsíc a má pevný jízdní řád. Nabízí služby i pro individuální cestování.

	Od 8 do 11 hodin	Od 13 do 16 hodin
Pondělí	Lékaři, lékárna, úřady, nákupy	Individuální jízdy, výlety aj.
Úterý	Individuální jízdy, výlety aj.	Individuální jízdy, výlety aj.
Středa	Lékaři, lékárna, úřady, nákupy	Individuální jízdy, výlety aj.
Čtvrtek	Individuální jízdy, výlety aj.	Lékaři, lékárna, úřady, nákupy
Pátek	Individuální jízdy, výlety aj.	Individuální jízdy, výlety aj.

Tabulka č. 8 – Jízdní řád společnosti Senior Park vybraného regionu, 2010

Shrnutí

V okresním městě je vybudována široká síť zařízení a sociálních služeb, není však z důvodu vzdálenosti dostupná zejména imobilním seniorům vybraného regionu. Proto se obec snaží o vybudování vlastní sítě sociálních služeb. V roce 1994 byl obcí zrekonstruován vojenský objekt na Penzion pro seniory s pečovatelskou službou a v roce 1999 postavila obec s pomocí státní dotace budovu, která je pronajata Domovu, poskytovateli sociálních služeb, jehož zřizovatelem je Středočeský kraj. Dalším zařízením pro seniory vybraného regionu je zařízení Senior Park, který byl v obci postaven soukromým podnikatelem. Obě zařízení Domov a Senior Park jsou předmětem šetření výzkumné části této diplomové práce.

4 Možnosti péče o seniory ve vybraném regionu

4.1 Cíle a metody šetření

Východiskem diplomové práce byla analýza získaných dokumentů a internetových zdrojů (výroční zpráva, zpráva o hospodaření, vnitřní pravidla pro pobyt, ceník fakultativních služeb, úkoly, rozvoj a cíle organizace, etický kodex aj.), charakteristika komunitního plánování sociálních služeb okresního města, charakteristika služeb v obci a ve vybraných místních zařízeních pro seniory.

Cílem diplomové práce Možnosti péče o seniory ve vybraném regionu je analýza poskytovaných sociálních služeb vybraných dvou zařízení, komparace péče a dostupnosti sociálních služeb v daném regionu. Dílčími cíli jsou srovnání dvou odlišných zařízení pro seniory a jejich možností péče na základě názorů uživatelů služeb a názorů zaměstnanců těchto zařízení, dále pak zjištění, podle čeho se senioři rozhodují při výběru zařízení, které služby preferují a jak jsou s péčí spokojeni. Sledována je zejména pestrost nabídky, vyváženost a finanční dostupnost sociálních služeb, terapeutická nabídka, poradenské služby, rehabilitační a aktivizační péče, dostupnost lékařské pomoci, zachování individuality seniorů, dodržování principu otevřenosti zařízení, kvalita jídla a kultura stolování, estetičnost prostředí a celková atmosféra zařízení.

V diplomové práci je ověřována platnost těchto výzkumných tezí:

1. V obou zkoumaných zařízeních je dostatečně rozmanitá nabídka sociálních služeb.
2. Soukromé zařízení poskytuje svým obyvatelům větší komfort a soukromí.
3. Většina klientů obou zařízení je spokojena s kvalitou sociálních služeb.
4. Jednou ze závažných bariér při práci s klienty je nedostatek času na každého klienta.
5. Podporu zaměstnavatele vnímají zaměstnanci jako dostatečnou.

Metodologie výzkumu

Diplomová práce má charakter kvalitativního výzkumu. Bylo sledováno, zda existují nějaké zákonitosti nebo pravidelnosti v tom, jak si senioři zařízení vybírají, jaké služby či okolnosti při výběru zařízení preferují a jak jsou se službami spokojeni.

V předešlé části výzkumného šetření byla provedena analýza komunitního plánování služeb okresního města a poskytovaných služeb ve vybrané obci, jejíž součástí jsou obě uvedená zařízení: soukromé zařízení Senior Park a Domov, poskytovatel sociálních služeb a řešerše obou vybraných zařízení.

Empirická část je provedena technikou interview s uživateli služeb (obyvateli dvou místních zařízení) a poskytovateli těchto služeb (zdravotní, sociální a aktivizační péče). V zařízení Domov proběhlo 5 rozhovorů s klienty a 3 rozhovory se zaměstnanci (sociální pracovníci, zdravotní sestrou a aktivizační pracovníci). V zařízení Senior Park proběhly rozhovory se 3 klienty a 1 zaměstnankyní – vedoucí provozu. V tomto zařízení pracuje kromě vedoucí provozu, řidič a uklízečka. Rozhovory s těmito lidmi nejsou relevantní pro účely tohoto výzkumného šetření. Na závěr je provedena analýza výsledků získaných rozhovory s klienty i zaměstnanci obou zařízení.

Výsledky šetření jsou zachyceny v poznámkách a se souhlasem zúčastněných zaznamenány diktafonem a interpretovány (přepis zvukového záznamu, popis prostředí, analýzy, komparace, včetně záznamů místa, času a osob).

4.2 Vyhodnocení rozhovorů s uživateli služeb

Cílem rozhovorů (s uživateli služeb zařízení Domova a s uživateli služeb Senior parku) jsou zjištění, jaké služby senioři preferují, zda jsou pro ně finančně dostupné, zda se mají na koho obrátit se svými zdravotními problémy, zda jsou jim poskytovány poradenské služby a umožněny a podporovány kontakty s okolím a rodinou, zda mají dostatek soukromí pro zachování individuality, jestli jsou spokojeni s nabídkou a kvalitou služeb, případně s čím spokojeni nejsou a jak vnímají celkovou atmosféru zařízení.

Při vyhodnocování rozhovorů se seniory byl zvolen následující postup. Nejdříve byla sledována nabídka služeb v Domově (zdravotní, rehabilitační a aktivizační péče), nabídka ostatních služeb (fakultativní služby, kulturní a společenské aktivity, doprovod na nákupy a vycházky) a plnění spirituálních potřeb seniorů. Po té byly vyhodnoceny odpovědi týkající se finanční dostupnosti bydlení a služeb, soukromí klientů,

otevřenosti zařízení, kvality jídla a kultury stravování. Naposledy byla vyhodnocena odpověď na celkovou spokojenost seniorů se službami a zařízením.

Z odpovědí klientů Domova vyplývá, že nabídka služeb je zde veliká, že je o seniory maximálně postaráno jak po stránce zdravotní, tak po stránce rehabilitační i aktivizační péče. Obvodní lékařka dochází do zařízení pravidelně 2x týdně. (Paní P.: *„Je tu o nás ideálně postaráno. Pokud potřebuju k lékaři, dochází sem paní doktorka. Pokud se něco stane, pomohou sestřičky. Pokud je to hodně vážné, volá se sanita. Od sestřiček dostáváme léky. Ráno, v poledne, večer... nemusím se o nic starat.“*)

Senioři mají možnost rehabilitace, byla pro ně zakoupena nová masážní vana (viz. příloha č. 4), kterou si moc pochvalují. (Paní E.: *„Takovou vanu tu máme. Ta je teď nová. To je poleženíčko.“*). Zdravotní sestry pravidelně cvičí s ležícími klienty a pro ostatní seniory uskutečňuje rehabilitační sestra pravidelné každodenní cvičení na židlích. (Paní P.: *„Po snídani máme tělocvik, není povinný, ale po zdravotní stránce je to vhodné. Cvičí s námi rehabilitační setra. Cvičí se hodinu. Intenzivně! Posílíme kondici.“*; Paní R.: *„Taky každý den cvičíme s rehabilitační setrou, cvičí nás jen dvacet, někdy i osmnáct. Ostatní jsou líný. Já co musím udělat pro svoje dobro, to udělám.“*).

Senioři jsou pravidelně aktivizováni třemi pracovníci zařízení, které jim každý den připravují různé činnosti, např. vaření, ruční práce, tancování, předčítání z novin a knih, společné zpívání a jiné aktivity – (Paní P.: *„Vyšívám polštářek, drobné předměty. Nebo lepíme obrázky z textilu, díváme se na televizi, odpoledne si povídáme, zpíváme, hrajeme hry. Člověče, nezlob se, jako malé děti,... to mám nejradši. Taky šachy. Někteří skládají písmenka, berou pokaždé jeden (kámen), já nevím, jak se to jmenuje (sudoku), to mě ale nebaví. Taky nám sestřička čte.“*, (Paní R.: *„Já dělám každé rok Mikuláše. Choděj sem i postižený děti, ... taky zpívat. Děti měly program. Já dělala Mikuláše a H. čerta. Já jim dávala takový balíčky. Pěkný byly. Taky sem chodí pan starosta. On toho pro nás moc udělal.“*).

Do zařízení docházejí pedikérka, manikérka, kadeřnice i kosmetička, ale tyto služby často z finančních důvodů zajišťuje rodina seniorů (Paní D.: *„Ty možnosti jsou, ale já je nevyužívám, s tímto mi pomáhá rodina. Vnučka mi to udělá, kadeřnici a manikúru, jinak nic nepotřebuju.“*).

Senioři mohou využívat širokou nabídku služeb včetně pravidelných kulturních a společenských akcí, které jim zařízení poskytuje (Paní P.: *„Akce bývají. Vloni jsme byly v Lysé na výstavě. Snad zase pojedem. Máme družbu s domovem ..., jezdíme tam*

na keramiku. *K nám jezdí hudebníci, zpívají, hrají. Tak 3x, 4x do roku. Byla u nás Vlasta Fialová (Květa), byli jsme na masopustu, ... zpívalo se, tančilo,...*“). Často se stává, že se senioři cítí unaveni, a proto využívají zejména místní aktivity, zájezdů a výletů se příliš nezúčastňují, ale jsou o nich informováni.

Z šetření vyplývá zjištění, že zařízení má rezervy v oblasti víry klientů a naplnění jejich spirituálních potřeb. Do zařízení nedochází místní farář, přestože jsou klienti věřící (Paní R.: *„Já jsem věřící, mám na pokoji obrázek svaté Anežky, ale do kostela nechodím. Farář sem taky nechodí.“*). Na druhou stranu je nutné podotknout, že senioři nevyužívají možnosti bohoslužeb v obci, které se konají pravidelně každou neděli, což by mohlo být důsledkem neinformovanosti seniorů, ale i nezájmem o tuto službu.

Klienti Domova mají možnost požádat o doprovod do obchodu, do restaurace, do knihovny, nebo jen tak na procházku do blízkého okolí a zahrady. Stává se však, že pracovníci zařízení „bojují“ s časem, musejí klientku odmítnout, nebo tuto aktivitu odložit. Na otázku, zda by uvítala klientka další služby, odpověděla paní D.: *„Nejraději bych byla, kdybych mohla být víc venku. S někým se pobavit, aby mi to uteklo, ten den. Někdy je to moc dlouhý, ten den.“* Na otázku: Kdybyste někoho poprosila, vzali by Vás ven, odpověděla: *„Jo, někdy jo. Někdy sestřička řekne, dneska nemůžu, ale zítra. Ale přijde druhá sestřička a ustrojila mě. Byla moc ochotná. A jenom jsme to objely. Ale ten den líp uteče.“*

Senioři si připravují seznam potřebných věcí, které jsou za poplatek nakoupeny. Obec marně žádá o dotace na chodníky, proto je cesta do obchodu pro nepříteli samostatné a imobilní seniory místy nebezpečná. Většinou tedy volí snadnější variantu – chodí na krátké procházky a nechají si nakoupit. Do Domova pravidelně dojíždí soukromý podnikatel s potravinami, drogistickým zbožím i oblečením – (Paní D.: *„Nakupování tu je, jezdí sem prodejna. Ráda si něco dobrého koupím, třeba vánočku.“*, Paní P.: *„V pojízdné prodejně si koupím třeba citronky na dochucení čaje.“*). Tuto službu senioři hodně využívají, ale musejí zvažovat svoje finanční možnosti.

Velmi často senioři řeší finanční otázky týkající se sociálních služeb a zejména ubytování. S financováním bydlení jim pomáhají nejbližší příbuzní, rodina (Paní D.: *„Abych vám pravdu řekla, no, musím se omezovat. Někdy jo, někdy mi pomůžou. Abych mohla dát nějaké peníze vnoučatům. Aby měly děti radost, ale oni to nechtěj. Řeknou, babičko, kup si něco. Já mám ráda víno a vánočku.“*, Paní P.: *„Abych řekla pravdu, já*

se o to nestarám. Pokud bych nevycházela, pomůže rodina, ale to bych nerada. Vycházím z důchodu, můžu si něco koupit, ještě mi zbývá.“).

Někteří mají dokonce obavy ze zdražování a ztráty domova, který by museli z finančních důvodů opustit – (Paní E.: *„Hlavně, aby moc nezdražovali, ... abychom tu mohli zůstat.“*. Paní P.: *„Největší přání mám, aby nám tady nezvyšovali ceny. Abychom to zvládly všechno zaplatit.“*). Celková měsíční úhrada pobytu v Domově na jednolůžkovém pokoji včetně stravy je maximálně 10 008 Kč, na dvoulůžkovém a třílůžkovém pokoji se zvýšenou ošetrovatelskou péčí a diabetickou stravou je cena maximálně 9 248 Kč (Výroční zpráva Domova).

Otázka soukromí klientů není jednoduchá. Je nutné hledat kompromisy mezi soukromím a zajištěním zdravotní a ošetrovatelské péče, ale i mezi soukromím a principem otevřenosti zařízení. Většina klientů je ubytována ve dvoulůžkových pokojích, do třílůžkových jsou umisťováni senioři se zvýšenou ošetrovatelskou péčí, kterou zde poskytuje 14 zdravotnic a 33 ošetrovatelek (pracovnic v přímé ošetrovatelské péči). Bylo zde nově vybudováno několik jednolůžkových pokojů pro ty nejsamostatnější klienty, kteří proto, že se o sebe dokáží postarat, nevyužívají ani příspěvek na péči. Do Domova není možné přestěhovat seniora s jeho vlastním nábytkem a zařízením. Ty nejosobnější věci a vzpomínky jsou většinou uschovány v malé krabici ve skříni, nebo vystaveny na malé poličce v pokoji seniorů (Paní P.: *„Soukromí moc není, raději se bavíme mezi sebou, co kdo zažil. Svůj koutek mám – poličku s věcmi, které mám ráda, fotky, vázičku a tak.“* Paní R.: *„Mám svůj koutek, každý má svoji poličku, mám tam obrázky, fotky. Koukněte se. Klidně si to vyfoťte, jestli se vám to líbí... Mám tam maminku, tetu, mám to takový vyparáděný.“*). Tyto drobnosti představují hmotné vzpomínky na prožitý život a trochu poodkrývají identitu klientů. Prozrazují vzpomínky na rodinu, hrdost na vnoučata, na vlastní výrobky, obsahují obrázky svatých, dárky nejbližších a podobně. (Viz příloha č. 5)

Soukromí je rovněž omezeno pohybem návštěv, které mohou se seniorem trávit čas kdekoliv a nejsou příliš omezovány (Paní R.: *„Návštěvy můžou kdykoliv kamkoliv.“*). Naopak je ale nutné zařízení pochválit za otevřenost. Záleží na dohodě spolubydlících, jak si své soukromí zajistí. Na otázku, zda si mohou klienti sami třeba uvařit kávu nebo uklidit pokoj, odpovídá většina seniorů kladně, avšak raději si kávu nechají uvařit, pokoj uklidit. (Paní K.: *„Můžu si uvařit kávu, máme tu hezkou kuchyňku. Taký tu máme automat, ale když si povím, tak mi ji uvaří.“*).

Z odpovědi na otázku č. 17 je patrné, že kvalita jídla i kultura stravování je na dobré úrovni. Seniori mají možnost výběru ze dvou jídel a je zajištěna i diabetická strava. Klienti jsou informováni o skladbě jídla na nástěnce i na internetu. Podstatné je i to, že seniorům chutná – (Paní R.: *„Chutná mi tady, jsou ohromně velké porce, ani to nemůžu sníst, ale můžu sníst kolik chci. Plno se toho vyhodí. Říkaj, co sníte, to sníte.“*). Jen jedna z klientek si postěžovala na nedostatek ovoce (Paní P.: *„Dobrý, vaří dobře, mohlo by být víc ovoce. Jídlo upravené, dobře dochucené. Jen ovoce moc není.“*).

Na otázku celkové spokojenosti seniorů se službami a pobytem v zařízení se všichni respondenti shodli, že se jim v zařízení Domov líbí a se službami a péčí personálu jsou spokojeni (Paní D.: *„Líbí se mi tu, moc se mi tu líbí. Sestřičky jsou takové hodné. To vás těší, když si s váma povídají. Když nemůžete s nikým mluvit, to je hrozný. Tak je ten den takovej dlouhej.“*, Paní U.: *„Jo, jsou tady takoví milí. Zastaví se, zeptají se na něco...“*, Paní P.: *„Moc se mi tu líbí, je tu čisto, upraveno, zahrada se mi líbí.“*).

Odpovědi obyvatel **Senior Parku** potvrzují, že je tento domov pouze zařízením ubytovacím. Pro seniory zde nejsou zajištěny sociální služby a tzv. balíček služeb je pojem zavádějící. 15 minut denně nemůže imobilním klientům zajistit ani zdravotní péči, natož pravidelnou rehabilitaci a aktivizaci. Seniori v tak vážném zdravotním stavu, v jakém jsou např. nevidomá klientka paní Š. (89 let): *„Mám taky šedej zákal levého i pravého oka. A na levým sítnici, ...taky. Taky roztržitěnou zlomeninu ruky jsem měla.“* a paní K. (98 let): *„Nemůžu na nohy. To už mě trápí kolik let. Naučila jsem se chodit o holích, někdy jezdím na vozičku. Z místnosti do místnosti chodím sama... Ani nečtu, špatně na to vidím, pomáhají mi s hygienou, pomohou mi do postele, dají mi novou plínku na noc...“*, jsou odkázáni plně na pomoc ostatních lidí a i přes velkou snahu vedoucí tohoto zařízení a pracovnice charitativní péče, která sem dochází 2x denně, nemohou být potřeby seniorů zajištěny. Bydlení je velmi hezké, bezbariérové, ale pro samotné klienty bez pomoci nevyužitelné. Vedoucí provozu sice pomáhá seniorům při vyřizování příspěvků na péči, ale tento příspěvek je v rukách seniorů, respektive jejich nejbližších. Z odpovědi vyplývá, že vzhledem ke vzdálenosti a četnosti návštěv příbuzných nemůže být zajištěna péče o ně ani od těch nejbližších, tedy rodiny.

I zařízení Senior Park bylo klientům vybráno s pomocí rodiny (Paní K.: *„Tohle bydlení vybrala vnučka, protože jsem chtěla mít svoje bydlení, chtěla jsem bydlet sama.“*

Upřímně řečeno ..., já jsem sem nechtěla, já měla svůj vlastní byt v České Lípě. Vnučka se mě ptala, jestli chci být sama v bytě, že našla jiné ubytování. Tak jsem tu.“).

Největším problémem zařízení je zdravotní péče o seniory. Klientka K. je imobilní, nedokáže sama zvládnout hygienu, dokonce si nevymění ani plenu a je odkázána na krátkou ranní a večerní návštěvu jedné sestry z charitativní organizace, která do zařízení dochází. Na otázku, co když se jí stane nehoda, odpovídá: „*Musím to vydržet... mám telefon.*“ Vedoucí zařízení, jak uvádí místní řád, může pomoci jak se zdravotní péčí, tak s pečovatelskou službou, má však pouhých 15 minut na klienta a osmihodinovou pracovní dobu. Po zbytek dne a noci je pouze na telefonu (Paní Š.: „*Když je mi špatně, tak zavolám B. a ona přijede, nebo mi zavolá doktora.*“). Klientka Š., která je nevidomá již 12 let, hovoří o tom, že z obavy, aby neupadla, si sama neuvaří ani čaj. Má totiž špatnou zkušenost. Nedávno upadla a ležela několik hodin, než jí byla poskytnuta pomoc (Paní Š. „*Já jsem minule upadla a zlomila jsem si nohu v krčku, teď nám jednu nohu kratší.*“). Pády jsou u seniorů velmi častý problém, což uvádějí i odborníci jako závažný problém. Např. Mühlpachr uvádí, že častou příčinou pádů je závrativost. Pády způsobují časté úrazy i zlomeniny podmíněné tzv. osteoporosou. Jedním z opatření je úprava bytu a rehabilitace stimulující vnitřní adaptační mechanismy udržující rovnováhu. (Mühlpachr, P. 2009) Paní Š. byla ale úprava bytu z hygienických důvodů zamítnuta a o pravidelné rehabilitaci se v podmínkách zařízení nedá mluvit (Paní Š.: „*a s tou rukou mám prej cvičit. Tak mi koupili takovej balonek, ... masážní, ale já ho nezmůžu. Tak mi K. řekl, ať si s tou rukou cvičím,... jen tak, bez balonku...*“, Paní K.: „*Chodím pokaždé cvičit. Moc se snažím, někdy mě chválí, jak mi to jde. Jak to jde, tak se ukážu. Sestřička chodí skoro každý čtvrtek.*“

Kadeřnice, manikérka a pedikérka docházejí do zařízení nepravidelně. Z výpovědi je patrné, že zde pedikérka nebyla již dlouho a bylo by jejích služeb třeba (Paní Š.: „*...stříhají mi nehty, pedikůru nechci, ale potřebovala bych na rukou kolem nehtů, oni to jen rychle zastříhnou... Taky sem chodí kadeřnice. Ostříhá mě, vyfouká, tuhle když jsem měla to výročí, byla u mě tady na pokoji, abych byla pěkná.*“) Tyto služby z odpovědi paní K. zajišťuje také rodina.

Z odpovědi seniorky je patrné, že rodiny vypomáhají finančně, aby zde mohli bydlet (Paní Š.: „*Finančně bych to nezvládla, to musí vnučka. Je to tu moc drahé.*“). Náklady na bydlení jsou minimálně 10 970 Kč bez stravy, včetně tzv. balíčku služeb. Balíček obsahuje ranní úklid, o který se stará hospodyně, zálohy na energie, nákupy 3x

týdně, zajištění lékařské péče odvozem k lékaři či zavoláním pohotovostní služby, dále pak možnost využít služeb soukromého automobilu s pravidelným jízdním řádem. Ostatní služby jsou v kompetenci rodiny, která příspěvek na péči o seniora pravděpodobně dostává.

Z odpovědí na otázku, jaký je denní program seniorů, je zřejmé, že je zcela v kompetenci seniorů, občas je zpestřen akcemi tohoto zařízení. (Paní K.: *„Možnost je, ale já na výlety nejezdím. Mám pořád plínky, sama si ji nevyměním. Někdy bych ráda jela, ale jsem raději tu, nebo venku na zahradě.“* Paní Š.: *„Ráno vstanu...snídaně, tu mi připraví sestra, odvede mě do obývacího pokoje, potom si rozmyslím nákup, poslouchám rádio, já špatně vidím, tak mi ho K. sešteloval, aby mi hrálo v televizi, pak oběd, večeře, večer mě odvedou do koupelny a pak do postele. Já jim říkám, že mě nemají hned dávat do postele, ale...musím v půl sedmý, pak už tu nikdo není.“*) Na otázku, zda chodí ven, paní Š. odpovídá: *„Do vsi ne, teď byla zima, venku jsem nebyla. Když je hezky, odvezou mě před dům na vozíčku. Už aby bylo teplo.“*) Z dalších odpovědí je zřejmé, že paní Š. už dlouho nikde nebyla a k příbuzným také nejezdí. Jedinou její aktivitou je poslech rádia a péče o sebe samu, pokud je to v jejích silách.

Z odpovědí vyplývá, jak důležitá je pro klienty Senior Parku otázka soukromí. Tuto potřebu řadí před péči o vlastní zdraví a bezpečnost (Paní K.: *„Ano, mám svoje bydlení, mám zařízení podle sebe.“*, Paní Š.: *„V LDN se mi nelíbilo, byly jsme tam čtyři a ta jedna mě pořád sekýrovala, ona to byla taková sekýrnice. Raději jsem sama.“*). Na otázku, zda si může pokoj zařídit podle svých představ, odpověděla: *„Chtěla jsem koberec, aby mi to neklouzalo, ale nejde to ...nemohli by tu rychle vytřít.“*

Zařízení Senior Park mělo problémy se stravováním klientů. Jídlo nebylo chutné, proto změnili firmu na dodávání jídla, aby seniorům vyhověli (Paní Š.: *„Jídlo mi chutná, Výběr je ze čtyř jídel. Dříve mi nechutnalo, změnili vývařovnu, teď je to dobré.“*). Jídelníček je jim k dispozici na týden dopředu, vybírají ze čtyř jídel. Seniorka K. uvádí, že by potřebovala s výběrem jídla pomoci, že si neví rady (*„Mohu si vybrat z jídelníčku čtyři jídla. Výběr... někdy bych potřebovala poradit, co si mám dát.“*). Zajištěna je pouze dovážka obědů (Paní Š.: *„Svačiny a večeře? Nechám si nakoupit.“*). Po zbytek dne se senioři stravují sami, pomáhá jim opět vedoucí zařízení, hospodyně a sestra z charitativní organizace (Paní K.: *„Používám vozíček, pak mám připravenou kávu a rohlík... To je moje oblíbená snídaně. Pak přijde B. a zeptá se, co chci koupit.“*).

Zaměstnankyně Senior Parku zajišťují i nákupy, včetně obstarávání léků, rehabilitačních pomůcek aj. (Paní Š.: „*Do vsi nechodím, co chci, to mi koupí nebo přiveze vnučka. Léky mi obstarává její muž. On je doktor.*“). Z rozhovorů se seniory vyplynuly hlavně obavy o zdraví, na zájmy a záliby senioři příliš nepomýšlejí, o aktivity nemají zájem (Paní K.: „*Nějaké přání.... aby se o mě někdo hezky staral ... jako o moji vnučku, ona je nepřítomná, nikdy nechodila do práce.*“, Paní K.: „*Já na ty akce nechodím.*“). Těší se na své blízké a vítají každou návštěvu, včetně mě, která je vytrhne z každodenní samoty, (Paní Š.: „*To jste hodná, že mi ji uvaříte. Jenom abyste se nezdržela, to jste moc hodná... Zase si přijďte popovídat. Ráda vás tu uvítám.*“).

Vztahy a atmosféra zařízení se zdají být hezké (Paní Š. „*Mám tu jednu kamarádku, občas přijde, ale má oteklé nohy. Tak si kafe nevaříme. Já ji nechci obtěžovat.*“ Senioři velmi kladně hodnotí práci vedoucí zařízení a sestřičky z charitativní organizace, oceňují jejich vstřícnost a obětavou pomoc, přesahující zejména u vedoucí zařízení rámec jejich pracovních povinností (Paní Š.: „*B. je moc hodná, všichni jsou tu hodní,... co se o mě nestará.*“). Senioři jsou plně odkázáni na jejich pomoc.

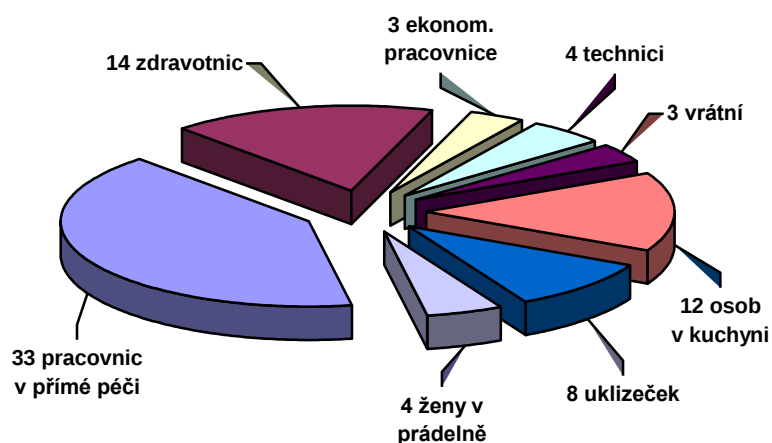
4.3 Vyhodnocení rozhovorů se zaměstnanci

Rozhovory respondentů – poskytovatelů služeb Domova a poskytovatelů služeb Senior Parku jsou zaměřeny na zjišťování, jak vnímají zařízení, ve kterém pracují, jak vnímají a hodnotí svoji práci, jaké mají možnosti dalšího vzdělávání, jestli jsou jejich vzdělání a kapacita dostatečně využity, jakou cítí podporu ze strany zaměstnavatele, čím jsou motivováni, jaké bariéry musejí překonávat.

V zařízení Domov pracuje 84 zaměstnanců, z toho 33 pracovníků v přímé péči a 14 zdravotnic, 3 ekonomické pracovnice, 4 osoby – technici, 3 vrátní, 12 osob v kuchyni, 8 uklízeček, 4 ženy v prádelně. Jejich činnost řídí a kontroluje ředitelka se dvěma zástupkyněmi. Odpověď sociální pracovnice je jasná: „*Všichni zaměstnanci jsou vybíráni přes výběrové řízení. Rozhodující je zkušenost, vzdělání a vystupování uchazečů o zaměstnání*“.

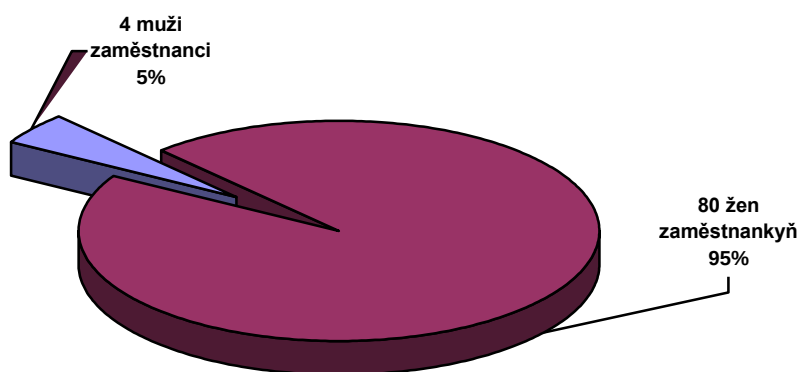
Následující graf zpřehlední jednotlivé profese a počty zaměstnanců v těchto profesích.

Graf 1. Počet zaměstnanců Domova



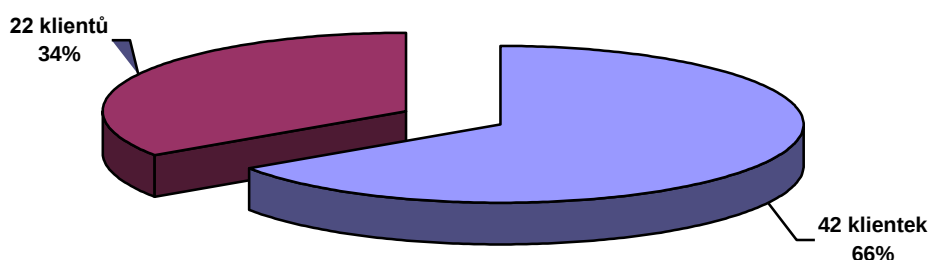
Poměr zaměstnankyň – žen vysoce převyšuje počet zaměstnanců – mužů. Muži pracují pro technický úsek zařízení. Počet žen je dán zaměřením tohoto pracoviště, které je pro práci žen typické – péče o druhé, v tomto případě o seniory.

Graf 2. Poměr zaměstnanců – zaměstnankyň



Tito zaměstnanci se starají o 64 seniorů, z toho 22 mužů (34%) a 42 žen (66%). Z grafu vyplývá jasná převaha žen. K tomuto problému se vyjadřují i odborníci. Např. Mühlpachr uvádí (2007), že ve většině hospodářsky vyspělých zemích převažují ženy nad muži od věku 55 – 60 let, v ČR již od 45 let (Mühlpachr, P. 2007). V důsledku převahy žen jsou v Domově např. plánovány aktivity seniorů.

Graf 3. Poměr klientů – klientek Domova



Stáří a zdravotní stav těchto klientů patří k interním informacím zařízení. K dispozici je pouze průměrný věk klientů – 83 let a informace, že 35 seniorů je ve věku nad 85 let. (Výroční zpráva Domova)

Většina dotázaných zaměstnanců je **motivována** pro tuto práci potřebou pracovat s lidmi a seniorům pomáhat. Na otázku, jestli chodí zaměstnanci rádi do práce, odpověděli všichni zaměstnanci kladně (Př. Aktivizační pracovnice: „*Já chodím do práce moc ráda, práce i po 12 letech mě baví, mám se od klientů co učit, ... ráda si s nimi povídám.*“).

Na otázku, jaké musejí překonávat **bariéry** ve své práci, odpovídají, že nejsou dostatečně **ohodnoceni finančně**, což nedávají za vinu vedení Domova, ale státní politice a administrativní byrokracii (Zdravotní sestra: „*Mohlo by být lépe ohodnoceno to, co děláme, ale nestěžuji si... Nedojíždím z velké dálky.*“, aktivizační pracovnice: „*Jsou tu stále nějaké změny, hodně školení a administrativa. Motivace rozhodně není finanční. Myslím si, že státní zaměstnanci nejsou správně ohodnoceni.*“). Nejčastější bariérou ve vykonávání dobré práce je **nedostatek času** na jednotlivé klienty (Sociální pracovnice: „*Zvládám? Jak kdy, někdy mám pocit, že nezvládám a jsem radši s klienty. Musím být celý den v kanceláři a kór patnáctého, to se odsud nedostanu, to je*

zapykaný.“) a finance např. na aktivizaci klientů (Sociální pracovníce: *„Chybí finance na zájezdy pro klienty, kteří potřebují bezbariérové pobyty. Všechno je moc drahý.“*, aktivizační pracovníce: *„Je tu mnoho papírování – plánování služeb, objednávka služeb, zaznamenávat rozhovory klientů, vše je nutno pečlivě zaznamenávat. Myslím si, že legislativa je na úkor klientů, raději si s klienty povídám.“*, Sociální pracovníce: *„Je toho hodně, ale co se týká mojí práce jedná se pouze o administrativní záležitosti, které se týkají klientů, např. vyplácení důchodů, registr žadatelů...“*).

Ve své práci jsou **podporováni vedením** (Sociální pracovníce: *„ Určitě... jakýkoliv nápad je oceněn,... pokud má někdo připomínky, podněty, určitě se ocení a zrealizují, pokud je to reálný, v rámci organizace možný.“*, Zdravotní sestra: *„Je tu potřeba více personálu, jinak mě nic nenapadá, kdyby občas zašel farář.“*

Zaměstnanci jsou povinni **vzdělávat se**, tzv. sbírat kredity, a je to také jedním z kritérií ohodnocení jejich práce (Sociální pracovníce: *„Máme vzdělávání v rámci organizace, tím, že máme jednou za měsíc velké porady, kde probíráme standardy kvality, naše směrnice, ... jezdíme i mimo, čekají nás školení na stresové situace a jednání ke klientům a mám možnost se i dál vzdělávat, aniž bych si musela brát náhradní volno.“*).

Odpovědi na otázku k celkové atmosféře zařízení se zdály být vyhyčivé a okrajově se respondenti zmiňovali o těžkých vztazích v ženském kolektivu (Zdravotní sestra: *„Asi jako jinde v ženském kolektivu, každá má jinou povahu. Dokážu se domluvit s každým, a co se týká klientů, jsou to staří lidé, mají svoje nálady a s tím se musí počítat.“*). Z mého pohledu jsem však nezaznamenala žádné neprofesionální chování zaměstnanců ke klientům, ba naopak všichni byli vstřícní, všímaví a celková atmosféra klidná a příjemná.

V zařízení Senior Park pracují 3 zaměstnanci, 2 ženy a jeden muž. Rozhovory byly provedeny v tomto zařízení pouze s vedoucí provozu. Téma diplomové práce se neshoduje s relevancí výpovědí ostatních dvou zaměstnanců. Vedoucí provozu by měla dle smlouvy zajistit kontakty s úřady a ostatními firmami poskytujícími služby dle přání klienta. (Vedoucí provozu: *„Někteří si chodí nakupovat sami, ostatním nakupujeme. Doprovod poskytujeme pouze k lékařům, jinak bychom chyběli ostatním klientům, pokud bychom s nimi chodili na nákupy, do knihovny apod.“*). Uklízečka provádí drobný úklid a úklid společných prostor, řeší objednávky klientů, nákupy a aktivity spojené s jejich volným časem Správce zajišťuje především dopravu a drobné

opravy. Kromě těchto tří osob sem dochází sestra z charitativní organizace, se kterou nemá zařízení smlouvu. O seniory pečuje ráno a večer. Rozhovory se seniory potvrzují, že ani její pomoc potřeby seniorů nepokryje.

Z rozhovoru s vedoucí provozu lze vyvozovat, že vyřizuje administrativu, poskytuje základní péči seniorům, zprostředkovává jejich návštěvu u lékařů a na úřadech, obstarává seniorům léky, nákupy, rehabilitační pomůcky, vyřizuje příspěvky na péči. („*Vyřizování lékařů, pokladna, příspěvky na péči, administrativní agenda, vyřizování na úřadech...*“). Je zřejmé, že není v silách jednoho člověka vše zvládnout. Nebyly zjištěny podmínky, které jí poskytuje vedení – majitel Senior Parku, ale je jasné, že na tolik práce rozhodně nestačí osmihodinová pracovní doba. Její práce by měla spočívat spíše v koordinaci poskytování těchto služeb. Z odpovědi na otázku, zda je podporována či bržděna vedením, vyplývá, že je i za této nezvladatelné situace omezena finančně a nezná dopředu rozpočet na služby a provoz zařízení: „*V práci jsem bržděna vedením. Vedení mě finančně omezuje. Pracovní doba na mé povinnosti nestačí. Co se týká legislativy, je vše zdoluhavé, dlouhé čekání na vyřízení příspěvků, např. na péči trvá 4 - 5 měsíců. Změnila bych spoustu věcí, ale tak daleko mé pravomoci, bohužel, nesahají. Co se týká pomůcek, ty si sama obstarávám přes známé z předešlých zaměstnání.*“ Sama si uvědomuje, že osmihodinová pracovní doba nestačí pokrýt všechny její povinnosti a není spokojena s finančním ohodnocením: „*Finanční ohodnocení není dobré, během své 8 hodinové pracovní doby bych všechny své povinnosti nezvládla, proto jsem tu většinou déle.*“

Z dalšího šetření vyplývá, že je zde 23 bytů, ona se stará o 23 klientů a poskytuje seniorům služby v rámci tzv. balíčku služeb. Nestará se o zdravotní stránku klientů, nemá k dispozici jejich zdravotní dokumentaci. To je však v rozporu s tvrzením, že vyřizuje klientům příspěvek na péči i několik měsíců. Další nesrovnalostí je odpověď, že zde jsou všichni klienti mobilní. Paní K. a paní Š. nezvládají ani základní péči o svou osobu a hygienu, nepřejdou delší úsek, nevymění si pleny. Na otázku, zda je zde rada domova, zda mají senioři možnost se podílet na spolurozhodování o chodu zařízení, odpovídá vedoucí provozu záporně. Bariéry a rezervy zařízení vidí respondentka zejména v nedostatku financí: „*Nemám měsíční rozpočet, vše musím zdoluhavě zdůvodňovat, připadá mi, že prosím o peníze. Doufám, že se to zlepší.*“ a chybějící péči lékařky, kterou by zde potřebovali na dva dny v týdnu: „*Dobrý schopný lékař...alespoň kdyby docházel 2 x týdně, pro klid klientů.*“

4.4 Vyhodnocení a závěry výzkumu

Výzkumná otázka hlavní: Jaké druhy poskytovaných sociálních služeb ve vybraných zařízeních pro seniory jsou preferovány samotnými seniory?

Výzkumné otázky vedlejší:

- Jaké služby požadují lidé při výběru „nového domova“?
- Jak je zajištěna individualita lidí ve vybraných zařízeních?
- Dodržují vybraná zařízení princip otevřenosti?
- Jaké bariéry musejí zaměstnanci překonávat při poskytování sociálních služeb a při práci s klienty?
- Jaká je spokojenost seniorů se zařízením – domovem?

Cílem výzkumného šetření byla analýza poskytovaných sociálních služeb vybraných dvou zařízení, komparace péče a dostupnosti sociálních služeb v daném regionu. Dílčími cíli bylo srovnání dvou odlišných zařízení pro seniory a jejich možností péče na základě názorů uživatelů služeb a názorů zaměstnanců těchto zařízení, dále pak zjištění, podle čeho se senioři rozhodují při výběru zařízení, které služby preferují a jak jsou s péčí spokojeni. Z výsledků šetření vyplývá, že **zařízení Domov** poskytuje sociální služby zodpovědně, v dostatečném množství (až na spirituální potřeby). Služby jsou pro většinu klientů dostupné a jsou jimi trvale využívány, i když jsou nuceni řešit finanční otázky a často jim v tom pomáhají jejich nejbližší ve spolupráci s vedením Domova. Sami senioři žádné další služby nepožadují. Individualita seniorů je zachována v míře možné pro zachování otevřenosti zařízení a pro jeho prostorové kapacity. Domov podporuje vztahy s okolím a rodinou seniora, pořádá pro ně společné kulturní akce, výlety a zájezdy, o kterých informuje na internetových stránkách i nástěnkách. Všichni senioři Domova vyjádřili spokojenost se svým novým domovem, atmosféru hodnotili kladně a chválili vstřícnost personálu tohoto zařízení. Podle mého názoru je mezi obyvateli i zaměstnanci oboustranně přátelský a pohodový vztah. Často jsem se stala svědkem, kdy se někdo z personálu krátce zastavil, zeptal se seniora na zdraví, zdvořile či s úsměvem ho pozdravil. Významným pozitivním rysem tohoto zařízení je rodinná atmosféra a oboustranně přátelský vztah mezi zaměstnanci a obyvateli Domova.

Zařízení Senior Park poskytuje pouze ubytování a služby zde nefungují dle potřeb seniorů. Jedná se však o soukromé zařízení, které není poskytovatelem služeb. Proto je jedinou nadějí seniorů, že se o ně budou starat rodiny a příbuzní lépe, pokud budou zjištěny např. nesrovnalosti ve vyplácení příspěvků na péči. O kontrolách využití tohoto příspěvku se čím dál tím častěji hovoří.

Výzkumná otázka hlavní spočívá v tom, jaké druhy poskytovaných sociálních služeb ve vybraných zařízeních pro seniory jsou preferovány samotnými seniory. Z odpovědí seniorů obou zařízení vyplývá, že je nejdůležitější zdravotní péče. Na otázku, jaké služby požadují při výběru domova, bylo zjištěno, že se senioři nerozhodují pro zařízení sami, ale je pro ně často vybráno rodinou. Pro seniory Domova je rozhodující prostředí domova, pro klienty Senior Parku zase soukromí těchto klientů. Individualita seniorů Domova je kompromisem mezi otevřeností zařízení a zdravotní péčí a řídí se kapacitními možnostmi. Individualita klientů Senior Parku není jednoznačná. Senioři by zde měli mít vybavení, jaké chtějí, avšak, jak vyplývá z odpovědí, jejich potřeby zde nejsou zohledněny, pouze se přizpůsobili nové životní situaci. V obou zařízeních senioři vyjadřují spokojenost. Zaměstnanci Domova jsou vedením podporováni a se svou prací spokojeni, nejsou spokojeni s finančním ohodnocením a vinu spatřují v politice státu. Zaměstnanci obou zařízení jsou příliš vázáni časem a byrokracií.

V diplomové práci byla ověřována platnost těchto výzkumných tezí:

1. V obou zkoumaných zařízeních je dostatečně rozmanitá nabídka sociálních služeb.

Tato teze se nepotvrdila. Z šetření vyplývá, že rozmanitou nabídkou disponuje zařízení Domov. Sociální služby jsou zde dobře rozvinuty. O seniory je postaráno jak po stránce zdravotní, tak rehabilitační a aktivizační péče i ostatních služeb dle potřeb klientů zařízení. V Senior Parku sociální služby nefungují. Z výzkumu není zřejmé, zda péče o přítomné seniory je zanedbána vinou tohoto zařízení či rodinami, které zde seniory umístily. S ohledem na šetření je podle mého mínění přístup rodin i tohoto zařízení k seniorům nezodpovědný a hraničí s porušováním zákona.

2. Soukromé zařízení poskytuje svým obyvatelům větší komfort a soukromí.

Tato teze se nepotvrdila. Komfort Senior Parku spočívá ve vybavení bytů i společných prostor, které jsou opatřeny např. prostornou společenskou místností, krbem a venkovním jezírkem, i v soukromí klientů, kteří ale pro svou nesoběstačnost nemohou vybavení dostatečně užívat. O vybavení svého bytu navíc nemohou senioři rozhodovat. V Domově je vybudováno několik rehabilitačních místností, kuchyňky, společenské místnosti a velký prostor je moderně zařízen.

3. Většina klientů obou zařízení je v Domově – zařízení pro seniory spokojena s kvalitou sociálních i poradenských služeb.

Tato teze se potvrdila. Většina klientů obou zařízení je spokojena s kvalitou těchto služeb. Z rozhovorů vyplývá, že jsou senioři spokojeni s veškerou nabídkou, není však v jejich silách všechny služby využívat. Někdy jsou omezováni financemi, jindy vlastní chutí či energií. Je však otázka, zda senioři Senior Parku znají své možnosti, pokud o sebe nedokáží již sami pečovat, a zda znají svá práva, nebo jsou-li o nich dostatečně poučeni.

4. Jednou ze závažných bariér při práci s klienty je nedostatek času na každého klienta.

Tato teze se potvrdila. Z rozhovorů zaměstnanců obou zařízení vyplývá, že nemají podle svých představ dostatek času na péči, na povídání si s klienty. Jsou omezováni administrativní prací. V Domově však nedávají vinu zařízení, nýbrž státní politice. Zbytečný čas věnovaný „papírování“ by raději využili pro péči o klienty. V Senior Parku se na vině nedostatku času na klienty podílí i vedení zařízení – majitel, který vymezil jasná pravidla pro zvládnutí péče o klienty na patnáct minut denně.

5. Podporu zaměstnavatele vnímají zaměstnanci jako dostatečnou.

Tato teze se nepotvrdila. Zaměstnanci Domova se cítí být vedením podporováni jak případnými podněty, tak pochopením ze strany zaměstnavatele, např. při dalším vzdělávání. Z rozhovoru vyplývá, že zaměstnankyně Senior Parku vidí tuto podporu jako nedostatečnou, je omezována finančně, nemá jasná pravidla pro řízení a financování péče ze strany majitele zařízení, její pracovní doba nestačí pokrýt veškeré povinnosti a zejména potřeby seniorů.

Shrnutí.

Cílem diplomové práce byla analýza poskytovaných sociálních služeb vybraných dvou zařízení. Zařízení Domov může své označení domova hrdě užívat. Zaměstnanci zde prostřednictvím sociálních služeb zajišťují seniorům kvalitní ubytování a stravování, pomoc při péči o vlastní osobu, ošetřování. Zprostředkovávají jejich kontakty se společenským prostředím, podporují vztahy seniorů s jejich rodinou a jejich soběstačnost pravidelnou aktivizací. Jejich úsilí není vždy oceněno podle jejich představ, ale svou práci vykonávají zodpovědně a rádi. Seniori se cítí spokojeni ve svém novém domově a až na drobné rezervy toto zařízení plní své poslání. Z analýzy zařízení i rozhovorů uskutečněných v Senior Parku vyplývá, že toto zařízení pouze poskytuje ubytování pro seniory, ale služby zde nefungují. Potřeby seniorů zde nejsou respektovány a je zde zanedbávána i jejich zdravotní péče. Z výzkumného šetření není patrné, kdo by měl o seniory pečovat, komu je poskytován příspěvek na péči. Tyto otázky by mohly být podnětem dalších šetření.

Závěr

Diplomová práce **Možnosti péče o seniory ve vybraném regionu** se zabývá problematikou nejstarších občanů v daném regionu, lidí od raného stáří až po dlouhověké, a možnostmi péče o tyto občany. Jedná se o lidi, kteří se na sklonku svého života nedokáží sami o sebe postarat z různých zdravotních a sociálních důvodů i z důvodu věku a potřebují pomoc druhých lidí, pomoc sociálních služeb. Východiskem práce je analýza získaných dokumentů a internetových zdrojů a charakteristika komunitního plánování sociálních služeb uvedeného regionu, charakteristika služeb vybraných místních zařízení pro seniory Domova – poskytovatele sociálních služeb, jehož zřizovatelem je Středočeský kraj, a soukromého zařízení Senior Park.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že život v obci je stále o něco obtížnější než ve městě i co se týká péče o staré občany a sociálních služeb. V okresním městě se rozvíjí komunitní plánování a rozvoj služeb naplňuje převratný smysl zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Pro seniory sledované obce, kteří mají zdravotní problémy a potřebují pomoc ostatních lidí, je vzdálenost do okresního města mnohdy tak velkou překážkou, že jsou odkázáni na péči v obci a pomoc svých blízkých. I zde se ale vytváří prostředí pro staré spoluobčany (aby byl smysl zákona naplněn) rozvojem nových služeb, např. uskutečněním nové sociální služby pro mobilní občany za velmi příznivé ceny. Jsou zde i možnosti hezkého bydlení seniorů. Pro seniory, kteří se o sebe sami již nemohou postarat, zde velmi dobře funguje místní zařízení Domov. Avšak zařízení Senior Park, které slibuje seniorům hezké bydlení, se o své klienty v oblasti sociálních služeb nestará. Je pouze ubytovacím zařízením a senioři jsou odkázáni na pomoc rodiny a příbuzných a bylo zjištěno, že jejich špatnou péčí strádají. Nadějí pro tyto lidi, kteří ztrácejí energii a tím i svou soběstačnost, jsou přísnější kontroly využívání příspěvků, lepší kontrola zdravotní péče, vybudování terénních služeb sociální péče, osobní asistence. Možná i napravené svědomí lidí, kteří by se měli o své blízké postarat nebo by alespoň neměli být ke starým lidem lhostejní. Dobrou a zodpovědnou péčí vrací společnost, obec či rodina seniorům to, co jim dluží.

Shrnutí

Výzkumným problémem diplomové práce byly aktuální možnosti péče o seniory ve vybrané obci. Cílem práce byla analýza vybraných zařízení, komparace a srovnání péče a poskytovaných služeb v domově pro seniory – Domov, poskytovatel sociálních služeb a v soukromém zařízení Senior Park. Obě zařízení jsou velmi odlišná. Soukromé zařízení Senior Park pouze využívá ve svém názvu označení senior pro nabídku hezkého bezbariérového bydlení, ale neřeší otázky sociálních služeb a tím ani potřeby, zdraví a bezpečnost starých lidí. Zařízení Domov se snaží poskytnout seniorům nejen bydlení, ale i rozsáhlou a mnohostrannou péči. O své klienty se stará po stránce zdravotní, pečovatelské, denně seniory aktivizuje. I přes některé drobné rezervy, které z výzkumného šetření vyplývají, např. nedostatečné zajištění spirituálních potřeb, omezený prostor a čas na jednotlivé klienty, byrokracie a finanční ohodnocení zaměstnanců, se zde snaží seniorům poskytnout opravdový domov.

Summary

The research problem of the degree work concerned the current possibilities of the care for elderly people in the chosen municipality. The aim was analysis of the chosen institutions, comparison of the care and provided services in the retirement house – Domov /Home/, provider of social services and a private institution Senior Park. Both institutions differ from each other. The private institution Senior Park only uses the word „senior“ in its name to offer nice, easy-access accomodation, but doesn't solve the question of social services, needs, health and safety of elderly people. The institution Domov /Home/ tries to provide not only accomodation for the elderly but also extensive and comprehensive care. It looks after its clients in all respects – health and care, they activate elderly people every day. In spite of small reserves which are evident from the research, e.g. meeting spiritual needs in an insufficient way, limited space and time for individual clients, bureaucracy and financial appraisal of the employees, they try to provide real home for the elderly.

Literatura

- BENEŠ, M. *Andragogika*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2580.
- ČAČKA, O. *Psychologie*. 3. vyd. Brno : Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-107-0.
- ERIKSON, E. H.: *Dětství a společnost*. 1. vyd. Praha: Argo, 2002. ISBN 80-7203-308-8.
- HATÁR, C. *Edukácia seniorov v sociálnych zariadeniach*. 1. vyd. Nitra : EFFETA, 2008. ISBN 978-80-89245-08-6.
- HARTL, P; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. dotisk. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. přepracované a doplněné. Praha : HBT, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HELUS, Z. *Psychologie*. 2. vyd. Praha : Fortuna, 1999. ISBN 80-7168-406-6.
- KLEVETOVÁ, D; DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOHOUTEK, R. *Patopsychologie a psychopatologie pro pedagogy*. 1. vyd. Brno : MU, 2007. ISBN 978-80-210-4434-0
- KRUTILOVÁ, D; ČÁMSKÝ, P.; SEMBDNER, J. *Sociální služby*. ABENA. Vyd. a rok neuveden. Zpracováno ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-254-3427-7.
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením. 2007. ISBN 80-903640-9-8.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno : MU, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 2. vyd. Prno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-142-3.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie*. 3. vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-560-8.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 328 s. ISBN 80-7178-547-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. dotisk. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0841-3.

Katalog sociálních služeb a služeb souvisejících Statutárního města Mladá Boleslav. Středočeský kraj : 2009. Výstup projektu 4160 „Komunitní plánování služeb“.

Legislativa

Zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Vyhláška ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb. *Co se změnilo*. 2011.

<http://www.mpsv.cz/cs/10166>.

Internetové zdroje

BULANTOVÁ, K. Internetová poradna [online]. Brno: LIGA VOZÍČKÁŘŮ, 2006.

[cit. 2011-03-03]. Dostupné z: [www: http://www.ligavozic.cz/](http://www.ligavozic.cz/).

ČOK, M. *Osobní asistence* [online]. osobniasistence.cz, 2009 [cit. 2011-03-03]. Zákon o sociálních službách. Dostupné z: [www: http://www.osobniasistence.cz/](http://www.osobniasistence.cz/).

Denzometrie [online]. osteoporoza.cz. [cit. 2011-03-03]. Dostupné z: [www: http://www.osteoporoza.cz/denzitometrie](http://www.osteoporoza.cz/denzitometrie).

Diecézní charita Litoměřice. [online]. 2010 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z: [www: http://dchltm.cz/](http://dchltm.cz/).

Dům seniorů – Mladá Boleslav. [online]. 2009 [cit. 2011-03-03]. Dostupné z: <http://www.ddmb.cz/>.

Domovy se zvláštním režimem. [online], zdravnet.net. 2011 [cit. 2011-03-03]. Dostupné z: http://www.zdravnet.cz/zdravotni_pece/pecovatelske_a_socialni_sluzby/domovy_se_z_vlastnim_rezimem/index.html.

Katalog sociálních služeb a služeb souvisejících Statutárního města Mladá Boleslav.

[online]. kpssmb.cz, 2011 [cit. 2011-04-02]. Dostupné z:www:

<http://www.kpssmb.cz/katalog/katalog2011.pdf>.

LIPSHITZ, I. *Implantable miniature telescope* [online]. centrasight.com, 2010 [cit.

2010-06-06]. Dostupné z:www: <http://www.centrasight.com/bill>.

MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. [online]. 4. Praha: NRZP

ČR, 2009 [cit. 2011-03-03]. *Poradna pro uživatele*. Dostupné z:www:

<http://www.poradnaprouzivatele.cz/dokumenty-vzorove-smlouvy.php>.

O důstojném životě terminálně nemocných. [online]. 2009 [cit. 2011-04-02]. Dostupné

z: www: <http://www.hospice.cz/>.

Občanské sdružení Spokojený domov – sociální služby. [online]. 2008 [cit. 2011-04-02].

Dostupné z:www: <http://www.spokojeny-domov.cz/>.

PERGL, V. *Unikátní léčba rozedmy plic* [online]. novinky.cz, 2010 [cit. 2009-10-01].

Dostupné z:www: <http://www.novinky.cz/zena/zdravi/180400-unikatni-lecbu-rozedmy-plic-zavadi-nemocnice-na-homolce.html>.

Šance pro nové dobrovolníky. [online]. klaudianovanemocnice.cz, 2010 [cit. 2010-04-

10]. Dostupné z:www: <http://www.klaudianovanemocnice.cz/dobrovolnicke-centrum.html>.

VALEŠOVÁ, L. *Info pro pacienty*. [online]. dum-zdravi.cz, 2010 [cit. 2004-04-14].

Dostupné z:www: <http://www.dum-zdravi.cz/>.

ZPRAVODAJ České alzheimerovské společnosti. *Alzheimer ve světě* [online].

alzheimer.cz, 2011 [cit. 2011-01]. Dostupné z:www:

http://www.alzheimer.cz/data/docs/vazka_2011-1.pdf.

Zdraví a styl Sdružení, kluby nemocných. [online]. top-cz.cz, 2011 [cit. 2010-04-10].

Dostupné z:www: <http://www.top-cz.cz/zdravi-a-styl/sdruzeni-kluby-nemocnych.htm>.

ZÁKON 206/2009. mpsv.cz [online]. citace.com, [cit. 2011-03-03]. Sb. Dostupné

z:www: <http://www.citace.com/generator.php?druh=8&ukol=1>.

Seznam tabulek

Tabulka č.1	Index stáří
Tabulka č.2	Zaměstnanci a jejich profesní složení
Tabulka č.3	Počty klientů s různým znevýhodněním
Tabulka č.4	Poskytnutí příspěvku na péči náležející Domovu
Tabulka č.5	Úhrady za ubytování v Domově
Tabulka č.6	Harmonogram aktivit v Domově
Tabulka č.7	Náklady na bydlení a služby za rok 2010
Tabulka č.8	Jízdní řád společnosti Senior Park vybraného regionu

Seznam grafů

Graf 1	Počet zaměstnanců Domova
Graf 2	Poměr zaměstnanců – zaměstnankyň
Graf 3	Poměr klientů – klientek Domova

Seznam příloh

Příloha 1	Scénář rozhovorů se seniory vybraných zařízení
Příloha 2	Scénář rozhovorů se zaměstnanci vybraných zařízení
Příloha 3	Rozpis fakultativních služeb zařízení Domov
Příloha 4	Masážní vana – novinka zařízení Domov
Příloha 5	Polička – soukromí klientů