

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

PÉČE O SENIORY V KAMENICI

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková
Autor práce: Zdislava Součková
Studijní obor: Sociální a charitativní práce
Ročník: III.

2008

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Podpis studentky:

Datum:

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Šimečkové za cenné rady, připomínky, metodické vedení práce a trpělivost. Dále děkuji Mgr. Motlové za možnost konzultace a celé své rodině za pomoc a podporu.

Úvod	5
I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Uvedení do problematiky stárnutí a stáří	7
1.1 Teorie stárnutí a klasifikace vyššího věku	7
1.2 Biologické stárnutí	9
1.2.1 Odlišnost starého člověka od mladšího jedince	9
1.3 Psychické stárnutí	11
1.3.1 Psychika seniorů	11
1.4 Sociální stárnutí	14
1.4.1 Soběstačnost, závislost a zajištění	14
1.5 Potřeby seniorů	16
2 Sociální služby a sociální práce se seniory	19
2.1 Sociální služby	19
2.1.1 Sociální služby dostupné seniorům v domácím prostředí	20
2.2 Další možnosti a formy péče o seniory v domácím prostředí	22
2.2.1 Rodina a její možnosti v péči o seniory	23
2.2.2 Home care	24
2.3 Sociální práce se seniory	24
II. PRAKTICKÁ ČÁST	27
3 Charitní pečovatelská služba Kamenice	27
3.1 Popis regionu	28
3.2 Popis služby	29
3.3 Poslání Charitní pečovatelské služby Kamenice	31
3.4 Cíle služby	31
3.5 Cílová skupina	31
3.6 Principy poskytované služby	32
3.7 Průběh realizace služby	32
3.7.1 Poskytované služby	33
3.7.2 Personální zajištění služby	34
3.7.3 Finanční zajištění služby	35
4 Vlastní zkušenosti	36
4.1 Popis stávající situace	36
4.2 Shrnutí	38
Závěr	41
Seznam použitých zdrojů	43
Seznam příloh	45
Přílohy	46
Abstrakt	49

Úvod

Asi pro málokoho může dnes být novinkou, že lidstvo jako celek stárne. Starších lidí přibývá, zvyšuje se jejich věk a v budoucnu, podle některých prognóz, budou senioři tvořit až třetinu populace. Je tedy logické, že je třeba se problematikou stáří zabývat.

Je také všeobecně známo, že nejlepší přirozené prostředí pro každého, a zvláště pro seniora, je jeho rodina. Pokud ale nastane situace, že rodina se nemůže, neumí nebo nechce postarat, ať již částečně, či plně, je povinností společnosti podat pomocnou ruku. Společnost tuto pomocnou ruku podává prostřednictvím sociálních služeb. S rostoucím počtem seniorů bude potřeba širší nabídka, větší kapacita a především dobré zacílení služeb pro seniory.

V současné době se v sociálních službách silně propaguje péče o seniory v domácím prostředí. Jednak z důvodů výše zmíněných (přirozené prostředí rodiny), ale také z důvodů finančních, či kapacitních. Rozhodla jsem se proto ve své bakalářské práci zabývat právě možnostmi péče o seniory v jejich domácím prostředí. Specificky se pak zaměřím na služby v obci Kamenice, kde již několik let pracuji jako vedoucí charitní pečovatelské služby. Cílem práce je popsat problematiku stárnutí a stáří z pohledu biologického, psychického a sociálního stárnutí. Dále pak popsat sociální služby, které jsou dostupné seniorům v domácím prostředí, zmínit sociální práci se seniory a na základě teoretických znalostí popsat konkrétní průběh jedné pečovatelské služby, včetně vlastních zkušeností z pohledu vedoucí dané služby. Někdy se při své práci setkávám s tím, že uživatelé služby jsou z nějakých důvodů nespokojeni se službou nebo vyjadřují potřebu i jiné sociální služby. Proto se na základě teoretických poznatků získaných při studiu a psaní této práce chci zaměřit právě na důvody jejich nespokojenosti, získat zpětnou vazbu a zjistit, o které jiné sociální služby by byl v obci zájem, a případně navrhnout možnosti řešení, které by vedly ke zkvalitnění služby.

Práci jsem rozdělila do čtyř kapitol. První kapitola se zabývá obecně tématem stárnutí a stáří. Je zde řečeno, jak se dělí lidský věk, jaká je průměrná délka života, zabývá se biologii stárnutí, psychikou stárnutí a sociálním stárnutím. Abychom mohli dobře rozumět seniorům a nabízet jim služby, které opravdu potřebují, měli bychom umět rozpoznávat jejich potřeby. Proto je otázce potřeb věnována čtvrtá podkapitola první kapitoly. Druhá kapitola je zaměřena na popis sociálních služeb dostupných pro seniory v domácím prostředí, dále pak i na další možnosti a formy péče, jakou je například péče rodiny nebo domácí zdravotní péče. Ve třetí podkapitole druhé kapitoly je v krátkosti popsána sociální práce se seniory.

Ve třetí kapitole se již věnuji konkrétně situaci služeb pro seniory v obci Kamenice. Představuji zde Oblastní charitu Jihlava jako instituci zastřešující služby v Kamenici. Dále se věnuji popisu samotné Charitní pečovatelské služby Kamenice. Je zde uvedeno její poslání,

cíle, cílová skupina, principy služby a průběh realizace služby. Čtvrtá kapitola obsahuje vlastní zkušenosti s poskytováním pečovatelské služby z pohledu vedoucí této služby, které se pokouší popsat, zda a jak jsou s poskytovanými službami spokojeni uživatelé Charitní pečovatelské služby Kamenice a o jaké další sociální služby by byl v obci Kamenice zájem.

V teoretické části jsem převážně čerpala z literatury od Haškovcové, Jedličky, Matouška, Pichauda a Thareauové, kteří problematiku stáří a seniorů popisují srozumitelnou formou. Dále pak jsem čerpala za zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Uvedení do problematiky stárnutí a stáří

1.1 Teorie stárnutí a klasifikace vyššího věku

Co je to stárnutí? Na tuto jednoduchou otázku není lehké odpovědět. Pohled na stárnutí se v průběhu lidského života mění. Jiný význam má tento pojem pro dítě, dospívajícího nebo dospělého člověka. V jistém smyslu každý člověk stárne již od zrození a každý člověk stárne jinak. Stárnutí je přirozený, zákonitý a fyziologický proces a nikdo živý se mu nemůže vyhnout. Stárnutí je vlastností každého živého organismu, v tom je život spravedlivý. Proces stárnutí je vždy diskontinuitní (nesouvislý, přerušovaný) a v některých obdobích svého života stárne člověk rychleji než v jiných. Existuje celá řada způsobů, jak definovat stárnutí.¹

Stuart-Hamilton říká, že „Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny.“² Forettová definuje stárnutí jako „působení času na lidskou bytost“.³

Matoušek ve Slovníku sociální práce definuje stáří jako „Věkové období začínající v současné západní kultuře v 60-65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost.“⁴

Snahy či pokusy zjistit a pozitivně ovlivnit proces stárnutí, stáří a délky života nalézáme v literatuře, umění a vědě. Odnepaměti je touhou lidstva nalézt takzvaný elixír mládí a s jeho pomocí si zachovat „věčné mládí“. Svě představy o stárnutí a stáří měli již staří Řekové. Aristoteles a Seneca pokládali stáří za nevyлéčitelnou chorobu. Naproti tomu Galén tvrdil, že stárnutí je pochod fyziologický a přirozený a je třeba jej odlišit od procesů patologických.⁵

Kdy je člověk starý? Odpovědi na tuto otázku se různí. Obecně se říká, že každý je tak starý, jak se cítí. Známe padesátileté starce a sedmdesátníky plné elánu a energie. Proces stárnutí se mění i v průběhu historie, což také souvisí s prodlužováním průměrného věku dožití. Pichaud a Thareauová říkají, že „Starý člověk je ten, kdo v určitém společenství žije déle než ostatní“ nebo ten „který žil déle než většina v té době žijících lidí“.⁶

1 STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s. 18. ISBN 80-7178-274-2.

2 Tamtéž, s.18.

3 Definice Dr. Francoise Forettové, předsedkyně Fondation nationale de gérontologie (Národní gerontologické nadace). In PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 25. ISBN 80-7178-184-3.

4 MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003, s.226. ISBN 80-7178-549-0.

5 Srov. JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 6. ISBN 80-7013-109-8.

6 PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 25. ISBN 80-7178-184-3.

Český statistický úřad jakož i jiné instituce používají ve svých prognózách a zprávách o vývoji populace věkové dělení podle ekonomické produktivity, tedy neproduktivní skupina 0-14 let, produktivní 15-64 let a s posouvajícím se důchodovým věkem je označována poslední skupina obyvatel 65+ (oproti dřívějšímu 60+).

Experti Světové zdravotnické organizace se shodli na **základní klasifikaci vyššího věku**, podle které je:

45 - 59 let – střední, nebo též zralý věk;

60 - 74 let – vyšší věk, nebo také rané stáří;

75 - 89 let – stařecký věk neboli senium (vlastní stáří);

90 let a výše – dlouhověkost.⁷

O délce života konkrétního člověka rozhoduje mnoho faktorů, které lze, nebo nelze ovlivnit. Nejdůležitější je genetická výbava a způsob života (např. hygienické a stravovací návyky, stav životního prostředí). Genetické dispozice ovlivnit nemůžeme. Můžeme však vhodně uspořádat způsob života individuálně i celospolečensky tak, abychom pozitivně ovlivnili délku života.⁸

Haškovcová uvádí také další pojmy. Z praktických důvodů je používán **kalendářní (chronologický, matriční) věk**, který je odvozen od data narození. Mimořádně důležitý je **skutečný (biologický, nebo také funkční) věk**, který nemusí odpovídat kalendářnímu věku.⁹ Odborníci se shodují v názoru, že se lidský věk bude v budoucnosti dále prodlužovat. Odhaduje se, že maximum se nachází někde kolem 120 - 125 let. Zatím je prokázáno, že nejvyššího věku všech dob dosáhla Cruz Hernándezová ze Salvadoru, která žila déle než 128 let¹⁰. Mezi ženami a muži existují výrazné rozdíly a je třeba konstatovat, že střední délka života je u mužů pravidelně nižší. Nezřídka bývá stáří označováno za problém starých žen.¹¹

Život moderních lidí se stále zkvalitňuje a nárůst počtu stárnoucích a starých lidí v populaci je zcela evidentní. Světová populace stárne. Lidé se dožívají vyššího a vysokého věku a současně klesá počet narozených dětí. Klasický strom života (věková pyramida), který vyjadřuje vzájemný poměr různých věkových skupin populace, se dramaticky změnil a „převrátil“. To s sebou přináší na jedné straně individuální radost, na druhé straně

7 HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s.10. ISBN 80-7013-363-5.

8 Tamtéž, s.11.

9 Tamtéž, s.12.

10 *Wikipedie : Otevřená encyklopedie* [online]. 2007, 5. 6. 2007 [cit. 2008-04-03]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nejstar%C5%A1%C3%AD_%C4%8Dlov%C4%9Bk>.

11 HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s.12. ISBN 80-7013-363-5.

celospolečenskou starost. Důsledky pro ekonomickou a sociální politiku jsou závažné. V souvislosti se stárnoucí populací je možné hovořit o celospolečenské starosti o to, jak zajistit každému starému člověku základní a důstojné materiální předpoklady pro kvalitní prožívání stáří a jak zajistit dostupnou a kvalitní péči o nemocné a nesoběstačné staré občany.¹²

1.2 Biologické stárnutí

Stárnutí je souborem celé řady pochodů, jejichž začátky se datují mnohem dříve, než postřehneme první zjevné známky stárnutí. Řadu pochodů a změn způsobujících či provázejících stárnutí známe, mnoho dalších nikoli.¹³

Starý člověk se snáze unaví a jeho uklidnění po námaze trvá déle. Je u něho snížena odolnost proti infekcím, úprava zdravotního stavu po prodělaném onemocnění nebo operaci je mnohem zdlouhavější. Reakce na léky je u starého člověka také změněna. Všechny tyto morfologické a funkční změny určují vzhled a chování stárnoucího člověka. Podle těchto známek dovedeme při jistých zkušenostech odhadnout jeho stáří. Protože však existují v procesu stárnutí značné individuální rozdíly, neodpovídá tento „funkční věk“ věku kalendářnímu.¹⁴

1.2.1 Odlišnost starého člověka od mladšího jedince

Kůže starého člověka se zvrásňuje, ztrácí elasticitu, je suchá a objevují se pigmentové skvrny. **Šedivění vlasů**, jejich řídnutí nebo vypadávání (zvláště u mužů) je jednou z nejčastějších a nejvýraznějších známek stárnutí. I zde však existují značné individuální rozdíly, což je zřejmě podmíněno dědičností. **Svalstvo** zmenšuje svůj objem, ztrácí pružnost a sílu a snižuje se schopnost rychlé reakce. **Kosti a klouby** podléhají u starých lidí významným změnám. Ubývá kostních trámčů a kostní buňky zpomalují svou činnost. Kost řídne, je křehčí a snadno zranitelná. **Výška** se zmenšuje v důsledku změn na lokomočním aparátu (větší hrudní kyfóza a bederní lordóza). **Hmotnost** v důsledku snížení svalové hmoty a úbytku podkožního tuku fyziologicky ubývá. U těch jedinců, kteří si zachovali velkou chuť k jídlu a značně omezili pohyb, nacházíme spíš obezitu.¹⁵

I ve **smyslových orgánech** dochází ke změnám. Pocit doteku se začíná oslabovat již po padesátém roce života. Zvyšuje se práh citění pro bolest. Starozrakost je pravděpodobně

12 HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s. 14. ISBN 80-7013-363-5.

13 STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, s. 23. ISBN 80-7178-274-2.

14 HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s. 14. ISBN 80-7013-363-5.

15 JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 7. ISBN 80-7013-363-5.

nejvíce rozšířený příznak stárnutí, objevující se již kolem 50 let. Jako projev stárnutí nalézáme současně snížení adaptace na tmu a ostrost vidění v noci. Poruchy sluchu jsou též u starých lidí velmi časté, značně omezují možnost komunikace a jsou dalším faktorem přispívajícím k izolaci starých lidí. Chuť se někdy výrazně mění jako důsledek úbytku chuťových pohárků. Změny v chuti starých lidí mohou být značnou překážkou při uplatňování eventuálních dietních opatření. Úbytek vláken čichového nervu modifikuje s postupujícím věkem čich kvantitativně i kvalitativně. **Poruchy rovnováhy** – závratě – jsou pravděpodobně odpovědný za většinu nešťastných příhod, které se vyskytují ve vyšším věku. Změny se týkají i **endokrinního systému**. Kromě změn v produkci sexuálních hormonů souvisejících s věkem dochází ke snížení produkce hormonů hypofýzy a štítné žlázy. Důsledkem jsou různé metabolické odchylky, z nichž řada souvisí se vznikem a rozvojem chorob, jako je například ateroskleróza, obezita, diabetes, osteoporóza a další.¹⁶

Pravděpodobně nejvýznamnější skutečností v procesu stárnutí je neschopnost stárnoucího organismu přizpůsobit se podmínkám stresu ve stejném rozsahu a kvalitě jako v mládí. Tedy adaptace na zátěž a stres u starého jedince je nedokonalá a nedostatečná. To je pravděpodobně příčinou nedokonalé teplotní a tlakové regulace, úpravy pH krve, udržování rovnováhy ve stáří apod. Je známa zimomřivost u starších lidí, manifestovaná sníženou schopností tvorby tepla, což lze nepochybně částečně připočítat na vrub sníženému metabolismu a poklesu výkonnosti nervové soustavy. Orgány a systémy každého jedince stárnou nestejně a nevyrovnaně a dokonce můžeme zjistit, že i jednotlivé části a složky téhož orgánu stárnou odlišně.¹⁷

I když stáří není nemoc, faktem je, že jsou staří lidé často nemocní. Pro nemocné staré lidi je charakteristická **polymorbidita**, tedy výskyt více nemocí současně. Nezřídka se uplatňuje **sumační efekt**, kdy jedna choroba má za následek řetězovitý vznik dalších chorob. K atypickému průběhu nemocí ve stáří patří také sklon k **chronicitě**, případně **invalidizaci**. Podle dostupných klinických studií trpí téměř 90 % osob starších 75 let jednou nebo více chronickými chorobami. Ty jsou samozřejmě různě závažné. Obavy samotných pacientů však vzbuzují takové nemoci, které ohrožují jejich praktickou soběstačnost nebo přímo vedou k plné závislosti na druhých lidech (rodině nebo profesionálech). Kromě somatických nemocí nejrůznějšího druhu je třeba uvést rizika celé řady psychických obtíží a nemocí.¹⁸

16 Srov. JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 8. ISBN 80-7013-363-5.

17 Tamtéž, s. 7-10.

18 HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s. 29-30. ISBN 80-7013-363-5.

1.3 Psychické stárnutí

Haškovcová uvádí, že fyziologické stárnutí a stáří je normální součástí života člověka a je charakterizováno postupným úbytkem nejen fyzických, ale také psychických sil. I ve vysokém stáří je uchování přiměřené duševní aktivity možné. Některé psychické funkce se nemění, jiné mají sestupnou a některé dokonce vzestupnou povahu. Mnoho starých lidí žije i do vysokého věku spokojeně a v psychické pohodě. Musíme důsledně rozlišovat mezi psychikou zdravých a nemocných starých lidí jakož i mezi tím, co si o psychice starých lidí myslíme a jaká ve skutečnosti je.¹⁹

1.3.1 Psychika seniorů

Péče o seniory musí obsahovat podle současných kritérií čtyři podstatné složky: individuální, sociální, zdravotní a hmotnou. V dějinách lidstva se naplnění těchto cílů dělo „obráceně“. Na stárnoucí a starou psychiku se zájem odborníků, ale i laiků, soustředil až na konec. Stárnoucí a starý člověk potřebuje mít pocit osobní jistoty a spokojenosti, potřebuje někam patřit, tedy mít řádné místo v rodině i ve společnosti, pociťuje touhu mít rád a být také milován nebo alespoň kladně přijímán.²⁰

K typickým agistickým projevům patří podceňování psychických schopností, potřeb a prožitků starých a zvláště velmi starých lidí. Je třeba zdůraznit, že přes různé involuční změny se osobnost a osobitost starého člověka bez přítomnosti závažné choroby zásadně nemění. Proto je také třeba respektovat osobnost starého člověka při poskytování zdravotních a sociálních služeb.²¹

Psychika seniora představuje soubor vlivů, které na sebe v různé intenzitě vzájemně působily od jeho dětství. O kvalitě stáří se rozhoduje celý život. Každý člověk má zcela odlišný individuálně historický osud, byť jej daná generace realizuje ve stejném společenském koloritu. Je správné poznat nejprve životní dráhu starého člověka a pak teprve budovat jeho celkový, takzvaný psychický portrét. Poznání životní historie starého člověka předpokládá znalost základních údajů o jeho fyzickém a zdravotním profilu, jeho zkušeností při zvládání náročných životních událostí. Vystihnout povahové rysy starého člověka není vůbec jednoduché.²²

19 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 11. ISBN 80-7013-109-8.

20 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 14. ISBN 80-7013-109-8.

21 Srov. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. 1 vyd. Praha: Galén, 2006, s. 11. ISBN 80-7262-455-5.

22 HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1 vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 87. ISBN 80-7038-158-2.

Psychické změny sestupné povahy. S věkem klesá elán a vitalita, vážne schopnost navazovat a později i udržovat kvalitní interpersonální vztahy. Slábne invence a tvůrčí schopnosti. Celkové psychomotorické tempo se zpomaluje, zvyšuje se nedůvěra a snižuje sebedůvěra. Tím klesá sebehodnocení a vzrůstá nejistota. Staří lidé bývají nejistí až úzkostní jak v cizím prostředí, tak i mezi neznámými lidmi. Psychická adaptabilita je snížena pravidelně. Celkově dochází k oploštění emotivity, je oslabeno etické, sociální i estetické cítění jednotlivce. Křivdy domnělé i faktické dlouhou dobu doznívají. Projevem obecné nejistoty a lítosti je pláč, ale nebývá ve věcné korelaci s fakty.²³

Typické je snížení výbavnosti a především vstřípivosti. Dostavuje se rigidita v myšlení a jednání, ulpívání na tradicích a zvycích. Častá je porucha koncentrace pozornosti, zvýšená únavnost, „zbytečná“ starostlivost, někdy až úzkostnost. Častý je sklon ke smutku, rozmrzelým náladám a depresím. Ve vysokém stáří dochází k rozvoji různých forem psychických poruch a k manifestním demencím. Emoční labilita se zprvu projevuje v hypochondrických stescích a v celkovém negativistickém a pesimistickém ladění. Staří lidé říkávají, že je nikdo nemůže pochopit. Často dochází k paranoidnímu pocitu ohrožení ve smyslu „všichni mě chtějí ošidit“ nebo „všichni mě chtějí okrást“. Někteří se bojí hmotného nedostatku a pádu do bídy a sbírají haraburdí ve stylu „vše, co se dá“. Někteří staří lidé bývají plačtiví, lítostiví, snadno se urazí, jsou vztahovační; na druhé straně bývají právě tak často zlostně výbušní, egocentriční či nesnášenliví.²⁴

Obecně se negativní vlastnosti každého člověka s léty zvýrazňují. Říká se, že stáří karikuje povahu. Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý. Kdo vyhledával slovní šarvátky, dospívá ve stáří do podoby nesnášenlivého a vztahovačného kverulanta. Stárnoucí krasavice, neschopna akceptovat proces stárnutí jako přirozený běh života, bývá hašteřivá, pomstychtivá a dokonce i zlá. Někdy taková žena nevezme na vědomí svůj věk a obléká se i líčí jako mladice. Ženy snášejí těžce ztrátu své atraktivity, muži ztrátu své prestiže. Často ve stáří zveličují své životní i pracovní úspěchy.²⁵

Obraz mění se psychiky ve stáří je pestrý. Nelze opomenout ani poruchy čivosti. Vnímání je ztíženo a komunikace s druhými lidmi je omezena v důsledku vad sluchového, zrakového, čichového či chuťového aparátu. Starý člověk potřebuje delší čas na to, aby pochopil, o čem jde a s kým a o čem hovoří. Tento jev se nazývá psychická nedoslýchavost. Výčet negativních projevů psychiky ve stáří je dlouhý, ačkoliv jistě ne vyčerpávající. Dlužno

23 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 14–15. ISBN 80-7013-109-8.

24 Tamtéž

25 Tamtéž

však dodat, že konkrétního starého člověka nepostihují všechna vyjmenovaná negativa ani najednou, ani postupem času.²⁶

Mnoho faktorů nestejné hodnoty rozhoduje o tom, která z uvedených poruch se manifestně rozvine. I ve stáří je zachována určitá hladina adaptability a zejména kompenzace. Je úkolem prevence trénovat paměť a snížit či oddálit rizika ztráty jejích částí na minimum.²⁷

Některé psychické funkce se s věkem nemění. Slovní zásoba stejně jako jazykové znalosti zůstávají zpravidla zachovány. Starý člověk si paradoxně nedovede vzpomenout, kolikátého je dnes, co a kdy naposledy jedl, ale plynně dokáže hovořit například německy, jestliže si uvedený jazyk osvojil v mladém věku. Naučit se však novým slovíčkům je díky snížené všípivosti obtížné nebo dokonce nemožné.²⁸

Rovněž **intelektové schopnosti** zůstávají dobře zachovány do nejpokročilejšího stáří. Je důležité zdůraznit, že přirozená involuce nevede k syndromu demence! S věkem sice klesá schopnost nacházení nových řešení, rychlého zvládnání neznámých situací a problémů (tzv. fluidní inteligence), zachována však zůstává krystalizovaná inteligence, která využívá k řešení problémů zkušenosti a zažitá témata.²⁹

Psychické změny vzestupné povahy hrají v životě člověka velmi důležitou roli. Například méně známým faktem je, že ve stáří stoupá zájem o všeobecnou informovanost a rozhled a vzrůstá smysl pro detail.³⁰

Bývá zvýšena tolerance ke druhým i opačným názorům, někdy postoje k lidem nabývají altruistických poloh. Taktéž bývá zachována schopnost úsudku, někdy kultivovaná k rozváznému nadhledu. Určitá zdrženlivost a opatrnost může být někdy hodnocena negativně (rigidita), jindy kladně (zkušenost). Tyto vlastnosti v pozitivní verzi bývají skutkovou podstatou „moudrosti stáří“.³¹

Stáří lidé více filozofují a pozornost zasluhuje i takzvané diskriminační učení. Starý člověk může vykazovat vysokou intelektuální kulturu projevu, zpravidla ovšem pouze v oboru, kterému se celý život věnoval a který právě ve stáří může dovést k virtuóznímu pochopení. Celková orientace starých lidí však tenduje k introvertizaci. Bilanční hodnocení dosavadního života je logické, protože žít se svými vzpomínkami je příjemné. Někteří autoři

26 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 15. ISBN 80-7013-109-8.

27 Tamtéž, s. 15.

28 Tamtéž, s. 15.

29 KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. 1 vyd. Praha: Galén, 2006, s. 11. ISBN 80-7262-455-5.

30 HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1 vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 96. ISBN 80-7038-158-2.

31 HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 15. ISBN 80-7013-109-8.

nazývají časté a typické vzpomínání starých lidí jako prožívané „štěstí v koutku“.³²

1.4 Sociální stárnutí

Sociální role stárnoucího člověka jsou vzhledem k časnému penzionování ochromeny nebo otřeseny. Odchod do důchodu je z hlediska psychického prožívání vysoce náročná situace. Jak má stárnoucí člověk smysluplně vyplnit 15-20 let svého života, než se dostaví etapa vyzrálého stáří? Pěstování koníčků a osobních zálib většině starých lidí nestačí, je nezbytná i společenská akceptace jejich činnosti. Vystává zde aktuální otázka „druhého životního programu“. I u nás se rozvíjí řada netradičních programů, jejichž smyslem je účinné a aktivní naplnění „důchodcovských“ dnů. Staré české přísloví říká, že co se nepoužívá, to chátrá. V prevenci psychické závislosti to platí do písmene. Udržet stárnoucího či starého člověka v psychické aktivitě znamená oddálit nejen závislost a z ní plynoucí praktickou nesoběstačnost, ale dokonce i zabránit nástupu psychických poruch. Je to logické, uvážíme-li velké a stále narůstající množství starých lidí v populaci, z nichž řada může reálně onemocnět psychickými alteracemi a demencemi. Také u starého nemocného člověka hraje psychická rovnováha, její zachování či opětovné dosažení významnou roli. Často je psychický potenciál limitujícím faktorem celkového uzdravení.³³

1.4.1 Soběstačnost, závislost a zajištění

Říká se, že stáří je smutné nikoliv proto, že přestávají všechny radosti, ale proto, že přestává naděje. Člověk má strach z důsledků přirozené involuce, a tudíž ze ztráty soběstačnosti. Úměrně ke snižující se soběstačnosti vzrůstá závislost. Starý člověk se v určitém slova smyslu bojí ztráty soběstačnosti a sebeobsluhy víc než vlastní nemoci. Představa bezmocného stáří, hrůza z faktu, že někomu budu na obtíž, bývá důvodem, proč někteří staří lidé nesignalizují své obtíže a nevyžadují péči. Někteří nezvládnou situaci a dobrovolně volí odchod ze života. Dosud není jednoznačně vysvětleno, proč relativně vysoké procento dokonanych sebevražd realizují právě staří lidé. Jedním z motivů je uvědomění si aktuální závislosti na druhých, a to v době, kdy mysl je ještě natolik jasná, že umožňuje vhlédnout do situace, která je pro budoucnost hodnocena jako beznadějná. Bezmoc, totální závislost starého člověka bývá někdy nazývána „druhou závislostí“ nebo „druhým dětstvím“. Zatímco závislost dítěte je chápána přirozeně, bezmoc starého člověka je pojmána přinejmenším konfliktně právě s ohledem na chybějící perspektivy. Sebevražedné úmysly

32 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 13. ISBN 80-7013-109-8.

33 Tamtéž

mohou mít i další důvody, například nemá-li starý člověk proč a zvláště pro koho žít.³⁴

Smířit se s vlastní bezmocí je těžké. Situaci komplikuje fakt vysokého statutu, který požívá soběstačnost a nezávislost. Celý život se člověk učí být nezávislý a v dnešní moderní době se jím skutečně relativně rychle stává. Člověk má s přibývajícím věkem stále více starostí s tím, aby zvládl požadavky běžného dne. Uvažuje také o tom, co se stane, až nebude moci vůbec. Kam se obrátí o pomoc? Nabízí se několik možností: rodina, či různé typy institucionální péče. U nás zatím přetrvává názor, že starý člověk, jenž potřebuje pomoc, patří především „na lůžko“. Progresivní trendy péče o staré lidi jsou přesně opačné. Moderní péči reprezentuje celková zabezpečenost a decentralizovaný systém.³⁵

Ve stáří dochází častěji k poruchám chování, k úzkostem, depresím a v neposlední řadě také k rozvoji demencí. O demencích se hovoří jako o tiché epidemii 21. století. Statistické údaje hovoří jasně: demence postihují 5 - 8 % populace nad 65 let s tendencí růstu úměrně ke stoupajícímu věku. Demence reprezentují závažná onemocnění s výraznými negativními důsledky pro postižené („pád pod lidskou důstojnost“), dále pro starající se rodiny a i pro společnost (která musí zajistit péči v případech, kdy se rodina nechce nebo nemůže postarat).³⁶

Geriatrická medicína bývá také někdy charakterizována jako medicína pěti „i“. Pět projevů jako **instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenní poškození** (v důsledku vedlejších a nepříznivých účinků léčby) je neprávem připsáváno každému nemocnému starému člověku.³⁷

Sociální práce se tedy soustřeďuje do oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Limity se mohou dotýkat hybnosti, smyslového vnímání i jiných kognitivních funkcí. Smyslem sociální práce se seniory je pak pomoci starému člověku vyjít ven z tohoto bludného kruhu „nezvládnutí“. ³⁸

Dle mého názoru **komplexní péče o seniory musí dynamicky zahrnovat složky zdravotní i sociální péče.**

34 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. Psychologie starého člověka. In JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999, s. 13. ISBN 80-7013-109-8.

35 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s. 29-30. ISBN 80-7013-363-5.

36 Tamtéž

37 Tamtéž

38 Srov. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 163. ISBN 80-7367-002-X

1.5 Potřeby seniorů

Pichaud a Thareauová uvádějí, že pomáhat starším lidem vyžaduje od pomáhajícího, aby byl pozorný ke všem jejich potřebám. Slovo „potřeba“ je však poněkud neurčité.³⁹

„Potřebou se tedy nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti. Potřeba je projevem bytostného přání.“, jak tvrdí Pichaud a Thareauová.⁴⁰

Staří lidé potřebují jako každý z nás v životě uspokojovat všechny potřeby. Nejsou důležité jen fyziologické potřeby (jídlo, pití, spánek atd.), ale také potřeby psychologického rázu (pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost, smysl života). Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka, a jsou od sebe neoddělitelné.⁴¹

Americký psycholog Maslow shrnul základní lidské potřeby, rozčlenil je do pěti kategorií a sestavil je názorně do tvaru pyramidy⁴².

První stupeň pyramidy tvoří fyziologické potřeby, druhý stupeň je potřeba bezpečí, třetí jsou sociální potřeby, čtvrtý stupeň tvoří potřeba autonomie (ve smyslu svobody) a nejvyšší pátý stupeň představuje potřeba seberealizace, sebenaplnění.

Fyziologické potřeby jsou základní. Neuspokojení kterékoliv z nich se může odrazit na našem celkovém stavu a zdraví. Z toho důvodu jsou tyto potřeby na nejspodnějším stupni pyramidy. Patří mezi ně výživa (jídlo a pití), vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, pohyb, chůze, hygiena (jako podmínka zdraví), správná teplota (s oblečením nebo bez něj), zdraví, tišení bolestí, smích, pláč (zde jako fyzická záležitost) a fyzické kontakty. Tyto potřeby jsou velmi důležité, a proto jejich uspokojení věnujeme nejvíc času.⁴³

Potřeba bezpečí je dle Pichauda a Thareauové důležitý pocit pro každého člověka a pro každého tento pojem může znamenat něco jiného.

Dále lze rozlišit tři **stupně potřeby bezpečí**. Jedním je **potřeba ekonomického zabezpečení**, tedy vědomí člověka, že má dost peněz na živobytí. Chybí-li lidem tento pocit bezpečí, mohou být postiženi pronikavou úzkostí a strachem z budoucnosti, které jsou následkem kruté zkušenosti s nouzí a nedostatkem. Strach z nedostatku prostředků je velmi silný zvláště u starších osob, které například po zkušenostech s válkou stírají jídlo, předměty

39 Srov. PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 35. ISBN 80-7178-184-3.

40 Tamtéž, s. 36.

41 Tamtéž, s. 41.

42 Tamtéž, s. 36.

43 Tamtéž, s. 37.

nebo si dělají zásoby. Dalším stupněm je **potřeba fyzického bezpečí**. Starší lidé, kteří se hůře pohybují, mají často obavy z pádu. Pocit bezpečí mohou posílit kompenzační pomůcky (chodítka nebo hole) a někdy také rámě člena rodiny nebo pečovatelky. **Potřeba psychického bezpečí**, mít pocit jistoty, nemít strach a necítit se ztracený. Časové orientační body dne (jídlo, odchod do školy, do zaměstnání, televizní noviny atd.) přispívají k pocitu bezpečí.⁴⁴

Často máme tendenci starší lidi až příliš ochraňovat. Za každou cenu se snažíme vyloučit veškeré riziko. Riskování však tvoří určitou část lidského života. Herfray nás v této souvislosti varuje: „Naše šlechtaná představa (i když o tom lze pochybovat), že staré lidi musíme za každou cenu ochraňovat, je však kolikrát v rozporu s jejich vůlí... Ve jménu všech možných riskantních situací, kdy máme o naše staroušky strach, nad nimi totiž získáváme stále větší moc.“⁴⁵

Sociální potřeby

Člověk je tvor společenský a nemůže žít dlouho sám. Potřebuje kontakt, komunikaci, být s druhými.

Sociální potřeby zahrnují podle Pichauda a Thareauové několik druhů potřeb. Patří mezi ně **potřeba informovanosti**, to znamená mít informace o světě, ve kterém člověk žije, vědět, co se děje ve městě, ve čtvrti (zejména když už nemůže vycházet), mít zprávy o blízkých lidech. Bez nich je člověk náhle odtržen od světa, což se stává starým lidem, kteří nemají možnost být v kontaktu s vnějším světem. Velmi obtížně získávají nové zprávy. Ke komunikačním a informačním bariérám patří také problémy se sluchem, které stojí často u zrodu úniku do vlastního světa a vzniku pocitů opuštěnosti nebo podezřavosti.

Důležitá je také **potřeba náležet k nějaké skupině**, ať už jde o rodinu, skupinu přátel či klub. Problémy nastávají při přestěhování do jiného města nebo do cizí čtvrti, i když už není možné zúčastňovat se setkávání vrstevníků nebo různých zájmových akcí, navštěvovat přátele (nebo rodinu), a oni se nemohou přijet podívat. Pocit, že člověk už nepřísluší k žádné skupině, je zvláště bolestný a zneklidňující a je obtížné se s ním vyrovnat. **Potřeba lásky**, mít někoho rád a přijímat tento cit od druhého. Je velmi důležité, aby s člověkem ostatní nebo alespoň jeden člověk počítal, protože to je smyslem života. **Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut**, mít možnost s někým mluvit, rozmlouvat, konverzovat, vyjádřit svůj názor, sdělit své myšlenky. Potřeby vztahů jsou u různých lidí různé. Někdo potřebuje hodně mluvit, jiný se spokojí s tím, že je s ostatními.⁴⁶

44 PICAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 38. ISBN 80-7178-184-3.

45 Tamtéž, s. 38.

46 Tamtéž, s. 39.

Potřeba autonomie

Pichaud a Thareauová uvádějí, že se jedná „o autonomii ve smyslu být svobodný, být sám sobě zákonem, rozhodovat sám za sebe. Člověk může být fyzicky závislý a zároveň psychicky zcela autonomní. V kolektivu jsou přirozeně tendence potlačovat individuální svobody.“⁴⁷

Součástí potřeby autonomie je potřeba uznání, vážnosti, potřeba pocitu užitečnosti, potřeba někomu nebo něčemu sloužit. Starým lidem je potřeba ukázat, že nám a společnosti něco dávají, protože mohou přispět svými zkušenostmi a dovednostmi a mohou být pro ostatní lidi užiteční nejen tím, co dělají, ale i tím, že jsou.⁴⁸

Potřeba seberealizace

Každý člověk touží po seberealizaci, po nalezení smyslu svého života. Může to být spojeno s rodinou, prací, vášnivým zájmem o něco či s vírou. Pocit uznání nebo rodina mohou život člověka zcela naplňovat a dodávat mu pocit životního úspěchu. Dát svému životu smysl je problémem každého v jakémkoli věku – je to náš problém. V pokročilém věku je to však možná ještě závažnější, vždyť jak lze ještě „naplnit“ stáří?⁴⁹

Pro sociální práci je především třeba znát potřeby rizikových starých osob a nabídnout jim služby, které na individuální rovině pomohou řešit jejich náročnou životní situaci, ať už vzniklou ze zdravotních, sociálních, či ekonomických důvodů.⁵⁰

47 Srov. PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, s. 39. ISBN 80-7178-184-3.

48 Tamtéž, s. 40

49 Tamtéž, s. 41.

50 Srov. JANEČKOVÁ, H. *sociální práce se starými lidmi*. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 172. ISBN 80-7367-002-X

2 Sociální služby a sociální práce se seniory

Během života se člověk učí být samostatný a nezávislý. S přibývajícím věkem se ale tato skutečnost mění, schopnost sebeobsluhy, samostatnosti se snižuje. Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory.⁵¹

2.1 Sociální služby

Sociální služby jsou všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti.⁵²

Sociální služby jako jeden z pilířů sociální politiky u nás představují rozsáhlý soubor aktivit státních a samosprávných orgánů a nestátních organizací, které se na poli sociální péče začaly profilovat od počátku 90. let.

Zatímco až do této doby byl stát jediným poskytovatelem služeb, stává se stále více tím, kdo podmínky pro poskytování služeb vytváří na straně jedné a garantuje pro nejobtížnější sociální situace na straně druhé.

Podle nového **zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách** se sociální službou rozumí činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu lidem za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantní služby jsou takové služby, za kterými osoba dochází, nebo je doprovázena a terénní služby jsou poskytovány osobě v jejím přirozeném domácím prostředí.⁵³

Základní činnosti při poskytování sociálních služeb a zařízení sociálních služeb jsou jasně vymezeny výše uvedeným zákonem. Úkolem sociálních služeb je zajistit lidem jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života společnosti a v případech, kdy to jejich stav vylučuje, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení.

Nový zákon o sociálních službách definuje nejen pojem sociální služba a komu je

51 Srov. JANEČKOVÁ, H. *sociální práce se starými lidmi*. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 163. ISBN 80-7367-002-X

52 MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 214. ISBN 80-7178-549-0.

53 Srov. § 33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

určena, ale dále definuje novou typologii sociálních služeb.⁵⁴ Zároveň stanovuje stejné podmínky pro poskytování služeb pro všechny poskytovatele sociálních služeb bez ohledu na to, kdo je jejich zřizovatelem. Každý poskytovatel je povinen splnit podmínky registrace a službu poskytovat v souladu s platnou legislativou.⁵⁵

2.1.1 Sociální služby dostupné seniorům v domácím prostředí

Dříve v naší společnosti přetrvával názor, že nesoběstačný starý člověk má jedinou možnost jak dožít svůj život, a to v domově důchodců. Díky změně systému a společnosti se začíná prosazovat názor, že člověk má žít ve svém přirozeném domácím prostředí. Těmto lidem je určeno celé spektrum sociálních služeb, jejichž úkolem je pomoci člověku, který má sníženou soběstačnost, zvládnout úskalí každodenního života.

Během posledních patnácti let zažívají sociální služby rozvoj. Samozřejmě, že se nabídky jednotlivých typů služeb regionálně liší, kdy větší spektrum sociálních služeb je ve městech, ale ani venkov nezůstává pozadu a i v malých obcích vznikají sociální služby. Zřizovatelem těchto služeb jsou většinou obce, nestátní neziskové organizace, či soukromé subjekty. Jejich vznik je podmíněn potřebností dané služby v dané lokalitě.

Dostupnost služeb znamená nejen to, že služba v dané lokalitě existuje a poskytuje služby, ale i to že si člověk může tyto služby nakoupit. K takzvanému nákupu sociálních služeb slouží nově zavedený **příspěvek na péči** specifikovaný v § 7 - 31, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti žadatele. Senior tento příspěvek může využít k nákupu sociálních služeb, pokud jsou v místě jeho bydliště dostupné, nebo jej může využít k tomu, aby o něj mohla pečovat rodina či někdo z jeho blízkých. Možná je i kombinace obou forem (sociální služba a rodina).⁵⁶

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou seniorům v domácím prostředí dostupné následující služby.

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Služba se poskytuje bezplatně.⁵⁷

54 Zákon č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, Vyhláška č.182/1991 upravovala pouze ústavní péči a pečovatelskou službu, ostatní typy služeb neměly oporu v zákoně.

55 Zavádění nového zákona do praxe je pro všechny poskytovatele náročné. Poskytovatelé musí splnit nejen podmínky registrace, dále musí naplňovat standardy kvality, pracovníci v přímé péči musí mít akreditované vzdělání atd.

56 Srov. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách § 32 - § 77 a MPSV. Sociální služby – způsob pomoci [online]. Praha : MPSV, sociální služby, [cit. 2007-29-6] . Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

57 Tamtéž

Osobní asistence

Tato služba je poskytována v přirozeném sociálním prostředí lidem se zdravotním postižením a seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.⁵⁸

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba. Je poskytována lidem se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech osob, nebo v zařízeních sociálních služeb.⁵⁹ Rozsah služeb je definován vyhláškou č. 505/2006 Sb. Služba se poskytuje za úplatu.⁶⁰

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní péče, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Služba se poskytuje za úplatu.⁶¹

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba je terénní a ambulantní služba poskytována lidem se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba se poskytuje za úplatu.⁶²

Odlehčovací služby

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované lidem se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba se poskytuje za úplatu.⁶³

58 Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách § 32 - § 77 a MPSV. Sociální služby – způsob pomoci [online]. Praha : MPSV, sociální služby, [cit. 2007-29-6] . Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

59 Tamtéž

60 Bezúplatně se poskytuje rodinám s nezaopatřenými dětmi v hmotné nouzi, rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

61 Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách § 32 - § 77 a MPSV. Sociální služby – způsob pomoci [online]. Praha : MPSV, sociální služby, [cit. 2007-29-6] . Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

62 Tamtéž

63 Tamtéž

Centra denních služeb a denní stacionáře

Centra denních služeb a denní stacionáře poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost lidí se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba se poskytuje za úplatu.⁶⁴

Stacionáře týdenní

Týdenní stacionáře poskytují stejné služby jako denní stacionáře. Rozdíl je v tom, že mezi poskytované služby patří i ubytování, tzn. uživatelé zde bydlí a domů se vrací na víkendy či svátky.⁶⁵

Podle mého názoru z výše uvedeného výčtu možností péče o seniory v domácím prostředí je zřejmé, že možnosti se v jednotlivých oblastech liší. Sociální služby pro seniory jsou lépe dostupné ve městech, kde je větší spektrum služeb i více poskytovatelů jednotlivých typů sociálních služeb, a služby tak jsou relativně dostupnější. Jednoznačně ale nelze tvrdit, že jsou lidé na venkově znevýhodněni. Díky rozvoji sociálních služeb jsou služby na venkově a v malých obcích také poskytovány. Možnou nevýhodou se může jevit to, že zde není více poskytovatelů, což mnohdy zužuje spektrum poskytovaných služeb. Na druhou stranu lze říci, že na venkově je více běžná pomoc rodiny a hlavně sousedská výpomoc. Lidé se zde vzájemně znají a sousedská výpomoc je pro ně naprosto samozřejmá.

2.2 Další možnosti a formy péče o seniory v domácím prostředí

Senioři více než jiné věkové skupiny jsou častěji nemocní a nesoběstační. Není to způsobeno jen zdravotními faktory, ale i faktory sociálními, jako jsou například nízký důchod, nevhodné bydlení, úmrtí partnera, následně pak hospitalizace, nebo přemístění do residenčního zařízení, sociální izolací, pocity bezmoci a osamělosti apod. Z těchto důvodů jsou seniorům určeny různé formy péče, které zahrnují čtyři podstatné složky: individuální, sociální, zdravotní a hmotnou.⁶⁶

Péče o staré lidi se v současnosti realizují v rodině a v resortech zdravotnictví a sociálních služeb. Dnes v této oblasti významně stoupá úloha občanských sdružení, církevních iniciativ a dobrovolnictví.⁶⁷

64 Srov. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách § 32 - § 77 a MPSV. Sociální služby – způsob pomoci [online]. Praha : MPSV, sociální služby, [cit. 2007-29-6] . Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

65 Tamtéž

66 HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1 vyd.Praha : Panorama, 1990, s. 181. ISBN 80-7038-158-2.

67 HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s. 42. ISBN 80-7013-363-5.

2.2.1 Rodina a její možnosti v péči o seniory

Člověku je nejlépe v rodině, a to jak ve zdraví, tak i v nemoci. V minulosti hrál důležitou úlohu „výměnkářský systém“. Staří lidé odešli bydlet do výměnku a měli taxativně zaručeno základní živobytí a pomoc v nemoci a ve stáří. Tradiční rodinné formy péče o staré občany doznaly výrazných změn. Důvody jsou četné, dominuje však proměna moderní rodiny a dále skutečnost, že ve druhé polovině 20. století byla péče o staré občany výrazně medicinalizována. Nukleární rodina (rodiče a jejich děti) žije samostatně a také stárnoucí či starý člověk chce většinou žít samostatně. Všechny generace si zvykly na nezávislost a těžko se jí vzdávají. Došlo k takzvané atomizaci rodiny (každý bydlí ve svém). To ovšem v žádném případě neznamená, že by se mladí a staří neměli rádi. Vznikla „intimita na dálku“. Vřelé vztahy mezi prarodiči a vnuky jsou příznivé a pěkné. Společné soužití generací je však výjimečné (udržuje se převážně na malých vesnicích).⁶⁸

Občasná péče o starého člověka bývá pravidelná a většinou nepůsobí rodinám potíže. Dlouhodobá nebo dokonce trvalá péče o starého nemocného člověka je již náročnější. Sociologické výzkumy uvádějí, že rodinná a sousedská péče pokrývá 70 – 80 % opodstatněných potřeb starých a starých nemocných lidí. Profesionálové, kteří pečují o seniory, se setkávají často i s rodinami, které jsou dysfunkční a nemohou se starat nebo vysloveně odmítají převzít starého člověka do své péče. Je nutné věnovat celospolečenskou pozornost rodinám, které se starají o své staré příbuzné. Platí, že rodina musí chtít, umět a moci. Většina rodin chce. Kdo chce, tak se i naučí, což znamená, že si dovede péči zorganizovat a zvládne i základní ošetrovatelské úkony. Vážným problémem je „moci“, a to zejména tehdy, kdy starý nemocný člověk potřebuje dlouhodobou nebo trvalou péči. Je hodně překážek: nevyhovující bydlení (malé byty a z toho plynoucí ztráta soukromí nukleární rodiny nebo seniora, nedostatek či nemožnost opatřit si vícegenerační byt), vysoká zaměstnanost žen střední generace (které nemohou opustit zaměstnanecký poměr, neboť živí sebe a zpravidla též nezaopatřené, i když dospělé děti), další ekonomické důvody atd. Rodině, respektive střední generaci, která je ochotna a schopna se starat, je třeba pomoci (dostupnost běžných i specializovaných služeb, případně legislativní úpravy pro vznik „seniorské dovolené“, která by mohla mít analogický statut jako mateřská dovolená apod.).⁶⁹

Pro pečující rodiny je nezbytně žádoucí rozvoj a dostupnost sociálních služeb. V posledních letech se i u nás rozvíjejí nejrůznější typy sociálních služeb, které jsou určeny pro seniory, a dále pak i seniorské sousedské výpomoci (seniorská centra a iniciativy)

68 HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s. 42. ISBN 80-7013-363-5.

69 Tamtéž, s.43

a systémy domácí péče – home care, které pomáhají starajícím se rodině a umožňují pobyt nemocného seniora v domácím prostředí.⁷⁰

2.2.2 Home care

Home care je definována jako domácí odborná zdravotní péče, kterou provádí registrované zdravotní sestry. Na základě dobrých zkušeností s touto službou v zahraničí byl její systém zaveden i u nás. Pojetí systému home care však koreluje s dřívějším českým modelem domácí péče, který zajišťovaly geriatrické sestry. Institut geriatrických sester byl zrušen v roce 1990 a nahrazen péčí typu home care. Velmi často bývá kombinována domácí odborná péče (home care) s domácí laickou péčí (home help). V České republice existuje Asociace domácí péče, která sdružuje jednotlivé Agentury domácí péče. Těch je v současnosti přes tři sta (některé jsou početně velké, zatímco jiné reprezentuje jen jedna osoba). Domácí péče je určena pacientům, u nichž není nutný pobyt v nemocnici a současně nestačí laická domácí péče. Kdyby domácí odborná péče přesáhla rozsah 3 hodin denně nebo 2 - 3 návštěvy, je plně indikován pobyt nemocného v nemocnici. Uvedený rozsah péče home care kompletně hradí pojišťovna. Domácí péči využívají zejména dvě skupiny pacientů. Na jedné straně jsou ti, kteří jsou propuštěni z nemocnice a u nichž je předpoklad, že doléčení a rekonvalescence může probíhat v domácích podmínkách, a na druhé straně chronicky nemocní vyžadující dlouhodobou, nikoliv však nutně nemocniční péči. Domácí péče je výhodná z několika důvodů: udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci, nemocný se ve svém prostředí cítí lépe a rychleji se uzdravuje, zlepšuje psychický stav nemocných a vylučuje nepříznivé dopady hospitalizace (tzv. hospitalismus) a snižuje náklady na zdravotní péči. Je však třeba dodat, že domácí péče je sice levnější, ale není levná.⁷¹

Na odborných seminářích zaměřených na home care často zaznívá informace, že ze statistik poskytovatelů domácí péče vyplývá, že velkou část pacientů domácí péče tvoří právě senioři.

2.3 Sociální práce se seniory

Sociální pracovník by měl být seniorům k dispozici, aby jim pomohl hledat řešení jejich svízelné situace a podpořil seniora i jeho rodinu. Důležitým nástrojem sociálního pracovníka v individuální práci s klientem seniorem je **rozhovor**. Rozhovor je prostředkem, který umožní získat velké množství informací, poznat jeho odhad možností postarat se sám

70 Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002, s. 42-47. ISBN 80-7013-363-5.

71 Tamtéž

o sebe a očekávání vztahující se ke konkrétním rodinným příslušníkům. Pro sociálního pracovníka je velmi vhodné získat si důvěru seniora, postupně mu umožnit, aby lépe porozuměl své situaci, a přesvědčit ho o vhodnosti pomoci.⁷²

Signalizace a hodnocení potřeb

Terénní sociální práce se opírá o dobrý monitoring starých lidí, kteří někdy neumějí, nemohou, nebo nechtějí signalizovat své potřeby. Pozornost je třeba věnovat seniorům právě propuštěným z nemocnice. Ohroženi jsou i senioři odkázaní na péči rodiny (riziko vyčerpání a zdravotního selhání primárních pečovatelů, riziko špatného zacházení). Tato i jiná rizika zvyšují potřebu sociální a zdravotní péči v terénu.⁷³

Vyhledávání a sledování ohrožených starých lidí není u nás věnována náležitá pozornost. Neexistuje závazné rozdělení povinností mezi praktické lékaře, agentury domácí péče, pečovatelskou službu nebo pověřeného sociálního pracovníka. Dříve tuto funkci plnily geriatrické sestry.⁷⁴

K hodnocení potřeb sociální péče obvykle využívá sociální pracovník rozhovoru se seniorem a vlastního pozorování jeho chování a jeho prostředí. Při hodnocení potřeby sociální intervence je třeba brát v úvahu funkčnost rodiny, sociální sítě, úroveň aktivity a soběstačnost klienta, jeho ekonomickou situaci, dostupnost služeb atd.⁷⁵

Koordinace služeb – role klíčového pracovníka

V této roli získává pracovník dostatek informací o potřebách klienta i o dostupných službách tak, aby mohl spolu s klientem sestavit balíček potřebných služeb. I v domácím prostředí by měl mít senior svůj individuální plán péče, který je pravidelně vyhodnocován a upravován dle jeho potřeb.⁷⁶ Cílem je udržet starého člověka co nejdéle v jeho domácím prostředí, podporovat jej v soběstačnosti, samostatnosti a nezávislosti na službě.⁷⁷ Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a Standardů kvality sociálních služeb je povinností každého poskytovatele plánovat společně s uživatelem poskytování sociální služby.⁷⁸ Kvalitní práce klíčového pracovníka předpokládá dostatečnou nabídku služeb a jejich široké spektrum.⁷⁹

72 Srov. JANEČKOVÁ, H. *sociální práce se starými lidmi*. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s 170-171. ISBN 80-7367-002-X

73 Tamtéž

74 Tamtéž

75 Tamtéž

76 Tamtéž

77 Srov. § 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

78 Srov. § 88 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

79 Srov. JANEČKOVÁ, H. *sociální práce se starými lidmi*. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s 173. ISBN 80-7367-002-X

Sociální práce s rodinou seniora

Pro rodiny, které pečují o seniory je velmi důležité vědět, že v péči o seniora nezůstanou sami a že existuje i možnost odpočinku a úlevy. Jde o různé formy a možnosti péče (pobytové, terénní i ambulantní služby). Rodina by měla být též informována o možnostech finanční podpory (příspěvek na péči) a jednorázových příspěvků na opatření kompenzačních pomůcek. Sociální pracovník musí mít pro rodinu připraven kompletní balíček informací o službách a možných zdrojích pomoci.⁸⁰ Informace o jednotlivých službách v daném regionu lze získat z registru poskytovatelů sociálních služeb, který je dostupný na internetu na www.iregistr.mpsv.cz. Dlouhodobě pečující rodinný příslušník je ohrožen syndromem vyhoření stejně jako profesionální pečovatel, proto i on potřebuje podporu ze strany sociálního pracovníka.⁸¹

Kritické body v sociální práci se seniory a role sociálního pracovníka

Sociální práce se staršími lidmi přináší určité problémy a kritické momenty, na které je třeba upozornit:

- Nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální praxí, mělo by docházet k jejich průniku. Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb, proto je žádoucí, aby byly oba typy služeb poskytovány souběžně. Z toho vyplývá, že sociální pracovník má pracovat v týmu i se zdravotníky.
- Platí i opačný vztah. Sociální změny představují pro seniora zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví. Sociální pracovník pomáhá klientovi adaptovat se na změnu. Pamatuje na nutnost uchovat kontinuitu života, podržet souvislost mezi minulostí a současností. Podporuje tak jeho zdraví a kvalitu života.
- Sociální práce se starými lidmi musí být prováděna kvalitně i v případě, že klient má závažný problém s komunikací v důsledku svého zdravotního stavu. Sociální pracovník musí proto být vybaven potřebnými dovednostmi.
- Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí. Sociální pracovník je v mnoha případech jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem.
- Sociální práce se starým člověkem znamená často také práci s jeho rodinou a pomoc pečujícím osobám.⁸²

80 Srov. JANEČKOVÁ, H. *sociální práce se starými lidmi*. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 169. ISBN 80-7367-002-X

81 Tamtéž

82 Tamtéž, s. 172

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 Charitní pečovatelská služba Kamenice

Charitní pečovatelská služba Kamenice je jedním ze zařízení **Oblastní charity Jihlava**. Oblastní charita Jihlava je součástí Diecézní charity Brno.⁸³ Služby, které Oblastní charita Jihlava poskytuje lidem v obtížných životních situacích, lze rozdělit do tří oblastí – služby sociální prevence, služby sociální péče a domácí ošetrovatelská služba.

Služby sociální prevence tvoří:

- Centrum prevence – Vrak bar – primárně preventivní programy, terénní programy a nízkoprahový klub,
- Káčko – kontaktní centrum pro uživatele návykových látek, sekundární a terciální prevence,
- Erko – programy pro předškolní děti, vzdělávací program a volnočasové aktivity pro děti a mládež především z romské minority,
- Malá řemesla – pracovní program pro nezaměstnané mladé lidi,
- Park in park – vyrovnávání přístupu ke vzdělání a zaměstnání dlouhodobě nezaměstnané mládeže ohrožené sociální exkluzí,
- Aktivizační programy pro seniory a lidi se zdravotním postižením.

Služby sociální péče jsou:

- Domovinka Dačice – centrum denních služeb pro seniory a lidi se zdravotním postižením,
- Charitní pečovatelská služba Janštejn, Kamenice, Kostelec, Luka nad Jihlavou, Telč a Nová Říše.

Domácí ošetrovatelská služba má střediska v Jihlavě, Janštejně, Kamenici, Kostelci, Lukách nad Jihlavou, Nové Říši, Polné a v Telči.

Podrobnější informace jsou dostupné na webových stránkách.⁸⁴

83 Diecézní charita Brno, jako církevní právnická osoba, je tvořena jednotlivými Oblastními charitami a to Blansko, Brno, Břeclav, Hodonín, Jihlava, Tišnov, Třebíč, Rajhrad, Znojmo a Žďár nad Sázavou.

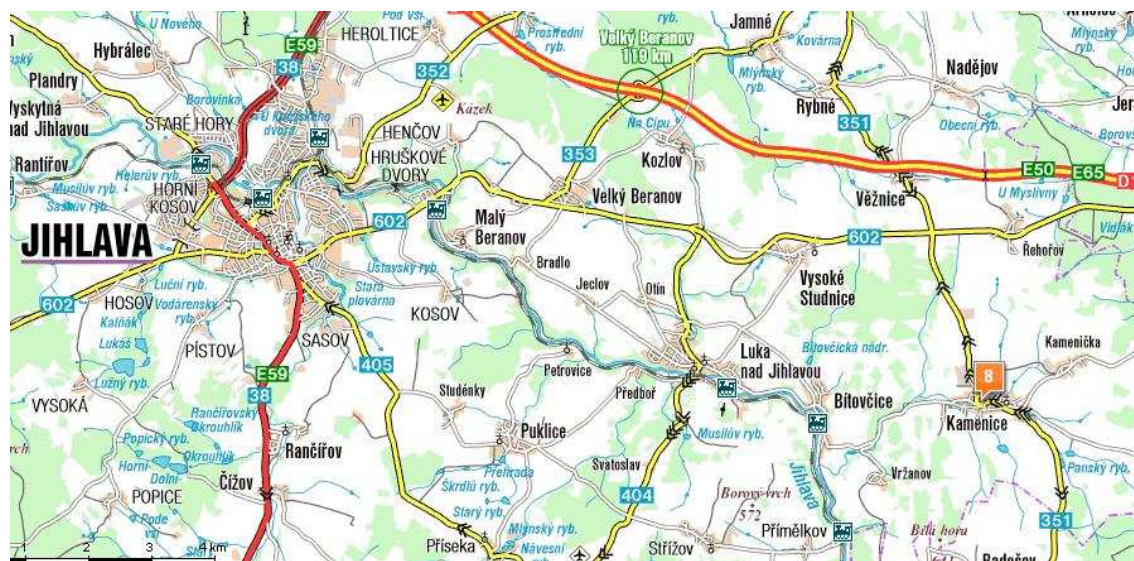
84 *Oblastní charita Jihlava* [online]. [2007] [cit. 2007-07-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.jihlava.cz/charita/>>.

Charitní pečovatelská služba je poskytována, s výjimkou Telče, v malých obcích (do 1800 obyvatel), kde je velká spádovost a rozlehlost. Některé části obcí jsou spíše samoty, nebo malé vesničky spadající pod obec větší, či fungující samostatně. Společné pro tyto obce je špatná dopravní obslužnost, nedostatek veřejných služeb a dále fakt, že zde nepůsobí žádný jiný poskytovatel sociálních služeb a že zde žije velké množství lidí starších 65 let. Tito lidé zde žijí většinou sami, jejich děti pracují v Jihlavě, nebo se do města odstěhovaly a přijíždějí pouze na víkendy. Vzhledem k tomu, že v těchto obcích není zajištěna sociální péče jiným poskytovatelem sociálních služeb, jsou služby poskytovány nejen seniorům, ale i lidem se zdravotním postižením. Na Charitní pečovatelskou službu navazuje Aktivizační program pro seniory a lidi se zdravotním postižením.

3.1 Popis regionu

Obec Kamenice leží 20 km západně od města Jihlavy. Charitní pečovatelská služba je poskytována v obci Kamenice a dále pak ve spádových obcích Řehořov, Vržanov a Kamenička (obr.1). Žijí zde převážně starousedlíci s pevnou vazbou na lokalitu, jejichž rodinní příslušníci buď pracují v Jihlavě, nebo žijí v okolních městech, kam odešli za lepšími pracovními podmínkami a bydlením. Tato skutečnost často zabraňuje rodinám pečovat o svého rodinného příslušníka v seniorském věku.

Obr. 1⁸⁵



85 Supermapy.cz : beta [online]. c1999-2007 [cit. 2007-07-09]. Dostupný z WWW: <<http://supermapy-beta.centrum.cz/>>.

Tabulka 1 uvádí věkové složení Kamenice a její spádové oblasti v roce 2004.

Tabulka 1 – obyvatelstvo Kamenice podle věku⁸⁶

Obyvatelstvo Kamenice podle věku	
Věková skupina	Počet lidí ve skupině
0-4	65
5-14	209
15-19	141
20-29	319
30-39	223
40-49	260
50-59	208
60-64	73
65-74	154
75+	116
Celkem obyvatel	1768

Zdroj: REČOVÁ, Marie. Demografie obyvatel. *Kamenoviny* [online]. 2005

V roce 2005 bylo v obci 270 seniorů, což činí 15,3 % osob v poproduktivním věku. Z prognóz Českého statistického úřadu vyplývá, že v roce 2010 bude v obci 23,4% osob v poproduktivním věku a v roce 2050 to bude 30,6%.

3.2 Popis služby

Charitní pečovatelská služba Kamenice (dále jen CHPS) vznikla v roce 1994. Služba procházela postupným vývojem, na které se podílel nejen nárůst počtu seniorů, ale i zvyšující se zájem o tuto službu. Nárůst počtu uživatelů za posledních šest let je zřejmý v níže uvedené tabulce 2, získané z počítačové evidence. Počet uživatelů vyplývá z počtu evidovaných uživatelů, kteří v daném roce službu využili (úkony pečovatelské služby, aktivizační Programy a sociální poradenství).

86 REČOVÁ, Marie. Demografie obyvatel. *Kamenoviny* [online]. 2005, č. 9 [cit. 2007-07-09], s. 10-11.

Dostupný z WWW:

<http://www.kameniceujihlavy.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.aspx?id_org=6255&id_dokumenty=16763>.

Tabulka 2 – Statistické údaje o Charitní pečovatelské službě Kamenice

rok	Počet uživatelů	Počet úkonů
2000	105	10 600
2001	110	11 200
2002	117	12 500
2003	122	13 350
2004	138	14 100
2005	141	16 400
2006	150	17 200

Zdroj: závěrečné zprávy CHPS Kamenice pro MPSV a Obecní úřad Kamenice.

CHPS je poskytována uživatelům v pracovní dny od 7 do 16 hodin. Ve výjimečných případech (náhlé zhoršení zdravotního stavu, nepřítomnost rodinného příslušníka, který pečuje) i večer a o víkendech. Větší časový rozsah pravidelně poskytované služby není možný z finančních a personálních důvodů. Proto služba aktivně spolupracuje s Charitní ošetrovatelskou službou a rodinami uživatelů služby. Jak již bylo v předchozím textu uvedeno, tato služba je poskytována nejen seniorům, ale i lidem se zdravotním postižením všech věkových kategorií. Bližší specifikace je v tabulce 3.

Tabulka 3 – Věková struktura uživatelů Charitní pečovatelské služby Kamenice

od 1. 1. 2006 do 31. 12. 2006 – údaje z elektronické evidence CHPS Kamenice

Věkové rozpětí	Počet uživatelů
0 - 19	2
20 - 40	6
41 - 60	10
61 - 80	72
81 +	60

Zdroj: počítačová evidence služby.

3.3 Poslání Charitní pečovatelské služby Kamenice

Posláním Charitní pečovatelské služby je usnadnit život seniorům a lidem se zdravotním znevýhodněním z Kamenice a blízkého okolí, kteří z důvodu věku, chronického onemocnění, nebo zdravotního postižení potřebují pomoc druhé osoby. Služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech uživatelů, a to s ohledem na soběstačnost uživatelů a možnosti služby.⁸⁷

3.4 Cíle služby

- poskytovat uživatelům takové služby, které jim umožní setrvat v domácím prostředí, dokud jejich zdravotní stav nevyžaduje nepřetržitou péči,
- podporovat uživatele v udržení soběstačnosti a samostatnosti v základních úkonech a oblastech hygieny, stravování a udržení chodu domácnosti,
- zajistit kvalitní stravu – dovážkou teplého oběda,
- zabezpečení základních životních potřeb – pomoc s hygienou, nákupy, pochůzky, úklid domácnosti, praní prádla,
- usnadnit přístup k lékařským a veřejným službám v obci – dovozem či doprovodem na tato místa,
- podporovat snahy uživatele a aktivity – společná setkání, aktivizační programy,
- zprostředkovat informace o možných sociálních příspěvcích, výhodách, kompenzačních pomůckách, jiných službách atd.,
- nabídnout pomoc i rodinám pečujícím o svého rodinného příslušníka, který je starý, imobilní, či těžce tělesně postižený.⁸⁸

3.5 Cílová skupina

Cílovou skupinu tvoří senioři a lidé se zdravotním postižením z Kamenice a spádové oblasti, kteří jsou alespoň částečně soběstační, nacházejí se v nepříznivé sociální situaci, pro svůj vysoký věk, osamělost, ztrátu soběstačnosti, chronickou chorobu, zdravotní postižení a neschopnost plně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby.

Další cílovou skupinou jsou i rodinní příslušníci, kteří pečují o těžce zdravotně postiženého či seniora plně odkázaného na pomoc druhé osoby.⁸⁹

87 Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Manuál Charitní pečovatelské služby Kamenice : Interní materiál služby*. Zdislava Součková. Kamenice : [s.n.], 2007.

88 Tamtéž

89 Tamtéž.

3.6 Principy poskytované služby

- **Zachování důstojnosti a dodržení práv uživatelů** – personál si je vědom své povinnosti respektovat vůli, důstojnost, soukromí a další práva uživatelů. Jedná s uživatelem s respektem ke všem jeho lidským právům.
- **Respektování rozhodnutí uživatelů** – uživatelé služeb žijí svým způsobem života, sami si rozhodují, které služby chtějí využívat.
- **Individuální přístup** – ke každému uživateli je přistupováno individuálně s cílem přístupem udržovat a podporovat soběstačnost a samostatnost pozitivní myšlení uživatelů služeb.
- **Podpora nezávislosti uživatele službě** – služba se pružně přizpůsobuje potřebám uživatele, lze službu nejen rozšířit, ale i zúžit dle stavu a potřeb uživatele.
- **Rozvoj schopností a dovedností** – uživatelé se mohou zapojit podle svých zájmů a schopností do různých aktivit a společenského života obce a využívat veřejné služby v obci.
- **Profesionalita** – personál se pravidelně vzdělává a ví, jak s uživateli pracovat, aby zjistil, jaké jsou jeho potřeby a přání.
- Služba je poskytována v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. a s ním souvisejícími prováděcími předpisy, včetně Standardů kvality sociálních služeb.⁹⁰

3.7 Průběh realizace služby

Sociálně zdravotní služby jsou uživatelům poskytovány v Domově pokojného stáří v Kamenici a v jejich domácnostech. Služba je poskytována na základě uzavřené smlouvy mezi uživatelem a poskytovatelem služby. Služba se pružně přizpůsobuje potřebám uživatelů tak, aby mohli žít částečně samostatný život v jejich domácím prostředí.⁹¹

O poskytování pečovatelské služby může požádat potencionální uživatel nebo jeho rodinný příslušník, lékař, sociální pracovník, nemocnice, soused apod. Uživatel je informován o poskytovaných službách, jejich časovém rozsahu a výši úhrad za tyto služby (příloha I). Zároveň je i informován o plánování, průběhu a hodnocení služeb. Uživatel se může

90 Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Manuál Charitní pečovatelské služby Kamenice : Interní materiál služby*. Zdislava Součková. Kamenice : [s.n.], 2007.

91 Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Organizační řád Charitní pečovatelské služby*. Kamenice : [s.n.], 2007.

rozhodnout, které služby a jak často bude využívat. Zcela záleží na jeho vůli a rozhodnutí. Úkolem pracovníka je tyto požadavky posoudit a sdělit uživateli, co mu může služba zajistit a v čem pomoci. Pracovník nemá právo uživateli přikazovat či vnucovat, jakou službu musí využívat⁹².

Služba je poskytována pouze v případě souhlasu uživatele na základě provedeného sociálního šetření a uzavřené smlouvy o poskytování pečovatelské služby. Současně při podepsání smlouvy uživatel obdrží v písemné podobě informace o službě, které mu byly sděleny ústně ještě před podpisem smlouvy⁹³.

Služba je plánována společně s uživatelem. Plán služby – individuální plán – vychází z konkrétních potřeb uživatele a tvoří jej společně klíčový pracovník a uživatel. Tento plán je veden v písemné podobě a je pravidelně přehodnocován. Termín přehodnocení si určuje uživatel. Pokud dojde k nějaké zásadní změně na straně uživatele (zhoršení zdravotního stavu, potřeba více služeb apod.), je tento plán přehodnocen ihned.⁹⁴

Práce s uživateli je prováděna dle metodických pokynů, které jsou vypracovány pracovním týmem v souladu se Standardy kvality sociálních služeb.

Sociální problémy uživatelů jsou řešeny týmovou spoluprací sociálního pracovníka, terapeuta, pečovatelek a zdravotní sestry Charitní ošetrovatelské služby Kamenice.

3.7.1 Poskytované služby⁹⁵

- pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu – pomoc při podávání jídla a pití, pomoc při oblékání, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, pomoc při prostorové orientaci,
- pomoc při osobní hygieně – pomoc při úkonech osobní hygieny (koupel, ranní a večerní toaleta), pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
- pomoc při zajištění stravy – dovoz oběda, pomoc při přípravě jídla,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti – nákupy, pochůzky, úklid domácnosti, praní prádla,

92 Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Manuál Charitní pečovatelské služby Kamenice : Interní materiál služby*. Zdislava Součková. Kamenice : [s.n.], 2007. Postup při zavedení péče.

93 Tamtéž

94 Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Manuál Charitní pečovatelské služby Kamenice : Interní materiál služby*. Zdislava Součková. Kamenice : [s.n.], 2007. Postup při plánování služby.

95 Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Informační leták Charitní pečovatelské služby*. Kamenice : [s.n.], 2007

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – doprovod k lékaři, na úřady, na nákupy a jiné instituce v obci,
- fakultativní služby – dohled nad dospělým občanem, jednoduché ošetrovatelské úkony (aplikace mastí, kapek, převazy, měření krevního tlaku, glykémie),
- pomoc při prosazování práv a zájmů – pomoc při vyřizování sociálních dávek, zprostředkování nebo zapůjčení kompenzačních pomůcek, zprostředkování informací o možné rehabilitační léčbě,
- sociální poradenství – poskytnutí informací o možnosti získání sociálních dávek, příspěvku z nadací a nadačních fondů,
- aktivizační programy – arteterapie (malování na textil, na hedvábí, na sklo, pletení košíků, práce s hlínou a květináči), muzikoterapie, taneční odpoledne, oslavy svátků a narozenin, přednášky, besedy, rehabilitační cvičení,
- spirituální péče – doprovod na bohoslužby, návštěva duchovního, biblické hodiny.

Jednotlivé služby jsou poskytovány přímo v domácnosti uživatelů. Poskytnuté služby jsou měsíčně zaznamenávány do Výkazu o poskytnuté pečovatelské službě⁹⁶ (viz příloha II). Aktivizační programy se konají v Domově pokojného stáří v Kamenici, kde se nachází i středisko Charitní pečovatelské služby. Pokud uživatel není schopen sám přijít do střediska, je mu zajištěn doprovod, a tak je mu umožněno se aktivizačních programů účastnit.

Výše úhrady za služby je v souladu s vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb. Vyúčtování se provádí na konci každého měsíce na základě Výkazu poskytnutých služeb (příloha II).

Evidence uživatelů a poskytnuté péče je vedena písemnou i elektronickou formou.

3.7.2 Personální zajištění služby

Službu zajišťuje realizační tým, který je složen z řídicího a pracovního týmu. Řídicí tým tvoří ředitel Oblastní charity Jihlava, personalista, ekonom, účetní, fundraiser, správce sítě a správce majetku. Pracovní tým tvoří koordinátor (vedoucí) služby, terapeutka a dvě pečovatelky.

Práce týmu je hodnocena na pravidelných poradách jak na úrovni řídicího, tak

⁹⁶ Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Manuál Charitní pečovatelské služby Kamenice : Interní materiál služby*. Zdislava Součková. Kamenice : [s.n.], 2007. Pokyn pro evidenci poskytnutých pečovatelských úkonů a vyúčtování péče.

pracovního týmu. Pracovní tým se schází denně ke krátké operativní poradě a jedenkrát týdně se koná porada týmu, na které je služba plánována a přehodnocována. Vedoucí služby je v kontaktu s ředitelem organizace, který čtyřikrát ročně navštěvuje středisko CHPS Kamenice. Jedenkrát měsíčně se vedoucí služby účastní společné porady vedoucích Charitních pečovatelských služeb Oblastní charity Jihlava a dále se pravidelně zúčastňuje Odborného kolegia služeb pro seniory a osob se zdravotním postižením Diecézní charity Brno.

Pracovníci CHPS Kamenice mají též zajištěnu podporu nezávislých odborníků a pravidelně probíhá supervize (jak interní⁹⁷, tak externí). Dále pak se pracovníci pravidelně vzdělávají dle stanoveného plánu vzdělávání.⁹⁸

3.7.3 Finanční zajištění služby

Služba je financována z více zdrojů. Příjmovou stránku rozpočtu tvoří dotace MPSV (28%), dotace Kraje Vysočina (5,5%) a dotace Obecního úřadu Kamenice (33,5%). Další příjmovou složkou jsou příjmy od uživatelů (21,5%), sponzorské dary (4,5%) a prodej služeb (7%).

V současné době není služba financována z Evropských fondů.

97 Interní supervize provádí Odborný garant projektů sociální péče Oblastní charity Jihlava.

98 Plán vzdělávání vyplývá ze Standardů kvality sociálních služeb – standardy č.9 a 10.

4 Vlastní zkušenosti

4.1 Popis stávající situace

Charitní pečovatelská služba Kamenice poskytuje služby uživatelům již třináct let. Jak lze vyčíst z různých statistických údajů uváděných v žádostech o dotace či z výroční zprávy Oblastní charity Jihlava, je zřejmé, že se počet uživatelů CHPS a počet poskytnutých služeb (úkonů) stále zvyšuje. Tuto skutečnost bychom mohli považovat za jasný ukazatel toho, že je CHPS využívána a že pokrývá potřeby občanů z obce Kamenice a její spádové oblasti.

Když ale hovořím se uživateli CHPS Kamenice, dozvídám se, že občas nejsou s poskytovanou službou spokojeni. Ona nespokojenost mnohdy není přímo slovně definována a vyřčena, ale spíše vyplývá z rozhovoru.

Jelikož jsem vedoucí této služby a mým cílem je, abychom poskytovali službu kvalitní, chtěla jsem získat zpětnou vazbu na to, zda jsou uživatelé spokojeni s poskytovanými službami, s přístupem pracovníků, jestli jim vyhovuje rozsah služeb co se týče nabídky i času, kdy jsou poskytovány, případně o jaké jiné sociální služby by byl z jejich strany zájem.

Abych získala zpětnou vazbu, tak jsem v době od května do září 2007 navštívila sto uživatelů CHPS Kamenice (jednalo se o uživatele, kteří v daném období využívali služeb) a hovořila s nimi v jejich domácím prostředí. Formu rozhovoru jsem volila záměrně vzhledem k věku uživatelů. V praxi jsem si ověřila, že senioři neradi vyplňují dotazníky v písemné podobě. Někdy mají problém porozumět písemné formulaci, potřebují vysvětlení, mají potíže se zrakem, dále pak neví, jakou vybrat odpověď, zvláště pokud mají odpovědi přiřadit nějakou danou slovní formulaci či číselnou hodnotu.

Z rozhovorů vyplynulo následující:

- 85 % uživatelů je se službou spokojeno. Negativní hodnocení bylo zejména na výši úhrad za poskytované služby (někteří si stále představují, že název charita zaručuje nízkou cenu, nebo ještě lépe zdarma) a dále pak na služby, které jsou CHPS zajištěny dodavatelsky (obědy – kvalita stravy, není možnost dietních jídel, o víkendu se nevaří) I když někteří respondenti uvedli, že nejsou spokojeni se službou z výše uvedených důvodů, kladně hodnotili práci pečovatelek.
- 78 % uživatelům vyhovuje rozsah poskytovaných služeb, tzn. že rozsah poskytovaných služeb pokrývá jejich potřeby. 22 % uživatelů uvedlo, že by potřebovali širší péči, než jakou v současné době služba poskytuje. Jedná se především

o četnost jednotlivých úkonů nebo vícehodinovou péči, která by byla jistou obdobou osobní asistence.

- 18 % uživatelů uvedlo, že časový rozsah poskytovaných služeb je pro ně nedostačující, a to hlavně pro ty, kteří nemají rodinu a žijí sami. Uvítali by, kdyby služba fungovala i ve večerních hodinách a o víkendech.
- Pro 75% uživatelů je stávající typ služby dostačující, a to i proto, že se na péči podílí i jejich rodiny. Přesto někteří uživatelé uvedli, že by uvítali, kdyby postupně v obci byly dostupné i další služby, zejména osobní asistence (24 %), denní stacionář (20 %), domov pro seniory (15 %), týdenní stacionář (9 %), či odlehčovací služby (9%).⁹⁹ Uživatelé jsou si vědomi toho, že se jejich stávající soběstačnost a samostatnost bude časem snižovat. Je tedy pro ně velmi nepřijatelné i nepředstavitelné, že pokud by se stali více závislí na pomoci druhých, museli by se odstěhovat do zařízení, které je vzdálené od obce, kde se často narodili, prožili celý svůj život a kde mají své kořeny, rodinu a přátele.

Při osobních návštěvách uživatelů jsem měla možnost hovořit i s rodinnými příslušníky uživatelů, zvláště s těmi, kteří CHPS využívají jako službu doplňkovou, jelikož celodenně pečují o svého blízkého. Celkem se jednalo o dvacet pět pečujících. Z jejich odpovědí vyplývá, že jim v obci nebo v dostupném okolí chybí služby, které by poskytovaly časově dlouhodobější péči, kterou by mohli využívat v případě svého onemocnění, odpočinku či zaměstnání.

V porovnání odpovědí mohu konstatovat, že pouze 25% uživatelů postrádá v obci ještě jiný typ služby, a to narozdíl od pečujících, kteří všichni uvedli, že by uvítali, kdyby mohli nepravidelně využívat i jiný druh služby. Pro dokreslení tohoto zjištění připojuji tabulku 1, ve které je vidět procentuální rozdíl.

⁹⁹ Uživatelé svými slovy popisovali, o jakou službu by kromě CHPS měli zájem, a na základě popisu byla jejich odpověď přiřazena k jednotlivým typům sociálních služeb dle stávající typologie sociálních služeb.

Tabulka 1 - Porovnání odpovědí uživatelů a pečujících

Druh služby	Počet odpovědí uživatelů ¹⁰⁰	%	Počet odpovědí pečujících ¹⁰¹	%
Denní stacionář	20	20	18	72
Týdenní stacionář	9	9	9	36
Odlehčovací služba	3	3	9	36
Osobní asistence	24	24	24	96
Domov pro seniory	15	15	15	60

Zdroj: vlastní šetření

Při rozhovorech s uživateli jsem získala nejen zpětnou vazbu na poskytovanou službu, ale zároveň jsem dospěla k velmi zásadnímu, až alarmujícímu zjištění: jen velmi malá část uživatelů služby, kteří jsou zároveň příjemci příspěvku na péči, si je vědoma účelu této sociální dávky. Dvacet pět ze sta uživatelů pobírá příspěvek na péči a pouze čtyři věděli, že tento příspěvek má sloužit výhradně na zakoupení služeb (buď od poskytovatele sociálních služeb, či osoby, která o ně pečuje)! Dvacet jedna příjemců příspěvku na péči vnímá tuto dávku jako odškodné za stáří, nemoc nebo jako formu na „přilepšenou“, zvýšené životní náklady (nájemné, plyn, elektřina), či dokonce jako možnost spoření pro rodinu. I přes toto mylné přesvědčení všichni příjemci příspěvku na péči, kteří využívají služeb CHPS, zaplatí měsíčně za služby minimálně 40 % z celkové výše příspěvku.

4.2 Shrnutí

Z výše uvedeného vyplývá, že většina uživatelů je s poskytovanou službou spokojena. Pro mne jako vedoucí sociální služby je ale zjištění, že část uživatelů potřebuje větší rozsah sociální služby, velmi důležité. Vzhledem k demografickému vývoji lze předpokládat, že potřeba širšího spektra služeb bude dále narůstat. Je důležité, aby na tuto skutečnost byli připraveni nejen poskytovatelé sociálních služeb, ale i zřizovatelé, veřejní činitelé, donátoři i společnost jako celek.

Péče o seniory v obci Kamenice není záležitostí pouze poskytovatele, ale je nutné vstoupit do dialogu s Obecním úřadem Kamenice a Krajem Vysočina.

Proto si dovoluji připojit i návrh doporučení pro jednotlivé subjekty, kteří by se měli podílet na péči o seniory.

¹⁰⁰ Celkem 100 dotázaných uživatelů.

¹⁰¹ Celkem 25 dotázaných pečujících.

Doporučení pro poskytovatele

- získat finanční prostředky v takové výši, aby mohla být služba personálně posílena minimálně o jeden pracovní úvazek, s donátory služby vstoupit do jednání o navýšení finančních prostředků tak, aby mohla být CHPS ještě rozšířena; zvýšením počtu pracovníků bude možné poskytovat i časově náročnější péči, případně bude služba poskytována i večer a o víkendu,
- efektivně plánovat a vyhodnocovat poskytovanou CHPS,
- dobře pracovat s individuálním plánem uživatele,
- oslovit dobrovolníky a zapojit je do plánu péče tak, aby služba mohla lépe reagovat na potřeby uživatelů,
- více spolupracovat s rodinnými příslušníky uživatelů,
- prohloubit spolupráci s praktickým lékařem tak, aby na pečovatelskou službu navazovala služba domácí péče a mohla být uživatelům poskytována komplexnější péče,
- navázat spolupráci i s jinými poskytovateli sociálních služeb, kteří prozatím v regionu neposkytují službu (Život 90, Osobní asistence Třebíč),
- s vedením organizace hledat zdroje na zavedení nové sociální služby (např. denní stacionář), která v regionu chybí.

Doporučení pro Obecní úřad Kamenice

- zvýšit finanční dotaci, aby mohlo dojít k personálnímu posílení služby tak, že by mohla být služba poskytována ve větším časovém rozsahu,
- rozšířit stávající dům s pečovatelskou službou natolik, že by zde bylo možné poskytovat větší spektrum služeb, například postavit ještě jednu budovu, která by na stávající navazovala, a zde zřídit domov pro seniory, součástí tohoto domova by mohla být i lůžka pro odlehčovací službu a zároveň by tu vznikl prostor pro denní či týdenní stacionář, to vše s vlastní kuchyní,
- vstoupit do jednání s krajským úřadem o navýšení finančních prostředků na sociální služby zvláště pro malé obce, jejichž příjmy jsou podstatně nižší než příjmy do městských rozpočtů, ale procentuálně je zde vyšší počet seniorů.

Doporučení pro Krajský úřad Vysočina

- podporovat vznik a rozvoj sociálních služeb na venkově tak, aby člověk, který celý život žil v jedné obci, nemusel za pomoci odcházet do vzdálených míst, ale aby pomoc

přišla za ním,

- finančně podpořit malé obce, které nemají dostatek financí na zajištění sociálních služeb na území svých obcí,
- s MPSV vést jednání o efektivním čerpání finančních prostředků určených pro sociální oblast.

Závěr

Ve své práci jsem se snažila přiblížit tematiku péče a služeb určených seniorům v jejich domácím prostředí. Přiblížila jsem teoretické pozadí tohoto tématu a věnovala se možnostem, které mají senioři v jedné konkrétní obci na Vysočině. Domnívám se, že stanovené cíle této bakalářské práce byly naplněny.

Díky získání zpětné vazby od uživatelů, které vyžadovalo osobní setkání s nimi, jsem si uvědomila, že staří lidé jsou nedílnou součástí naší společnosti. Právě senioři mohou náš život obohatit znalostmi a zkušenostmi a jsou určitým zdrojem pro mladší generace.

Na první pohled by se mohlo zdát, že lidé vedle sebe žijí daleko anonymněji, než tomu bylo dříve, že mnohde chybí dobré mezilidské vztahy, ať již rodinné, sousedské, či vztahy v širší úrovni. Byla jsem mile překvapena, jak vztahy ve zkoumané skupině fungují a ulehčují seniorům překonávat potíže spojené se stářím.

Při rozhovorech jsem ale také zjistila, že seniorská populace na venkově je špatně nebo nedostatečně informována o možnostech využití různých forem fyzické či hmotné pomoci. Je tedy důležité se dále více zaměřit na informování obyvatel (a to nejen potenciálních uživatelů, ale také jejich rodinných příslušníků) o dostupných službách. Často jsem slyšela povzdechy seniorů, že nejlepší možnost, jak prožít stáří, je zůstat aktivní, soběstačný a pokud možno užitečný pro své okolí.

I přes tyto nářky lze říci, že respondenti v domácím prostředí mají na dosah sociální a zdravotní službu. Z rozhovorů vyplývá, že rozsah poskytovaných služeb je pro mnohé respondenty i jejich rodiny natolik podpůrné a pomocné, že nemusejí řešit svou situaci odchodem do residenčního zařízení mimo obec. Pečovatelská služba tedy tímto plní svůj účel, za kterým byla zřízena. Z odpovědí uživatelů ale také vyplývá, že by využili i další služby.

O zjištěných skutečnostech bylo informováno také vedení Oblastní charity Jihlava spolu s vedením obce Kamenice. Uznání patří právě vedení obce Kamenice, že jim není lhostejný život seniorů a lidí se zdravotním postižením v obci. V rámci spolupráce starostky, místostarosty obce, ředitele Oblastní charity Jihlava a vedoucí Charitní pečovatelské služby Kamenice se jedná o možnosti dalšího rozvoje služeb pro seniory v obci. Ten by mohl spočívat například v rozšíření pečovatelské služby o denní a týdenní stacionář, případně i odlehčovací službu. Proto byl pozměněn územní plán obce tak, aby zde vznikla vedle stávajícího domu s pečovatelskou službou ještě jedna budova, kde by mohly být poskytovány ještě další sociální služby. Jako zdroje pro financování tohoto záměru se zvažují finanční prostředky z případných dotačních řízení Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva

pro místní rozvoj a Evropského sociálního fondu. Dále pak je naplánováno provedení podrobné analýzy potřebnosti takových služeb pro mikroregion Loucko, kam obec Kamenice spadá.

Z pohledu poskytovatele lze konstatovat, že některá navržená opatření jsou již uváděna do praxe, například pracovníci služby absolvovali vzdělávání na téma „Jak vést individuální plány v pečovatelské službě“ a nyní dochází v praxi k přehodnocování systému individuálního plánování. Dále pak ve spolupráci s Dobrovolnickým centrem Oblastní charity Jihlava hledáme dobrovolníky pro práci se seniory na venkově. Zároveň jsme navázali spolupráci s Životem 90 Jihlava a Osobní asistencí Třebíč a díky tomu dva naši uživatelé využívají i osobní asistenci. Je to začátek dalšího zefektivnění služby a zároveň i zlepšování péče o seniory v Kamenici.

Seznam použitých zdrojů

ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. 1. vyd. Praha: Panoráma, 1989. ISBN 80-7038-044-6.

BAŠTECKÁ, B. GOLDMANN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.

BAŠTECKÁ, B. *Terénní krizová práce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-2470-708-X
Český statistický úřad [online]. c2007 , Aktualizováno dne: 9.7. 2007 [cit. 2007-07-09].
Dostupný z WWW: <<http://www.czso.cz/>>.

GEIST, B. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Victoria Publishing, 1992. ISBN 80-85605-28-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAYESOVÁ, N. *Základy sociální psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-763-9.

Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Manuál Charitní pečovatelské služby Kamenice : Interní materiál služby*. Zdislava Součková. Kamenice : [s.n.], 2007.

Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Organizační řád Charitní pečovatelské služby*. Kamenice : [s.n.], 2007.

Charitní pečovatelská služba Kamenice. *Informační leták Charitní pečovatelské služby*. Kamenice : [s.n.], 2007.

JEDLIČKA, V. a kol. *Praktická gerontologie*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-109-8.

KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

JANEČKOVÁ, H. *sociální práce se starými lidmi*. In MATOUŠEK, O. KODYMOVÁ, P. KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [2007] [cit. 2007-07-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/>>.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academie, 2000. ISBN 80-200-0690-7.

Oblastní charita Jihlava [online]. [2007] [cit. 2007-07-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.jihlava.cz/charita/>>.

PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

Projekce obyvatelstva ČR do roku 2050 [online]. Praha : Český statistický úřad, c2007 , Aktualizováno dne: 26.10. 2006 [cit. 2007-07-09]. Dostupný z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004FD781/\\$File/4020rrg1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2003edicniplan.nsf/t/FF004FD781/$File/4020rrg1.pdf)>.

REČOVÁ, Marie. Demografie obyvatel. *Kamenoviny* [online]. 2005, č. 9 [cit. 2007-07-09], s. 10-11. Dostupný z WWW: <http://www.kameniceujihlavy.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.aspx?id_org=6255&id_dokumenty=16763>.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

Supermapy.cz : beta [online]. c1999-2007 [cit. 2007-07-09]. Dostupný z WWW: <<http://supermapy-beta.centrum.cz/>>.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 3. vyd. Praha: Slon, 2005. ISBN 80-86429-36-9.

ÚZ 595, *Sociální zabezpečení 2007*. 1. vyd. Ostrava-Hrabůvka: Sagit, 2007. ISBN 978-80-7208-608-5.

Wikipedie : Otevřená encyklopedie [online]. 2007 , 5. 6. 2007 [cit. 2008-04-03]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nejstar%C5%A1%C3%AD_%C4%8Dlov%C4%9Bk>.

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

Seznam příloh

Příloha I: Nabídka služeb a úhrada za služby

Příloha II: Výkaz o poskytnuté pečovatelské službě

Přílohy

Příloha I.



Oblastní charita Jihlava
Charitní pečovatelská služba Kamenice u Jihlavy
Nabídka služeb a úhrada za služby

1.1. 2007 vstoupil v platnost nový zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a s ním spojená vyhláška MPSV č. 505/2006. Tento zákon stanovuje systém financování sociálních služeb, dále pak podmínky poskytování a ceny sociálních služeb.

Kód	Název úkonu	Úhrada				
		do ¼ hod	do ½ hod	do ¾ hod	do 1 hod	za úkon
1.0.	Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:					
1.1.	pomoc a podpora při podávání jídla a pití	20,- Kč	40,- Kč	60,- Kč	80,- Kč	
1.2.	pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek	20,- Kč	40,- Kč	60,- Kč	80,- Kč	
1.3.	pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	20,- Kč	40,- Kč	60,- Kč	80,- Kč	
1.4.	pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík	20,- Kč	40,- Kč	60,- Kč	80,- Kč	
2.0.	Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:					
2.1.	pomoc při úkonech osobní hygieny - koupel					80,- Kč
2.2.	pomoc při úkonech osobní hygieny - ranní nebo večerní toaleta	20,- Kč	40,- Kč	60,- Kč	80,- Kč	
2.3.	pomoc při základní péči o nehty					85,- Kč
2.4.	pomoc při použití WC.	20,- Kč	40,- Kč	60,- Kč	80,- Kč	
3.0.	Poskytnutí stravy nebo pomoci při zajištění stravy:					
3.1.	dovoz oběda - Kamenice					14,- Kč
3.2.	dovoz oběda - Kamenička, Vržanov, Řehořov, Věžnice					16,- Kč
3.3.	pomoc při přípravě jídla a pití	20,- Kč	40,- Kč	60,- Kč	80,- Kč	
3.4.	dovoz dvou obědů do jedné domácnosti					20,- Kč
4.0.	Pomoc při zajištění chodu domácnosti:					
4.1.	běžný úklid a údržba domácnosti	20,- Kč	40,- Kč	60,- Kč	80,- Kč	
4.2.	pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezónního úklidu, úklidu po malování					85,- Kč

Kód	Název úkonu	Úhrada				
		do ¼ hod	do ½ hod	do ¾ hod	do 1 hod	za úkon
4.3.	pochůzky a donáška léků					20,- Kč
4.4.	běžný nákup					15,- Kč
4.5.	nákup z více obchodů					30,- Kč
4.6.	velký nákup, například týdenní nákup					50,- Kč
4.7.	mimořádný nákup, například nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti, nákup v Jihlavě					100,- Kč
4.8.	praní a žehlení prádla					50,- Kč/kg
5.0.	Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:					
5.1.	doprovázení dospělých k lékaři, do střediska osobní hygieny, na aktivizační programy, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět.		25,- Kč.		50,- Kč	
6.0.	Fakultativní služby					
6.1.	Pronájem jídelnosičů					2,- Kč/ oběd
6.2.	Doprava autem k uživateli v Kamenici					25,-Kč
6.21	Doprava autem k uživateli v Kameničce					30,- Kč
6.22	Doprava autem k uživateli v Řehořově, Vržanově, ve Věžnicích					40,-Kč
6.3.	Dohled nad dospělým občanem				80,- Kč	
6.4.	Jednoduché ošetrovatelské úkony (aplikace mastí, kapek, měření TK, glykémie, převazy)					30,-Kč
6.5.	Perličková koupel - vana					100,- Kč
6.6.	Perličková koupel na nohy					40,- Kč
6.7.	Šení kompenzačních pomůcek - hole, chodítka, toaletní křesla atd.					50,- Kč/měsíc

Na pokrytí nákladů za tyto služby by vám měl sloužit „Příspěvek na péči“ (dříve bezmocnost), o který si můžete požádat na sociálním odboru Magistrátu města Jihlavy, na Tolstého ul. 15. Do času výkonu je započítáván čas nezbytný k jejich zajištění (cesta, příprava, úklid).

Dále nabízíme (bezplatně)

Odpolední aktivizační programy - ruční práce, společné posezení apod.

Pomoc při zajištění soc. příspěvků.

Pokud máte zájem o některou z našich služeb kontaktujte nás buď osobně na Domově pokojného stáří v Kamenici , nebo telefonicky na čísle **56 72 73 308**.

Příloha II.

VÝKAZ O POSKYTNUTÉ PEČOVATELSKÉ SLUŽBĚ

Pan - paní : Bytem : Měsíc, rok :

Kód	1.0	2.1.	2.2.	2.3	2.4	3.1	3.2	3.3	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	5.1	6.1	6.2	6.4	6.5	6.6	6.7	0.1	0.11	0.3	0.4	0.5	0.6	0.8	0.9
Datum																															
1.0	Kód																														
2.1.	Kód																														
2.2.	Kód																														
2.3	Kód																														
2.4	Kód																														
3.1	Kód																														
3.2	Kód																														
3.3	Kód																														
4.1	Kód																														
4.2	Kód																														
4.3	Kód																														
4.4	Kód																														
4.5	Kód																														
4.6	Kód																														
4.7	Kód																														
4.8	Kód																														
5.1	Kód																														
6.1	Kód																														
6.2	Kód																														
6.4	Kód																														
6.5	Kód																														
6.6	Kód																														
6.7	Kód																														
0.1	Kód																														
0.11	Kód																														
0.3	Kód																														
0.4	Kód																														
0.5	Kód																														
0.6	Kód																														
0.8	Kód																														
0.9	Kód																														
1	Datum																														
2	Datum																														
3	Datum																														
4	Datum																														
5	Datum																														
6	Datum																														
7	Datum																														
8	Datum																														
9	Datum																														
10	Datum																														
11	Datum																														
12	Datum																														
13	Datum																														
14	Datum																														
15	Datum																														
16	Datum																														
17	Datum																														
18	Datum																														
19	Datum																														
20	Datum																														
21	Datum																														
22	Datum																														
23	Datum																														
24	Datum																														
25	Datum																														
26	Datum																														
27	Datum																														
28	Datum																														
29	Datum																														
30	Datum																														
31	Datum																														
okam	Datum																														
ke	Datum																														
Platba	Datum																														

Podpis uživatele :

Podpis pečovatelky :

Abstrakt

SOUČKOVÁ, Z. *Péče o seniory v Kamenici*. České Budějovice 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Jana Šimečková.

Klíčové pojmy : stáří, senioři, potřeby seniorů, sociální služby, sociální práce se seniory, Charitní pečovatelská služba Kamenice.

Bakalářská práce se zabývá problematikou stáří, možnostmi péče o seniory v domácím prostředí a průběhem Charitní pečovatelské služby Kamenice.

Teoretická část popisuje problematiku stárnutí a stáří, potřeby seniorů, sociální práci se seniory, sociální služby dostupné pro seniory v domácím prostředí, včetně dalších možností péče o seniory.

Praktická část je zaměřena na popis realizace Charitní pečovatelské služby Kamenice. Je zde popsán region, kde je služba poskytována, dále pak je zde uvedeno poslání, cíle, cílová skupina, zásady poskytovaných služeb, včetně popisu průběhu realizace služby. Práce také obsahuje statistické údaje o Charitní pečovatelské službě Kamenice a vlastní zkušenosti s poskytováním služby z pohledu vedoucí služby.

Abstract

Daycare for senior citizens in Kamenice

Key terms: old age, senior citizens, needs of senior citizens, social services, social work with seniors, Charitní pečovatelská služba Kamenice (Kamenice Charity Daycare).

In my bachelor paper I deal with issues of old age, possibilities of services provided for seniors at home, and a case progress of daycare in Charitní pečovatelská služba (Charity Daycare) Kamenice.

In the theoretical part of my paper I deal with ageing, old age as such, needs of senior citizens, social work with seniors, and social services available for seniors at home, including other possibilities of care provided for seniors.

In the case study I focus on a description of implementation of the charity daycare in Charitní pečovatelská služba Kamenice. I describe the region where the service is provided, then its function, targets and target group, and principles of the services provided, including a description of implementation of the service. This paper also contains statistical data about the charity daycare of Kamenice and my own experience with providing these services from my managerial perspective.