

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**INFORMOVANOST SENIORSKÉ POPULACE O NABÍDCE
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB NA HORAŽĎOVICKU**

Bakalářská práce

Autorka práce: Dagmar Ušiaková

Vedoucí práce: doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D

11.5. 2009

Abstract

Senior population awareness on the social services offer in the Horažďovice region

Old age is accompanied by a whole range of involuntional morphological and functional changes. The involution rate is individual, but there are identical, typical age troubles the frequent consequences of which is a reduced self-sufficiency in elderly people. Seniors represent a specific group of social services users. The essential prerequisite for adequate utilization of social services by seniors is a sufficient degree of awareness of the character and type of services available. In the context of the state social policy resources are directed to help people in bad social situations to compensate defects in the market system. The number of facilities providing social services in the Horažďovice region is rather low. At social services community planning seniors were defined as citizens whose needs should be given greater attention, especially social services development is essential. Therefore the objective of this thesis is to determine the level of senior population awareness on services provided.

The quantitative sociological research was used to accomplish the aim. The method used to collect relevant data was the questionnaire technique. Questionnaires were distributed to seniors living in the town of Horažďovice and its vicinity. The return rate of the questionnaires was 55 %. The outcomes show that the level of awareness in seniors living in the town is high and this is lower at smaller places. It should be noted that the awareness level often results from informal information transfer among the elderly themselves, there is no official source of information accessible to seniors living in villages. The research investigated the influence of the seniors' place of residence, their age and their increased assistance demands on the level of their awareness. The results indicated that the largest effect has the residence location (town-village), differences within the group of younger and older seniors, self-sufficient and socially weak seniors were not essential in terms of the awareness level. The outcomes of the thesis may help social services providers plan community services development in the region.

Abstrakt

Informovanost seniorské populace o nabídce sociálních služeb na Horažďovicku

Stáří je provázáno celou škálou involučních změn morfologických i funkčních. Rychlost involučního procesu je individuální, existují však shodné, typické problémy stáří, jejichž častým důsledkem je snížená soběstačnost člověka. Senioři tvoří specifickou skupinou uživatelů sociálních služeb. Základním předpokladem adekvátního využití služeb seniorskou uživatelskou skupinou je dostatečná míra informovanosti o jejich charakteru a druhu. V rámci sociální politiky státu směřují zdroje pomoci k lidem v nepříznivé sociální situaci, čímž jsou kompenzovány defekty tržního systému. Vybavenost sociálními službami na území mikroregionu Horažďovicko je spíše nízká. V komunitním plánování sociálních služeb byli senioři definováni jako skupina jejíž potřeby zasluhují zvýšenou pozornost při rozvoji sociálních služeb, čemuž je věnován i cíl této práce - zjistit jaká je míra informovanosti seniorů o sociálních službách. V šetření bylo užito kvantitativního sociologického výzkumu. Metodou sběru dat bylo dotazování formou dotazníku u seniorů žijících ve městě Horažďovice a jeho okolí. Návratnost dotazníků byla 55 %. Z výsledků vyplývá, že informovanost je v Horažďovicích na vysoké úrovni, v obcích se snižuje. Je třeba zdůraznit, že úroveň informovanosti je často důsledkem neformálního předávání informací mezi seniory navzájem, neexistuje zdroj přístupný i vesnickým seniorům. Zkoumán byl vliv lokality bydliště seniora, věku a zvýšené potřeby pomoci na stupeň informovanosti seniorů. Výsledky naznačily, že největší vliv má lokalita bydliště (město-obec), rozdíly u skupiny mladších a starších seniorů, soběstačných a sociálně potřebných osob se neukázaly z hlediska informovanosti jako podstatné. Výsledky práce mohou pomoci poskytovatelům sociálních služeb regionu i v rámci jednání pracovních skupin komunitního plánování rozvoje služeb v regionu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost seniorské populace o nabídce sociálních služeb na Horažďovicku vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 11. 5. 2009

.....

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D., vedoucí této bakalářské práce za cenné rady a připomínky, které mi při práci velmi pomáhaly. Rovněž bych chtěla poděkovat členům své rodiny, protože jen oni ví, jak moc jsem jim v dlouhých chvílích přípravy práce chyběla, a svým kolegům v práci za jejich pochopení, podporu a trpělivost.

Dagmar Ušiaková

OBSAH

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Stáří, stárnutí, vymezení pojmů	9
1.1.1 Charakteristické znaky stáří	9
1.1.2 Současný demografický vývoj	10
1.1.3 Stadia stáří	10
1.1.4 Stáří kalendářní, sociální a biologické	11
1.1.5 Přístup ve službách pro seniory	13
1.1.6 Sociální služby pro seniory	14
1.1.7 Zařízení a služby zaměřené na seniorskou cílovou skupinu	15
1.2 Sociální služby, vývoj a funkce	18
1.2.1 Dělení sociálních služeb dle funkce	21
1.2.2 Dělení sociálních služeb dle doby poskytování	22
1.2.3 Dělení sociálních služeb dle formy poskytování	23
1.2.4 Dělení sociálních služeb dle zdroje financování, příspěvek na péči	24
1.2.5 Pomáhající profese v sociálních službách, historický vývoj	26
1.2.5.1 Základy profesionálního přístupu pracovníků sociální sféry	27
1.2.5.2 Způsobilost a odbornost pracovníků (dle zákona č. 108/2006)	28
1.2.5.3 Sociální dovednosti pracovníků sociálních služeb	29
1.2.5.4 Etické požadavky na pracovníky	31
1.2.5.5 Stresové faktory v sociálních službách	31
1.2.5.6 Prevence vzniku stresových situací a syndromu vyhoření	32
1.3 Sociodemografický popis regionu Horažďovicko	34
1.3.1 Obyvatelstvo regionu a trendy vývoje ovlivňující počet obyvatel	35
1.3.2 Nejvýznamnější skupiny uživatelů služeb na Horažďovicku	36
1.3.3 Seniorská populace na Horažďovicku	36
1.3.4 Sociální služby poskytované seniorům na Horažďovicku	37
1.3.4.1 Terénní a ambulantní sociální služby pro seniory	38

1.3.4.2	Pobytová zařízení sociálních služeb v regionu	39
1.3.4.3	Vlivy komunitního plánování na služby pro seniory v regionu	40
1.3.4.4	Prioritní oblasti v rozvoji služeb v regionu	41
2.	Cíl práce a hypotézy	42
2.1	Cíl práce	42
2.2	Hypotézy	42
3.	Metodika	43
3.1	Metodický postup	43
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru	44
4.	Výsledky	45
5.	Diskuse	73
6.	Závěr	81
7.	Seznam použitých zdrojů	83
8.	Klíčová slova	86
9.	Přílohy	87

Úvod

Oblast sociálních služeb prochází v tomto období masivními systémovými i kvalitativními změnami a problematika práce s potřebnými lidmi se dostává stále více do popředí zájmu společnosti. V České republice se trvale zvyšuje počet osob, které se díky omezením plynoucím z věku, neuspokojivého zdravotního stavu, tělesného či duševního handicapu, případně souhře dalších nepříznivých okolností dostávají do role pravděpodobných zájemců o sociální služby.

Tato práce by měla nastínit aktuální stav informovanosti občanů seniorského věku žijících na Horažďovicku, rozpoznat nejčastější zdroje informovanosti o službách a preference profesí, institucí či médií, která jsou příslušníkům seniorské generace blízká a odkud by podle vlastního vyjádření rádi nové poznatky o sociálních službách čerpali. Výzkum by měl dále naznačit, které skutečnosti nejvíce ovlivňují rozdíly v informovanosti seniorů žijících ve městě Horažďovice v porovnání s informovaností seniorů žijících v okolních obcích, případně jak úroveň informovanosti ovlivňuje jejich věk, nebo snížený stupeň soběstačnosti.

Druhým důležitým cílem práce je zmapovat dobu, kdy senioři začínají uvažovat o řešení tíživé situace a jejich zájem o pomocnou ruku, ať už reprezentovanou péčí ze strany rodiny nebo poskytovatelů sociálních služeb, proto logicky stoupá. Práce sleduje, zda disponuje v tuto chvíli místní senior /v případě absence jiné alternativy/ potřebnou sumou informací o existenci pomáhajících organizací a paletě jimi nabízených sociálních služeb, nebo zda začíná teprve až nyní hledat možné zdroje pomoci. Výzkum navazuje na výsledky komunitního plánování uskutečněného Horažďovickém regionu před dvěma lety a dále je rozpracovává. Měl by pomoci nalézt případné slabiny v existujícím systému poskytování informací o možnostech sociální péče v regionu.

Dalším, spíše užším cílem je přispět k plnění požadavků kladených standardy kvality sociálních služeb na organizaci Oblastní charita Horažďovice, jež je v oblasti terénních sociálních služeb v regionu jediným zástupcem, a díky níž je autorka práce v denním kontaktu s cílovou skupinou tohoto výzkumu - tedy se seniory.

1.Současný stav dané problematiky

1.1 Stáří a stárnutí, vymezení pojmů

Lidský život je dvoupólový proces, životní dráha je cestou vzdalování se od jednoho pólu a přibližování k druhému. Zmíněný děj probíhá ve dvou vztažných soustavách - jedna je charakterizována *projevy stárnutí*, včetně jejich vlivu na jednání a postoje člověka, druhá je vymezena *změnou osobní situace a společenského kontextu*.(1) Stárnutí přichází pomalu a postupně, obsahuje jak evoluci, tak involuci, začíná velmi brzy a probíhá nepřetržitě celý život.(2) Stáří je závěrečnou ontogenetickou etapou - přirozeným vyvrcholením a končí zánikem života, tedy smrtí.

Příchod stáří je provázen celou škálou typických involučních změn morfoložických i funkčních, vyznačujících se nestejnou rychlostí nástupu, jejichž výsledkem je stařecký fenotyp.(12)

1.1.1 Charakteristické znaky stáří

Rychlost involučního procesu je přísně individuální, avšak rysy které jsou pro něj charakteristické se shodují: (7)

- Adaptační schopnost ve stáří se snižuje
- Pohybový systém ovlivňuje snížení kostní denzity a úbytek svalové hmoty
- Nervový systém omezují senzorické poruchy, klesá funkce proprioreceptorů, častá je benigní stařecká zapomnětlivost, s věkem stoupá výskyt demence, depresivních stavů
- Cévní systém a srdce trpí v důsledku snížení elasticity cév a jejich průsvitu
- Smyslové poruchy patří k fyziologickému obrazu stáří (stařecká nedoslýchavost presbycusis, stařecké vidění presbyopie, zhoršení čichu a chuti). Značné riziko představuje zhoršení polohocitu (propriorecepce) s následným rizikem pádů
- Výživa u starých osob narůstá ohrožení podvýživou (zdravotní stav, sociální příčiny)

- Snížená filtrační funkce ledvin je příčinou přecitlivosti na změny vnitřního prostředí a vedlejší účinky léků

Výskyt charakteristických změn ve stáří bývá umocněn vnějšími i vnitřními aspekty - jedná se především o působení *zdeděných vlastností - geriatrických informací* a dále *faktorů prostředí*, v němž člověk žije a pracuje. **(16)** Mezi těmito vlivy může docházet ke gradaci, nebo naopak vzájemnému potlačování, přičemž výsledek se odráží v množství, charakteru a intenzitě průvodních známek stárnutí. Jejich souhrn spolu s individuální schopností seniora psychicky se vyrovnat s nepříznivými skutečnostmi jsou určující pro vnímání individuální kvality života.

1.1.2 Současný demografický vývoj

Evropská populace nezadržitelně stárne, přičemž zároveň dochází k snižování absolutního počtu obyvatel v důsledku nízké porodnosti. Statistiky uvádějí, že pokud bude tato tendence pokračovat, je možné v příštích desetiletích očekávat nárůst počtu seniorů nad 65 let ze současných 16 % na 23 % v roce 2030. Kolem roku 2050 statistika předpokládá reálný nárůst počtu osob seniorského věku přesahující 30 % všeho obyvatelstva. **(34)** Ve všech vyspělých státech Evropy má hodnota očekávané střední délky dožití zvyšující se trend. V České republice se nyní průměrný věk u mužů pohybuje okolo 69,8 let a u žen až 76,8 let. Toto zvýšení je možno přičíst působení kvalitnější zdravotnické péče i příznivým sociálním podmínkám života obecně.

1.1.3 Stádia stáří

Seniorská populace je velmi heterogenní skupina, která zahrnuje jedince nejméně dvou generací, jejichž problémy, jako i celý životní styl se liší, neboť rozdíly fyzického i psychického stavu jsou značné. Světová zdravotnická organizace (WHO) přistoupila v roce 1980 na návrh orientačního členění stáří, které vychází z následujícího pojetí:

- 60 - 74 let: mladí senioři
- 75 - 84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři

V anglosaských zemích je tradičnější poněkud odlišné dělení (4)

- 65 - 74 let mladí staří (young old)
- 75 -84 let staří (old old)
- 85 let a více (very old)

Každá fáze stáří bývá spojena s potřebou vyrovnání se s jistým druhem problémů. První fáze stáří je předznamenána celkovou změnou životního stylu, s odchodem do penze, zpomalením životního tempa, s problematikou využití volného času, potřebou přehodnotit dosavadní priority, myšlenkové vzory a orientace na nové zájmy. Ve druhé fázi dochází k postupné kumulaci zdravotních problémů, což s sebou nese vynucené opouštění životních zvyklostí, vznik zdravotních omezení, jejichž existenci by měl jedinec ve svém zájmu akceptovat. Stále větší část seniorů je konfrontována s problémem osamocení a snížené soběstačnosti. Ve třetí fázi se u vysokého procenta osob markantním způsobem zhoršuje úroveň sebeobsluhy, starý člověk se stává závislým na pomocných aktivitách druhých osob, nebo je nucen opustit přirozené prostředí a uchýlit se do některého z typů zařízení pro seniory.

1.1.4 Stáří kalendářní, sociální a biologické

V zájmu lepšího rozlišení jednotlivých pohledů, pod kterými lze na proces stárnutí nahlížet, vznikl pojem věk kalendářní, sociální a biologický. (12)

Kalendářní stáří se dá vymezit poměrně jednoznačně počtem let, kterých se jedinec dožil. Nelze jím ale blíže specifikovat kvalitu zdravotního stavu nebo úroveň schopností konkrétního seniora. Jako počátek stáří je v našich podmínkách označován většinou 65. rok, jako další významný - tzv. *uzlový ontogenetický bod* je pak uváděn

75. rok života, okolo kterého začínají ve zvýšené míře propukat v životě člověka zdravotní problémy. (12)

Sociální stáří má návaznost na okamžik vzniku nároku na starobní důchod a odchodu do penze. V dřívějších dobách bylo neodmyslitelně spojeno s tíživou představou ztráty společenské prestiže a vlastní neužitečnosti, v lepším případně seberealizace v podobě péče o vnoučata a pomoci rodině. Oba minulé náhledy na úlohu seniora postupně ztrácí v důsledku celospolečenských změn na významu. Období zejména mladšího stáří je v současnosti charakteristické širokými možnostmi využití doby odpočinku na penzi k rozšíření obzorů formou vzdělání, možnostmi cestování, přijetí krátkodobé výdělečné činnosti ke zlepšení ekonomické situace atd. Čeští senioři, na rozdíl od seniorů v USA, kde existuje velmi silná tradice práce v dobrovolnických organizacích, postrádají možnost uplatnit se v rámci těchto aktivit.(3) V důsledku nárůstu počtu lidí seniorské generace bude v budoucnosti stále více docházet k orientaci na služby a produkty, které budou vyhovovat potřebám a preferencím seniorů, neboť s výhledem na demografický vývoj přestává mít význam rozlišovat mezi službami a produkty pro seniory a neseniory.(15) Současný trend udržení si uspokojivého zdravotního stavu do co nejvyššího věku je provázen aktivní snahou o zachování fyzické výkonnosti a duševní aktivity.(34) Mezi faktory s prokazatelně pozitivním vlivem na kondici patří přiměřený pohyb, uchování se přiměřené hmotnosti, nezanedbávání zdravotní péče, eliminace škodlivých návyků. Trénink paměti, četba, setkávání s přáteli a zájem o okolní dění pomáhá udržovat duševní aktivitu do vysokého věku. Rozhodující je přiměřeně optimistický pohled jedince na vlastní síly a aktivní využívání možností, jež nabízí společnost k aktivnímu přístupu ke stárnutí a kvalitě života. Pasivní stáří je trend, který se do budoucna jeví spíš jako projev zdravotního postižení, nebo neúspěšného stárnutí. (12)

Biologické stáří vyjadřuje konkrétní míru opotřebení organismu z hlediska funkčního stavu a výkonnosti. Jedná se o souhru geneticky řízeného programu biologického stárnutí, dlouhodobého působení vnějšího prostředí, životního stylu, nemocí a úrazových stavů. (15) Samotný proces stárnutí nebyl dosud spolehlivě objasněn a přes existenci teorií, které se ho snaží vysvětlit, se jeho exaktní vymezení

zatím stále nedaří. Stárnutí postihuje všechny anatomické tkáně (atrofie), dochází k snižování funkce orgánů, klesá životaschopnost, snižuje se odolnost a adaptabilita. Typickým rysem je stařecká křehkost (frailty). Změny nepostihují pouze vnitřní prostředí organismu, ale dochází i ke změnám patrným na první pohled. (tzv. zevní projevy stárnutí) Stárnutí se v organismu uskutečňuje na více úrovních - od molekuly až po celou lidskou osobnost. **(16)** Se zdravotním stavem ve stáří je spojena existence tzv. velkých geriatrických syndromů, které předznamenávají oblast kumulace zdravotních problémů s rizikem častých chronických komplikací ve stáří. Jsou to: *Imobilita, instabilita, inkontinence, insomnie, inteligence, iatrogenie.*

Při popisu zdravotních poruch seniorů je zapotřebí vzít v úvahu jisté zvláštnosti, které jsou typické právě pro seniorskou věkovou skupinu. Tyto zvláštnosti komplikují jak diagnostiku, tak i redukuje možnosti adekvátní účinné léčby chorob a úrazových stavů seniorů. Mezi zmíněné faktory patří souběh několika onemocnění (polymorbidita), vysoké množství užívaných léků (polypragmazie), neochota nebo neschopnost pacienta dodržovat indikovaný léčebný režim (noncompliance). Staří lidé vykazují rovněž v mnohem vyšším procentu inklinaci ke komplikacím, onemocnění ve stáří často postrádají svůj typický průběh, nebo je jeho projevem pouze jediný manifestovaný příznak z celé škály možných (oligosymptomatologie). Zásadní význam má pro seniory vzájemná provázanost zdravotní a sociální stránky života jedince. Každé zhoršení zdravotního stavu má vliv na sociální stránku života člověka a naopak každý problém v sociální oblasti zadává možnost vzniku komplikací zdravotních. **(4)** Jak tato skutečnost naznačuje, péče o staré lidi by měla být komplexní, neboť úroveň bio-psycho-sociálního komfortu je výrazně limitována jak aktuálním fyzickým a psychickým stavem jedince, tak celkovou kvalitou podmínek života člověka.

1.1.5 Přístup ve službách pro seniory

Koncepce „úspěšného stárnutí“ a dalších programů přispívajících k posílení kvality života a úspěšné adaptaci na stáří spatřují hlavní význam především v udržení přiměřené aktivity osob vysokého věku. Nečinnost v seniorském věku má totiž

negativní tělesné, psychické i sociální důsledky. Ze zvláštnosti seniorské problematiky vyplývá gradace významu nečinnosti podnětové a emoční deprivace, neboť ve starším věku je proces chátrání daleko výraznější a urychluje působení přirozených involučních změn. (7) Vytvoření funkčního systému péče o seniory je nejen potřebné, ale i nezbytné. Základem úspěchu je porozumění zvláštnostem, potřebám a nárokům seniorů. Cílem je nabídka péče, která by dokázala zachovat seniorovu důstojnost a suverenitu v rámci poskytování služby, vycházela z klientových možností a zároveň dokázala reflektovat situaci v rodině.(13) Ztráta soběstačnosti náleží k nejvýznamnějším důsledkům geriatrické deteriorace i různých chorob ve stáří. Soběstačnost je schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí. Jedná se o poměr mezi zdatností pacienta a náročností prostředí. Proto v zájmu zachování či obnovy soběstačnosti je zapotřebí nejen léčení a rehabilitace seniora, ale také působení na jeho prostředí - odstranění bariér, užití kompenzačních pomůcek a nabízených sociálních služeb.(14) Jedním z výrazných prvků je právě holistický přístup k seniorovi, který neodděluje zdravotní a sociální stránku, ale naopak měl by směřovat spíše k jejich integraci. Ucelený a organizovaný systém péče a služeb činí sociální integraci těchto osob mnohem prospěšnější a efektivnější.(9)

1.1.6 Sociální služby pro seniory

Senioři tvoří velmi početnou skupinu uživatelů péče. Struktura jejich potřeb, plynoucí ze značně determinované úrovně zdravotního stavu, sociálního a rodinného zázemí vyžaduje diferencovanou podobu přístupu.(15) Ve společném zájmu seniorů i společnosti se ocitá koncepce zdravotně sociální politiky podporující schéma výchovy aktivní seniorské populace, která cítí odpovědnost sama za sebe a má zájem na udržení a zlepšování svého zdravotně funkčního stavu - tzv. úspěšné stárnutí a zdravé stáří. Neodmyslitelnou úlohu tu hrají kompenzační služby, které jsou seniorům poskytovány.(14) Poskytované sociální služby vycházejí ze znalosti významných rizik převážně sociálního charakteru v seniorském věku: (12)

- Nezvládnutí psychických problémů spojených s odchodem do důchodu

- Ztráta dosavadních rolí, činností, programu
- Osamělost a sociální izolace
- Zhoršení ekonomické situace, ekonomické problémy
- Snížená možnost rozhodovat nezávisle o svém osudu

K základním požadavkům na zdravotně-sociální služby patří účelnost. Ta vychází z principů individualizace (péče šitá na míru - tailoring) a stanovení individuálních cílů a kontrolních kritérií (goal seeking approach) včetně důsledné průběžné evaluace a práce se zpětnou vazbou. Ucelená koordinace péče o konkrétního člověka se označuje jako case management.(12) Preference zájmu o poskytované sociální služby mají svá specifika i vzhledem k věku a funkční schopnosti klienta. Senioři mladí (young old) vyhledávají služby spíše aktivizačního charakteru, s možností setkávání v seniorských klubech, případně služby charakteru dovoz oběda nebo pomoc s větším sezónním úklidem. U seniorů starších je zapotřebí pomoc koordinující služby zdravotnického i sociálního charakteru, je účelné zvažovat adekvátnost služeb terénních, ale i ambulantních nebo pobytových. Do tohoto výčtu je třeba započítat i alternativu nabízenou zákonem 108/2006 o sociálních službách, který umožňuje seniorům využít příspěvek na péči k individuálně nastavené kombinaci služeb profesionálních poskytovatelů s péčí realizovanou členy rodiny. Tato podpora umožní užívat pomoc podporující zachování lidské důstojnosti života i osobám na venkově, kde není vždy dostupná péče profesionálních poskytovatelů. Přijímaná pomoc může mít celou řadu různých forem - od rozhovoru a vyslechnutí problémů, pomoc v domácnosti po materiální či finanční podobu. (34)

1.1.7 Zařízení a služby zaměřené na seniorskou cílovou skupinu

Do roku 2006 disponovala sociální oblast v České republice třemi typy rezidenčních zařízení - domov pro důchodce, domov s pečovatelskou službou a domov-penzion pro důchodce. Všechny tyto ústavy byly v současnosti legislativou sloučeny pod jediný

název - domov pro seniory. Charakter jednotlivých zařízení se ale od sebe liší nejen rozsahem poskytované péče, ale i úrovní soběstačnosti své klientely. **(23)**

Domov pro seniory (dřívější domov důchodců)

Patří mezi zařízení pobytová. Na základě smlouvy mezi zařízením a zájemcem o službu nabízejí komplexní rozsah péče včetně ubytování, stravování, praní prádla a žehlení a pomoci při úklidu. Součástí nabízených služeb jsou aktivizační činnosti umožňující obyvatelům kulturní, společenské a vzdělávací vyžití. Zařízení je schopno poskytnout klientům zdravotní péči lékaře a zdravotních sester, proto se často stává útočištěm pro seniory vyžadující celodenní péči, jejichž zdravotní stav vylučuje možnost samostatného života. Služby poskytované zařízením jsou placené a to v rozsahu stanoveném smlouvou. Po uhrazení nákladů by měl klientům zůstat finanční obnos ve výši % důchodu. **(11)** Tento typ institucionalizované péče není ve společnosti oblíben. V současnosti plní funkci zařízení, kde lidé dožívají život, mnohdy zcela závislí na ošetrovatelských odděleních. **(12)** Dalším negativem je nedostatek soukromí, psychologický aspekt tzv. „čekárny na smrt“, stres z odloučení od rodiny a blízkých osob.

Domov - penzion pro důchodce

Jedná se o ústavní zařízení poskytující služby klientele, jejíž zdravotní stav a věk umožňuje vést relativně samostatný život ve vhodných podmínkách. Uživatelé si mají možnost navíc objednat služby (praní a žehlení prádla, nákup, úklid, pomoc při osobní hygieně, doprovod na úřady nebo k lékaři). Byty jsou nájemní, většinou ve vlastnictví obce. Tato forma bydlení dává nájemníkům možnost volby využívat či nikoli nabízených služeb. Senior tak má jistotu, že pokud se jeho úroveň sebeobsluhy zhorší, nezůstane bez pomoci. **(22)**

Sociální služby ve zdravotnických zařízeních (tzv. sociální lůžka)

Pro osoby, jejichž zdravotní problémy jsou spíše sociálního charakteru než zdravotního, kde není možný návrat do rodiny a nedostatečná kapacita návazných ústavních služeb nedovoluje umístění, přejímají léčebny dlouhodobě nemocných jejich funkci. Tito tzv. nepropustitelní pacienti znamenají pro nemocnice finanční zátěž, proto se užívá pro

úhradu institut sociální hospitalizace. LDN dostává paušální částku z rozpočtu MPSV. (21)

Denní nebo týdenní stacionáře

Jdou často zřizovány při domovech pro seniory. Představují pomoc rodinám pečujícím o svého člena v domácím prostředí, ale v důsledku pracovních povinností - tedy ve všední dny - nemohou péči zajistit. Služby jsou nabízeny včetně stravování, dohledu, hygienického zázemí, nechybí možnost zájmového a kulturního vyžití. Součástí je možnost dopravy do zařízení. Služba je poskytována za úhradu. (12)

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je patrně nejrozšířenější sociální služba. Je poskytována v přirozeném prostředí člověka - tedy v jeho domácnosti (v bytových jednotkách domů s pečovatelskou službou, v zařízeních pečovatelské služby). (25) Jejím záměrem je umožnit občanům, kterým zdravotní omezení, nebo omezení vyplývající z vysokého věku neumožňuje vykonávat některé běžné každodenní činnosti, ale kteří jsou při zajištění pomoci schopni žít nadále ve své domácnosti. Žadatelem o službu je občan sám, nebo je organizace kontaktována členy rodiny. Podnět na zavedení pečovatelské služby může ale dát i sociální pracovníce, případně zdravotníci. Pečovatelská služba nabízí zájemcům o službu možnost péče o vlastní osobu, úkony péče o hygienu, úkony péče o domácnost, dovozy obědů, přípravu nebo zajištění jídla a pití včetně podání, asistenční a doprovodné služby, pedikúru, praní a žehlení prádla. Zřizovateli pečovatelské služby jsou v ČR obce, kraje a nestátní neziskové organizace. Služba je hrazená, klient si zvolí odpovídající rozsah péče a na jejím základě pak dochází k jejímu poskytování. Dříve byla pečovatelské službě vytýkána absence komplexního pohledu na klienta a plánování poskytování péče, v současné době tento nedostatek řeší zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, který přímo stanoví povinnost poskytovatele vycházet při plánování a periodickém vyhodnocování potřeb a postupů péče z názorů klienta.

Respitní péče

Respitní, úlevová péče je určena rodinám, které pečují o svého člena v domácím prostředí. Tato služba má za úkol ulevit pečujícím osobám od dlouhodobého nadměrného zatížení, poskytnout čas k odpočinku, vyřízení vlastních záležitostí. Nejčastěji je poskytována formou dočasného umístění postiženého do náhradní rodiny, stacionáře, pobytového zařízení, ale je i alternativa poskytnutí pomoci v jejich domácnosti. (22)

Tísňové volání

Tato služba spočívá v možnosti seniora dovolat se pomoci v případě, kdy nastane událost, jejíž řešení přesahuje jeho síly. Služba je nabízena některými neziskovými organizacemi nebo městskými úřady. Alternativou je monitoring pohybu starého člověka po bytě, případně přítomnosti kouře v bytě. Služba má své uplatnění zejména ve městech, na vesnici je zatím nedostupná. Její význam spočívá v prodloužení doby, kdy je senior schopen samostatného života.

1.2. Sociální služby - vývoj, funkce

V posledních dvou desetiletích prošel sociální sektor řadou komplexních změn, postupným hledáním a nacházením své vlastní optimální podoby. Změna socialistického zřízení, v němž už z principu nebylo možné a přijatelné poukazovat na přítomnost negativních jevů ve společnosti, na kvalitativně zcela nové, čerpající z pokrokových tradic a profilující náš stát jako zemi svobodnou a demokratickou, přinesla šanci zařadit se mezi státy s vyspělou kulturou řešení sociálních problémů a schopnou vnímat problémy a potřeby svých občanů. Postupně krystalizuje nový model

sociální spravedlnosti, kde je značně posílen zásluhový princip. Legislativa zároveň reflektuje riziko ohrožení chudobou a sociálním vyloučením, zdůrazňuje princip potřeby, tzv. model pevného dna a otevřeného stropu. **(19)** Sociální práce je součástí státem organizovaného a zabezpečovaného systému redistribuce zboží a služeb. Ten umožňuje uspokojování sociálních potřeb klientů i zajištění kontroly, případně změny chování, považovaného ve společnosti za sociálně problematické, až deviantní. Sociální stát realizuje i jiné oblasti života společnosti (školství, zdravotnictví, bydlení), sociální práce má však výlučné postavení v tom, že jsou jejím prostřednictvím přesměrovávány zdroje k závislým lidem (staří občané, nezaměstnaní, děti, mentálně i tělesně postižení atd.) a touto cestou kompenzuje defekty tržního systému. **(21)** Současná míra redistribuce v sociálním státě je zdrojem pochybností o udržitelnosti takto postaveného systému, neboť problémy ekonomiky spolu s alarmujícím vývojem stárnutí populace naznačují nutnost změn v stávajícím objemu i formách pomoci.

Sociální služby, jako jedna z forem pomoci státu, jsou definovány tak, aby zvyšovaly kvalitu života lidí, kteří je potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, vysokému věku, nepříznivé sociální situaci, rizikovým vzorcům chování nebo jiným nepříznivým životním okolnostem a kteří bez pomoci společnosti nedokážou sami překonat tíživou sociální situaci nebo nepříznivé skutečnosti. **(38)** Jsou to především:

- rodiny s dětmi
- osoby těžce zdravotně postižené a senioři
- osoby společensky nepřizpůsobivé **(18)**

Sociální služby v naší zemi čerpají z nejlepších zkušeností sousedních vyspělých zemí, úkolem státní správy pak je dohlížet na zkvalitňování a ekonomickou efektivitu systému jejich fungování. Současný právní rámec nově umožňuje svobodný výběr poskytovatele služby, odvíjí se v první řadě od osobnosti klienta, jeho představy o podobě péče a jejich vzájemném partnerství. Cestou dvoustranného dialogu by mělo docházet k zamýšlení nad vlastními podmínkami, schopnostmi i cílem, který je výslednicí krystalizace potřeb a přání uživatele a měl by vést ke zvýšení kvality sociální služby. **(29)**

Rozvoj sociálních služeb s sebou přináší změny objemu poskytovaných úkonů, vznik nových metod a forem práce s klientem i typů zařízení, ve kterých jsou služby poskytovány. Především však došlo k přerodu postavení samotného klienta, a to ve smyslu změny z pasivního uživatele v opravdu plnohodnotného manažera kvality vlastního života ve spojení s užitím sociálních služeb. Ty jsou proto tak významné, že přispívají ke zkvalitnění klientova života a svým přispěním mu pomáhají podílet se na takových stránkách života společnosti, které by mu jinak zůstaly odepřeny a tím i znemožněno uplatnění nezadatelných lidských a občanských práv a docházelo by ke vzniku nebezpečí sociálního vyloučení.

Oblast sociálních služeb, tak jak ji vymezuje zákon č. 108/2006 o sociálních službách, se vyznačuje značnou rozmanitostí cílových skupin klientů, formou poskytování definované činnosti či dobou svého trvání. V evropských zemích i v České republice je aktuální rozlišování mezi službami poskytovanými klientům a službami administrativními. Tento protiklad je používán na podporu snah o změnu tradičního administrativního pojetí sociální práce, spočívajícího především ve vyplácení sociálních dávek a rozhodování o náhradní rodinné péči. Současné trendy jsou bližší aktivnímu přístupu k řešení klientova problému za jeho přímé spoluúčasti. **(22)** Značný význam pro úspěšné řešení klientova problému má zájem, podpora a pomoc jeho přirozeného prostředí - tedy rodiny, podpůrných interpersonálních kontaktů v rámci skupiny a v ideálním případě také místní komunita s fungující sítí organizací, které mu jsou schopny zprostředkovat potřebné informace o zdrojích a možnostech pomoci včetně jejich návaznosti, případně i přímo zajistit konkrétní požadovanou pomoc. Jedná se o činnost, nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu lidem v nepříznivé životní situaci za účelem sociálního začlenění nebo v zájmu prevence sociálního vyloučení. **(38)** Poskytování služby pak vychází ze základních zásad, jako je nedotknutelnost lidské důstojnosti a svobodné vůle klienta, právo na základní i odborné poradenství v řešení jeho problémů a podporu a motivaci klientovy schopnosti aktivně se podílet na hledání východisek z nepříznivé situace nebo koncipování plánu pomoci tak, aby se neprohlubovala nežádoucí závislost klienta na sociálních službách. **(32)**

1.2.1 Dělení sociálních služeb podle funkce

Celý systém sociálních služeb zahrnuje velmi různorodou škálu činností a aktivit, jež se svým charakterem odvíjí od konkrétní situace či problému, na nějž by měly reagovat. Dělení sociálních služeb je možné podle druhu poskytované služby, prostředí, ve kterém je služba poskytována, doby poskytování nebo skutečnosti, zda se klient podílí na jejím financování úhradou, či nikoli.

Podle druhu základní činnosti sociální služby zahrnují

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Sociální poradenství je poskytováno základní a odborné. Zatímco základní poradenství směřující k řešení nepříznivé situace osob je podle zákona č. 108/2006 povinen zprostředkovat každý poskytovatel sociálních služeb, poradenství odborné je spojeno se systémem odborných pracovišť, které se specializují zejména na oblast rodinných vztahů nebo oblast obtíží provázející různé formy projevů sociální patologie. Odborné sociální poradenství zahrnuje rovněž možnost půjčování kompenzačních pomůcek. **(24)**

Služby sociální péče jsou schopny zajistit klientům se sníženou fyzickou nebo psychickou soběstačností pomoc, jejímž cílem je maximální možné vyrovnání příležitostí k zapojení osoby do života společnosti, nebo pokud to jejich stav vylučuje, důstojné prostředí a zacházení. Zákon o sociálních službách stanoví jednotlivé druhy sociální péče, jež svou formou a zaměřením vycházejí vstříc širokému spektru potřeb klientů. Rovněž uvádí konkrétní základní činnosti a úkony v rámci jednotlivých služeb poskytované. **(36)** Služby sociální péče bývají poskytovány za úhradu a jejich konkrétní rozsah je poskytován na základě smlouvy mezi klientem na jedné straně a poskytovatelem sociálních služeb na straně druhé. Smlouva by měla obsahovat údaje o stranách, druhu služby včetně rozsahu sjednaných úkonů, místo a čas poskytování, výši

úhrady za služby, údaje o dodržování pravidel stanovených poskytovatelem včetně důvodů k vypovězení smlouvy jak ze strany uživatele, tak i poskytovatele a dobu platnosti smlouvy.

Smyslem služeb sociální prevence je zmírnění nebo odstranění nepříznivých okolností, které mají svůj původ v konfliktním a rizikovém chování osoby, nepříznivém životním prostředí nebo aktivitách jiných lidí, ohrožujících práva a zájmy dané osoby. Doba poskytování služeb bývá časově omezena. **(18)** Subjekty činné v oblasti sociální prevence jsou povinovány uplatňovat následující principy:

- Komplexnosti a součinnosti: Ovlivňování příčin a podmínek vzniku sociálně patologických jevů zapojením spolupráce subjektů činných v této problematice v daném regionu.
- Individualizace prostředků: Vhodná volba prostředků působení s přihlédnutím k daným podmínkám, druhu a povaze jevů.
- Účast široké veřejnosti: Společnost by měla být s preventivními aktivitami seznámena.
- Priority prevence před represí: Aktivity preventivní mají vždy jednoznačně přednost před prostředky represivními. **(25)**

1.2.2 Dělení sociálních služeb dle doby poskytování služby

Z hlediska doby po kterou je služba poskytována, se jedná o služby dlouhodobé, střednědobé a krátkodobé.

Doba trvání dlouhodobé služby není předem nikterak limitována, jejich potřeba vychází z okolností, které se zakládají na takových skutečnostech, u kterých není pravděpodobné vyřešení či odstranění v blízkém časovém horizontu. Typickými uživateli dlouhodobých služeb bývají lidé se zdravotním postižením a senioři.

Střednědobé služby slouží k řešení problémů, jejichž konsolidaci lze předpokládat v průběhu kratšího období, horní hranice je omezena zpravidla na dobu jednoho roku. Klientela zařízení střednědobých služeb je rozmanitá, patří sem např. domy na půl cesty, terapeutické komunity, respitní péče, azylové domy, aj.

Krátkodobé služby jsou ty, jejichž cíle jsou uskutečňovány okamžitě, doba jejich trvání nebývá delší nežli 1 měsíc. Radíme sem služby poradenské, denní centra, kontaktní práci, noclehárny pro osoby bez domova, telefonická krizová pomoc, aj. **(18)**

1.2.3 Dělení sociálních služeb dle formy poskytování

Z hlediska místa poskytování je možné služby rozdělit na terénní, ambulantní a pobytové, některé služby v sobě spojují možnost působení ve formě jak terénní, tak i ambulantní nebo pobytové.

Terénní sociální práce se odehrává v přirozeném prostředí klientely sociálního pracovníka, je tedy vázána na místa, kde se odehrává běžný život klienta. Jejím působením by mělo docházet ke zkvalitnění života, nebo k vyrovnání nepříznivých okolností, jaké představuje souhra tělesných či duševních potíží osoby s limitujícími podmínkami, které mu brání v účasti na běžných aktivitách. Významná součást terénní sociální práce se týká preventivního působení terénní sociální práce. Sem můžeme zařadit depistáž, navazování kontaktů a poskytování sociální pomoci, nezbytný předpoklad tu představuje pečlivé zmapování lokality včetně sběru informací, jejich analýzy a sumarizace příčin, druhu a intenzity problémů, které se zde vyskytují. Toto pojetí sociální práce ovlivňuje a zmírňuje riziko, které negativní vzorce chování přinášejí jak jejich nositelům, tak i ostatní společnosti. Cílem je napojení klientů na další možnosti specializované pomoci a služeb. Zvláštním typem je tzv. streetwork, což je vyhledávací, doprovodná a mobilní služba nabízející nízkoprahovou sociální pomoc jednotlivcům i skupinám osob a je poskytována v místech jejich spontánního pobytu.**(22)**

Patrně nejrozšířenější formou terénních sociálních služeb je pečovatelská služba poskytovaná občanům v jejich domácnostech nebo domech s pečovatelskou službou, střediscích osobní hygieny, denních centrech a jídelnách pro důchodce. Tato služba spočívá především v osobní péči a v pomoci s udržováním klientovy domácnosti. Nejčastějšími uživateli pečovatelské služby jsou dvě patrně nejpočetnější klientské skupiny, což jsou osoby zdravotně postižené a senioři. V praxi často dochází k prolínání

obou odlišně označovaných skupin uživatelů, neboť s věkem narůstá i četnost zdravotních postižení a poruch.

Ambulantní služby představují přechod mezi terénní a pobytovou službou. Klient dochází, dojíždí nebo je doprovázen do zařízení sociální péče, které služby poskytuje. Jedná se o pomoc rodině, která z důvodu pracovního vytížení není schopna zajistit celodenní péči blízké osobě vyžadující pravidelnou péči, rovněž zahrnuje služby sociální prevence, oblast odborného metodického vedení rodiny v péči o optimální vývoj svého člena a další oblasti. Služba neobsahuje zpravidla možnost ubytování. Tímto způsobem je zajištěna možnost kontaktu klienta s novými podněty, osobami a činnostmi, které jsou pro něho přínosné, ale zároveň není potlačena vazba na rodinu a přirozené prostředí.

Pobytové služby jsou charakteristické možností trvalého pobytu spojeného s ubytováním v zařízení a dalšími základními službami jako je zajištění stravování, hygieny i vhodného prostředí, obvykle obsahuje i aktivizační, výchovné a rozvojové aktivity, spojené s možností nepřetržité péče o klienty. Důvodem bývá snížení soběstačnosti a schopnosti sebeobslužné péče takového charakteru, že setrvání v přirozeném prostředí již není vhodné a žádoucí. Pobytové služby jsou poskytovány ve specializovaných zařízeních kde je kontinuálně zajištěna odborná péče a dohled jak po stránce zdravotní tak i sociální péče.

1.2.4 Dělení služeb dle financování, příspěvek na péči

Podle skutečnosti, zda se klient finančně podílí na úhradě nákladů spojených s poskytováním se sociální služby dělí na bez úhrady a za úhradu. Mezi služby placené patří zejména služby sociální péče, výše úhrady klienta je stanovena na základě písemné smlouvy mezi poskytovatelem sociálních služeb a klientem. Ten má právo si zažádat o přiznání tzv. příspěvku na péči, který je poskytován osobám se sníženou schopností soběstačnosti, které potřebují pravidelnou celodenní pomoc a podporu jiné fyzické osoby při zvládnání činností péče o vlastní osobu a soběstačnost. **(30)** Příspěvek je nyní poskytován osobě o kterou má být pečováno, nikoli osobě pečující. Rozhodující má

vyjádření ošetřujícího lékaře (dalších specialistů) a sociálního pracovníka, který provádí sociální šetření v přirozeném prostředí seniora s přihlédnutím k individuálním zdravotním problémům a úrovni podmínek bydlení. Na základě těchto vyjádření je stanoven stupeň závislosti a následně přiznán příspěvek na péči v dané výši, jeho výplatu zajišťuje obecní úřad obce s rozšířenou působností. (38)

Výše příspěvku na péči v jednotlivých stupních u dětí a dospělých osob:

stupeň 1 - lehká závislost	2000 Kč dospělý / 3000 Kč dítě
stupeň 2 - středně těžká závislost	4000 Kč dospělý / 5000 Kč dítě
stupeň 3 - těžká závislost	8000 Kč dospělý / 9000 Kč dítě
stupeň 4 - úplná závislost	11 000 Kč

Největší počet příspěvků byl přiznán v I. stupni závislosti - 42 %, II. stupeň - 33 %, III. stupeň 16 % příspěvků a nejmenší množství - 9 % připadá na příspěvek osobám se IV. stupněm závislosti na péči. (24) Příspěvek má sloužit k zajištění sociální služby v zájmu zkvalitnění života osob s postižením, které si nyní mohou svobodně zvolit služby v odpovídající kvalitě podle vlastního potřeby a uvážení, k čemuž mohou využít svobodně podle své vůle jak péči poskytovanou členy rodiny a známými, tak i případně oslovit akreditovaného poskytovatele sociálních služeb. Z informačního systému evidujícího užívání příspěvek na péči vyplývá, že v září 2008 činil počet uživatelů celkem 230 tisíc osob, přičemž největší podíl - 40 % činil příspěvek v nejnižší výměře. viz tabulka č. 1, s. 25.

Tabulka č. 1 Struktura příjemců příspěvku na péči (září 2008)

Struktura příjemců příspěvku na péči v září 2008					
stupeň příspěvku	forma péče			žádný registrovaný poskytovatel	celkem
	pobytová	ambulantní	terénní		
celkem	33 847	8 431	14 075	174 252	230 605
I.	9 044	4 203	7 526	75 438	96 611
II.	10 451	2 506	3 938	57 753	74 628
III.	6 795	1 105	1 673	27 395	36 968
IV.	7 177	617	938	13 666	22 398

zdroj: interní data MPSV

Případné nepřesnosti jsou podle zdroje dány skutečností, že příjemci v době podání žádosti o příspěvek neví, jaký poskytovatel bude službu poskytovat a následné změny nejsou už v programu zaznamenány. Z tohoto důvodu je žádoucí další průběžné upřesňování informací.(28) Na možnost nepřesností i v částkách přiznaného příspěvku na péči (stupeň závislosti) upozorňuje i Národní rada osob se zdravotním postižením. Na jaře 2009 bylo přiznáno 250 tisíc příspěvků na péči, ovšem odhady hovoří až o cca 10 - 20 % pobíratelů příspěvku na péči s nesprávně posouzeným stupněm závislosti.(24)

Těžiště sféry sociálních služeb, u kterých není stanovena povinnost klienta spoludílet se na úhradě nákladů, spadá do oblasti sociální prevence. Patří sem služby základního i odborného sociálního poradenství, zaměřeného na zvýšení povědomosti občana o vlastních právech a možnostech řešení obtížných situací, jako i existenci dalších možných zdrojů pomoci v prevenci sociálního vyloučení. Oblast státem hrazených služeb řeší dále problematiku postavení osob bez domova, osob ohrožených trestnou činností jiné osoby, krizí v rodině, osob s rizikovými návyky jako je zneužívání návykových látek, gamblerství, prostituce, atd. tedy osob, u kterých možnost úhrady není možná už vzhledem k jejich neuspokojivé ekonomické situaci. Aktivity organizací, které pracují se zmíněnými skupinami osob, neslouží pouze zájmům těchto osob, ale přeneseně chrání i ostatní společnost před nebezpečím jejich zdravotně sociálních dopadů. Financování tohoto druhu služeb je závislé na podpoře ze státního rozpočtu poskytované prostřednictvím krajů, případně podpoře zainteresovaných obcí. (27) Rozhodující pro získání finanční dotace je vždy potřeba existence dané služby na území, kde má být poskytována.

1.2.5 Pomáhající profese v sociálních službách, historický vývoj

Na rozdíl od dlouhých let minulé praxe v sociálních službách dochází v současnosti v České republice k radikální změně v požadavcích kladených na

osobnost pracovníka v sociálních službách. V historii byla sociální sféra tradiční doménou církví a dobrovolníků, jako předpoklad k výkonu stačila většinou pouze ochota a chuť pomáhat. Ani po profesionalizaci sociálních služeb nebyla odborná a morální způsobilost pracovníků vážněji zkoumána, což mělo nepochybně vliv na kolísavou kvalitu a úroveň poskytované péče. Průlom do léty zažité praxe vnesl zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, který naprosto změnil optiku pohledu na transparentnost deklarování stěžejních zásad, kvalitu poskytované péče včetně postupů, podmínek a vybavenosti při jejím zabezpečování a garanci práv uživatelů služby. Změny jsou dány skutečností, že pokud organizace nespĺňuje standardy kvality, vyjádřené v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. **(36)**, snižuje se bonita hodnocení organizace jako celku a v krajním případě může dojít až k odnětí oprávnění k poskytování služeb.

1.2.5.1 Základy profesionálního přístupu pracovníka sociální sféry

Pro úspěšný výkon profese pracovníka sociální sféry je nezbytná existence třech výchozích rozměrů pomoci, jejich souhrn představuje pevnou základnu v přístupu ke klientům sociální služeb. **(31)**

- První bod představují platné *normy společnosti*, obsahující znalost zákonů, předpisů a povinností z nich plynoucích, dále pravidla psaná i nepsaná, pravidla dané společností a hranice vymezující přípustné chování.
- Druhým bodem jsou *způsoby klientů*, jejich chování, postoje, myšlení - styl života, který z člověka dělá klienta. Důvodem je diskrepance mezi vnitřními normami klienta a normami ostatní společnosti. Zásah pracovníka může mít charakter pomoci nebo kontroly, podle konkrétní situace.
- Třetí bod je profesionální *odbornost pracovníka*. Má za úkol pomoci stabilizovat oba předchozí aspekty, poskytnout pracovníkovi oporu v procesu prostřednictví

mezi normami společnosti a postoji klienta. Posláním sociální práce je vést dialog mezi společnostmi a jejich normami a tím, co si přeje klient. Tento dialog by měl mít význam ve vytyčení spolupráce a kooperace rovnocenných partnerů.

1.2.5.2 Způsobilost a odbornost pracovníků (dle z. 108/2006 Sb.)

Jedním z kritérií hodnocení organizace je kompetence vztahující se k požadavkům na pracovníka sociální sféry. Z hlediska zákona je pro tyto profese nezbytné mít morální způsobilost, což v praxi znamená povinnost doložit svou beztrestnost, způsobilost po stránce zdravotní a konečně způsobilost profesní. **(32)** Napříč všemi profesemi sociálních služeb se prolíná striktní požadavek na zachování mlčenlivosti o skutečnostech týkajících se klienta, se kterými se pracovník na kterékoli pozici seznámil při výkonu svého povolání. Zatímco dříve bylo dodržování mlčenlivosti záležitostí spíše etickou, současná legislativa umožňuje sankcionovat nedodržení finančními postihy, či trestní sazbou. Zákon rozlišuje mezi úrovní nezbytné profesní způsobilosti pro pracovníka na pozici

1) odborného psychologa (psychoterapeuta)

2) sociálního pracovníka

3) pracovníka v sociálních službách

Ad 1) *Službami odborného psychologa/ psychoterapeuta* disponují poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, poradny pedagogicko psychologické, pracuje v problematice závislostí, poradenství po propuštění z výkonu trestu, výchovy ústavních zařízení, atd. U těchto profesí je předpokladem specializované vysokoškolské vzdělání, doplněné dalšími akreditovanými kurzy v předepsaném rozsahu a průběžným sledováním vývoje aktuálních trendů a odborných metod v poskytované praxi.

Ad 2) *Sociální pracovník* vykonává sociální šetření v přirozeném prostředí klienta, zabezpečuje sociální agendy k řešení sociálně právních problémů, je fundovaný poskytnout sociální poradenství, provádí odborné činnosti v zařízeních sociálně preventivního charakteru, krizovou intervenci a depistáž, sociální poradenství a

rehabilitaci.(3) Pro výkon této zodpovědné funkce je v současnosti požadované vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v sociální oblasti, následované opět celoživotním vzděláváním k udržení si odborného přehledu v systému změn této dynamické oblasti. (V budoucnu lze očekávat, že trend bude směřovat spíše k sociálnímu pracovníkovi s vysokoškolským vzděláním.)

Ad 3) *Pracovník v sociálních službách* vykonává přímou péči u klienta, základní výchovnou činnost spojenou s upevňováním žádoucích návyků a pečovatelské činnosti. Zákon stanoví pro výkon některých činností jako dostačující základní vzdělání a kvalifikační kurz, u jiných je potřeba střední vzdělání doplněné akreditovaným kurzem.(22) Akreditované kurzy by měly obsahovat jak obecný přehled znalostí ze sociální oblasti, tak praktickou část kde si mohou frekventanti ověřit platnost získaných teoretických vědomostí v terénu pod vedením odborných školitelů. V obecné části jsou seznamováni se základy psychologie, tělovědy, ochrany zdraví a profesní etiky, obsahem a významem standardů kvality, sociálně právním minimem a s metodami sociální práce, včetně základů prevence vzniku závislosti osob na poskytovaných službách. Praktická část zahrnuje základy péče, pedagogiky volného času, krizové intervence, problematiky zdravotního postižení, prevence zneužívání osob, kterým jsou poskytovány služby a v neposlední řadě postupy a strategie jednání s obtížně zvládnutelnými klienty. (36)

Nově stanovené předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách znamenají pro systém sociálních služeb v ČR ucelený soubor podmínek, za kterých lze služby nejen čerpat, ale také vykonávat. Hlavní význam úpravy je ve vytváření předpokladů k poskytování sociálních služeb na vysoké úrovni kvality. (23)

1.2.5.3 Sociální dovednosti pracovníků sociálních služeb

Výkon pomáhající profese nepatří ani zdaleka mezi snadná povolání. Může být spojen s mnoha obtížemi, protože služba druhým vyžaduje od člověka, který se jí hodlá věnovat, mimo výše uvedené předpoklady navíc ještě určité osobnostní dispozice a

často i ochotu přinášet oběti. Mezi hlavní předpoklady, na nichž je sociální praxe založena, jsou ty, které umožňují nahlížet na člověka jako na bytost uskutečňující svůj život v jistém sociálním rámci. Jak uvádí Butrymová in Matoušek (21) jsou to:

- úcta ke klientovi
- idea sociální povahy - člověk je jedinečný uprostřed společnosti jiných lidí
- víra ve schopnost růstu, změny a sebezdokonalení

Pracovníci sociální oblasti se nacházejí uprostřed mezi státním sociálním systémem a občanem jako objektem pomoci. Jejich jednání by tedy mělo být loajální vůči oběma stranám, mělo by být strategické a zároveň dostatečně asertivní, což nebývá v praxi jednoduché uskutečnit a pracovníka to staví do nelehké pozice. Profesionální vztah klient - uživatel je vyjádřen ideální směsicí rozumějícího a empatického postoje s udržení si jisté míry odstupu, která pracovníka chrání před nežádoucí mírou citové zainteresovanosti v záležitostech klienta. Profesionální pomoc je zvláštní situace. Pracovník je v ní zainteresován osobně, nemůže vyloučit své prožívání a přitom je neustále nucen se rozhodovat a volit mezi možnostmi. Jelikož jediné, co je možné definovat je jeho vlastní osobnost, stává se tak profesní etika nesmírně důležitým aspektem.(31) Biestek in Matoušek (21) uvádí, že takový přístup zaručuje nezbytnou objektivitu pracovníka. Základní hodnoty sociální práce vycházejí z principů:

- Individualizace: každý člověk je jedinečný a zasluhuje individuální přístup pečující osoby, která nemá vůči němu předsudky a není zatížena myšlenkovými stereotypy.
- Vyjadřování pocitů: právo na ventilaci vnitřních pocitů, včetně negativních
- Empatie: schopnost pracovníka vcítit se do vnitřního rozpoložení klienta v zájmu lepšího pochopení jeho potřeb a stanovisek
- Akceptace: schopnost přijmout klienta takového jaký je, beze snahy korigovat jeho domnělé chyby
- Nehodnotící postoj: pracovník by měl zůstat vždy nestranný, osobnost klienta nesmí být předmětem hodnocení, nebo snahy o nápravu
- Sebeurčení: právo klienta svobodně se rozhodovat a tím udávat směr svému životu

- Diskrétnost: charakter sdělení mezi klientem a pracovníkem je vždy důvěrný, případné výjimky jsou možné pouze se svolením klientovým.

1.2.5.4 Etické požadavky na pracovníka v sociálních službách

Aby byla zachována ochrana práv klienta před jistým druhem moci pramenícím z omezení, které si vyžádalo nutnost pomoci jiné osoby, dochází k formulaci tzv. Etických kodexů jednotlivých pomáhajících profesí. Vznik kodexů má pomoci vyloučit nejasnosti v kompetencích jednotlivých pracovníků, jasně deklarovat respekt ke klientovi a nedotknutelnosti jeho práv, bránit před zneužitím moci nebo zanedbáním péče př. - Kodex soc. pracovníka, či nově vytvořený kodex pracovníků Charity. V chování vůči klientovi by se měl sociální pracovník zejména vyvarovat podvádění nebo předstírání, zneschopňování klienta, tedy situací, kdy je klientovi bráněno činit čeho je schopen, přístupu který zachází s klientem jedná jako s malým dítětem. Mezi další možné nešvary v sociálních službách patří zastrašování, přisuzování nálepky - obvykle nelichotivého souhrnného označení na základě určitého jevu nebo typu zařízení, odhánění nebo ignorování klienta, zesměšňování klientových výroků nebo chování, vměšování se do klientova soukromí a jeho ponižování.(22)

1.2.5.5 Stresové faktory práce v sociálních službách

V poskytování sociálních služeb se ale nejedná se pouze o znalosti, zkušenosti, dovednosti a rutinu. Velmi důležitá je i psychická stabilita osobnostní. Poměrně náročné požadavky na pomáhající profese mohou představovat stimul (zvláště u povahově predisponovaných osob, nebo v případě současného nahromadění problémů v pracovním i osobním životě) k postupně se zvyšující únavě, ztrátě elánu a radosti ze života, energie a nadšení potřebného k výkonu profese. Zvyšuje se frustrace a člověk reaguje podrážděně, depresivními pocity, cynismem nebo apatií. (10) Příčina se zpravidla skrývá v dlouhotrvající zátěži, ať už po stránce fyzické, psychické nebo emocionální. Projevem je trvalá převaha vnímání negativních aspektů nad pozitivními,

dostávají se pocity nedocení a vlastní zbytečnosti. Tento stav je typickým projevem chronické zátěže, která je častá u pracovníků, kteří při výkonu práce přicházejí do blízkého kontaktu s jinými lidmi - tzv. Syndrom vyhoření. Je samozřejmé, že takový neblahý vnitřní stav bude mít své vyústění i v chování navenek. Ostatní osoby a zejména klienty, kterým by měl věnovat svou péči, vidí vyhořelý člověk jako prvotní příčinu svých vlastních problémů.

Příznaky stresu (6)

- *Tělesné* - Migrény a bolesti hlavy, průjmy, poruchy trávení, zácpa, nespavost, menší chuť k jídlu
- *Psychické* - Neschopnost soustředit se, nutkavé obavy, paranoidní myšlenky - vnímání sama sebe jako oběti
- *V chování* - Předstírání zájmu a hraní role pečovatele pro okolí, vyhýbání se klientům, kolegům, určitým situacím
- *Emoční* - Náhlé zvraty v pocitech, nechůť vstát ráno z postele, kolísavá úzkost, nenávisť vůči klientům

1.2.5.6 Prevence vzniku stresových situací a syndromu vyhoření

Pomáhání a přijímání pomoci je obtížný a mnohdy ambivalentní proces. Role pomáhajícího s sebou nese očekávání jistého druhu reakce. Skrytým důvodem věnovat se pomoci lidem může být potřeba být uznáván jako „kvalitní člověk“, tato motivace může vést až k „závislosti na vděčnosti“ objektů péče. Hluboké vnitřní nevyřešené problémy se stávají podvědomým impulzem k naplnění vlastní potřeby pomáhat. Lpění na roli pomocníka až záchránce někdy brání vidět silné stránky klienta, zranitelnost pečujících osob a jejich vzájemnou závislost. (6) Obecně lze říci, že každý kdo je, nebo hodlá být pracovníkem v pomáhající profesi, potřebuje tři prameny, z nichž může čerpat. (31)

- učitele, tedy osobu, která je schopna vzhledem k množství zkušeností pomoci radou

- kolegu, člověka ve stejné pozici, s nímž může konzultovat řešení obdobných problémů
- supervizora, odborníka od něhož je možno požadovat pomoc ve chvíli kdy pracovník sám ztrácí důvěru v sebe, své možnosti a kompetentnost, smysl své práce vůbec.

Protože se pracovník setkává spíše s kontrolou své práce a to na více úrovních, jsou tyto tři zdroje z nichž čerpá, vítanou posilou a prevencí syndromu vyhoření. Žádný pracovník nemůže být ve své činnosti dlouhodobě osamělý a podpora ze strany dobrého, funkčního pracovního kolektivu je v sociální práci nadmíru potřebná.

Setrvávání vyhořelých osob v pomáhajících profesích je v tomto případě problematické, hrozí reálné nebezpečí ventilace negativních emocí skrytě či otevřeně v chování vůči příjemcům péče. Obrana proti vyhoření není jednoduchá, organizace by měla zajistit aby pracovníci nebyli přetěžováni, význam má i možnost vzdělávání a profesního růstu, dobrá psychohygiena, možnost supervize, neocenitelná je existence zázemí ve formě fungujícího partnerského vztahu, případně víry a náboženství.**(10)**

1.3 Horažďovicko, sociodemografický popis regionu

Region Horažďovicko se nachází v severovýchodní části klatovského okresu na hranicích okresu Plzeň-Jih a Strakonice v tradiční venkovské oblasti, stranou od hlavních rozvojových směrů. Přírozeným kulturním, společenským a ekonomickým centrem mikroregionu je město Horažďovice, kde také sídlí správní centrum obvodu obce s rozšířenou působností. Silniční dopravní síť je v regionu hustá, jedná se ale převážně o silnice II. třídy, významnější jsou pouze cesty ve směru na Klatovy, Sušici, Strakonice a Nepomuk. Spojení s obcemi je zajištěno autobusovou přepravou. Železniční spojení má pro oblast pouze regionální význam, zajišťuje dopravu z Klatov do Horažďovic Předměstí, odkud je návaznost na trať Plzeň - České Budějovice. Železniční ani autobusová doprava neposkytuje možnost bezbariérové přepravy, celkový rozsah dopravní obslužnosti je nedostačující. Možnost pracovního uplatnění v regionu je omezená a spolu s nízkými výdělky byla jednou z příčin odlivu osob v produktivním věku. Míra nezaměstnanosti tvořila asi 8 %, což je hodnota vyšší než národní průměr, v současnosti pak dochází opět k značné progresi jejích hodnot v důsledku ekonomické krize.

Úroveň domovního fondu v regionu je značně proměnlivá. Zatímco v obcích převládá tradiční zástavba venkovských chalup a rodinných domů, Horažďovice prošly v minulých desetiletích několika etapami výstavby. Mimo starou městskou zástavbu se jedná o bytové jednotky ze 60. let, bez možnosti centrálního vytápění a užití výtahu. V 70. letech tu vyrostly panelové domy s výtahem a napojením na centrální vytápění. Část panelové zástavby byla v během posledních deseti let zateplena. Horažďovice i obce správního obvodu prošly v minulém období plynofikací, přesto však většina obyvatel obcí dává přednost klasickému vytápění kotli na tuhá paliva. Zásobování elektrickou energií je v celém regionu na dobré úrovni. K zajištění potřeby pitné vody užívá většina obcí lokální zdroje, tedy veřejný vodovod nebo vlastní studny obyvatel. Problém představuje ve většině obcí likvidace splaškových vod, která zde stále chybí. Průzkum bezbariérovosti zařízení občanské vybavenosti v jednotlivých obcích ukázal, že většina takový přístup postrádá.(17)

1.3.1 Obyvatelstvo regionu, trendy vývoje ovlivňující počet obyvatel

Na území spádové oblasti správního obvodu obce s rozšířenou působností Horažďovice se nachází celkem 20 obcí. Jedná se o Břežany, Hejnu, Hradešice, Horažďovice, Chanovice, Kejnice, Kovčín, Kvášňovice, Malý Bor, Velký Bor, Maňovice, Myslív, Nalžovské Hory, Nehodív, Olšany, Pačejov, Slatinu, Svěradice, Tužice, Velké Hydčice. Hustota zalidnění je v celé oblasti nízká, a to zejména v obcích, z nichž většina má malý, nebo velmi malý počet obyvatel. Dominantní jsou v tomto směru Horažďovice, kde žije 43,3 % obyvatelstva, u ostatních obcí počet obyvatel kolísá v hodnotách od 100 - 1000 obyvatel. Současný stav viz tabulka č. 2 (20)

Tab. 2 Počet obyvatel a seniorů v regionu

Obec	Počet obyvatel 2007				
	celkem	Věk 65+		celkem	Věk 65+
Břežany	167	26	Chanovice	707	104
Kovčín	90	19	Svěradice	347	55
Kvášňovice	126	28	Velké Hydčice	220	41
Malý Bor	570	91	Horažďovice	5 407	930
Velký Bor	579	89	Hejnu	156	35
Hradešice	415	77	Slatina	112	23
Maňovice	46	8	Tužice	73	14
Myslív	435	83	Nehodív	80	17
Olšany	204	31	Nalžovské Hory	1 231	215
Pačejov	796	131	Kejnice	129	23

zdroj: ČSÚ

Největší nárůst počtu obyvatel zaznamenala oblast v 80. letech, od té doby až do roku 2001 docházelo k dlouhodobému poklesu. V následujících letech se pokles zastavil, v několika obcích dochází i k mírnému nárůstu. Jako příčinu malé atraktivnosti regionu zejména pro mladší generaci je možno uvést málo pracovních příležitostí, vysokou míru nezaměstnanosti, nízký počet průmyslových závodů a rozpad zemědělských družstev na venkově, nízké mzdy a izolovanost regionu. Nepříznivý poměr mezi předproduktivní a poproduktivní věkovou skupinou kopíruje obecně platný demografický vývoj naší společnosti, kde se zmenšuje počet narozených dětí a naopak trvale narůstá počet lidí v seniorském věku, jejich aktuální počet je nyní 2 040 osob.(20)

1.3.2 Nejvýznamnější skupiny uživatelů služeb na Horažďovicku

V roce 2006 se na území mikroregionu Prácheňsko z popudu Městského úřadu uskutečnil výzkum, který měl za cíl stanovení priorit a hledání cest k optimalizaci sociálních služeb regionu. V rámci komunitního plánování sociálních služeb na období 2008-2012 pro obyvatele obcí sdružené v mikroregionu Prácheňsko byla v 2006 u obyvatelstva provedena anketa ze které vyplynulo, že jako skupina, které by měla být v rámci komunitního plánování věnována největší pozornost, je podle mínění respondentů vnímána skupina:

- 1. senioři (31 %)**
- 2. rodiny s dětmi (23 %)**
- 3. lidé s postižením tělesným, smyslovým, mentálním (20 %)**

Tyto skupiny jsou v současné době hlavními uživateli sociálních služeb a podle názoru dotazovaných by jim měla být věnována pozornost i nadále. **(33)**

1.3.3 Seniorská populace na Horažďovicku

Senioři tvoří asi 17 % obyvatelstva žijícího na sledovaném území, tj. více než 2000 osob a jejich počet bude v budoucích letech nadále stoupat. Příčinou je zvyšující se věk, kterého se lidé díky kvalitnější lékařské péči dožívají, příznivé životní podmínky a dále skutečnost, že do důchodového věku začínají vstupovat silné poválečné ročníky. Ve světle těchto skutečností bylo v roce 2007 u seniorů žijících v regionu anketou zjišťováno, jaká je struktura potřeb a problémů, s kterými jsou nuceni se potýkat jak sami senioři, tak i členové jejich rodiny. Následující žebříček naznačuje slabá místa, která negativně ovlivňují kvalitu života osob seniorského věku.**(17)**

- 1) Malá dostupnost možností nakupovat
- 2) Malá dostupnost lékařské péče

- 3) Nevyhovující dopravní obslužnost
- 4) Nedostatek zájmových aktivit pro seniory
- 5) Malá dostupnost zdravotnické - ošetrovatelské služby
- 6) Bariéry vstupu do budov, na chodnících
- 7) Osamělost seniorů
- 8) Málo prostor pro setkávání seniorů
- 9) Malá dostupnost pečovatelské služby a dalších sociálních služeb

Největší procento občanů udává potřebu pomoci spojenou s potřebou dopravy (k lékaři, za nákupy, na úřady), při drobných opravách v domácnosti, pomoc s topením a komunikaci s úřady. Významná je sociální osamělost seniorů, absence možnosti a míst k setkávání a popovídání si, málo informací o nabídce akcí pro seniory. Přesto existuje mezi seniory nemalá skupina osob, která zmíněné aktivity nepostrádá vůbec.

1.3.4 Sociální služby poskytované seniorům na Horažďovicku

Dosavadní zkušenosti s pomocí sociálně potřebným seniorům žijícím na území správního obvodu obce Horažďovice naznačují, že klíčovou hodnotou v systému sociální péče o seniory je tradičně *pomoc vlastních rodin* (až 60 %). Rodinná funkčnost a soudržnost umožňuje setrvávat seniorům v domácím prostředí. Jako další zdroj možné pomoci jsou zmiňováni *přátelé a známí* (14 %) a *sousedská výpomoc* (9 %). Sociální služby profesionálních poskytovatelů jsou v regionu využívány pouze ve velmi malém měřítku (3-5 %). Alarmující je zjištění, že určitá část seniorů stále zůstává zcela *bez jakékoli možnosti pomoci* (7 %).**(17)**

V této souvislosti nelze nezpomenout práci tzv. geriatrických sester, jejichž funkce byla nyní nahrazena prací sester agentur Home Care, které mají za úkol upozornit na sociální potřebnost osoby i v takovém případě, kdy její adekvátnost dotčený člověk není schopen sám posoudit, nebo v případech kdy péče o seniora je na špatné úrovni, nebo zcela chybí. **(12)** Největším úskalím které často donutí rodinu rezignovat na možnost poskytovat péči doma, nastává v případě nutnosti poskytování

zdravotnických služeb. V tomto případě i přes dobrou vůli rodiny dopřát svému členovi důstojný závěr života v kruhu rodiny, končívají senioři v nemocnicích. (17)

1.3.4.1 Terénní a ambulantní sociální služby pro seniory

Možnost využití sociálních služeb v tomto regionu není nikterak rozsáhlá. Prakticky výhradním poskytovatelem terénních sociálních služeb v regionu je *Oblastní charita Horažďovice*, která nabízí jak služby ošetrovatelské, tak i službu pečovatelskou. Služby jsou poskytovány seniorům ve třech domech s pečovatelskou službou, v domácnostech na území města Horažďovice a přilehlých obcích (mimo obvod města zejména rozvoz obědů). Mezi nejčastější pečovatelské činnosti náleží

- pomoc při úkonech osobní hygieny
- pomoc při oblékání, přesunu na vozík nebo lůžko, použití WC
- pomoc při udržování chodu domácnosti, nákupy, pochůzky
- zajištění stravovacích potřeb (příprava a podání jídla, dovoz či donáška oběda)
- praní a žehlení prádla
- doprava nebo doprovod dle přání klienta
- dohled nad dospělou osobou
- velmi oblíbené a využívané jsou též služby pedikérské.

V roce 2007 vykonala Charitní pečovatelská služba 32 920 návštěv u 366 klientů. Celkem bylo provedeno 41 193 pečovatelských výkonů. Průměrný věk uživatelů služby se pohyboval nejčastěji v rozmezí 65 let a více. (37) Pečovatelské úkony zajišťují kvalifikovaní pečovatelé, spolupracující v zájmu řešení klientových problémů s vedoucím pečovatelské služby, sociálním pracovníkem a charitní ošetrovatelskou službou. Organizace tvoří jednotný celek zajišťující komplexní péči o klienta. Oboustranně přínosná je spolupráce s rodinou klienta a ošetřujícím lékařem.

Charitní organizace zajišťuje rovněž aktivizační programy zahrnující kulturní a společenské akce, výlety, kondiční a rehabilitační cvičení, ergoterapeutické činnosti, duchovní programy a podobně. (Od 1.1.2007 byly aktivizační programy zařazeny jako

fakultativní činnost pod Charitní pečovatelskou službu z důvodu zachování bezplatnosti dosavadní pestré palety aktivizačních činností.)

Pro seniory i jejich rodiny je organizací nabízena možnost sociálního poradenství k ulehčení orientace v sociálně právní problematice. Poradenství zahrnuje zejména

- poradenství přímé nebo zprostředkované
- vyřizování žádosti o příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006 Sb.
- vyřizování mimořádných výhod (průkazy TP, ZTP, ZTP/P)
- vyřizování příspěvků na provoz telefonní stanice
- pomoc při prosazování oprávněných práv a zájmů, řešení osobních problémů
- pomoc v krizových situacích

Mimo Horažďovice je pečovatelská služba nabízena v omezeném měřítku také pro občany obce Pačejov v rámci domu s pečovatelskou službou. Jeho zřizovatelem je obecní úřad, objekt má kapacitu 11 míst. Služba spočívá v pomoci v domácnosti.

Protože hlavní břemeno péče o vlastní členy leží na bedrech rodiny, nelze opomenout významnou zátěž, která je s péčí o vlastního člena spojena. Na území regionu neexistuje žádné zařízení které by nabízelo možnost *respičních (odlehčovacích) služeb* pro rodinu, rovněž zde nelze využít službu denního centra pro seniory. Denní centrum fungovalo určitý čas při domě s charitní pečovatelskou službou, ale služby byly ukončeny pro nezájem ze strany zájemců a to patrně z důvodu nutnosti za pobyt platit.

1.3.4.2 Pobytová a zařízení sociálních služeb v regionu

Sociální služby v popisované oblasti jsou charakteristické existencí slabých míst. V regionu citelně chybí zařízení domova důchodců - žádost na umístění v domově důchodců si v posledních pěti letech podalo 90 seniorů z obcí regionu, rovněž zastupitelé obcí vnímají citelně malou dostupnost lékařské péče (až 11 obcí), což ještě více umocňuje špatná dopravní obslužnost a malá dostupnost lékařské či ošetrovatelské péče. Odhady získané z výzkumu ke komunitnímu plánování hovoří o až 500 seniorech, jichž se neexistence pobytového zařízení v regionu dotýká.

V současné době zpracovává město Horažďovice nový územní plán, kde bude výstavba Domova pro seniory zanesena. Při dodržení plánovaného harmonogramu by zařízení mělo být dokončeno v roce 2013. Výstavba domova pro seniory představuje pro zastupitele města v následujícím období jeden z prioritních cílů.(33)

Pro seniory kteří z důvodů nepříznivé sociální situace nemohou zůstat ve svém domácím prostředí, nebo jejichž zdravotní stav neumožňuje samostatné setrvání osoby bez celodenně poskytované péče poskytuje Nemocnice následné péče - léčebna pro dlouhodobě nemocné Horažďovice *sociální lůžka* v počtu cca 20 -25 lůžek. Počet lůžek kolísá dle jejich aktuální potřeby.

1.3.4.3 Vlivy komunitního plánování na služby pro seniory v regionu

Sumarizace dat z výzkumu vzniklého ke komunitnímu plánování sociálních služeb v řešené oblasti (SWOT analýza) naznačila silné i slabé stránky v realizaci kroků k optimalizaci sociálních služeb. Mezi silné stránky patří dobrá funkce rodiny při péči o vlastního člena, dobré ekonomické zajištění seniorů, funkční pečovatelská služba (zajištěna spíše místně), vzájemná pomoc sousedská a přátelská. Mezi klady rozhodně patří dobrá spolupráce mezi poskytovateli a představiteli města a obcí i mezi poskytovateli navzájem, dostatek kvalitního personálu pečovatelské služby vzhledem k aktuální poptávce.

Mezi slabé stránky je nutné uvést nedostatečné využívání příspěvků na péči k zaplacení sociálních služeb - využívání příspěvků na jiné účely, k rozšíření služeb do terénu chybí materiální i finanční zajištění, problém představuje zejména denní zajištění služeb v malých a vzdálenějších obcích, zcela chybí pobytové zařízení v péči o seniory - lidé se musí na sklonku života stěhovat ze známých míst. Informační systém o sociálních službách mezi seniory v regionu není dokonalý. Problém působí seniorům i život na menším sídle - nákup, oběd, doprava, služby, osamocení.

Zmíněné skutečnosti vedly k plánování kroků ke zlepšení situace seniorských obyvatelů ve sledované oblasti.

1.3.4.4 Prioritní oblasti v rozvoji služeb v regionu

- 1) Posílení sociální politiky obcí - sdružení obcí regionu se zavázalo vyčlenit ročně 2% rozpočtu na rozvoj sociálních služeb, koordinace přístupu
- 2) Výstavba pobytového zařízení pro seniory a osoby se zdravotním postižením - plánované dokončení do roku 2013
- 3) Podpora dostupnosti základních služeb - vytvoření vlastního systému zásobování pojízdnými prodejny v malých obcích (zahájení 2009)
- 4) Podpora terénních sociálních služeb - udržení fungování pečovatelské služby v regionu (17)

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit jaká je míra informovanosti seniorů žijících na Horažďovicku o existenci a struktuře sociálních služeb v regionu.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1:

Informovanost seniorů o sociálních službách je vyšší ve městě než na vesnici.

Hypotéza č. 2:

Informovanost o sociálních službách je nejnižší u nejstarších seniorů.

Hypotéza č. 3:

Informovanost o sociálních službách stoupá se vzrůstající sociální potřebností seniora.

3. Metodika

Teoretická část bakalářské práce se ve své první části zabývá problematikou stáří a stárnutí, druhý oddíl specifikuje oblast sociálních služeb. Třetí část se snaží přiblížit sledovaný region - tedy Horažďovicko - z hlediska sociodemografického i vybavenosti sociálními službami zaměřenými na seniorskou cílovou skupinu. Práce navazuje na výsledky výzkumu uskutečněného v letech 2007-8 pro účely komunitního plánování, který mapoval potřeby obyvatelstva dané oblasti.

V práci byla užita jako základní suma informací současná odborná literatura, která se touto problematikou zabývá. Výčet informačních zdrojů ze kterých práce vychází, je uveden v seznamu užití literatury.

V praktické části jsou hlouběji rozpracovány informace získané z vlastního výzkumu provedeného pro potřeby této bakalářské práce.

3.1 Metody výzkumu

Pro tuto bakalářskou práci bylo užito kvantitativního sociologického výzkumu. K získání dat byla zvolena metoda dotazování a to dotazníkovou technikou sběru dat. Oslovení respondenti měli možnost vyjádřit své názory na danou problematiku. (plné znění dotazníku - (příloha č. 1)

V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni tématem výzkumu, účelem ke kterému data poslouží, jak a kde budou zpracována, včetně zaštiťující instituce, tedy Jihočeské univerzity. Zdůrazněna byla anonymita dotazníku.

Dotazník obsahuje celkem 15 otázek. Otázky jsou formulovány většinou jako uzavřené, respondentům byl ponechán výběr z několika odpovědí. Otázky 9, 11,12 jsou polouzavřené, nabízí respondentům mimo jiné prostor pro vyjádření svého názoru - jiné vlastní odpovědi. Na konci dotazníku následuje poděkování za ochotu podělit se o své názory a místo pro připomínky respondentů.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovou skupinu výzkumu tvoří seniorská věková skupina, tedy občané od 65ti let výše, žijící na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Horažďovice, tedy v obcích Břežany, Hejná, Hradešice, Horažďovice, Chanovice, Kejnice, Kovčín, Kvášňovice, Malý Bor, Velký Bor, Maňovice, Myslív, Nalžovské Hory, Nehodív, Olšany, Pačejov, Slatina, Svěradice, Tužice, Velké Hydčice. Údaje o počtu seniorů byly získány z Českého statistického úřadu, jednalo se o celkový počet 2040 seniorů.

V měsících listopadu a prosinci 2008 bylo distribuováno celkem 153 dotazníků. Dotazníky byly směřovány na místa přirozeného shromažďování lidí - v Horažďovicích do obchodů, prostřednictvím místní Charitní organizace do klubu seniorů, na cvičení seniorů, dále do čekáren lékařských ordinací. Ve vesnicích do místních prodejen, v malém měřítku díky pomoci sester charitní ošetrovatelské služby i jednotlivým seniorům do jejich domácností. Po asi 2 -3 měsících se navrátilo celkem 86 dotazníků, z toho dva byly vyplněny pouze neúplně, proto musely být vyřazeny jako nepoužitelné. Návratnost tedy činila zhruba 55 %.

4. Výsledky

Otázka č. 1: Uveďte svůj věk

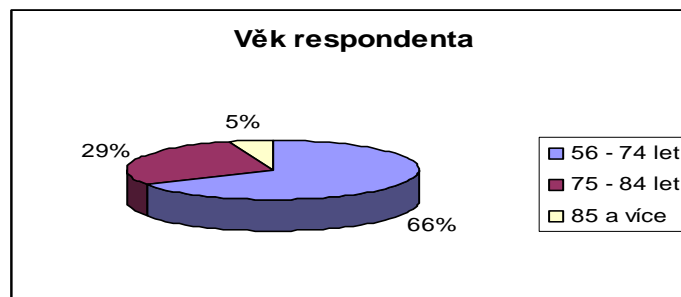
Dotazník vyplnilo celkem 84 respondentů. Následující graf č. 1 zachycuje věkové rozvrstvení. Nejpočetnější věkovou skupinou byli senioři ve věku 65 -74 let, a to v počtu 56 osob (66 %). Druhá nejpočetnější skupina, 75 - 84 let je zastoupena počtem 24 osob (29 %). Nejmenší počet seniorů se nachází ve třetí, nejstarší skupině - 85 let a více, jedná se pouze o 4 osoby (5 %). Uvedené výsledky platí souhrnně pro celou oblast Horažďovicka. Pokud bychom porovnali věk respondentů ve městě Horažďovice, pak skupina 65 - 74 let zastupuje 30 osob (58 %), skupinu 75 - 84 let 20 osob (29 %), zatímco skupina obyvatel nad 85 let je zastoupena 2 osobami (4 %). U obcí Horažďovicka je věkové složení toto - senioři 65 -74 let 26 osob (81 %), skupina 75 - 84 let pouze 4 osoby (13 %), skupina od 85 let výše 2 osoby (6 %). Viz tabulka č. 3, str. 45

Tabulka č. 3 Věkové složení seniorů na Horažďovicku

	věk 65 - 74		věk 75 - 84		věk 85 a více	
	počet osob	procento	počet osob	procento	počet osob	procento
město Horažďovice	30	58 %	20	29 %	2	4 %
obce Horažďovicka	26	81 %	4	13 %	2	6 %
celkem	56	66 %	24	29 %	4	5 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1 Věk seniorů - Horažďovicko

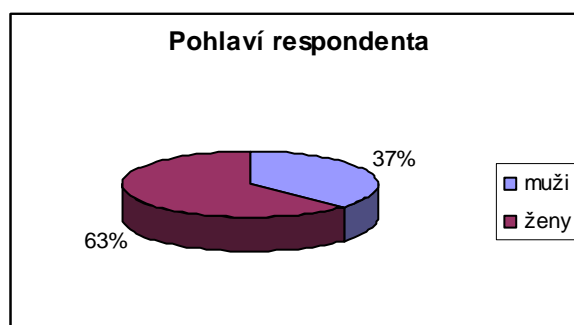


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Pohlaví seniorů

Graf č. 2 nás informuje o pohlaví respondentů kteří se podíleli na výzkumu. Muži vyplnili dotazník v počtu 31 osob (37%), ženy jsou zastoupeny 53 osobami (63%).

Graf č. 2 Pohlaví seniorů

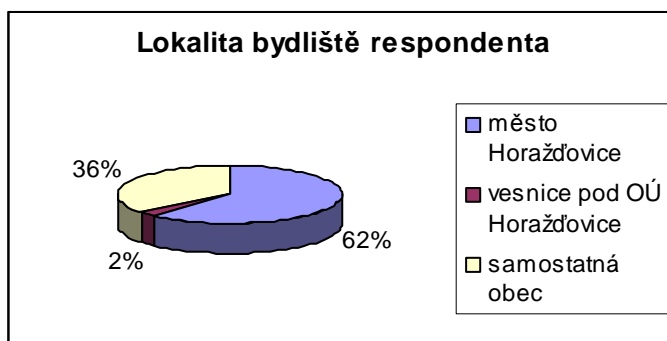


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 Lokalita bydliště

Graf č. 3 naznačuje poměr seniorů, jež se podíleli na výzkumu bydlících ve městě Horažďovice, tedy 52 osob (62 %), ku počtu seniorů jejichž bydliště je v samostatných obcích 30 osob (36 %) nebo v obcích patřícím pod obecní úřad Horažďovice - pouze 2 osoby (2 %).

Graf č. 3 Lokalita bydliště seniorů



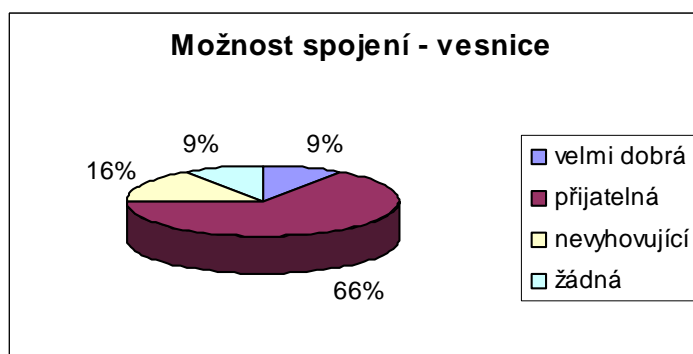
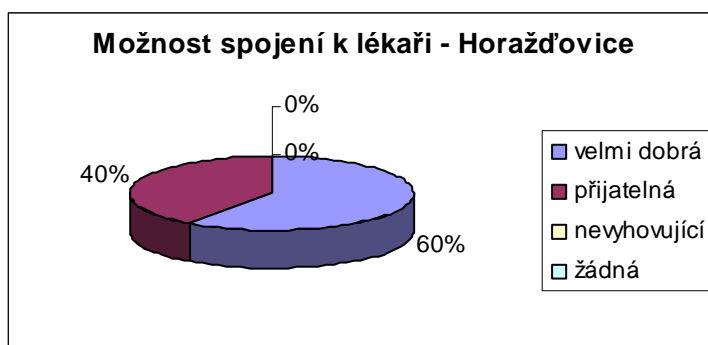
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4 Možnost spojení

Graf č. 4 podává informaci o možnosti spojení k lékaři, jednání na úradě. Zatímco senioři z Horažďovic uvádí možnost spojení pouze v kategoriích velmi dobrá 31 osob (60 %) a přijatelná 21 osob (40 %), obyvatelé obcí hodnotili spojení jako velmi

dobré jen u 3 osob (9 %), jako přijatelné 21 osob (66 %), jako nevyhovující ji uvádí 5 osob (16 %) a žádnou možnost spojení nemají 3 osoby (9 %).

Graf č. 4/I, II Možnost spojení k lékaři, jednání na úřadě



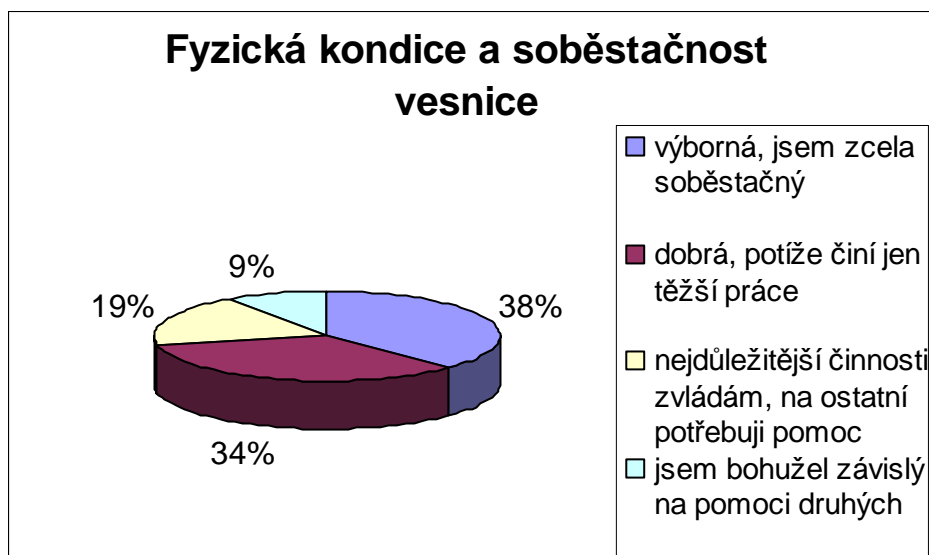
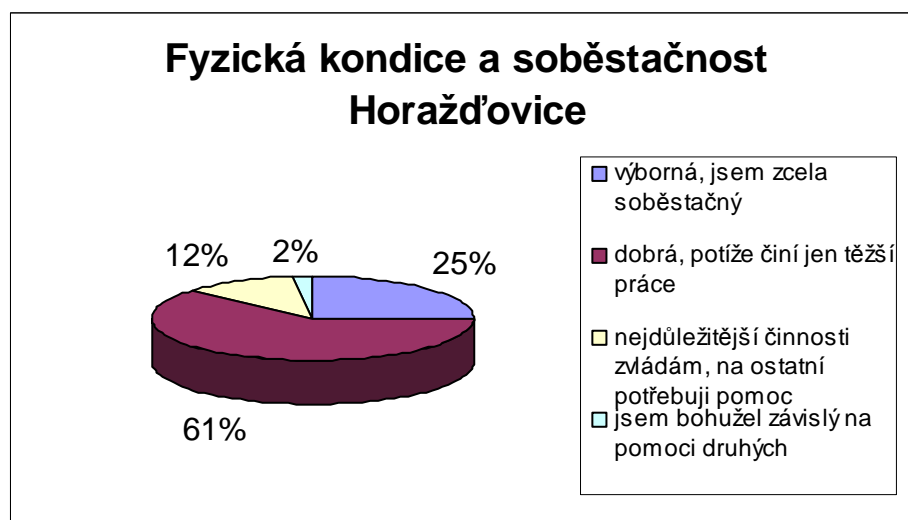
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5 Fyzická kondice a soběstačnost seniorů

Graf č.5 mapuje subjektivní náhled seniora na vlastní osobní kondici a soběstačnost. V Horažďovicích pociťuje svou kondici jako výbornou 13 osob (25 %), dobrou 32 osob (61 %), určitou pomoc potřebuje 6 osob (12 %), zcela závislá je 1 osoba

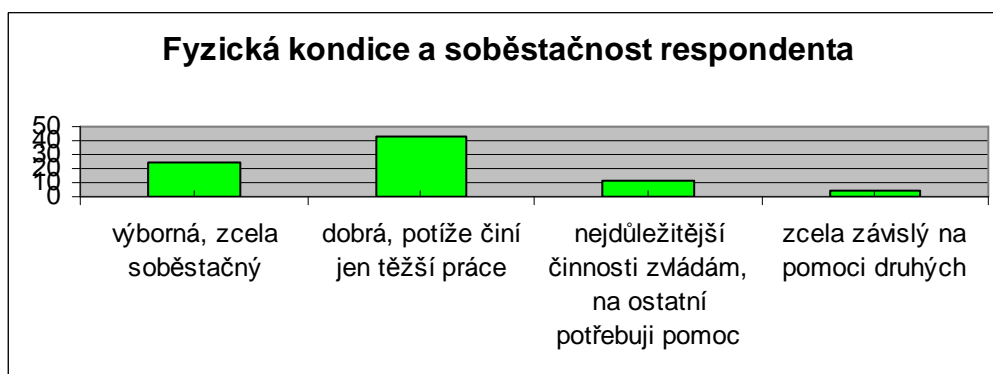
(2 %). V obcích vnímá kondici jako výbornou 12 osob (38 %), dobrou 11 osob (34 %), pomoc potřebuje 6 osob (19 %), zcela závislé jsou 3 osoby (9 %)

Graf č. 5/I, II Fyzická kondice a soběstačnost seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5/III Fyzická kondice a soběstačnost respondenta

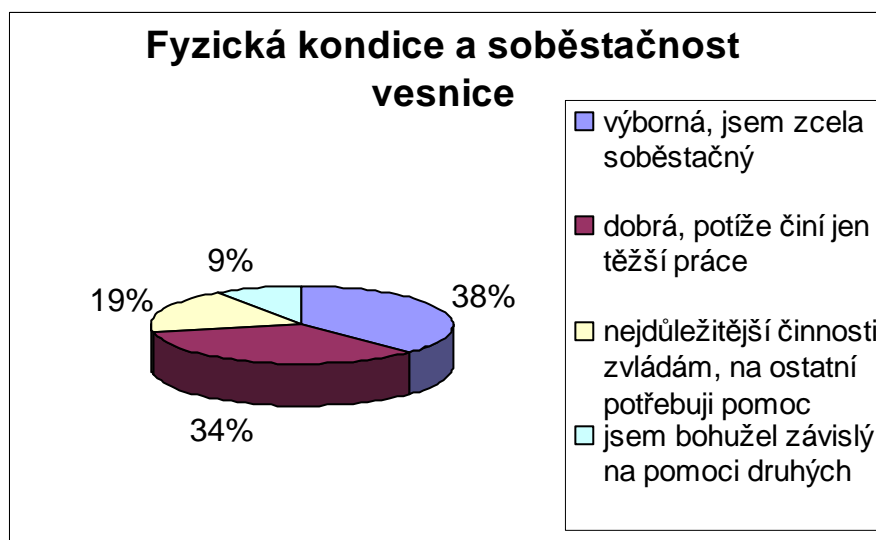
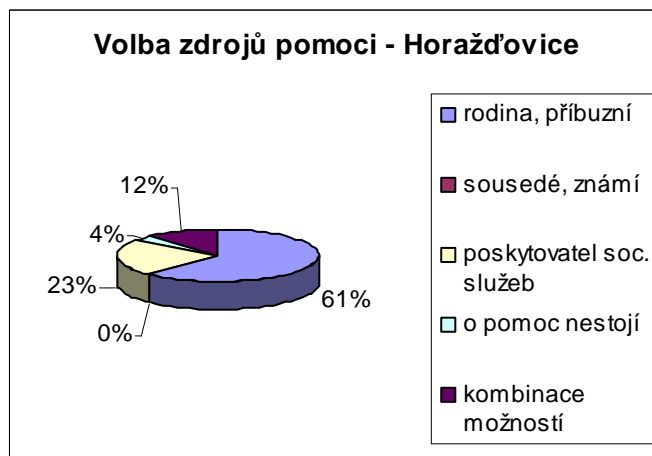


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6 Volba zdrojů pomoci při zhoršení zdravotního stavu seniora

Graf č. 6 sleduje které alternativy pomoci by v případě zhoršení své soběstačnosti sami senioři preferovali, kde vidí zdroje pomoci. V Horažďovicích by hledalo pomoc u rodiny 32 seniorů (61 %), pomoc profesionálních organizací by vyhledalo 12 seniorů (23 %), 6 seniorů (12 %) by volilo pomoc rodiny i organizací, o žádnou pomoc nestojí 2 senioři (4 %), pomoc sousedů ne zvolil žádný senior. V obcích zvolilo pomoc rodiny 18 osob (56 %), 1 senior (3 %) spoléhá na pomoc sousedů, pomoc organizací volí 6 osob (19 %), kombinaci možností zvolilo 5 osob (16 %) - z toho pomoc rodiny a organizací 3 osoby, rodiny a sousedů 1 osoba, sousedů a organizací rovněž 1 osoba. O žádnou pomoc nestojí 2 osoby (6 %).

Graf č. 6/I, II Volba zdrojů pomoci v případě zhoršení zdravotního stavu



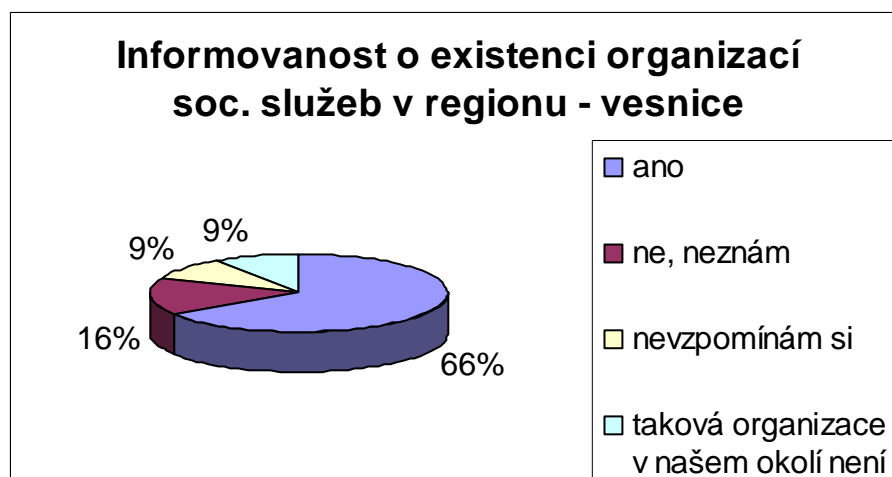
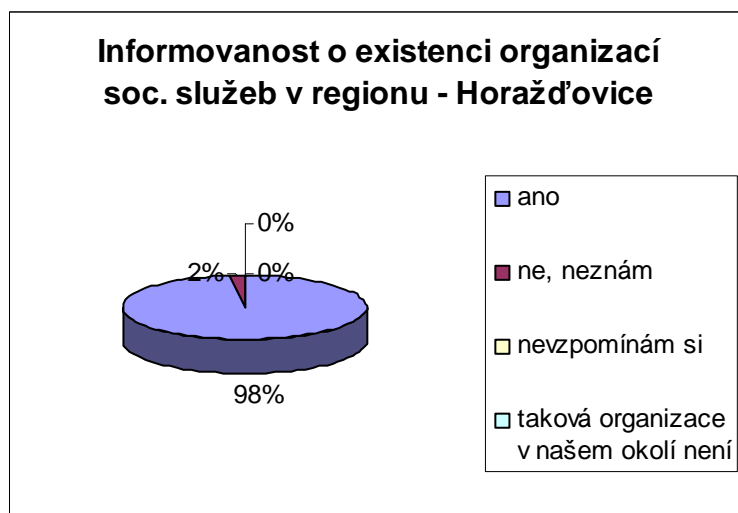
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7 Informovanost o existenci organizací sociálních služeb v regionu

Graf č. 7 sleduje informovanost seniorů o existenci organizací, zabývajících se sociálními službami v okolí svého bydliště. V Horažďovicích uvedlo že zná některou z organizací sociálních služeb 51 osob (98 %), 1 osoba (2 %) uvedla že žádnou takovou organizaci nezná. V obcích je situace jiná, pomáhající organizaci zná 21 osob (66 %),

nezná ji 5 osob (16 %), nevzpomínají si 3 osoby (9 %). Stejný počet - 3 osoby (9 %) uvedly, že taková organizace v okolí jejich bydliště vůbec není.

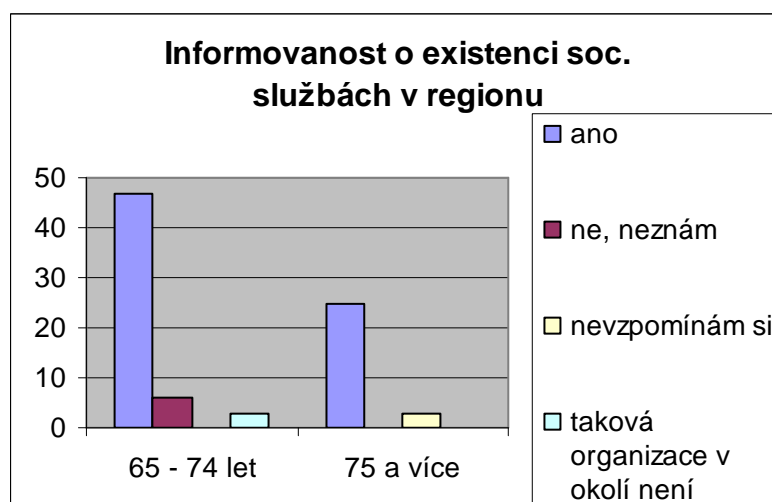
Graf č. 7/I, II Informovanost o existenci organizací poskytujících sociální služby



Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud hodnotíme informovanost seniorů z hlediska jejich věku, pak ve starší věkové skupině (75 a více let) uvedlo 25 osob (89 %) že poskytovatele služeb zná, 3 osoby - (11 %) uvedly, že si nemohou vzpomenout. V mladší skupině (65-74 let) uvedlo 47 osob (84 %) že takovou organizaci zná, nezná ji 6 osob (11 %), žádný z respondentů neuvedl, že si nemůže vzpomenout, ale 3 osoby (5 %) si myslí, že taková organizace se v regionu vůbec nenachází.

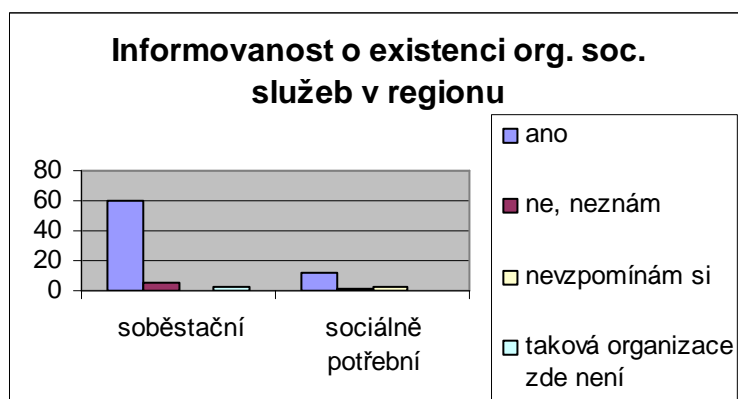
Graf č. 7/III Informovanost o pomáhajících organizacích, starší a mladší seniři



Zdroj: Vlastní výzkum

Jestliže hodnotíme potřebu pomoci, pak skupina soběstačných seniorů (68 osob) udává, že zná organizace sociálních služeb ve svém okolí u 60 osob (89 %), nezná je 5 osob (7 %), 3 osoby (4 %) soudí, že taková organizace v jejich okolí vůbec není. Ve skupině sociálně potřebných seniorů udává 12 osob (75 %), že takovou organizaci znají, nezná ji 1 osoba (6 %), nevzpomínají si 3 osoby (19 %). Nikdo neuvedl, že taková organizace v regionu neexistuje.

Graf č. 7/IV Informovanost o pomáhajících organizacích, soběstační a soc. potřební

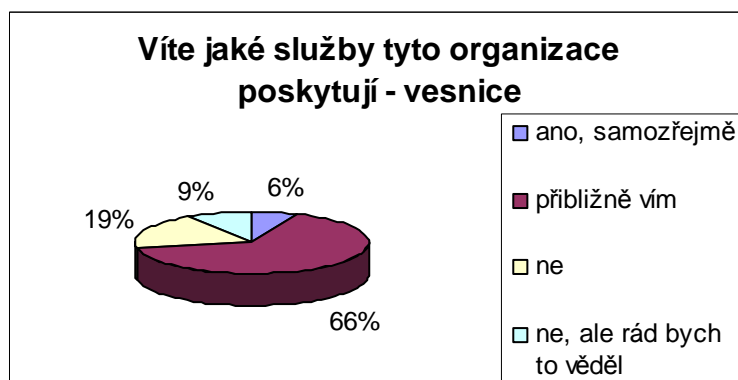
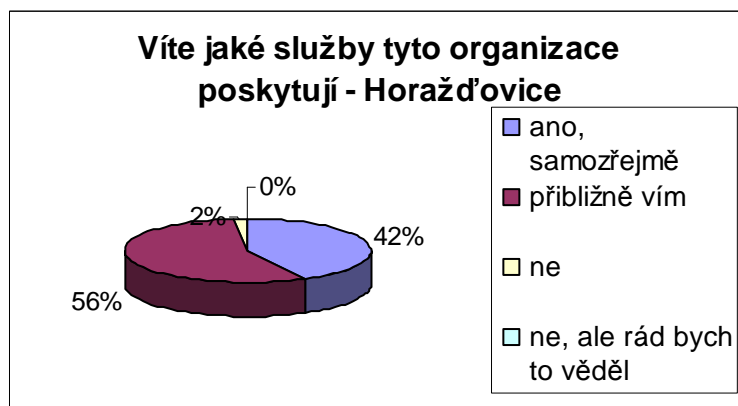


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8 Víte, jaké služby tyto organizace poskytují

Graf č. 8 znázorňuje informovanost seniorů o službách nabízených organizacemi poskytujícími sociální služby v regionu. V Horažďovicích 22 seniorů (42 %) uvedlo, že samozřejmě zná rozsah služeb, přibližně zná nabídku služeb 29 osob (56 %), nabízené služby nezná 1 osoba (2 %), nikdo nezvolil možnost „ne, ale rád bych to věděl“. V obcích samozřejmě znají nabízené služby 2 osoby (6 %), přibližně zná rozsah služeb 21 osob (66 %), služby nezná 6 osob (19%), 3 osoby (9 %) odpověděly že tyto služby neznají, ale rády by je znaly.

Graf č. 8/I,II Informovanost seniorů o poskytovaných sociálních službách

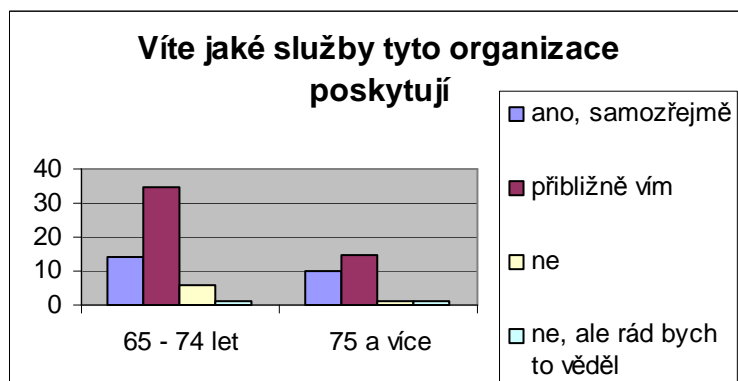


Zdroj: Vlastní výzkum

Starší věková skupina (75+) uvádí v 10ti případech (35 %) že samozřejmě ví, jaké služby jsou poskytovány, přibližně je zná 15 osob (53 %), nezná je 1 osoba (4 %), neznají, ale rády by je znaly 2 osoby (8 %). V mladší skupině (65-74 let) uvádí 14 osob

(25 %) že služby samozřejmě zná , přibližně jsou známy 35 osobám (62 %), nezná je 6 osob (11 %), nezná, ale ráda by znala 1 osoba (2 %).

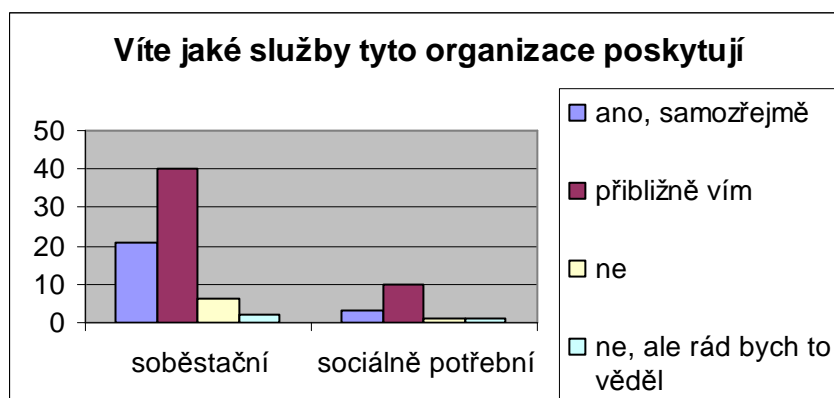
Graf č. 8/III Znalost poskytovaných služeb, mladší a starší senioři



Zdroj: Vlastní výzkum

Skupina soběstačných seniorů uvedla ve 21 případech (30 %), že znají samozřejmě rozsah poskytovaných služeb, přibližně jej zná 40 osob (58 %), rozsah služeb nezná 5 osob (9 %), 2 osoby (3 %) uvedly, že jej neznají, ale rády by ho znaly. U seniorů sociálně potřebných samozřejmě znají rozsah služeb 3 osoby (20 %), přibližně jej zná 10 osob (66 %), nezná jej 1 osoba (7 %), nezná, ale ráda by ho znala 1 osoba (7%).

Graf č. 8/IV Znalost poskytovaných služeb, soběstační a sociálně potřební

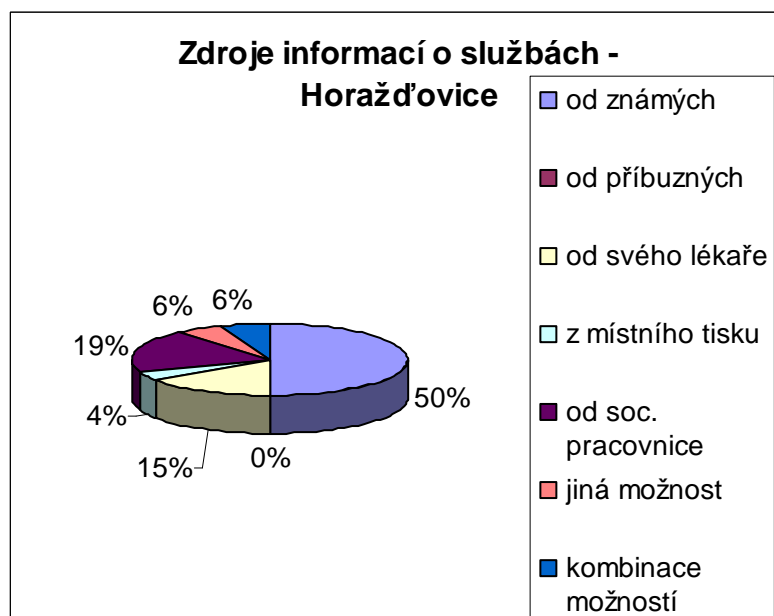


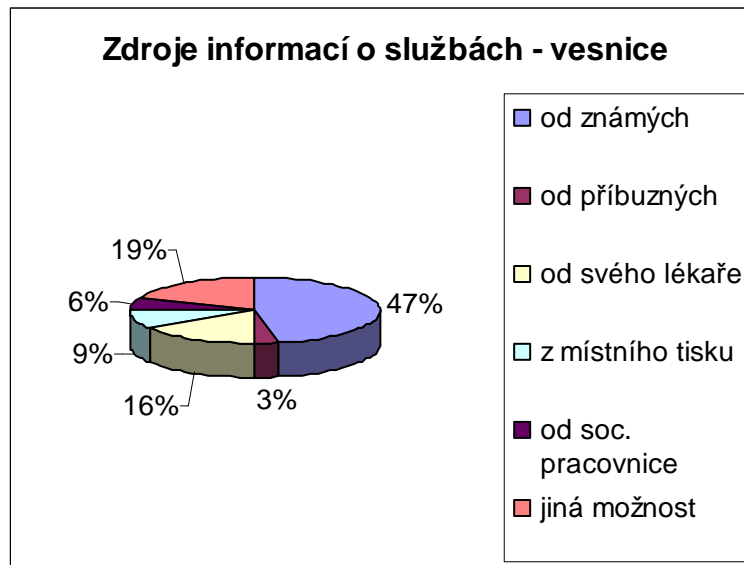
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9 Zdroje informací o službách

Graf č. 9 mapuje zdroje informací o sociálních službách v regionu. V Horažďovicích se o sociálních službách dozvědělo od známých 26 osob (50 %), od svého lékaře 8 osob (15 %), z místního tisku 2 osoby (4 %), od sociální pracovníce 10 osob (19 %), kombinaci možností uvedly jako zdroj 3 osoby (6 %) - zde se jednalo o 2 osoby které čerpaly informace z tisku a od známých, a 1 osoba z tisku a od sociální pracovníce. Jinou možnost uvedly 3 senioři (6 %) - tyto osoby žijí v penzionu, kde zároveň sídlí Oblastní charita Horažďovice. V obcích bylo 15 osob (47 %) informovaných od známých, 1 osoba (3 %) od příbuzných, 5 osob (16 %) od lékaře, 3 osoby (9 %) z tisku, od sociální pracovníce 2 osoby (6 %), jinou možnost uvedlo 6 osob (19 %) - zde uváděli senioři, že žádnou službu neznají.

Graf č. 9/I,II Zdroje informací seniorů o nabízených sociálních službách



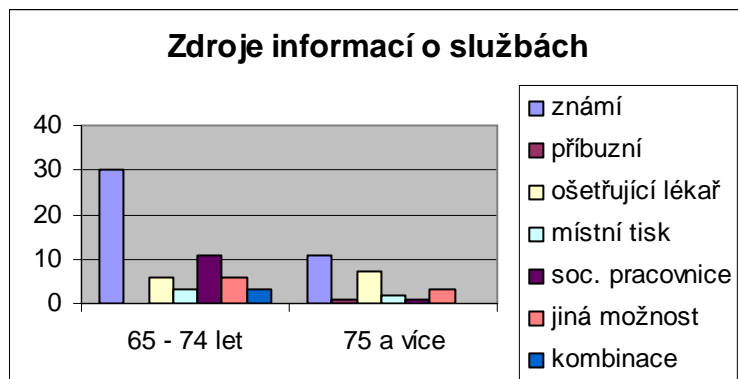


Zdroj: Vlastní výzkum

Starší věková skupina čerpala své informace od známých 11 osob (44 %), od příbuzných 1 osoba (4 %), lékař informoval 7 osob (28 %), 1 osoba (4 %) čerpala informace z tisku, sociální pracovníce informovala 2 osoby (8 %), z jiného zdroje (obyvatelé DPS) bylo informováno 5 osob (12 %), kombinace možností 1 osoba (4 %) - známí a tisk.

Mladší skupina (65-74 let) je od známých informována ve 30 případech (51 %), od lékaře přijalo informaci 6 osob (19 %), z tisku 4 osoby (10 %), od sociální pracovníce 9 osob (5 %). Jiná možnost (obyvatelé DPS) 4 osoby (10 %), kombinace informací 2 osoby (5 %) - známí a příbuzní (1), lékař a tisk (1).

Graf č. 9/III Zdroje informací o službách, starší a mladší senioři

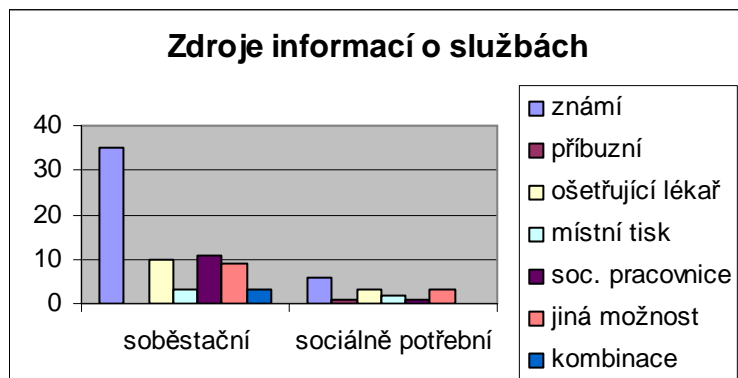


Zdroj: Vlastní výzkum

Skupina soběstačných seniorů uvedla jako zdroj informací své známé u 35 osob (50 %), svého lékaře 10 osob (15 %), místní tisk byl zdrojem informací pro 3 osoby (4 %), od sociální pracovníce bylo informováno 11 osob (16 %), 6 osob (9 %) uvedlo jiný zdroj - obyvatelé DPS, kombinace možností uvedly 3 osoby (4 %) - tisk a známí (2), tisk a soc. pracovníce (1). Nikdo nebyl informován svými příbuznými.

U seniorů sociálně potřebných 6 osob (37 %) uvedlo, že byli informováni svými známými, od příbuzných přijala informace 1 osoba (6 %), lékařem byly informovány 3 osoby (19 %), z místního tisku 2 osoby (13 %), sociální pracovnící 1 osoba (6 %), jinou možnost zvolily 3 osoby (19 %) - obyvatelé DPS.

Graf č. 9/IV Zdroje informací o sociálních službách, soběstační a sociálně potřební

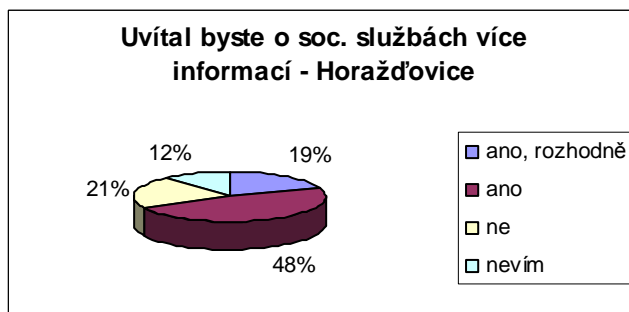


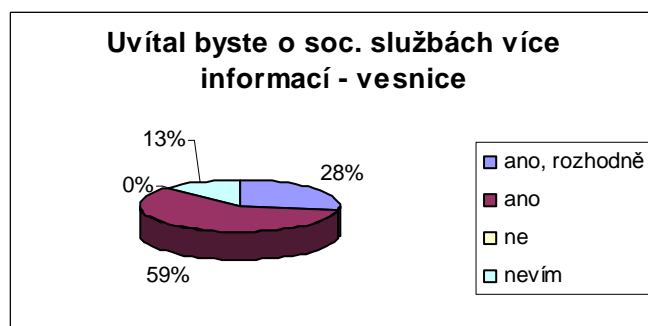
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10 Uvítal byste o sociálních službách více informací

Graf č. 10 znázorňuje zájem seniorů o větší množství informací o sociálních službách. V Horažďovicích by rozhodně uvítalo více informací 10 seniorů (19 %), zájem (už ne tak rezolutně) projevilo 25 seniorů (44 %), více informací si nepřeje 11 osob (25 %) a neví 6 osob (12 %). V obcích si rozhodně přeje více informací 9 osob - (28 %), 19 osob (59 %) si je přeje, na věc nemají názor 4 osoby (13 %). Žádný senior nevedl, že by si více informací nepřál.

Graf č. 10/ I,II Zájem seniorů být více informován o sociálních službách

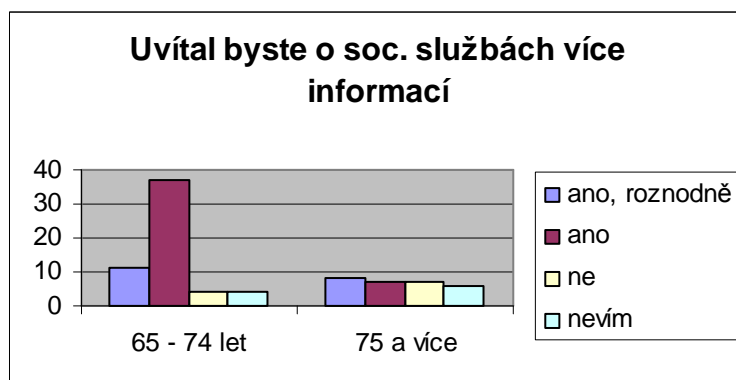




Zdroj: Vlastní výzkum

Ve starší věkové skupině (75+) by rozhodně uvítalo více informací 8 osob (29 %), uvítalo by je 7 osob (25 %), o víc informací nestojí 7 osob (25 %), na věc nemá názor 6 osob (21 %). U mladších seniorů (65-74) by 11 osob (20 %) uvítalo rozhodně více informací, uvítalo by je 37 osob (66 %), více informací nechtějí 4 osoby (7 %), nemají na to názor 4 osoby (7 %).

Graf č. 10/III Zájem o informace o službách, starší a mladší senioři

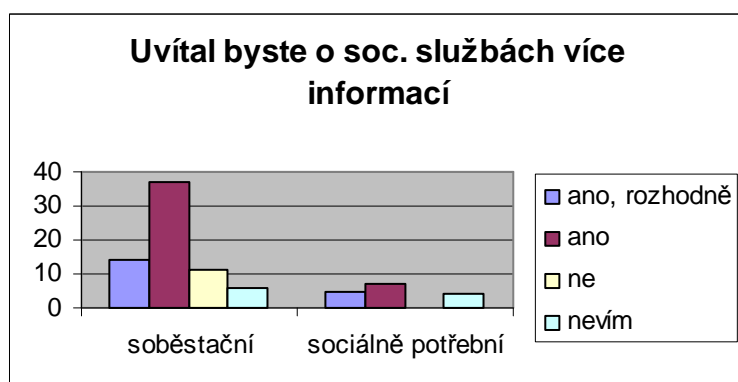


Zdroj: Vlastní výzkum

Senioři soběstační uvedli, že by rozhodně uvítali více informací - 14 osob (21%), uvítalo by je 37 osob (54 %), o více informací nestojí 11 osob (16 %), neví 6 osob (9 %). U seniorů sociálně potřebných se 5 osob (31 %) vyjádřilo, že by uvítaly rozhodně

více informací, uvítalo by je 7 osob (44 %), nikdo neuvedl, že více informací nepotřebuje, na věc nemají názor 4 osoby (25 %).

Graf č. 10/ IV Zájem o informace o službách, soběstační a sociálně potřební

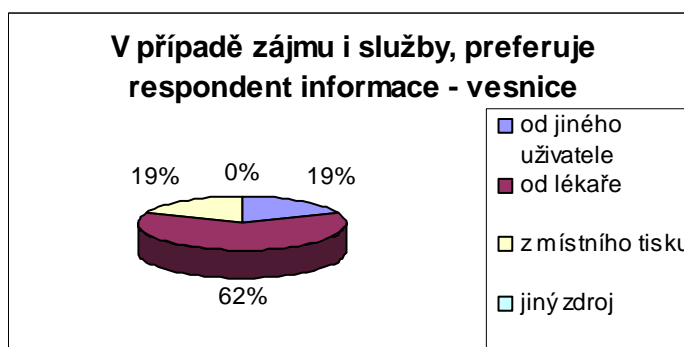
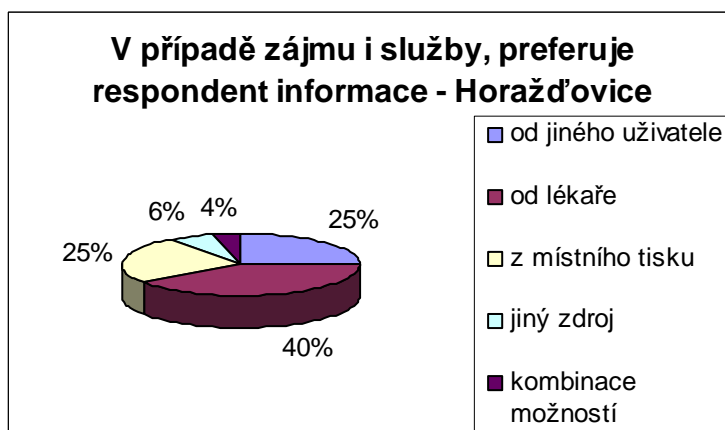


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11 V případě zájmu o sociální služby preferuje respondent informace

Graf č. 11 znázorňuje žebříček v preferenci zdrojů informací dle názoru seniorů. V Horažďovicích si přeje znát informace jiného uživatele služby 13 osob (25 %), od svého lékaře 21 osob (40 %), z místního tisku 13 osob (25 %), jiný zdroj informací udávají 3 senioři (6%) - zde je preferována informace od sociální pracovnice. Kombinaci možností zvolily 2 osoby (4 %) - lékař a tisk. V obcích od jiného uživatele služby 6 osob (19 %), od svého lékaře 20 osob (62 %), z tisku 6 osob (19 %), jinou možnost nezvolil nikdo.

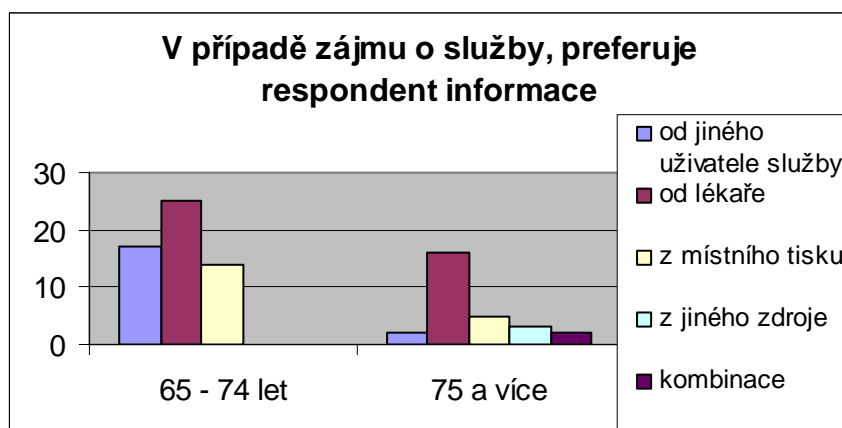
Graf č. 11/I, II Preferované zdroje informací o sociálních službách



Zdroj: Vlastní výzkum

Starší věková skupina (75+) by chtěla 2 osob (7 %) přijímat informace od známých, od svého lékaře 16 osob (57 %), informace z místního tisku preferuje 5 osob (18 %), jiný zdroj (ve všech případech sociální pracovníce) preferují 3 osoby (11 %). Mladší věková skupina spatřuje jako ideální zdroj informací jiného uživatele služby u 17 osob (30 %), lékařem by si přálo být informováno 25 osob (45 %), místní tisk jako zdroj informací je preferován 14 osobami (25 %). Seniors nebyl zvolen žádný jiný zdroj informovanosti.

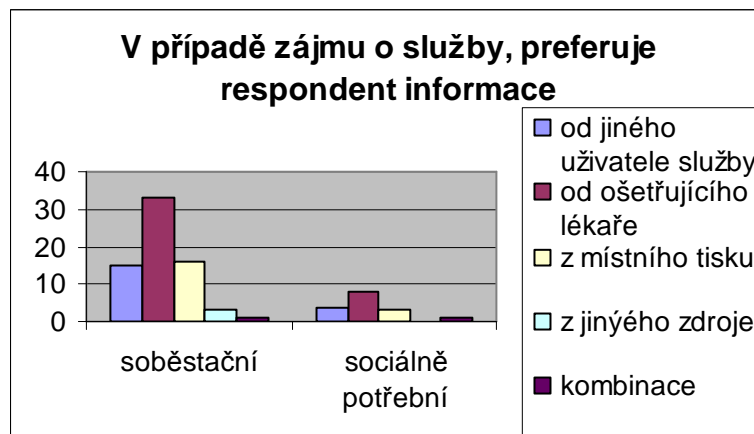
Graf č. 11/III Preferované zdroje informací o sociálních službách



Zdroj: Vlastní výzkum

Skupina seniorů soběstačných by se ráda dozvíдалa o sociálních službách od jiného uživatele služby v počtu 15 osob (22 %), od lékaře by si přálo dostávat informace 33 osob (49 %), místním tiskem by si přálo dostávat informace 16 osob (24 %), jiný zdroj uvedly 3 osoby (4 %) - ve všech případech preferovaly informace od sociální pracovnice. Od svého lékaře a z tisku si přála být informovaná pouze 1 osoba (1 %). Skupina seniorů sociálně potřebných si přeje být informována jiným uživatelem služby u 4 osob (25 %), od lékaře si přeje být informováno 8 osob (50 %), místním tiskem si přejí být informovány 3 osoby (19 %). Kombinaci zdrojů preferuje 1 osoba (6 %) - lékař a tisk. Nikdo neuvedl jiný zdroj informací.

Graf č. 11/IV Preferované zdroje informací o sociálních službách



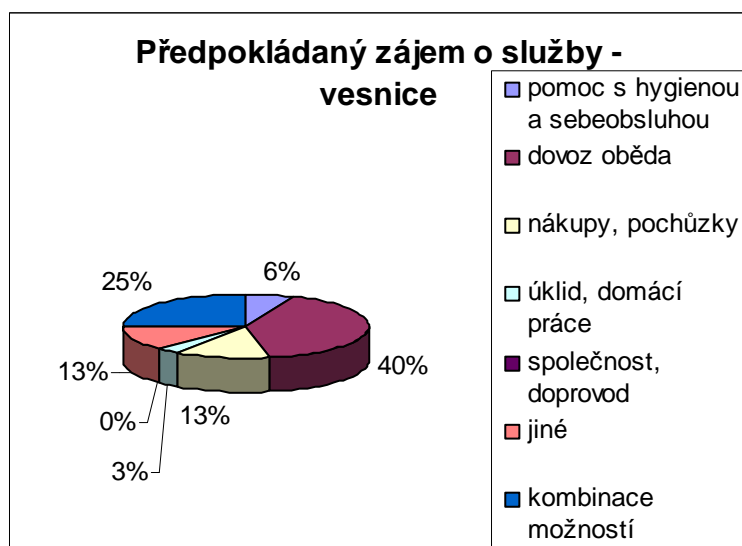
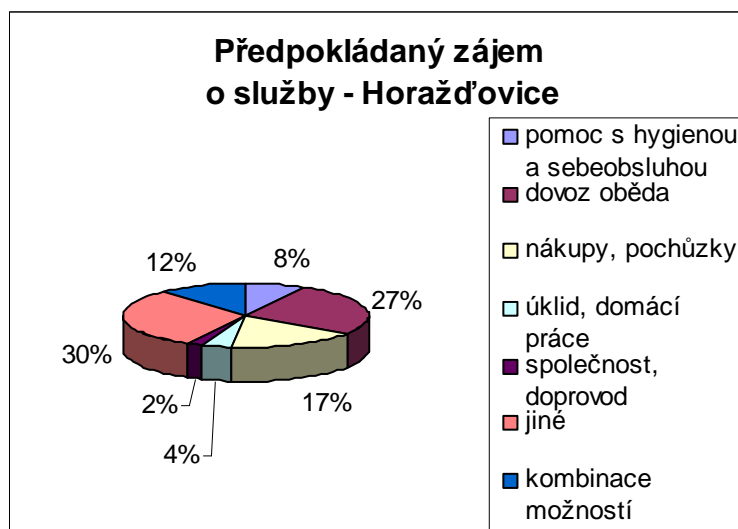
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12 Předpokládaný zájem seniora o služby

Graf č. 12 Uvádí spektrum služeb, které by senioři v případě potřeby nejčastěji zvolili. V *Horažďovicích* mají 4 osoby (8 %) zájem o pomoc s hygienou a sebeobslužné činnosti, dovoz obědů 14 osob (27 %), nákupy a pochůzky 9 osob (17 %), pomoc v domácnosti 2 osoby (4 %), 1 osoba (2 %) dovoz, společnost a pochůzky. Kombinaci možností zvolilo 6 osob (12 %) - dovoz oběda a hygienu (2), oběd a nákupy (3), oběd a společnost /doprovod (1). Jinou možnost zvolilo 15 osob (30 %). Senioři zde vyjadřovali většinou emotivní pocity typu „ Lépe služby nepotřebovat, zatím nic nepotřebuji, jsem soběstačný“, pouze 1 osoba byla konkrétnější, měla zájem o pedikúru. *Obce* - 2 osoby (6 %) zvolily sebeobslužné a hygienické služby, dovoz oběda preferuje 13 osob (40 %), 4 osoby (13 %) by využily nákupů a pochůzek, 1 osoba (3 %) úklidu a pomoci v domácnosti. Kombinace možností zaujala 8 osob (25 %) - jednalo se vždy o dovoz oběda a k tomu hygienické činnosti (2), nákupy a pochůzky (1), pomoc v domácnosti (2), společnost/ doprovod (3). Možnost společnost /doprovod samostatně

nezvolil žádný ze seniorů. Jiná možnost byla zastoupena 4 osobami (13 %), senioři vyjadřovali že neví, jakou službu by zvolili, možnost masáží preferuje 1 senior.

Graf č. 12/I, II Předpokládaný zájem seniorů jednotlivé druhy služeb

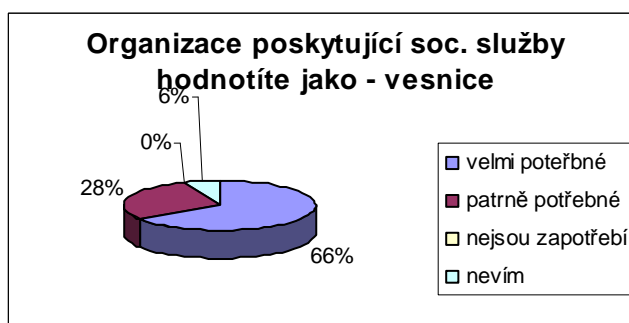
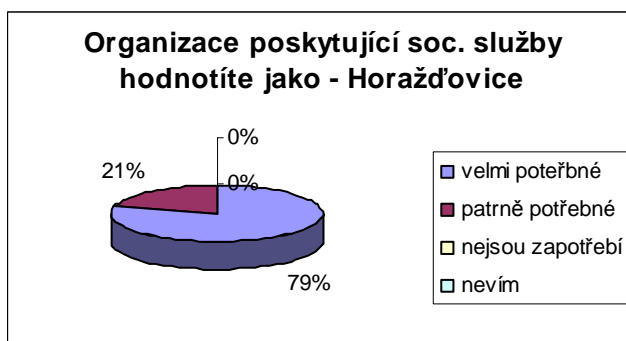


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13 Organizace poskytující sociální služby hodnotíte jako

Graf č. 13 znázorňuje hodnocení potřebnosti organizací jež poskytují sociální služby. V Horažďovicích vnímá tyto organizace jako velmi potřebné 41 seniorů (79 %), jako patrně potřebné 11 seniorů (21 %). Možnosti „nemyslím si, že jsou potřebné“ a „nemám na to názor“ ne zvolil nikdo. V obcích vnímá jako velmi potřebné organizace 21 osob (66 %), jako patrně potřebné 9 osob (28 %). Na věc nemají názor 2 osoby (6 %), ani jediný senior ne uvedl organizace jako nepotřebné.

Graf č. 13/I, II Hodnocení potřebnosti organizací poskytujících sociální služby

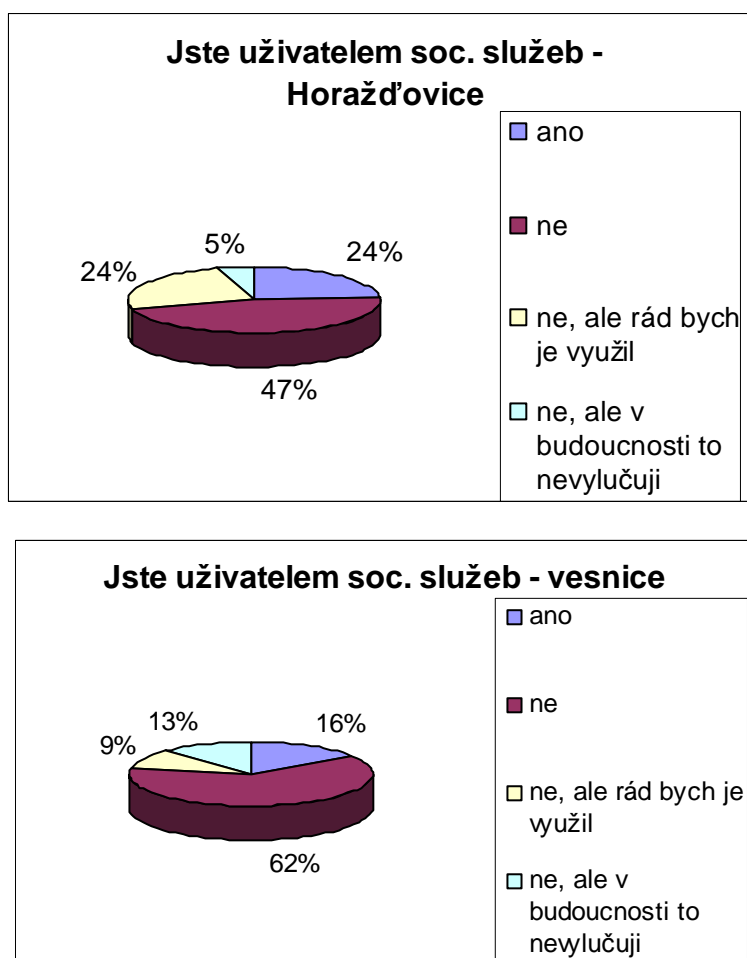


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14 Jste uživatelem sociálních služeb

Graf č. 14 sleduje rozdělení seniorů z hlediska užívání sociálních služeb. V Horažďovicích užívá sociální služby 15 osob (24 %), neužívá 29 osob (47 %). V budoucnu nevyklučuje možnost užití služeb 3 osoby (5 %), 15 osob (24 %) uvedlo, že služby nevyužívá, ale rád by je užíval. V obcích je současným uživatelem služeb 5 osob (16 %), neužívá jich 20 osob (62 %), neužívají jich, ale rádi by užívali 3 senioři (9 %), v budoucnu nevyklučují jejich užití 4 osoby (13 %).

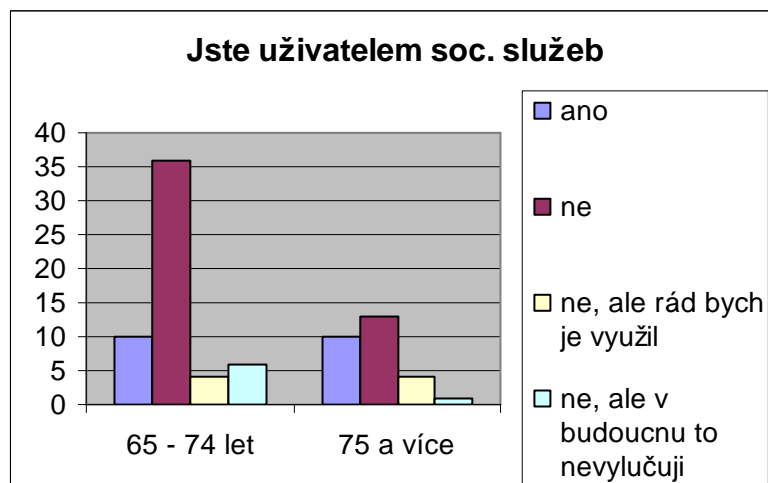
Graf č. 14/I, II Rozdělení seniorů z hlediska užívání sociálních služeb



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve starší věkové skupině (75+) jsou uživatelé služeb zastoupeni 10 osobami (36 %), služeb neužívá 13 osob (46 %), neužívá, ale rády by využily 4 osoby (14 %), v budoucnu užití služeb nevyklučuje 1 osoba (4 %). U mladších seniorů (65-74) užívá služby 10 osob (18 %), nevyužívá jich 36 osob (64 %), neužívají, ale rády by užívaly 4 osoby (7 %), v budoucnu užití služeb nevyklučuje 6 osob (11 %).

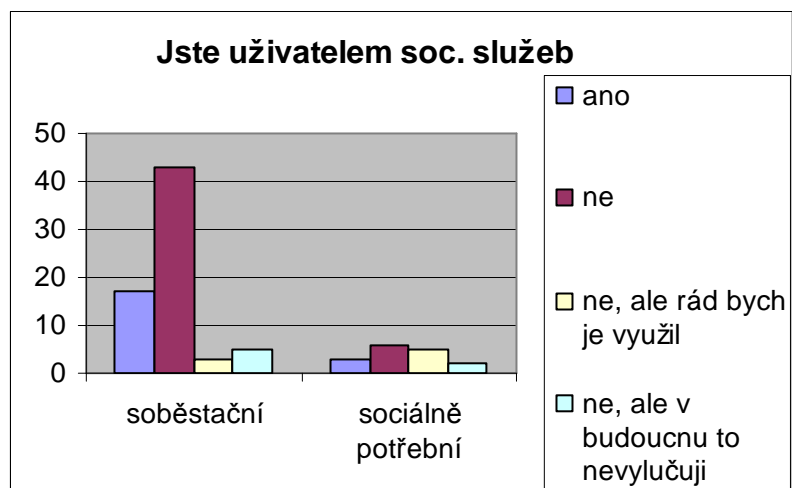
Graf č. 14/III Uživatelé soc. služeb, rozdělení dle věku



Zdroj: Vlastní výzkum

Skupina soběstačných seniorů je uživatelem sociálních služeb u 17 osob (25 %), služby neužívá 43 osob (64 %), neužívají jich, ale rády by užívaly 3 osoby (4 %), zatím neužívá, ale v budoucnu to nevyklučuje 5 osob (7 %). Senioři sociálně potřební jsou uživateli služeb u 3 osob (19 %), neužívá jich 6 osob (37 %), neužívá, ale rádo by užívalo 5 osob (31 %), v budoucnu užití služeb nevyklučují 2 osoby (13 %).

Graf č. 14/IV Uživatelé služeb, rozdělení soběstační a sociálně potřební

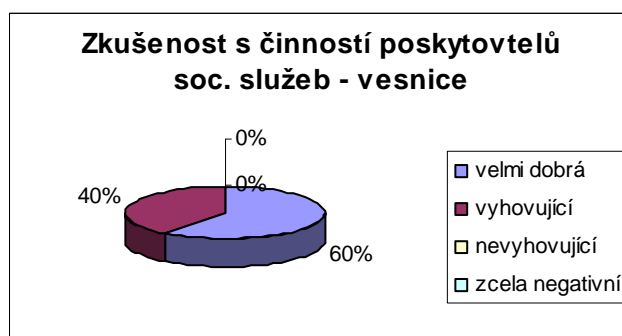
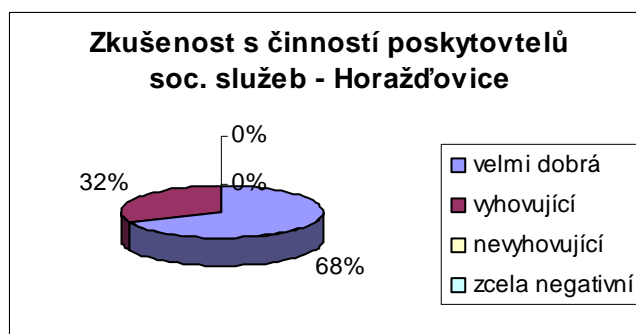


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15 Zkušenost s činností poskytovatelů sociálních služeb

Graf č. 15 naznačuje výsledky spokojenosti uživatelů služeb s prací poskytovatelů sociálních služeb. V Horažďovicích uvedlo 17 osob (68 %) úroveň spolupráce jako velmi dobrou, 8 osob (32 %) jako vyhovující. Možnost „spolupráce není dobrá, nebo zcela negativní se nevyskytly vůbec. Výsledky hodnocení patrně zkrsluje fakt, že hodnocení činnosti sociálních služeb se zúčastnili i senioři kteří nejsou sami uživateli služeb, ale žijí v domě s pečovatelskou službou a proto si mají možnost udělat názor na úroveň služby (Jsou v kontaktu s pracovníky sociálních služeb, komunikují se sousedy, kteří služeb využívají.) V obcích hodnotili možnost spolupráce jako velmi dobrou 3 senioři (60 %), jako vyhovující 2 senioři (40 %).

Graf č. 15/I, II Zkušenost s činností poskytovatelů sociálních služeb



Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuse

Dobrá úroveň informovanosti skupin uživatelů je jedním ze základních předpokladů fungování systému sociální péče, jak ji definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (38) V poslední době se tak stále častěji děje prostřednictvím vytváření komunitních plánů rozvoje sociálních služeb, neboť tato cesta představuje spojení cílů celé triády subjektů sociální péče - tedy zadavatelů sociálních služeb, uživatelů služeb i jejich poskytovatelů. Služby jsou vytvářeny na základě preferencí vyjádřených obyvateli daného území, reflektují jejich reálné potřeby a tímto způsobem se komunita stává partnerem a hybnou silou budování systému služeb šitých na míru obyvatelům daného regionu. Proces komunitní změny funguje, jestliže se obecná potřeba řešit problém synergizuje s touhou jednotlivce změnit nežádoucí situaci.(26) Zejména s přihlédnutím k ekonomické stránce problému pak je pozitivní efektivita vynaložených prostředků.

Tato práce se zabývá stavem informovanosti seniorské populace o nabízených sociálních službách na území mikroregionu Horažďovicko. Jak naznačuje **otázka č. 1**, výzkumu se zúčastnili senioři všech dotazovaných věkových kategorií, početní zastoupení: 65-74 let (66 %), 75-84 let (29 %), senioři nad 85 let (5 %). Ve sledovaném vzorku seniorů bylo 63 % žen, 37 % mužů, což potvrzuje trend, charakterizovaný převahou počtu osob ženského pohlaví k počtu mužů, rozdíl se se vzrůstajícím věkem ještě zvyšuje. Jak uvádí Gruberová, B. po 80. roce věku bývá v populaci až 2,5 krát více žen.(4) Lokality bydliště zkoumaného vzorku populace je v převážné většině v město - 62 %, v obcích žije menší část seniorů - 38 %, (2 % obyvatel obcí náleží pod Městský úřad Horažďovice). - Toto rozdělení umožnilo porovnat *rozdíly ve stylu života seniorů na malém městě a žijících na venkově*. Pro porovnání informovanosti a názorů seniorů dle věku byly vyděleny ze vzorku dvě skupiny - *starší senioři* (věk 65-74) a *mladší senioři* (75 a více let).

Hned následující otázka naznačila jak velkou zátěž pro seniora představuje spojení k lékaři nebo jednání na úřadě - zatímco pro *seniora žijícího ve městě* toto

nepředstavuje větší problém - 60 % označilo spojení za velmi dobré, 40 % za přijatelné, pro *seniory žijící v obcích* je situace odlišná. Možnost spojení bylo hodnoceno jako velmi dobré až přijatelné asi 75 % seniorů, pro 25 % seniorů znamená nutnost přepravy k lékaři značné komplikace. **Jejich spojení je nevyhovující a 9 % seniorů postrádá jakékoli spojení**, což při zdravotních problémech, ve stáří tak typických, rázem staví osobu a její rodinu do obtížně řešitelné situace. Na problém dopravy upozorňují i výzkumy uskutečněné v regionu v rámci komunitního plánování.(17) Problematiku zdravotního stavu subjektivně hodnoceného samotným seniorem reflektuje **otázka č. 5, zkoumající soběstačnost a kondici seniora**. Zcela soběstačných si připadá v Horažďovicích 25 % seniorů - obce 38 % seniorů, nejvíce je osob s malou potřebou pomoci HD 61 % - obce 34 %, větší potřeba pomoci HD 12 % - obce 19 % seniorů. Dotazníkové akce se zúčastnil velmi malý počet osob zcela závislých na pomoci druhých osob, HD 2 % - obce 9 %. Celý výzkum může ovlivňovat velmi malou účastí osob s vysokou potřebou péče a služeb. Tato okolnost byla způsobena tím, že zmíněné osoby se prakticky nevyskytují na místech přirozeného setkávání obyvatelstva a jejich život se odehrává v prostředí jejich domácnosti, jak se ostatně zmiňuje i Kalvach, Z. a kol.(12) Právě tato okolnost zvyšuje hrozbu sociální exkluze a projevů sociální patologie.(5) Jak naznačují výsledky výzkumu vývoje stárnutí české populace, v příštích 10-20 letech rapidně vzroste počet seniorů, kteří se dostanou do věku, kdy již nastupují významnější zdravotní problémy. Společnost by měla s tímto vývojem počítat a zpřístupnit i obyvatelům venkova nabídku profesionálních sociálních služeb, neboť nebude vždy možno spoléhat na dosažitelnost pomoci rodiny. Jak uvádějí autoři Kaufman, Schimerlingová, longitudinální výzkumy z 80. let naznačily, že asi 86 % seniorů nad 70 let je soběstačných, naopak 14 % potřebuje pomoc, z toho 8-10 % seniorů v takové míře, že nemohou žít ve své vlastní domácnosti bez pomoci.(26)

Otázka č. 5 pomohla rozdělit seniory pro potřebu ověření hypotézy č. 3 - jako *soběstační* (68 osob) byli identifikováni ti senioři, jejichž zdravotní stav se řadí pod možnosti a), b) - zcela soběstační a malá potřeba pomoci. Kategorie *sociálně potřební* (16 osob) byla přiřazena možnostem c), d) - vysoká potřeba pomoci či zcela závislí. Jak už bylo výše uvedeno, porovnání může zkreslovat značný rozdíl v počtu zastoupení

obou kategorií. **Otázka č. 6** zkoumá, kde by senior hledal zdroje pomoci, pokud by se jeho zdravotní stav a soběstačnost zhoršily. Nejčastější odpovědí byla podle očekávání rodina - HD 61 %, obce 56 %. Jak upozorňuje SWOT analýza komunitního plánování, tvoří tradiční rodinná soudržnost a funkčnost jednu ze silných stránek sociálního prostředí mikroregionu Horažďovicko.(17) Je zajímavé, že službu profesionálních organizací vidí jako možnost řešení své sociální situace v HD jen o málo vyšší počet osob - 23 %, než v obcích -19 %, ačkoli pokrytí venkovské části regionu terénními službami prakticky neexistuje. Zde patrně představy seniorů žijících na venkově v praxi narazí na reálné možnosti poskytovatelů terénních sociálních služeb. V regionu neexistuje pobytové zařízení v péči o seniory a terénní sociální služby bývají zpravidla malokapacitní, limitované objemem dopravy i personálně.(26) Jak uvádí Výroční zpráva OCH za rok 2008, v přílehlých obcích je zajišťován z důvodů omezené kapacity prakticky pouze rozvoz obědů.(37)

Stále se snižující kvalitu i hojnost kontaktů mezi lidmi obývajícími tutéž lokalitu shodně u seniorů města i obcí reprezentuje téměř nulová volba alternativy pomoc ze strany sousedů. V obcích i ve městě zvolil nezanedbatelný počet osob kombinace zdrojů pomoci - rodina, poskytovatel, sousedé. **Otázka č. 7** zjišťuje znalost profesionálních poskytovatelů sociálních služeb seniory v oblasti. Ta je velmi dobrá u *seniorů městských*, téměř všichni oslovení (až na jedinou výjimku) uvedli, že tyto organizace jsou jim známy. Ne tak jednoznačně dopadl průzkum v *obcích* - většina obyvatel organizace v oblasti zná - 66 %, ale významná část - 34 %, uvedla, že je nezná, nevzpomíná si, nebo dokonce že takováto organizace v oblasti vůbec neexistuje. U *starších seniorů* byla informovanost vysoká - 89 %, *mladší seniory* byli informováni poněkud méně - 84 %. Z hlediska potřeby pomoci byla u *skupiny soběstačných* informovanost též velmi vysoká 89 %, u skupiny *sociálně potřební* byla informovanost ze všech sledovaných skupin nejnižší - 75 % osob, což zpochybňuje platnost hypotézy 3, která předpokládá nejvyšší informovanost u seniorů s vysokou mírou potřeby pomoci. Odpovědi naznačují, že největší vliv na informovanost seniora má místo bydliště, další rozdělení kategorií nemělo předpokládaný význam, naopak nejnižší informovanost byla zaznamenána u osob s vysokou mírou potřeby služeb. **Otázka č. 8**

tuto problematiku dále rozvíjí - řeší znalost nabídky poskytovaných služeb. *Seniori z Horažďovic* opět mimo jediné osoby uvedli, že nabídka služeb je jim známa, **v obcích je obeznámenost s činností služeb až o čtvrtinu nižší než ve městě (72 %), což ale není důsledkem nezájmu seniorů o služby.** Služby nezná až 28 % osob - z toho třetina uvedla, že by ji ale ráda poznala. Znalost *starších seniorů je shodná* se znalostí *mladších seniorů* - 87 %, *soběstační seniori* projevili znalost téměř shodně - 88 % a *sociálně potřební* - 86 %. Také tato otázka znovu potvrdila kardinální význam místa bydliště pro stupeň informovanosti seniora o nabídce sociálních služeb, ostatní kategorie dělení seniorských respondentů nevykazovaly co do zastoupení výraznějšího významu. **Otázka č. 9** zkoumá zdroje informací o sociálních službách. *Seniori z Horažďovic* je uvedli - řazeno podle významnosti - takto: doporučení známých (50 %), sociální pracovnice (19 %), jiný zdroj (6 %), ošetřující lékař (15 %), místní tisk (4 %), příbuzní (0 %). U možnosti *jiný zdroj* seniori uváděli jako své bydliště dům s pečovatelskou službou, kde jsou denně u sousedů svědky práce pečovatelů. *Mezi nejvýznamnější zdroje informací tedy patří informace od známých/osobní zkušenost, činnost sociální pracovnice a zejména ošetřujícího lékaře - místní tisk ovlivňuje znalost v menší, ale nikoli zanedbatelné míře.* Výsledky rovněž dokládají, že informovanost postrádá koncepčnost a pravidelnost - je zapotřebí hledat i jiné možnosti podání informací, protože ačkoli je informovanost v Horažďovicích na velmi dobré úrovni, její cesty jsou do značné míry neformální, závisí na stupni komunikativnosti konkrétního seniora. V obcích je žebříček zdrojů tento: známí (47 %), ošetřující lékař (16 %), tisk (9 %), sociální pracovnice (6 %), příbuzní (3 %). Pomineme-li tedy informace známých seniora, obyvatelé venkova jsou nejčastěji informováni lékařem a místním tiskem, činnost sociální pracovnice ustupuje do pozadí. Alternativa „jiná možnost“ dle dotazníků většinou obsahovala sdělení, že senior vůbec žádné služby nezná. Z uvedených výsledků znovu vyplývá potřeba hledání vhodných zdrojů informací, které by byly přístupné shodně jak obyvatelům města, tak i obcí a to ideálně již v období, kdy pomoc sociálních služeb zatím nepotřebuje. V současné době mimo ošetřujícího lékaře neexistuje osoba, která by byla se seniorem v pravidelném kontaktu a k níž by zároveň měl starý člověk důvěru. Zejména u seniorů žijících osaměle se

zvyšuje ohrožení sociálně patologickými jevy. Tito senioři často nevnímají vlastní reálnou potřebu péče nebo neznají žádné zdroje pomoci. Nebezpečí také hrozí, pokud péče blízkých osob vykazuje známky omezování nebo týrání. **(5) Otázka č. 10** již posouvá vyjádření seniora do roviny jeho vlastních představ o podobě zdrojů a množství přijímaných informací o službách. V *Horažďovicích* by více informací uvítalo asi 63 % osob, v *obcích* je požadavek na informace proporčně odlišný - potřeba informací tu dosahuje až 87 %, nevyhraněných je 13 %, žádný senior neuvedl, že by si informace nepřál. U *starších seniorů* si přeje více informací 54 %, u *mladších seniorů* si přeje více informací 86 % osob. *Senioři soběstační* požadují více informací v 75 %, u *sociálně potřebných* shodně postrádá více informací 75 % seniorů. **Z výše uvedených dat je jasné, že senioři žijící na venkově palčivě pocítují nedostatek informací a mají o ně zájem.** Obyvatelé města nejsou zdaleka tak jednotní ve svém smýšlení, neboť suma informací, se kterou se setkávají není tak omezená, jako je tomu na venkově - mimo blízkost úřadů a větší možnosti setkávání seniorů obdrží domácnosti každý měsíc zdarma výtisk periodika vydávaného městským úřadem, kde jsou uvedeny všechny akce a činnosti ve městě, včetně aktivit pro seniory a potřebných kontaktů. Z uvedených informací dále vyplývá, že vysoký věk neovlivňuje ještě automaticky zvýšení potřeby dostávat informace o službách. U rozdělení *soběstační* - *sociálně potřební* stojí za povšimnutí, že zcela vymizela skupina, odmítající více informací a to ve prospěch názorově nevyhraněných (viz výzkum). **Otázka č. 11** zachycuje volbu potencionálních uživatelů služeb o osobách (profesích), od nichž by se senior rád informace dozvídal. *Seniory z Horažďovic* byl nejčastěji zvolen jako zprostředkovatel informací jejich ošetřující lékař 40 %, 25 % označilo jako nejpřijatelnější informační zdroj jiného uživatele služby a 25 % místní tisk. Možnost naznačit vlastní volbu vhodného zdroje informací využilo 6 % seniorů, všichni vybrali sociální pracovníci. V *obcích* **senioři zvolili jako nejvhodnější zdroj informací o službách rovněž lékaře, a to až v 60%**, shodně 19 % vybralo informování tiskem a 19 % od známých. Alternativu navrhnout vlastní řešení zdroje informací nevyužil žádný senior.

U *seniorů starších* byl evidentní ještě větší důraz na **volbu lékaře jako zdroje informací - 57 %**, místní tisk preferuje 18 % osob, vlastní volbu - sociální pracovníci

11 % osob, jiného uživatele služeb 7 %, kombinace zdrojů (tisk, lékař) vítá 7 % osob. *Mladší senioři* shodně volili nejčastěji lékaře 45 %, jiného uživatele vybralo 30 %, informování tiskem 25 % osob. Vlastní možnost nenavrhli nikdo.

Téměř polovina *soběstačných seniorů* si přeje být informována lékařem. Téměř shodný počet osob vidí jako nejideálnější zdroj informací své známé a místní tisk. Názor seniorů *sociálně potřebných* se procentuálně téměř neliší od *soběstačných* - nejvhodnější zdroj informací představuje opět lékař, asi o polovinu nižší je podpora zdrojů informací představovaných jinými uživateli služeb (doporučení známých osob) a místním tiskem. Za povšimnutí stojí změna preferencí zdrojů informací u starších seniorů. Ti se stále více odklání od informování od známých ve prospěch lékaře a tisku, tedy alternativ, kdy mohou informace čerpat ve svém domově, nebo při lékařské konzultaci. I tento posun dokumentuje změnu životního stylu osob vysokého věku.

Otázka č. 12 informuje o předpokládaném zájmu a konkrétní podobě pomocných aktivit. *Horažd'ovičtí senioři* - nejčastěji dovoz oběda 27 % (často v kombinaci s dalšími činnostmi 12 %, nákupy a pochůzky 17 %, pomoc s hygienou 8 %, pomoc v domácnosti 4 %, společnost nebo doprovod 2 %). Senioři měli možnost uvést své další potřeby - 30 %, většinou se vyjádřili, že jsou zatím *soběstační* a z potřeby péče mají obavy, jediná osoba projevila konkrétní názor, a to o pedikúru. V *obcích* je nejžádanější dovoz oběda 40 %, opět významná je kombinace dovozu obědů a další služby 25 % (hygiena, nákupy, úklidy, doprovod), nákupy 13 %, hygienické činnosti 6 %, úklid 3 %. Nejistotu ohledně budoucí potřeby služeb projevilo 13 % osob. Z výsledků vyplývá, že velmi oblíbený je dovoz oběda a nákupy. Pro seniory nebylo příjemné si přiznat, že by v budoucnu potřebovali i větší rozsah pomoci, což ovlivnilo nízkou volbu alternativ dotýkající se klientovy intimní zóny. **Otázka č. 13** vyjadřuje názor na potřebnost organizací zabývajících se pomocí seniorům. Ten je poměrně jednotný, všichni senioři jsou přesvědčeni o jejich potřebnosti, pouze v *obcích* 6 % osob připustilo, že na to nemají názor. **Otázka č. 14** mapuje využití sociálních služeb respondenty. V *Horažd'ovicích* je uživateli 24 % seniorů, stejný počet uvedl, že jich nevyužívá, ale rád by tak činil, v budoucnu spolupráci nevyklučuje 5 % seniorů. Služby nevyužívá 47 % osob. V *obcích* užívá služeb 16 % seniorů, nevyužívá 62 %, rádo by je využilo (nyní či

v budoucnu) 22 % seniorů. *Starší seniori* jsou uživateli služeb u 36 %, spolupracovat by chtělo (nyní či v budoucnu) 18 %, nevyužívá je 46 % osob. *Mladší seniori* jsou uživateli u 18% osob, spolupráci vítá (nyní či v budoucnu) 18 % osob, služeb nevyužívá 64 % osob. *Seniori soběstační* služby užívají u 25 % osob, spolupráci vítá (nyní či v budoucnu) 11 % osob, služeb nevyužívá 49 %. *Seniori sociálně potřební* jsou uživateli u 19 % osob, využití služeb vítá (nyní či v budoucnu) 44 % osob, služeb nevyužívá 37 % seniorů. Uvedené výsledky naznačují, že využití sociálních služeb plánuje v budoucnu až dvojnásobek počtu osob oproti současnému stavu (Ve městě Horažďovice a u osob s vysokou mírou potřeby pomoci je toto procento ještě vyšší, naopak nižší tendence k využití sociálních služeb je u mladších seniorů a seniorů vesnických.) Tato skutečnost je dána faktem, že ve městě si profesionální poskytovatelé již vydobyli jisté postavení i důvěru seniorů, což neplatí o seniorech na vesnici, kde se s činností profesionálních poskytovatelů téměř nesetkávají. **Otázka č. 15** Naznačuje zkušenost uživatelů služeb (a dle výsledků i části „pozorovatelů“ z řad obyvatel domů s pečovatelskou službou) se spoluprací s činností profesionálních poskytovatelů. Ta je v naprosté většině velmi dobrá - v Horažďovicích 68 % uživatelů, jako vyhovující ji označilo 32 % uživatelů. Alternativy naznačující různou míru problémů se službami nevyužil nikdo. V obcích je situace obdobná, spolupráce je velmi dobrá v 60 %, vyhovující ve 40 %. Výhrady v podobě negativního hodnocení nevyjádřil k úrovni spolupráce ani jediný uživatel, což naznačuje, že úroveň služeb nabízených organizacemi v mikroregionu se pohybuje na vysokém standardu. Toto zjištění je jistě pozitivní, neboť naznačuje, že hodnoty představující ideál pomoci definovaný literou zákona se zde v praxi daří i prakticky naplňovat.

Z uvedených výsledků výzkumu vyplývá, že informovanost seniorů je opravdu vyšší ve městě než na vesnici. Tento aspekt je ze všech zvolených kritérií ovlivňujících informovanost zdaleka nejzávažnější. Proto se domnívám, že **hypotéza č. 1 byla potvrzena**. Výzkum dále dokázal, že stáří seniora není nejdůležitějším faktorem z hlediska informovanosti o sociálních službách. **Hypotéza č. 2 se tedy nepotvrdila**. Z výzkumu dále vyplynulo, že ani zvýšená potřeba pomoci nemá zásadní vliv na informovanost seniora. Informovanost u tohoto vzorku seniorů byla oproti předpokladu

hypotézy spíše nižší, než u kontrolního vzorku seniorů soběstačných. **Hypotéza č. 3 se rovněž nepotvrdila.**

6. Závěr

Optimální využití sociálních služeb není myslitelné bez dobré úrovně informovanosti. Společným cílem zadavatelů, poskytovatelů a uživatelů služeb by mělo být umožnit vznik spolehlivých toků informací, ze kterých by bylo možno získávat ve směru k uživatelům nové poznatky a informace, ve směru opačném by měla proudit zpětná vazba od uživatelů, přinášející podněty k případným změnám v zájmu zkvalitnění systému péče. Ve sledovaném regionu zatím nebyla zpracována cesta informací ke konečnému uživateli, dostupných nejen seniorům z Horažďovic, ale zvláště seniorům vesnickým, kde je informovanost podstatně nižší. Jako prostor ke vzájemné spolupráci by mohl sloužit komunitní plán rozvoje sociálních služeb.

Cílem této práce bylo zjistit, jaká je míra informovanosti seniorů žijících na Horažďovicku o existenci a struktuře sociálních služeb v regionu poskytovaných. Práce se zabývá informovaností z úhlu předem stanovených faktorů - *lokalita bydliště, věk seniora a stupeň potřeby služby*, které by mohly ovlivnit informovanost v dané oblasti a pomoci je komplexně zmapovat.

Porovnání výsledků potvrdilo platnost hypotézy „Informovanost seniorů o sociálních službách je vyšší ve městě než na vesnici“, neboť lokalita bydliště seniora se ukázala být zdaleka nejvýznamnější okolností, která ovlivňuje stupeň informovanosti. Z výzkumu zároveň vyplynulo, že nízká míra informovanosti mezi seniory na venkově není způsobena nezájmem o informace. (ten je vyšší než u seniorů žijících ve městě)

Další zkoumaná kategorie - věk seniora - jehož důležitost měla naznačit **druhá hypotéza „Informovanost o sociálních službách je nejnižší u nejstarších seniorů“ se nepotvrdila**. V řadě případů odpovědi ukázaly, že informovanost skupiny starších seniorů je stejná, u některých zkoumaných skutečností i vyšší, než tomu bylo u skupiny seniorů mladších.

Poslední skutečností, která byla do hypotéz zahrnuta, byla míra potřeby sociálních služeb. U zkoumaných skupin *soběstační senioři - senioři sociálně potřební* se ukázalo, že ani **třetí hypotéza - „Informovanost o sociálních službách stoupá se vzrůstající**

sociální potřebnosti seniora“, není platná. Míra informovanosti u seniorů sociálně potřebných byla spíše nižší, nežli u skupiny seniorů soběstačných. Tato skutečnost naznačuje, že zdroje informací by měly být takové povahy, aby zahrnovaly i osoby se zhoršeným zdravotním stavem, jejichž život se odehrává pouze ve vlastní domácnosti. Pro takto znevýhodněné seniory je do značné míry limitující využití zdroje informací, u kterého je předpokladem nutnost se k němu dopravit.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že takovýto zdroj informací v oblasti zatím vytvořen nebyl, z existujících možností požadavky na *důvěryhodnost, dostupnost i pravidelnost přístupu informací* v sobě spojuje pouze osobnost ošetřujícího lékaře, jak tomu bylo do 90. let minulého století. (Volba informovanosti prostřednictvím ošetřujícího lékaře byla vysoká u celého vzorku seniorů.) Takovéto řešení je ale v současné době spíše hypotetické, neboť celá problematika by vyžadovala proces změn na celostátní úrovni, podmíněný politickou vůlí. Rovněž ohlas u lékařské veřejnosti by s největší pravděpodobností nebyl kladný, protože okruh povinností lékaře je už nyní značně široký.

Jiná alternativa k zlepšení informovanosti je skryta ve využití dobré znalosti zastupitelů obcí o problémech a potřebách místních seniorů. Jelikož v rámci komunitního plánování byl vytvořen funkční informační systém, propojující jednotlivé obce a obecní úřad Horažďovice, lze si představit, že by zastupitelé obcí mohli pomoci vyhledávat sociálním pracovníkům nejpotřebnější osoby a vytvářet prostor pro jejich spolupráci.

Na základě výše zmíněných informací se domnívám, že cíl práce - pomoci vlastním výzkumem k poznání míry a specifík seniorské informovanosti o existenci a struktuře sociálních služeb v dané oblasti byl splněn. Výsledky výzkumu jistě poslouží ke zvýšení poznání této problematiky a ocení je jak poskytovatelé sociálních služeb, tak členové pracovní skupiny Senioři, pracující v komunitním plánování služeb v regionu. Ti ji pak mohou následně využít v řešení popsané problematiky a harmonizaci nabídky a poptávky sociálních služeb na území mikroregionu Horažďovicko.

7. Seznam použitých zdrojů

- 1) ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 440 s. ISBN 80-7038-044-6
- 2) DESSAINTOVÁ, M-P. *Nezačínajte stárnout*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 230 s. ISBN 80-7178-255-6
- 3) ENRIGHT, R. B. *Perspectives in social gerontology*. 1. vydání. Boston: Allyn & Bacon, 1994. 406 p. ISBN 0-205-15433-6
- 4) GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 86 s. ISBN 80-7040-286-5
- 5) HANZELOVÁ, J. - ZIMMELOVÁ, P. - JIHOČESKÁ UNIVERZITA, ZSF. *Syndrom EAN -špatné zacházení se seniory*.
- 6) HAWKINS, P., - SHOET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9
- 7) HOLMEROVÁ, J. - JURÁŠKOVÁ, B. - ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Gema, 2002. 110 s. ISSN 1213-2330
- 8) JANEČKOVÁ, M. Postavení a diskriminace osob po poranění mozku v systému zdravotně-sociální péče. *Sociální péče*, 2008, č.6, s. 24-26. ISSN 1213-2330
- 9) JANEČKOVÁ, M. Postavení a diskriminace osob po poranění mozku v systému zdravotně-sociální péče. *Sociální péče*, 2008, č. 6, str. 24-26. ISSN 1213-2332
- 10) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6
- 11) KAHOUN, V. Geriatria pre praktického lekára, In: *Vybrané kapitoly k sociální práci II.* 1. vydání. Praha: Triton, 2007, 281 s. ISBN 987-80-7387-064-5
- 12) KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. - JIRÁK, R. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
- 13) KALVACH, Z. et al. *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů II.díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1995. 214 s. ISBN 80-7184-001-7

- 14) KALVACH, Z.- ONDERKOVÁ, A. *Stáří Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Galén Florence, 2003. roč. II. č. 11. 44 s. ISBN 80-7262-455-5
- 15) KLEVETOVÁ, D. Usnesení vlády ze dne 9.1. 2008 č. 8, Národní program přípravy na stárnutí na období 2008-2018 (Kvalita života ve stáří). *Sociální péče*, 2009, č. 1, s. 12-14. ISSN 1213-2330
- 16) KOČMANOVÁ, K. - PEREGRINOVÁ , Z. *Fyzioterapie v geriatrii*. vydání. 1. Martin: Osveta, 2003. 63 s. ISBN 80-8063-132-8
- 17) *Komunitní plán sociálních služeb a souvisejících služeb na podporu sociální integrace na období 2008-2012 pro území správního obvodu obce Horažďovice a mikroregionu Prácheňsko*. 1.vydání. Horažďovice: Město Horažďovice, 2007. 48 s.
- 18) KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7
- 19) KREBS, V. et al. *Sociální politika*. 2. vydání. Praha: Aspi Publishing, 2002. 376 s. ISBN 80-86395-33-2
- 20) Leščínská, Tereza. Věkové složení obyvatel ve vybraných obcích Plzeňského kraje 31.12.2007.[online] Platný e-mail:tereza.lescinska@czso.cz od www.plzen.czso.cz
- 21) MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8
- 22) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0
- 23) MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1.vydání. Praha: Portál, 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9
- 24) MICHALÍK, J., NRZP. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. vydala Národní rada osob se zdravotním postižením, 3. vydání, Praha 2009. 64s. ISBN 978-80-87181-01-0
- 25) NEŽÁDAL, K. *Terénní sociální služby pro staré a občany těžce zdravotně postižené*. 1. vydání. Praha: Institut pro místní správu, 1998. 105 s.

- 26) *Obce, města, regiony a sociální služby*. 1.vydání. Praha: Sociopress,1997. 250 s. ISBN 80-902260-1-9
- 27) *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zák. č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*. [online]. MPSV, 2006 , 12. 10. 2006 [cit. 2009-03-14]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odp>.
- 28) PRŮŠA, L. Důsledky stárnutí populace na potřebu sociálních služeb ve světle údajů o využívání příspěvku na péči. Příspěvek na konferenci Senior Living. *Rezidenční péče*, 2008, str. 16-17
- 29) SOBEK, J. Osobní cíl v individuálním plánování. *Sociální služby*, 2009, č. 1, s.89.
- 30) *Sociální služby - způsoby pomoci* [online]. 2007 , 06.09.2007 [cit. 2009-02-15]. Dostupný z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.
- 31) ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 1. vydání. Písek: Renaissance, 1996. 151 s.
- 32) ÚZ Úplné znění Sociální zabezpečení 2009. 1.vydání. Ostrava: Sagit., 272 s. ISBN 978-80-7208-717-4
- 33) *www.cz : Komunitní plán sociálních služeb a souvisejících služeb na podporu sociální integrace* [online]. první. Horažďovice: Město Horažďovice, [2006] [cit. 2008-12-30]. Dostupný z: <<http://kphd.vwv.cz/>>.
- 34) VURM, V. Generace 50 plus ve stárnoucí Evropě. In: *Sborník II. mezinárodní konference Problematika - generace 50 plus*. Jihočeská univerzita, ZSF, České Budějovice, 2005, s. 5-10. ISBN 80-7040-821-9
- 35) *vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona sociálních službách, v platném znění*
- 36) *Výroční zpráva 2007*. vydala Oblastní charita Horažďovice, Horažďovice: 2008. 25 s.
- 37) *zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění*. [online].[cit.-2009-03-19]. Dostupné z <http://www.knihm.cz/handy/texty/zss.rtf>

8. Klíčová slova

Involuční proces

Region Horažďovicko

Seniorská populace

Sociální služby

Stáří a stárnutí

9. Přílohy

Příloha č. 1 - Dotazník k výzkumu v rámci bakalářské práce

Tento dotazník má za cíl zjistit, jak jsou obyvatelé Horažďovicka v seniorském věku obeznámeni s nabídkou sociálních služeb v regionu. Výzkum bude zpracován v bakalářské práci pro Jihočeskou univerzitu a zároveň poslouží i tomuto regionu při zkvalitňování služeb pro seniory. Dotazník je zcela anonymní!!!

1) Uveďte svůj věk

- a) 65 - 74 let
- b) 75 - 84
- c) 85 a více

2) Jste a) muž
b) žena

3) Místo vašeho bydliště je

- a) město Horažďovice
- b) vesnice patřící pod obec. úřad Horažďovice
- c) samostatná obec v okolí Horažďovic

4) Možnost spojení z vašeho bydliště k lékaři (jednání na úřadě) je

- a) velmi dobrá
- b) přijatelná
- c) nevyhovující
- d) žádná

5) Vaše osobní fyzická kondice vám připadá

- a) výborná, jsem zcela soběstačný
- b) dobrá, potíže činí jen těžší práce
- c) nejdůležitější činnosti zvládám, na ostatní potřebuji pomoc
- d) jsem bohužel závislý na pomoci druhých

6) Pokud by se váš zdravotní stav zhoršil, spoléhal byste na pomoc

- a) rodiny či příbuzných
- b) sousedů, známých
- c) organizací které se pomocí občanům zabývají
- d) nikoho, o pomoc nestojím

7) Znáte v okolí svého bydliště organizace poskytující služby potřebným lidem?

- a) ano
- b) ne, neznám
- c) nevzpomínám si
- d) taková organizace v našem okolí není

8) Pokud ano, víte, jaké služby poskytují?

- a) ano samozřejmě
- b) přibližně vím
- c) ne
- d) ne, ale rád bych to věděl

9) Odkud jste tyto informace čerpal

- a) od známých
- b) od příbuzných
- c) od svého lékaře
- d) z místního tisku
- e) od sociální pracovnice
- f) jiná možnost - uveďte:

10) Uvítal byste více informací o sociálních službách v okolí vašeho bydliště?

- a) ano, rozhodně
- b) ano
- c) ne
- d) nevím, nemám na to názor

11) V případě zájmu o tyto služby byste se o nich chtěl nejspíše dozvídat

- a) od jiného uživatele služby
- b) od lékaře
- c) z místního tisku
- d) z jiného zdroje - uveďte:.....

12) O jaké služby byste měl nejspíše zájem

- a) pomoc s hygienou a sebeobslužné činnosti
- b) dovoz oběda
- c) nákupy a pochůzky
- d) úklid a pomoc v domácnosti, praní prádla
- e) společnost či doprovod k lékaři/ jinam
- f) jiné - uveďte:.....

13) Organizace poskytující sociální služby hodnotíte jako

- a) velmi potřebné
- b) patrně potřebné
- c) nemyslím si, že jsou třeba
- d) nevím, nemám na to názor

14) Užíváte vy sám sociálních služeb?

- a) ano
- b) ne

- c) ne, ale rád bych je využil
- d) ne, ale v budoucnu to nevyklučuji

15) Pokud ano, je vaše zkušenost s činností poskytovatelů sociálních služeb

- a) velmi dobrá
- b) vyhovující
- c) spolupráce není dobrá
- d) zcela negativní

Místo pro vaše názory:

.....

Díky za vaši ochotu podělit se o své názory.