

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Možnosti terénní péče o seniora se závislostí po propuštění ze
zdravotnického zařízení v okrese České Budějovice**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Alena Friedová

Autor: Elena Červená

7.5. 2010

ABSTRAKT

Text podává přehled současného stavu v oblasti poskytování péče seniorům v kontextu nestátního neziskového sektoru s důrazem na seniory méně až zcela nesoběstačné.

Práce má tři základní tématické celky.

První poskytuje ucelený pohled na stárnutí české populace a dopad těchto procesů na oblast sociální péče. Definuje potřeby v demografických pojmech.

Druhá část je částí výzkumnou, kde je představena sekundární analýza dat, kvantitativní i kvalitativní šetření respondentů v otázkách zajištění péče ve stáří.

Pro sběr dat byly použity metody osobního dotazování formou nestandardizovaného rozhovoru a písemného dotazování formou polostandardizovaného dotazníku. Byli kontaktováni jak klienti, tak i pracovníci působící v sociální (zdravotně – sociální) sféře.

V pořadí třetí oddíl je diskusí autorky práce s názory jiných studií, kde jsou rozebírány zjištění, definovány problematické oblasti a podávány návrhy na možná řešení.

Z výzkumu je patrné, že v okrese České Budějovice je v pracovních dnech dostatečně pokryto poskytování terénních sociálních služeb, problém nastává pouze o víkendech a to zejména v regionu Trhových Svinů. Dále z výzkumu vyplynulo, že klienti jsou s poskytovanými službami většinou spokojeni a nejvíce je pečovatelská služba využívána pro zajištění dovážky obědů.

Hlavní význam této práce spatřujeme v tom, že je patrné, že doba hospitalizace v nemocnici u seniorů odkázaných na pomoc druhé osoby se nemusí prodlužovat ze sociálních důvodů, a že sociálními službami zajištěný klient se může vrátit ve většině případů do svého přirozeného prostředí.

Klíčová slova: senioři – demografické stárnutí – potřeby – sociální služby – sociální péče – nestátní sektor

ABSTRACT

The text provides an outline of the present situation in services rendered to seniors in the context of non-government non-profit sector with emphasis on partially or totally disable seniors. The thesis has three basic thematic units.

The first unit provides an overall view of Czech population aging and the influence of these processes on the social care sphere. It defines needs in demographic terms.

The second unit is a research part presenting secondary analysis of data, quantitative and qualitative investigation of the respondents in the issues of care at old age.

The methods of personal questioning in the form of a non-standardized interview and written questioning by means of a semi-standardized questionnaire were chosen for data collection. Both, clients and workers active in social (health-social) sphere were contacted. In the third section of the thesis the author discusses opinions of other studies, where findings are analyzed, problematic spheres defined and proposals for possible solutions given.

The research shows that provision of field social services in České Budějovice region is sufficiently covered on weekdays, problems only occur at weekends, namely in Trhové Sviny region. The research also shows that the clients are mostly satisfied with the services provided and the day-care service is mostly utilized for distribution of lunch.

The main importance of this work is in the fact that the time of hospitalization of seniors dependent on assistance of a second person does not have to be prolonged for social reasons and that a client utilizing social services may return to his/her natural environment in most cases.

Keywords: Seniors – demographic aging – needs – social services – social care – non-government sector

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci na téma Možnosti terénní péče o seniora se závislostí po propuštění ze zdravotnického zařízení v okrese České Budějovice 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 / úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 27.4.2010

Podpis studenta:

Poděkování:

Ráda bych věnovala zvláštní poděkování Mgr. Aleně Friedové za odborné vedení, trpělivost a cenné rady při psaní mé bakalářské práce.

.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Stárnutí jako celosvětový problém	11
1.2 Morální problém v otázce povinností	12
1.3 Hodnocení potřeb v kontextu celospolečenských trendů	13
1.3.1 Priority v rozdělování zdrojů	14
1.4 Zdravotní služby X Sociální služby	16
1.4.1 Sociální faktory	16
1.4.2 Stáří a rodina	17
1.4.3 Nemocnost (morbidita)	18
1.4.4 Zdravotní postižení, nesoběstačnost (disaptibilita)	18
1.5 Zákon o sociálních službách	19
1.5.1 Vymezení základních pojmů	20
1.5.2 Příspěvek na péči	21
1.5.3 Péče o vlastní osobu	22
1.5.4 Stupně příspěvku na péči a jejich výše	22
1.6. Sociální služby	23
1.6.1 Úhrada nákladů za sociální služby	25
1.7 Smlouva o poskytnutí sociální služby	26
1.8 Stáří	27
1.8.1 Příprava na stáří	27
1.8.2. Ztráta soběstačnosti	29
1.8.3 Poruchy funkčního stavu u seniorů	30
1.9 Aktivizace seniorů	32
1.9.1 Imobilita	34
1.9.2 Imobilizační syndrom	35
1.9.3 Aktivizační programy	36
1.10 Předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách	38

1.10.1 Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka	38
1.10.2 Předpoklady pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách	38
1.10.3 Další předpoklady pracovníků působících v sociálních službách	40
1.11 Syndrom vyhoření	41
1.11.1 Prevence syndromu vyhoření	41
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	43
3. METODIKA	44
3.1 Charakteristika pečovatelské služby Ledax o.p.s.	44
3.2 Charakteristika Charitní pečovatelské služby	46
3.3 Charakteristika Domácí ošetrovatelské a pečovatelské služby ČČK Alice	47
4. VÝSLEDKY PRÁCE	50
4.1 Vyhodnocení dotazníků pro pracovníky v sociální (zdravot. – soc.) sféře	50
4.2 Vyhodnocení dotazníků pro uživatele sociálních služeb	56
4.3 Vyhodnocení nestandardizovaného rozhovoru	64
4.3.1 Rozhovor s respondentem z Českých Budějovic	65
4.3.2 Rozhovor s respondentkou z Týna nad Vltavou	67
4.3.3 Rozhovor s respondentem z Trhových Svinů	69
5. DISKUSE	71
6. ZÁVĚR	77
7. KLÍČOVÁ SLOVA	78
8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	79
9. PŘÍLOHY	83

ÚVOD

Každý živý tvor je podřízen biologickým zákonitostem, ze kterých se nelze vymanit, které nelze popřít a nad kterými nelze zvítězit. Jediné, co může člověk udělat je, že bude respektovat svoji konečnost a z tohoto faktu vyvodí také závěry pro svůj konkrétní život.

Světová zdravotnická organizace definovala zdraví jako stav biologické, psychické a sociální pohody. V poslední době bývá doplňován ještě aspekt ekologický a duchovní. Je-li člověk nemocen, pak je nutné pečovat vyváženým způsobem o opětné navození pocitu pohody, a to ve všech zmíněných oblastech, které onu pohodu zakládají. Použití výrazu pohody v současné definici zdraví není náhodné. Každý z nás chce prožít své stáří v klidu, pohodě, být tělesně i duševně zdrav, být dlouhou dobu zcela soběstačný a v okruhu svých blízkých ve svém přirozeném prostředí. Mnoho seniorů v současné době takové stáří prožívá. Já jsem si ve své bakalářské práci zvolila téma, které považuji za velmi důležité, netýká se velkého počtu starých lidí, pouze těch, kteří jsou převážně nebo úplně bezmocní a jsou odkázáni na pomoc jiné osoby. Jaké mají možnosti zajištění péče ve vlastním prostředí, či jaké možnosti mají jejich rodiny. Co je důvodem neochoty některých vlastních rodin pečovat o své bezmocné seniory, zejména o ty, kteří po propuštění ze zdravotnického zařízení jsou převážně nebo zcela odkázáni na pomoc jiné osoby při všech základních životních úkonech? Co odrazuje v současné době od zajištění komplexní celodenní péče v domácím prostředí?

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila na základě aktuálnosti dané problematiky a na základě mých zkušeností, neboť v současné době pracuji v Nemocnici Č.Budějovice, a.s., jako sociální pracovníce na oddělení následné péče. Denně se setkávám se seniory, kteří vyžadují pomoc druhé osoby. Tuto pomoc mnohdy nelze zajistit rodinnými příslušníky. Proto bych chtěla zmapovat dostupnost, využití a možnosti terénních sociálních služeb na okrese České Budějovice. A dále bych chtěla porovnat spokojenost klientů jednotlivých agentur pečovatelské služby.

Úkolem sociálního pracovníka v nemocnici je zabývat se problémy klienta v celé jejich šíři. Sociální práce ve zdravotnickém zařízení je nedílnou součástí léčebně-

preventivní péče. Zhoršení zdravotního stavu nese obvykle potřebu sociálních služeb, proto je žádoucí, aby oba typy byly poskytovány souběžně. Pod pojmem sociální služby si představíme všechny druhy a formy pomoci, které jsou potřebné k překonání obtížných životních podmínek, jako je klientova nesoběstačnost a potřeba pomoci v základních životních úkonech. Již před propuštěním z nemocnice musí mít sociální pracovníce pro klienta připravený komplexní balíček informací o sociálních službách a možných zdrojích pomoci. Před vlastní sociální intervencí musí zpracovat a vyhodnotit získané informace o klientovi, aby mohla jednat v zájmu zajištění bio-psycho-sociálních potřeb.

S výjimkou úrazů a nešťastných náhod většina obyvatel ve vyspělých zemích prochází dětstvím, dospělostí do období stáří. V současnosti mají lidé dosahující hranice seniorského věku daleko vyšší šance dožít se ve zdraví 90 let nebo dokonce i více. Pro osoby ve středním věku je tato pravděpodobnost ještě vyšší, zvláště vezmeme-li v úvahu zdravější způsob života, narůstající znalosti o možnostech prevence chorob a technický pokrok v medicíně. Jen v průběhu dvacátého století vzrostla střední délka života při narození o více než 30 let. Při demografických změnách, jichž jsme svědky zvláště v posledních desetiletích, a které trvale překračují všechna naše očekávání, je prakticky nemožné odhadnout šance dožití pro dnešní mladé a právě narozené. Přesto nám tyto vpravdě historické a nepochybně pozitivní změny demografické přinášejí některé zvlášť obtížné otázky – sociální, ekonomické i medicínské.¹⁾²⁾

I když většina starých, zvláště šedesátníků a sedmdesátníků, je zdravých a čilých, s narůstajícím věkem je stále větší část z nich postižena chronickou nemocí, demencí a ztrátou soběstačnosti.

¹⁾ BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M., a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s., ISBN 80-7169-070-8.

²⁾ ROSENMAYR, L., ROSENMAYR, H. *Der alte Mensch in der Gesellschaft*. 1. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1995. 438 s.

1. SOUČASNÝ STAV

V posledních letech je zcela zřejmé, že jedním z globálních problémů lidstva je populační růst. Ve společnosti přibývá seniorů a jejich celkový počet stále narůstá. Ve dvacátém století se výrazně prodloužila délka lidského života, což jako přirozený výsledek sociálně ekonomického a demografického vývoje přináší řadu důsledků pro společnost i jednotlivce a to jak v oblasti ekonomické, tak sociálně zdravotní, sociologické a sociálně psychologické až po důsledky osobní, jako jsou např. životní problémy seniorů.

Index stáří – znamená počet osob ve věku 60 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let, věková struktura obyvatel se postupně mění ve prospěch starších ročníků. Od roku 1996 je počet dětí nižší, než počet obyvatel ve věku 60 let a více. Podle doporučení WHO se pokládá populace za demograficky starou, když v ní žije více než 7 % 65 letých a starších. V Evropě přesáhly tuto hranici všechny státy.

Stáří je období, kdy je jedinec pokládán za starého. Je obtížné toto období vymezit. V současné době se spíše vychází z kalendářního věku, který je dán datem narození.

Střední délka života – je demografický údaj, konstruovaný z úmrtnostních tabulek. Tento ukazatel vyjadřuje věk, kterého se pravděpodobně dožije člověk, pokud se nezmění úmrtnostní poměry. V demografii stáří je nutné upozornit na další fakt, ve stáří vzniká velký rozdíl mezi počtem starých mužů a žen. Naše populace se již v současné době vyznačuje vysokým stupněm demografického stárnutí.³⁾ Demografické prognosy jasně ukazují, že proces stárnutí populace výrazně změní strom života. Ve vzrůstajícím podílu starších lidí přibude osob nad 80 let věku, které se bez pomoci jiné osoby v některých základních životních úkonech neobejdou. Na tuto skutečnost je nutné se připravit a podporovat vznikající sociální služby, rozvíjet systémy zdravotní péče tak, aby dokázaly reagovat na novou demografickou situaci, ale nejen ty. Podstatná většina starých osob bude požadovat stejně jako nyní žít ve své domácnosti s využitím

³⁾ PŘEHNAL, J. *Česká gerontologie a geriatrie na přelomu tisíciletí. In Geriatria. Bratislava: Slovenská gerontologická a geriatrická společnost, leden 2000, roč.VI, č.1, s.25-29. ISSN 1335-1850.*

sociální péče a služeb. Podle demografických údajů v České republice pozvolna narůstá počet a podíl populace nad 60 let věku k 17,7 % v roce 1990 a 18,2 % v roce 2000. Přitom podle střední varianty populační projekce se předpokládá, že podíl seniorské populace nad 60 let věku se bude zvyšovat a to na 23,4 % v roce 2010, dále na 27,7 % v roce 2020 a na 30,6 % v roce 2030.⁴⁾ Stárnutí populace vede ke změně demografické struktury obyvatelstva a má sociální a ekonomické důsledky. Také česká společnost byla nucena reagovat na demografické změny, a proto byl usnesením vlády České republiky č.1181 z roku 2001 schválen Návrh programu přípravy na stárnutí na období 2003 –2007. Na stárnutí populace, které je jistě zapříčiněno mnoha různými faktory, lze nahlížet také jako na pozitivní výsledek společenského rozvoje.

1.1 Stárnutí jako celosvětový problém

Přestože více zemí než kdykoliv předtím si začíná uvědomovat ekonomické důsledky stárnutí společnosti a potřebu rozšířit a zlepšit služby o seniory, roste v těchto zemích odpor daňových poplatníků k financování drahých gerontologických zdravotnických a sociálních programů.

Obecný rozměr problematiky stárnutí je dobře znám. Týká se demografických projekcí, které ve všech zemích předpovídají výrazný nárůst absolutního počtu i procentuálního zastoupení starých osob v populaci v nejbližších desetiletích, doprovázený poklesem skupiny dětí a mladých osob.⁵⁾

Vlády většiny zemí nezůstaly lhostejné k těmto demografickým trendům a žádná země je zcela neignorovala. Přesto dlouhodobé plánování, zvláště takové, které by zahrnovalo i dnešní mladou a střední generaci, která již brzy vystřídá současné seniory, téměř všude chybí. Plánování v této dlouhodobé perspektivě ani seriózní veřejné diskuse o budoucnosti stárnoucí populace se neuskutečnily, přestože na základě

⁴⁾ **Vláda ČR.** *Národní program přípravy na stárnutí na období 2003-2007.* Praha: In *Usnesení Vlády ČR č.485, květen 2002.*

⁵⁾ **ROSENMAYR, L., ROSENMAYR, H.** *Der alte Mensch in der Gesellschaft.* 1. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1995. 438 s.

dostupných údajů a vývojových trendů můžeme zcela jistě předvídat závažná etická a morální celospolečenská dilemata.

I existující současné programy, které reagují na již přítomné demografické změny jsou mnohdy chaotické a nekoordinované. Některé země například rozvíjejí vhodné vládní programy pro seniory, ale ponechávají zcela stranou programy na podporu zájmových skupin a občanských sdružení na pomoc starým osobám. Jiné země zase preferují významně podíl akutní medicíny v péči o seniory, ale opomíjejí programy pro sociální a dlouhodobou zdravotní geriatrickou péči.⁶⁾

Podobné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi nalezneme i ve snahách hledat významnější a důstojnější roli pro seniory v současné společnosti, zatímco jiné země stále pohlížejí na staré občany jako na zátěž společnosti, předmět diskriminace a stigmatizace.

1.2 Morální problém v otázce povinností

Zdůrazňuji-li „morální“ problém, chtěla bych obrátit pozornost k často opomíjené dimenzi těchto diskusí: totiž k otázce povinností, které máme vůči starým jako jednotlivci i jako členové společnosti, k otázce povinnosti starých vůči společnosti i sobě samým, a na další etické problémy, kterým se v péči o staré můžeme vyhnout.

Již v počátku mé práce jsem si stanovila hlavní okruhy problémů týkající se zvláště zdravotních a sociálních potřeb starých občanů. Obecněji chápaný termín „péče o staré“ však zahrnuje nejen zdravotnickou, ale i ekonomickou, sociální a kulturní oblast. Jsou to tyto problematiky, které nelze opomenout:

- 1) Význam a smysl stáří v současné společnosti
- 2) Cíle medicíny a zdravotní péče pro staré
- 3) Udržení rovnováhy mezi potřebami mladých a starých: intergenerační povinnosti
- 4) Rozdělování omezených zdrojů - stanovení limitů
- 5) Rodina, ženy, společnost a dlouhodobá péče.⁷⁾

⁶⁾ SCHULLER, H. *Die Altersluge. Für einen neuen Generationenvertrag*. 1. Auflage Berlin: Rowohlt Berlin Verlag GmbH, 1995. 207 s. ISBN 3-87134-213-0

⁷⁾ HÁVA, P., a kol. *Zdravotní politika. Geriatrická zdravotní péče*. 1. Vyd. Praha: Sborník, 1999

Musíme si však také uvědomit, že „staří“ tvoří velmi heterogenní skupinu z hlediska zdravotního stavu, zdravotního omezení, či postižení, způsobu života, sociálních a ekonomických determinant. Proto i problémy a potřeby jednotlivých osob budou odlišné.

1.3 Hodnocení potřeb v kontextu celospolečenských trendů

Musíme se také zamyslet nad hodnocením zdravotní a sociální péče u starší populace v kontextu celospolečenských trendů.

Z hlediska hodnocení potřeby a spotřeby zdravotní péče populací seniorského věku je třeba vzít v úvahu následující trendy:

- demografický vývoj
- očekávaný růst potřeb
- růst nákladů.⁸⁾

Početní a procentuální nárůst starých osob bude mít za následek zvýšené nároky na zdravotnické a sociální služby. Také očekávání lidí a víra v „neomezené“ možnosti medicíny budou vytvářet tlak na poskytování nových a stále dražších výkonů bez věkového omezení. Následkem bude další růst potřeb i poptávky nad rámec demografických trendů. To zcela nepochybně představuje významný růst nákladů na zdravotní péči o populaci nad 65 let.

Vycházíme-li z výše uvedených trendů, pak při poskytování zdravotní péče občanům geriatrického věku a při zamýšlení se nad možnými modely této péče je třeba hledat odpověď na následující základní otázky:

- 1) Jakou prioritu máme přisoudit péči o seniory?
- 2) Jaké spektrum a jaký rozsah zdravotních a sociálních služeb poskytovat?
- 3) Jak sledovat efektivitu a účelnost vynaložených nákladů?
- 4) Jak hodnotit kvalitu péče/služeb?

⁸⁾ HÁVA, P., a kol. *Zdravotní politika. Geriatrická zdravotní péče*. 1. Vyd. Praha: Sborník, 1999

5) Kdo a jak bude tuto péči financovat?⁹⁾

První otázka spadá do oblasti obecné etiky a etiky v medicíně. Čím jsme povinováni starým, našim nejbližším a spoluobčanům, jak zajistit spravedlivý transfer statků mezi jednotlivými generacemi, jaké postavení má geriatrická medicína vůči ostatním oborům medicíny?

V České republice stále přetrvává diskriminující pohled na staré, jako na skupiny neproduktivních, nekompetentních, nemocných, politicky slabých a nevýznamných osob. Tento celospolečenský postoj se přenáší i do zdravotnictví, v němž negativní pohled na staré pacienty, nedostatečné finanční i morální ocenění geriatrické a dlouhodobé péče posouvá tuto oblast až zcela na okraj zájmu medicíny.

1.3.1 Priority v rozdělování zdrojů

K mravním a etickým otázkám patří také priority v rozdělování omezených celospolečenských zdrojů, které se dají rozdělit do několika bodů:

- Hlavním cílem medicíny v budoucnu by mělo být snižování morbidit a zdravotního postižení (dysaptibility) a nikoliv výslovná snaha snižovat mortalitu a prodlužovat střední délku života. Staří je nevyhnutelným lidským údělem a neměli bychom ho chápat pouze jako medicínský problém, nad nímž je třeba zvítězit, ani jako souhrn problémů beze zbytku řešitelných medicínskými prostředky. Lidé i nadále budou stárnout, trpět nemocemi a umírat.
- V době protichůdných tlaků i nejistoty o podstatě i rozsahu vzájemných povinností se udržení silného pocitu morální solidarity mezi generacemi stalo naléhavým tématem pro veřejnou diskusi. Staří lidé budou i nadále z velké části závislí na mladých, ať již na jejich finančních zdrojích ve formě státem uzákoněných daní nebo přímo poskytovaných rodinou i na jejich pomoci a osobní péči, které se jim od mladých dostává v užším rodinném kruhu.

⁹⁾ HÁVA, P., a kol. *Zdravotní politika. Geriatrická zdravotní péče*. 1. Vyd. Praha: Sborník, 1999

- Snaha o spravedlivé a rozumné rozdělování zdrojů mezi generacemi i uvnitř generací musí vycházet z priorit společných pro mladou i starou generaci. Mladí i staří by měli spolupracovat při vytčení těchto priorit a měli by být připraveni společně a rovnoprávně sdílet všechna omezení při užívání omezených zdrojů.
- Břemeno péče o staré, ležící na ženách – pečovatelkách, které bylo hlavním znakem pečování v minulosti, nemůže a ani by nemělo být nadále udržováno a podporováno. Tato změna bude vyžadovat novou strategii rozdělení odpovědnosti v neformální (rodinné) péči, ale též vytvořit nové vládní programy podporující progresivní formy této péče.
- Je třeba podpořit a pomoci starým, aby se organizovali v politicky vlivnou sílu a společně definovali a nárokovali své hlavní požadavky. Je žádoucí, aby došlo ke sjednocení dosud často oddělených zdravotních a sociálních programů. Jednoznačně je třeba zdůraznit, že neexistuje ostrá ani smysluplná hranice mezi jednotlivými vzájemně se překrývajícími potřebami starých lidí (sociálními, ekonomickými a zdravotními).
- Je třeba podporovat veřejný dialog o významu stáří a starých lidí v běžném životě společnosti za přispění médií, vzdělávacích programů a společného úsilí státního a soukromého sektoru. Toto úsilí by mělo zahrnovat i budoucí příležitosti pro staré v oblasti pracovních příležitostí a trávení volného času stejně jako chápání vlastní role, smyslu stáří a jeho cílů.^{10) 11) 12) 13)}

¹⁰⁾ ROSENMAYR, L., ROSENMAYR, H. *Der alte Mensch in der Gesellschaft*. 1. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1995. 438 s.

¹¹⁾ HÁVA, P., a kol. *Zdravotní politika. Geriatrická zdravotní péče*. 1. Vyd. Praha: Sborník, 1999

¹²⁾ SPORKEN, P. *Was alte Menschen brauchen*. 1. Auflage Freiburg im Breisgau: Herder, 1986. 158 s., ISBN 3-451-20624-2

¹³⁾ FRIEDAN, B. *Mythos Alter*. 1. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1995. 896 s., ISBN 3-498-02076-5

1.4 Zdravotní služby X Sociální služby

Důležité je zhodnotit, jaké jsou zdravotní a sociální potřeby starých osob.

Při tom je třeba vycházet z poznatku, který jsem uvedla již dříve, že „staří“ tj. lidé nad 65 let kalendářního věku jsou velmi heterogenní skupinou z hlediska zdravotního stavu, zdravotního omezení či postižení, způsobu života, sociálních a ekonomických determinant. Stejně heterogenní jsou i jejich potřeby a možnosti jejich uspokojování. Zcela jiné budou potřeby tzv. „mladých starých“ ve věkové skupině 65 – 75 let a skupiny velmi starých osob nad 85 let. Podobně se budou lišit i potřeby zdravých starých osob, kterými se v mé práci nezabývám a potřeby osob vyžadujících pomoc při udržování domácnosti nebo v sebeobsluze, starých nemocných a demenčních klientů umístěných v domovech pro seniory.

Vzhledem k tomu, že s vyšším věkem narůstá i prevalence závažných invalidizujících chorob, je třeba tyto skupiny se specifickými nároky na zdravotní péči definovat a vyhledávat.

Druhým pravidlem, k němuž je třeba při hodnocení potřeb a jejich poskytování přihlížet je provázanost zdravotních a sociálních potřeb u osob vyšších a zejména nejvyšších věkových skupin.

1.4.1 Sociální faktory

Sociální faktory nepochybně hrají roli nejen při vzniku některých chorob, ale ovlivňují jejich průběh, adaptaci pacienta na chronické postižení a nesoběstačnost a velmi významně se podílejí na celkové spotřebě zdravotnických služeb. Mezi tyto sociální faktory, které představují „nemedicínské“ rizikové faktory patří:

- jednočlenné domácnosti,
- bezdětnost,
- neochota rodiny pomoci v péči,
- sociální izolace,
- nevyhovující bydlení,

- nízký důchod a vzdělání,
- úmrtí partnera,
- změna bydliště nebo umístění v ústavní péči,
- nedostupnost nebo neznalost sociálních služeb.¹⁴⁾¹⁵⁾

1.4.2 Stáří a rodina

Přestože je stále více starých lidí schopno žít ve vlastní domácnosti jen s mírnou pomocí rodiny, je stále méně rodinných příslušníků, kteří by tuto pomoc mohli, chtěli a uměli poskytovat.

Kromě toho, že je stále méně příslušníků rodiny, kteří by pomoc mohli poskytovat, například proto, že se sami stali starými a sami potřebují pomoc, je třeba se zamyslet i nad dalším problémem. A to nad tím, jak a kdy se formuje vstřícný postoj ke starým rodičům a prarodičům. Čím je to dáno, že někteří naleznou v dětech oporu ve stáří a nemoci a jiní nikoliv. To znamená nad problémem „chtít pomoci“.

Znát pojetí stáří jednotlivých členů rodiny je důležité. Člověk sám a především ve své rodičovské roli svým celoživotním chováním a jednáním do značné míry rozhoduje o tom, zda zůstane na stará kolena sám, či zda ho zaopatří jeho děti.

Vztah úcty a lásky je zajímavý a ideální by bylo, kdyby člověk pociťoval ke svým rodičům obojí. Ne vždy se tak ovšem děje.

Přítomnost těchto ve své podstatě sociálních rizik ohrožuje pacienta náhlou dekompenzací zdravotního stavu, vznikem nebo progresí již přítomné závislosti, vyšší mortalitou a zvyšuje spotřebu zdravotnických služeb například, hospitalizací, umístění do ústavu dlouhodobé péče i celkové náklady na zdravotní péči.¹⁶⁾

¹⁴⁾ TYL, J., SCHNEIBERG, F. a kol. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 1998. 282 s. ISBN 80-7184-654-6

¹⁵⁾ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: ACADEMIA, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

¹⁶⁾ MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.

1.4.3 Nemocnost (morbidita)

Vztah morbidity k potřebě a spotřebě zdravotnických služeb je daleko bližší než u mortality. Zjišťování nemocnosti ve vyšším věku je však daleko obtížnější než ve věku produktivním, protože je třeba mít na paměti, že ve vyšším věku má nemocnost některé specifické rysy, které odlišují seniorskou populaci od středního věku.¹⁷⁾

Jde zejména o:

- celkově vyšší prevalenci chorob, která narůstá s věkem,
- současný výskyt několika chorob (polymorbidita),
- atypický, necharakteristický klinický obraz,
- přechod do chronicity,
- vyšší invalidizující potenciál nemocí.

Zahraniční výzkumy z posledních let orientované na problematiku potřeby zdravotní a ošetrovatelské péče a služeb u starších pacientů upozornily na skutečnost, že na rozdíl od středního věku bývá diagnóza nemoci u starého pacienta jen výjimečně indikátorem potřeby péče. Pro potřebu péče je více rozhodující funkční stav pacienta, tedy rozsah postižení a omezení, které choroba či choroby pacientovi způsobuje.¹⁸⁾

1.4.4 Zdravotní postižení, nesoběstačnost (disaptibilita)

Kritéria disaptibility se mohou různit, avšak obecně přijímaná definice označuje za zdravotně postižené ty osoby, které nemohou vykonávat tzv. „hlavní“, věku přiměřenou aktivitu. Tou rozumíme u osob do 69 let neschopnost vykonávat zaměstnání nebo starat se o domácnost, nad 70 let pak žít nezávislý život v komunitě.¹⁹⁾

Pro běžnou klinickou praxi při hodnocení soběstačnosti starého člověka postačuje plně následující definice. Soběstačný (samostatný) je člověk, který nemá

¹⁷⁾ BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M., a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s., ISBN 80-7169-070-8

¹⁸⁾ FRIEDAN, B. *Mythos Alter*. 1. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1995. 896 s. ISBN 3-498-02076-5

¹⁹⁾ HÁVA, P., a kol. *Zdravotní politika. Geriatrická zdravotní péče*. 1. Vyd. Praha: Sborník, 1999

podstatné omezení tělesných ani duševních funkcí a který samostatně a bez pomoci nebo dohledu druhých osob zvládá všechny potřebné aktivity denního života v prostředí, v němž žije. Pokud není schopen z jakéhokoliv důvodu vykonávat tyto činnosti, hovoříme o závislosti (nesoběstačnosti).

Podle potřeby pomoci a péče nutné ke kompenzaci závislosti rozlišujeme ve stáří 4 stupně závislosti (podrobněji viz. dále).

Nejčastější příčinou nesoběstačnosti ve stáří jsou:

- onemocnění kloubní, kosterní a svalová,
- kardiovaskulární,
- neurologická onemocnění včetně iktů,
- úrazy,
- psychiatrická onemocnění zvláště pak demence.²⁰⁾

1.5 Zákon o sociálních službách

Změny legislativy, které nastaly v roce 2007, kdy vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, přinášejí nové přístupy v oblasti sociální péče. Velký důraz se klade na individuální přístup k občanovi a snahu udržet ho co nejdéle v jeho přirozeném prostředí. Domácí péče a terénní sociální služby by měly postupně nahradit či doplnit pobytová zařízení sociálních služeb, za předpokladu vyššího standardu péče, dostatečné sítě poskytovaných služeb, ale také za nižších veřejných výdajů.

Zákon o sociálních službách zabezpečuje základní rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci. Jedná se o takové spektrum činností, které jsou nezbytně nutné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života.

Základní zásady: každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

²⁰⁾ KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti a motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.²¹⁾

1.5.1 Vymezení základních pojmů

Vymezení některých pojmů pro účely zákona o sociálních službách:

Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona o sociálních službách. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci či jiné osoby, které pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí.

Uživatel sociální služby může být kdokoliv, kdo vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem sociální služby, jehož obsahem je zabezpečení těch činností, které popisuje zákon o sociálních službách. Pojem uživatel se používá jen v případech, kdy je trvale nebo jen dočasně zabezpečovaná pomoc a podpora v dohodnutém rozsahu oprávněným poskytovatelem.

Nepříznivou sociální situací je oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů.

Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem je nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost

²¹⁾ **Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění**

Přirozeným sociálním prostředím je rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

Sociálním začleňováním je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitosti a možnosti, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Sociálním vyloučením je vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.

Zdravotním postižením je tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.²²⁾

1.5.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo jiná fyzická osoba uvedená v § 83 zákona o sociálních službách nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.²³⁾

²²⁾ **Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění**

²³⁾ **Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění**

1.5.3 Péče o vlastní osobu

Péčí o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu.

Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, např. komunikovat, nakládat s penězi nebo předměty osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit.

Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje.

Schopnost zvládnout péči o vlastní osobu a být soběstačný je u každého člověka různá, proto zákon rozeznává čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby. Těmto stupňům následně odpovídá také výše příspěvku v korunách.

O příspěvek je možné požádat na obecním úřadě obce s rozšířenou působností, tzn. Obce III. typu, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt. Základní informace poskytne každý poskytovatel sociálních služeb.²⁴⁾

1.5.4 Stupně příspěvku na péči a jejich výše

Výše příspěvku na péči je stanovena ve čtyřech stupních odpovídajících stupni závislosti:

- a) stupeň I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12-ti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku v tomto stupni činí 2.000,- Kč měsíčně.
- b) stupeň II (středně těžká závislost), jestliže osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18-ti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku v tomto stupni činí 4.000,- Kč měsíčně.

²⁴⁾ *Průvodce sociálními službami, jsme tu pro Vás - terénní služby Jihočeský kraj, 1. Vyd. České Budějovice: Publikace, 2008.*

- c) stupeň III. (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje osoba každodenní pomoc nebo dohled při více než 24-ti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku v tomto stupni činí 8.000,- Kč měsíčně.
- d) stupeň IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje osoba každodenní pomoc při více než 30-ti úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti. Výše příspěvku v tomto stupni činí 12.000,- Kč měsíčně.²⁵⁾

1.6. Sociální služby

Sociální služby vzhledem k okruhu osob, na které je tato bakalářská práce zaměřena, zahrnují zejména:

1) *Sociální poradenství*, které je bezplatné, je ve své základní formě nedílnou a povinnou součástí všech druhů sociálních služeb a poskytovatelé jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. *Odborné sociální poradenství* je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých sociálních skupin.

2) *Služby sociální péče* napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Do služeb sociální péče patří tyto služby:

a) *Osobní asistence*, je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

²⁵⁾ **Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění**

b) *Pečovatelská služba* je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

c) *Tísňová péče* je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

d) *Průvodcovské a předčitatelské služby* jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti.

e) *Odlehčovací služby* jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

f) *Centra denních služeb*, kde se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

g) *Denní stacionáře*, kde se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

h) *Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče*, kde se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou

nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

3) *Služby sociální prevence* napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů. Cílem sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace.

Do služeb sociální prevence patří tyto služby:

a) *Telefonická krizová pomoc* je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.

b) *Tlumočnické služby* jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby.

c) *Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením* jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.²⁶⁾

1.6.1 Úhrada nákladů za sociální služby

Úhrada nákladů za poskytované služby: tímto pojmem se rozumí finanční plnění uživatele sociální služby poskytovateli za činnosti v rozsahu uvedeném ve smlouvě o poskytování sociální služby.

Při stanovení výše úhrady za základní činnosti je zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a prováděcím právním předpisem vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění, omezeno stanovením maximální částky za úkon, případně určitý čas.

²⁶⁾ **Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění**

Sociální služby se poskytují osobám bez úhrady nákladů nebo za částečnou, případně plnou úhradu nákladů. V právním předpise je taxativně uveden výčet druhů služeb, za které se úhrada nákladů ze strany uživatelů nevyžaduje, včetně výjimek u jednotlivých druhů služeb. Jsou to služby svou povahou řešící krizové situace nebo takové služby, na kterých má společnost zájem z důvodu ochrany před vznikem nežádoucích situací a jevů.

Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Základními finančními zdroji jsou příspěvek na péči, úhrada uživatelů z vlastních příjmů, příspěvky zřizovatelů sociálních služeb, dotace z veřejných rozpočtů a různé další zdroje (např. dary, sponzorství, vedlejší hospodářská činnost.)²⁷⁾

1.7 Smlouva o poskytnutí sociální služby

Poskytování sociálních služeb je zákonem o sociálních službách založeno na smluvním principu. Charakter smlouvy je soukromoprávní a řídí se ustanovením občanského zákoníku. Obecně platí, že poskytovatel je povinen smlouvu se zájemcem uzavřít, pokud tomu nebrání důvody stanovené právním předpisem. Smlouva se uzavírá v písemné formě s výjimkou některých druhů služeb.

Smlouva obsahuje tyto náležitosti :

- a) označení smluvních stran,
- b) druh sociální služby,
- c) rozsah poskytování sociální služby,
- d) místo a čas poskytování sociální služby,
- e) výši úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v § 73 až 77 a způsob jejího placení,
- f) ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,
- g) výpovědní důvody a výpovědní lhůty,

²⁷⁾ *Průvodce sociálními službami, jsme tu pro Vás - terénní služby Jihočeský kraj, 1. Vyd. České Budějovice: Publikace, 2008.*

h) dobu platnosti smlouvy.

Poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze, pokud:

- a) neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb,
- b) nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá,
- c) zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis,
- d) osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí této sociální služby z důvodů porušování povinností vyplývajících ze smlouvy.

Osobu, která není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu osoby.²⁸⁾

1.8 Stáří

Stárnutí je součástí života a provází člověka, aniž by si to uvědomoval, celým jeho životem. Příprava na stáří by proto neměla začít až vstupem člověka do důchodu, po odchodu ze zaměstnání, ale mnohem dříve. Jedná se o proces, který by se měl (v ideálním případě) prolínat celým životem každého člověka.

1.8.1. Příprava na stáří

Pro každého člověka je v životě důležité, jak je připraven na životní povolání na založení rodiny a také, jak se připraví na vlastní stáří. V naší společnosti není zatím

²⁸⁾ **Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění**

častým jevem uvědomit si, že každý jsme odpovědný za své stáří i za své zdraví. V době nedávno minulé bylo zvykem, že se stát postará a mnohdy tomu také tak bylo. Jaká ale byla tato péče, zda vyhovovala a splňovala požadavky těžko soudit. Každý člověk je jiný a každý máme jinou představu o zabezpečení a péči v případě, že budeme odkázáni na pomoc jiné osoby celodenně. Protože neustále dochází k rozvoji forem sociálních služeb o seniory je předpoklad, že je stále co zlepšovat.

Přípravu na stáří je možné rozdělit na:

- dlouhodobou,
- střednědobou,
- krátkodobou.²⁹⁾

Dlouhodobá příprava by měla začínat výchovou v rodině, ve škole. Etika, morálka, tolerance ke starým lidem. Uvědomování si vlastních etap života. Dodržovat určité zásady životosprávy, výživy, vážit si svých rodičů a poskytovat pomoc lidem, kteří ji potřebují. V této době je zvláště důležitý postoj k práci, hmotnému zabezpečení, založení rodiny a příklad rodičů v rodině.

Střednědobá příprava na stáří by měla začít kolem 45. roku života, zahrnuje prvky dlouhodobé přípravy a rozšiřuje je o uvědomování si rizikových faktorů, které představují vážné ohrožení života ve vyšším věku. Zejména kouření, nedostatek pohybu, nadměrná spotřeba alkoholu. Nadměrná psychická zátěž vedoucí k vyčerpání organismu. Uvědomování si změny při odchodu z pracovní aktivity, zajištění úspor pro předpokládanou větší závislost na službách. Mít dostatek zálib pro relaxaci, ale i pro pocit vnitřní radosti. Neustále se vzdělávat a své vědomosti, zkušenosti, ale i obavy a starosti sdělovat svému okolí.

Krátkodobá příprava na stáří je před odchodem z pracovní aktivity. Pro některé lidi je toto období naplněné nedočkavostí, těší se do důchodu, ale pokud na změnu sociálního postavení nejsou dostatečně připraveni, velmi obtížně se adaptují na nové role. Mluvíme zde často o důchodové krizi. Zejména lidé ve vedoucích postaveních, schopní pracovníci a lidé fixovaní na svoji profesi prožívají odchod do důchodu jako

²⁹⁾ **BALCAR, C.** *Životní smysl a kvalita života.* In **PAYNE, J., a kol.** *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. s. 253 – 261. ISBN 80-7254-657-0.

svoji prohru. Je vhodné pro změnu ekonomické situace zvážit druh a velikost bytu, stabilizovat svůj zdravotní stav a udržovat svou soběstačnost. Hledat i krátkodobé pracovní aktivity třeba i bez ekonomického efektu.³⁰⁾

1.8.2. Ztráta soběstačnosti

Ztráta soběstačnosti a tím vznik závislosti vzniká postupně s postupným úbytkem výkonnosti a adaptační schopností, ale také polymorbiditou. Náhlá ztráta soběstačnosti vzniká při akutním onemocnění, kdy dochází k poruše funkce orgánů, hlavně těch, kde je nejnižší funkční rezerva. Náhlou nesoběstačnost provází u seniorů obava ze závislosti.

K posouzení soběstačnosti, zejména hraničních stavů, slouží funkční testování. Toto testování by mělo být pravidelnou součástí každého vyšetření staršího občana. Nejčastěji jsou používány testy pro aktivity denního života, testování duševního stavu a geriatrická škála deprese:

- Bartelův test- hodnotí základní aktivity z přímého pozorování jinou osobou.
- Mini mental test- hodnotí orientaci, paměť, všípivost, vybavnost i stupeň apraxie.
- Geriatrická škála deprese- Yesavage, tento test může provést sám senior.

Příznaky nebo skupiny příznaků nejčastějších ve stáří:

- Nespavost
- delirantní stavy
- poruchy vyprazdňování
- proleženiny
- dehydratace
- závratě, pády, poruchy chůze

³⁰⁾ **BALCAR, C.** *Životní smysl a kvalita života.* In **PAYNE, J., a kol.** *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. s. 253 – 261. ISBN 80-7254-657-0.

Všechny tyto příznaky je nutné odhalit i když je sám nemocný nesděljuje. Při správně poskytované ošetrovatelské péči by každý pečovatel měl o těchto příznacích vědět a být na ně připraven. Rehabilitace ve stáří je proces, jehož cílem je znovuzískání co možná nejvyššího funkčního potenciálu. Je nutná spolupráce jak fyzická, tak psychická. Právě tato podmínka limituje rehabilitaci seniorů. Se stoupajícím věkem se zvyšuje počet onemocnění, které vedou k výrazné poruše funkce některého orgánu i systému:

- 1) téměř 75 % všech náhlých cévních mozkových příhod vzniká nad 65 let věku
- 2) zlomeniny krčku kosti stehenní mají stoupající výskyt nad 65 let
- 3) většina amputací dolní končetiny se provádí u nemocných po 70 roku života
- 4) se stoupajícím věkem stoupá výskyt poruch zraku na podkladě katarakty, glaukomu
- 5) se stoupajícím věkem stoupá výskyt těžkých forem degenerativního onemocnění kloubů
- 6) stoupá výskyt řady kardiovaskulárních chorob i chorob dýchacího systému, které vedou k výraznému omezení soběstačnosti.³¹⁾

1.8.3 Poruchy funkčního stavu u seniorů

1) Aterosklerosa (kornatění tepen) a její orgánové projevy zejména ischemická choroba srdeční, jedná se nejen o infarkt myokardu, ale také chronické těžké poruchy mechanické srdeční činnosti se závažnou dušností a nevykonností. Postižení mozkových tepen, nejen smrtící mozkové příhody, ale také nezvratná ochrnutí, obvykle dvou stejnostranných končetin – tzv. hemiparesa či hemiplegie u mnohých přežívajících. Cévně podmíněné závratě či poruchy svalového napětí projevující se ztuhlostí či třesem. Také jedna ze dvou nejčastějších příčin chorobného úpadku duševních schopností (demence) ve stáří tzv. multiinfarktová demence. Postižení tepen dolních končetin, které může vést k invalidizujícím bolestem, ale také k amputaci.

³¹⁾ **BALOGOVÁ, B.** *Kvalita života seniorov.* In **MÜHLPACHR, P.** *Schola gerontologica.* Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.

V současné době můžeme působit na rizikové faktory aterosklerozy a tím oddalovat její projevy. Kromě samotného věku jsou hlavními rizikovými faktory poruchy metabolismu tuků, poruchy metabolismu cukrů, hypertenze, kouření, obezita, nedostatek tělesného pohybu.

2) Obstrukční choroba bronchopulmonální vede k dušnosti, obvykle s vykašláváním hlenu, modrofialovým zbarvením sliznic a pokožky a s otoky dolních končetin. Příčinou je nejčastěji chronický zánět průdušek, obvykle jako důsledek kouření. Prevencí je omezení kouření, zlepšení životního prostředí a omezení opakovaných zánětů dýchacích cest hrozící alergizací, zvláště u dětí.

3) Osteoartróza je degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti, které je odlišné od procesu stárnutí chrupavky. Příčinou bývá vrozená dispozice (méně odolná chrupavka), ale především přetěžování a drobná poranění kloubů. Závažná jsou zvláště postižení kloubů na dolních končetinách u kyčlí, kolen i drobných kloubů nohou. Prevencí je nepřetěžování kloubů, korekce ortopedických abnormalit, zejména úpravou obuvi a povrchu podlahových ploch.

4) Osteoporóza je vystupňovaná atrofie kosti s úbytkem její hutnosti a zvýšením rizika zlomenin. Vede k typické změně postavy, bolestem v zádech, kompresím obratlů a zejména k obávanému zvýšenému výskytu zlomenin při pádech. Hlavně krčků stehenních kostí a předloktí. Častá je u žen po klimakteriu. Prevencí je dosažení optimální hutnosti kostry v dětství a dospívání. Rizikem je podvýživa, ale nejen z nedostatku, ale i v rámci účelových diet, předčasné vyhasnutí funkce vaječnicků pro ochranný hormonální vliv estrogenů na kost. Účinnou prevencí je u indikovaných, rizikových žen dlouhodobé podávání estrogenů po klimakteriu, ve vlastním stáří pak dostatečný příjem vápníku a vitamínu D. Nejdůležitější i zde je dostatečný tělesný pohyb.

5) Alzheimerova nemoc je zároveň s multiinfarktovou demencí cévního původu nejčastější příčinou demence ve stáří. Dochází k úpadku psychických, intelektových schopností. Její podstatou je vystupňovaná, často předčasná atrofie mozku se zánikem mozkových buněk. Účinná prevence této obávané choroby ani její léčba nejsou dosud známy.

6) Poruchy zraku vedoucí až ke slepotě. V současné době se zatím podařilo ovlivnit postižení sítnice u cukrovky a šedý oční zákal. Dále však seniory ohrožuje glaukom. Prevence postižení není známa.

7) Poruchy sluchu zejména pokud nejsou ovlivnitelné naslouchadly. V současné době je obava, že nastávající generace seniorů může mít závažnější problémy s nedoslýchavostí až hluchotou z důvodu nadměrné expozice hluku ve středním věku a v mládí.³²⁾

1.9 Aktivizace seniorů

Aktivizace imobilních seniorů je velmi důležitá a mnohdy často zanedbávaná. K aktivizaci imobilních seniorů používáme nejen lidský faktor, ale i různé speciální léčebné metody aktivizace jako např. canisterapii, muzikoterapii, ergoterapii atd.

To jak se stárnutím a jeho rozmanitými důsledky vyrovnáme v budoucnosti, bude kritériem naší společenské vyspělosti. Pro kvalitu života ve stáří a pro zachování soběstačnosti je rozhodující stupeň zachování pohyblivosti. Samotná přítomnost nemoci není rozhodující pro kvalitu života. Rozhodující je stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Snížení soběstačnosti je nejzávažnějším důsledkem nemoci ve vyšším věku. Může dojít až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby.

Snaha o aktivizaci starých a imobilních lidí musí plně respektovat individuální možnosti a přání každého člověka. Aktivizace by se měla týkat fyzické i psychické stránky jedince. Důležitá je aktivizace u seniorů se smyslovými vadami či poruchami hybnosti, kteří mohou být ohroženi imobilizačním syndromem a následným vznikem dekubitů. Aktivizační programy jsou rozvíjeny úspěšně jak na úrovni preventivní, zaměřením na zdravou stárnoucí populaci, tak i na úrovni léčebné prostřednictvím vlastní terapie. Metod aktivizace je celá řada jako například kognitivní rehabilitace,

³²⁾ TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.

trénink paměti, taneční a pohybová terapie, kde se tanec chápe jako terapeutický pohyb stejně jako: ergoterapie, muzikoterapie, hypoterapie, arteterapie atd.

Něco dělat je pro mnoho lidí synonymem slova být naživu. Většina lidí pokračuje v činnosti, kterou si vybrali, a to tak dlouho dokud nezemřou.³³⁾

Člověk je od přirozenosti tvor činný a agilní. Nečinnost je nepříznivá, je projevem chorobného stavu a špatné prognózy, je patogenní tělesné, duševně i sociálně. Nečinnost je spojena s nízkou kvalitou života a s prázdnotou.³⁴⁾ Negativní vlivy nečinnosti nebo podnětové, ale i emoční deprivace vedou k urychlení přirozených evolučních změn.³⁵⁾ Proto je pocíťována potřeba klienty aktivizovat, podněcovat je k určité míře tělesné i psychické aktivitě.³⁶⁾

Zdravý výkonný člověk je schopen organizovat si své aktivity samostatně, zvažovat priority, rozlišovat práci, zábavu a odpočinek. Člověk s oslabeným a narušeným zdravím je ve svých aktivitách více či méně limitován. Jeho schopnost uskutečňovat různé aktivity, jeho výkonnost i sama motivace slábnou v míře, která je podmíněna i osobnostními vlastnostmi, i ale také vlastnostmi prostředí a jeho okolí. Čím větší je fyzické nebo duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je podpůrná funkce prostředí.³⁷⁾

Jak uvádí Kalvach et al.³⁸⁾ aktivita, ať již v domácím prostředí, nebo v instituci má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí, hospitalizací, či umístěním klienta do zdravotnického zařízení, nebo rozvinout to, co zůstalo skryto jako vnitřní možnost a příležitost k růstu. Prostor, který pomáhá podpořit aktivitu člověka, má být co nejpřirozenější. Má vyvolávat příjemné vzpomínky a přirozeným způsobem

³³⁾ ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Přel. V. F. Eisenberger. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 226 s. Přel. z : *Cave that works a relationship approach to person with dementia*. ISBN 80-247-0183-9.

³⁴⁾ VURM, V., a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1 vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

³⁵⁾ PETR, P. *Regionální standard kvality života podmíněné zdravím*. In *Kontakt 2001*, roč. 3., č. 3, ISSN 1212-4117.

³⁶⁾ KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

³⁷⁾ KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

³⁸⁾ KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

vzbuzovat potřebu aktivity, která je člověku milá, která podporuje spokojenost se sebou samým, je spojena s oceněním od druhých. Tím naplňuje člověka pocitem smysluplné existence a sebeúcty.

Aktivizace by se měla týkat fyzické i psychické stránky jedince. Fyzická aktivizace zlepšuje tělesnou kondici, a tím ovlivňuje i duševní zdraví.³⁹⁾ Pohyb je základním projevem života. Má udržovací a reparační vliv nejen na pohybovou funkci, ale i na funkci všech systémů těla, včetně infrastruktury a psychiky. Výsledný efekt každého pohybu je vždy ovlivněn motivací a postojem každého člověka.⁴⁰⁾

Důležitá je také aktivizace u klientů (převážně u seniorů) se smyslovými vadami a u imobilních klientů, kteří mohou být ohroženi imobilizačním syndromem následným vznikem dekubitů a jiných procesních tělesných změn.⁴¹⁾⁴²⁾ Aktivizace je nezbytná nejen u imobilních pacientů, ale i v péči o staré občany, neboť je součástí mentální hygieny a vytváří odolnost. Je optimální terapií ve stáří a nejlepší sociální prevencí biologického procesu stárnutí. Starý člověk si při ní sám určuje míru aktivity. Je přirozeně lidská a podpoří setrvání člověka v domácím prostředí co nejdéle.⁴³⁾

1.9.1 Imobilita

Imobilitu lze přeložit jako nepohyblivost nebo nehybnost.⁴⁴⁾ Imobilita je stav, kdy dochází vlivem nemoci či úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě či omezení pohybových schopností. Přechodná imobilita je krátkodobá, kdy po vynuceném krátkodobém klidu na lůžku a běžné rehabilitaci nedochází k závažným změnám. Dlouhodobá imobilita však může být příčinou nejen u komplikací, ale i u sekundárních

³⁹⁾ DUŠKOVÁ, B. *Aktivizace ve stáří*. In *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 7 – 8, s. 54 – 55. ISSN 1210-0404.

⁴⁰⁾ KRUHTOVÁ, Z. *Význam pohybové aktivity u starších nemocných*. In *Sborník kongresu 5. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2001, s. 34 – 35.

⁴¹⁾ DUŠKOVÁ, B. *Aktivizace ve stáří*. In *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 7 – 8, s. 54 – 55. ISSN 1210-0404.

⁴²⁾ ČISLIKOVSKÝ, K. *Geropracovníci – psychická aktivace seniorů*. In *Sborník kongresu 4. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí*. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2000, s. 88 – 91.

⁴³⁾ VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 966 s. ISBN 80-7345-037-2.

⁴⁴⁾ *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2000. 708 s. ISBN 80-7181-376-1.

změn. Při trvalé imobilitě však dochází k závažným poruchám či až k výpadkům motorických funkcí, které mohou být různého rozsahu. Roli zde hrají závažnost a rozsah postižení, věk, tělesná konstituce klienta, kvalita ošetrovatelské a následné rehabilitační péče, dostupnost technických pomůcek a psychický stav postiženého klienta.⁴⁵⁾

Imobilitou ztrácí člověk tělesnou identitu, koordinaci, rovnováhu, přestává vnímat obrysy vlastního těla, bývá více či méně nejen prostorově, ale i mnohdy časově dezorientován. Tím, že imobilní člověk ztrácí informace o veškerém dění kolem sebe trpí poruchami chování, často i poruchou komunikace s okolím, v interpretaci až nakonec újmou na intelektu až ztrátou vlastní identity.⁴⁶⁾

Imobilitu můžeme rozdělit na mírnou, kdy má klient minimální požadavky na pomoc. Dále na střední, kdy vyžaduje více pomoci od svého okolí v kratších časových intervalech. A těžkou imobilitu, při které je většinou upoután na lůžko a potřebuje pomoc sestry při většině úkonů a při uspokojování svých potřeb.⁴⁷⁾

1.9.2 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom je následkem imobility nebo-li fyziologickou odpovědí na imobilitu.⁴⁸⁾ Jedná se o nekonstantní označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžko. Jeho vystupňovanou formou je hypokinetický syndrom.⁴⁹⁾

Není problémem starší generace, objevuje se ve všech věkových skupinách. U starších lidí ovšem vznikne velmi snadno, většinou dříve a je závažnější. Prevence

⁴⁵⁾ KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, H. *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-319-8.

⁴⁶⁾ POLICHRONOVÁ, L. *Rehabilitační ošetrování u imobilního pacienta*. In *Sestra*. Praha: 2004, roč. XIV., č. 7/8, s. 57 – 58. ISSN 1210-0404.

⁴⁷⁾ WEBER, P. a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 151 s. ISBN 80-70-13-314-7.

⁴⁸⁾ TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

⁴⁹⁾ KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

imobilizačního syndromu je mnohem snazší než léčení jeho následků, a právě na prevenci imobilizačního syndromu se musí klást důraz

Do imobilizačního syndromu se zahrnují následující změny, které současně vymezují okruh příznaků, po kterých je třeba aktivně pátrat:

- Ortostatická hypotenze
- Změny kardiovaskulárního systému
- Změny respiračního aparátu
- Vznik proleženin, dekubitů
- Pokles svalové síly
- Vznik flekčních kontraktur
- Zhoršení pohybové koordinace při chůzi
- Rozvoj osteoporózy
- Psychické poruchy, především deprese a deprivace
- Dehydratace, případně malnutricie.⁵⁰⁾

Jak je patrné, nevede imobilizace jen k rozležení pacienta, ale tento stav vede k poškození řady systémů a pacient je výrazně ohrožen na kvalitě svého života, ne-li na životě samém. Čím déle zbytečně leží, tím více se stav zhoršuje. Přitom závisí na ošetřujícím personálu, zda nedojde ke zbytečnému zhoršení pacientova zdravotního stavu.

Nejrůznějšími technikami lze snížit riziko zbytečné imobilizace.

1.9.3 Aktivizační programy

Aktivizační programy jsou rozvíjeny úspěšně jak na úrovni preventivní, zaměřené na zdravou stárnoucí populaci, tak na úrovni léčebné prostřednictvím vlastní terapie, např. kognitivní rehabilitace po cévních mozkových příhodách, i sekundární prevence, kde např. u lidí s počínající demencí může totiž přiměřená aktivizace značně

⁵⁰⁾ KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup choroby. Aktivizační programy bývají zařazovány i do komplexní psychoterapeutické péče o osoby s poruchami adaptace a to např. při přechodu do domovů pro seniory.⁵¹⁾

Projekty podpory aktivit v domácím prostředí i v institucích by měly být orientovány na vzdělání, zájmové aktivity, pohybové aktivity, poznávací a kulturní programy i na komunikaci jaké základ mezilidských vztahů. Při tvorbě aktivit z pohledu profesionálů je důležité především jejich nadšení a aktivní účast na přípravě. Zapojení a motivování musí být i samotní klienti. Je kladen důraz na pečlivou přípravu a pravidelné hodnocení realizovaných aktivit, nutnost zahrnovat do nabídky i aktivity nové a nápadité.⁵²⁾⁵³⁾

Aktivity mohou být vykonávány individuálně, párově či skupinově. Individuální – nevyžadující spolupráci, ale případnou podporu personálu či rodiny. Podporují koncentraci, vnitřní aktivitu, prožitek sebe sama. Párové činnosti – vykonávané spolu s někým podporují komunikaci, intimní mezilidské vztahy a sdílení. Účast ve skupině znamená členství, jedinec někam patří a přitom si zachovává svou identitu, může ovlivnit dění, nachází přátele a porozumění.

Formy aktivizace:

- Kognitivní rehabilitace a stimulace
- Taneční a pohybová terapie
- Muzikoterapie
- Trénování paměti
- Validace
- Preterapie
- Arteterapie
- Ergoterapie
- Pohybově relaxační programy

⁵¹⁾ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.

⁵²⁾ KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

⁵³⁾ VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-093-4.

- Zooterapie
- Canisterapie
- Kinezioterapie
- Videotrénink interakce
- Bazální stimulace.⁵⁴⁾

1.10 Předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách

Zákon o sociálních službách určuje činnosti pracovníků v sociálních službách a také podmínky odborné způsobilosti. Vzhledem k tématu práce se zaměřím na 2 okruhy pracovníků, kterými jsou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách.

1.10.1 Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka

Dle výše jmenovaného zákona, vykonává sociální pracovník sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, kterou zákon dále blíže specifikuje.

⁵⁴⁾ **VOSTROVSKÁ, H.** *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-093-4.

1.10.2 Předpoklady pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách

Pracovníkem v sociálních službách je dle zákona o sociálních službách ten, kdo vykonává:

a) přímou obslužnou péčí o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácvičku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizaci, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,

b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, kterou zákon dále blíže specifikuje.

1.10.3 Další předpoklady pracovníků působících v sociálních službách

Kromě výše zákonem definovaných předpokladů, je dále pro pracovníky nezbytné, aby měli nejenom odborné předpoklady, ale především celou řadu sociálních dovedností a osobnostních předpokladů.

Mezi ně patří zejména:

- fyzická zdatnost,
- emociální a sociální inteligence,
- důvěryhodnost,
- komunikační dovednosti
- empatie,
- schopnost zorientovat se v potřebách, možnostech a porozumění, které klient má a vymezit s ním oblast a plán spolupráce,
- znalost systému nabízených služeb, schopnost je správně používat ve prospěch klienta,
- nadprůměrná odolnost vůči stresu,
- samostatná práce na jedné straně, na druhé úzká týmová spolupráce
- žádoucí je sebedůvěra, obratnost v jednání, zdravý optimismus, smysl pro humor, schopnost autoreflexe,
- atd.

Dobrá inteligence u pracovníků předpokládá nejenom touhu se stále obohacovat novými znalostmi, seznamovat se s novými teoriemi a praktickými technikami, ale také socio-emoční dovednosti na vysoké úrovni.

K důvěryhodnosti pracovníků přispívá zejména jejich diskrétnost, spolehlivost a porozumění.

Komunikační dovednosti jsou základním prostředkem proto, aby pracovníci mohli navázat vztah s klientem nebo jeho okolím.

1.11 Syndrom vyhoření

Při výkonu práce v sociálních službách je důležité vědět o příznacích syndromu vyhoření a jeho předcházení.

Syndrom vyhoření představuje soubor typických příznaků vznikajících v pomáhajících profesích v důsledku nezvládnutelného pracovního stresu. Je to stav charakterizovaný ztrátou profesionálního zájmu nebo osobní zaujetí.

Jedním z výrazných projevů je odosobnění pracovníka ve smyslu nehumanizujícího postoje při práci s klienty.

Vyhořelý pracovník ztrácí smysl svého povolání, což se projevuje značnou nechutí ke své práci, ke klientům, spolupracovníkům, ale i osobám blízkým. Tyto změny se projeví zejména apatií, podrážděností, lhostejností, celkovým negativním postojem, odcizením vůči klientům a sníženou sociální komunikací.

Pracovník, který se dostává do stavu vyhoření, prožívá pocity trvalé nespokojenosti s každodenními úkoly, pocity bezmoci a beznaděje, ztrátu nadšení a naděje, pocity selhání a viny, pocity vnitřní prázdnoty, ale hlavně pocity vyčerpanosti a těžké únavy. Může se objevit trvalá nespokojenost se vším, která se přenáší i na okolí, tedy i na klienta samotného.

Příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, jež na pracovníka pomáhající profese klade intenzivní kontakt s lidmi využívající sociální služby.

1.11.1 Prevence syndromu vyhoření

Prevence předpokládá mimo jiné kvalitní přípravu na profesi i dostatečně dlouhou praxi s klientelou srovnatelného typu, s jakou se pracovník při své profesi setkává.

Dále je důležitá nejenom jasná definice poslání organizace, ale i profesionální role a náplň jeho práce.

Důležitou roli hraje také příslušnost k týmu a vzájemná podpora. Tým je výrazným zdrojem emoční, intelektuální a profesionální podpory.

Poskytovatelé by měli svým pracovníkům, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, zajistit podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka, která v podobě např. supervize může být také jednou z možností prevence syndromu vyhoření.

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

Cílem práce bylo zmapovat všechny dostupné sociální služby pro seniory v okrese České Budějovice, které se dají využít a zhodnotit jejich dostupnost.

Hypotéza I.: V okrese České Budějovice je dostatek poskytovatelů sociálních služeb zajišťujících poskytování pečovatelské služby.

Hypotéza II.: Pečovatelská služba není pro všechny zájemce okresu České Budějovice rovnoměrně přístupná.

Hypotéza III.: Uživatelé jsou s poskytovanou pečovatelskou službou spokojeni.

Hypotéza IV.: Pečovatelská služba je nejvíce využívána uživateli k zajištění dovážky obědů.

3. METODIKA

Pro sběr dat v bakalářské práci jsem pro potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz zvolila jak výzkumnou metodu kvantitativní výzkum, tak výzkum kvalitativní.

Použila jsem metody:

- osobního dotazování - formou nestandardizovaného rozhovoru,
- písemného dotazování – formou polostandardizovaného dotazníku,
- sekundární analýza dat.

Metoda sekundární analýzy dat probíhala v průběhu celé práce. Jako zdroje byly použity, mimo jiné:

- výroční zprávy vybraných poskytovatelů,
- veřejný registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR.

Pro získání dat musely být kontaktovány tyto subjekty:

- Ledax o.p.s.,
- Městská charita České Budějovice,
- Oblastní spolek ČČK České Budějovice.

3.1 Charakteristika pečovatelské služby Ledax o.p.s.

Pečovatelská služba Ledax o.p.s. je největším registrovaným poskytovatelem pečovatelské služby v Jihočeském kraji. Služba je poskytována týmem kvalifikovaných pracovníků, kteří dbají na dodržování práv uživatelů a poskytování kvalitní pečovatelské služby. Snahou Pečovatelské služby Ledax o.p.s. je rozšířit působnost své služby do míst, kde je tato služba nedostatečná či dosud stále chybí.

Posláním Pečovatelské služby Ledax o.p.s. je kvalitně poskytovat pomoc, podporu a péči seniorům a osobám se sníženou soběstačností. Poskytovaná podpora umožňuje uživatelům žít nadále běžným způsobem života ve vlastních domácnostech –

ve městech i na venkově. Služba klade důraz na individuální přístup, lidskou důstojnost a posilování sociálního začleňování.

Pečovatelská služba je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo postižení a rodinám s dětmi (v případě narození trojčat) jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Není poskytována:

- a) osobám, které ohrožují život svůj nebo zdraví pracovníků (vlivem závislosti na návykových látkách, agresivního chování či duševního onemocnění),
- b) osobám, jejichž infekční onemocnění vyžaduje taková opatření, která pečovatelská služba není schopna zajistit,
- c) osobám, majícím zájem o službu, kterou společnost neposkytuje.

Společnost Ledax o.p.s. je registrovaným poskytovatelem pečovatelské služby dle § 40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Pečovatelská služba Ledax o.p.s. poskytuje terénní a ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi (v případě narození trojčat), jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb v potřebném rozsahu. Služba podporuje uživatele v přirozeném způsobu života v domácím prostředí.

Celková kapacita pečovatelské služby v okrese Č.Budějovice je od 1. 1. 2009 1025 osob denně. Organizačně je pečovatelská služba rozdělena do 3 středisek s uvedenou kapacitou.

České Budějovice	705 uživatelů
Trhové Sviny	175 uživatelů
Týn nad Vltavou	145 uživatelů

Časová dostupnost Pečovatelské služby Ledax o.p.s. je následující.

České Budějovice	Po - Pá: 7:00 - 18:00, So, Ne: 7:00-15:00
Trhové Sviny	Po - Pá: 6:30 - 18:00
Týn nad Vltavou	Po - Pá: 6:00 - 18:00, So, Ne: 7:00 - 12:00

Ledax o.p.s. nabízí jednotlivým městům a obcím zajišťování pečovatelské služby pro jejich občany, a to za finanční spoluúčasti obce na částečné pokrytí nákladů souvisejících s poskytováním služby. S obcí, která projeví zájem o spolupráci se společností Ledax o.p.s., uzavře smlouvu o zajištění pečovatelské služby. Touto smlouvou garantuje Ledax o.p.s. poskytování pečovatelské služby v plném rozsahu dle registrace a zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách, v platném znění. Obec se zavazuje, že na tuto činnost bude přispívat částkou 4 000 Kč na uživatele a rok (poměrnou částí k délce poskytování služby).

V současné době má Ledax o.p.s. uzavřenou písemnou smlouvu o zajištění pečovatelské služby s 62 městy a obcemi na území Jihočeského kraje.

3.2 Charakteristika Charitní pečovatelské služby

Charitní pečovatelská služba je terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob.

Posláním Charitní pečovatelské služby (dále jen CHPS) je poskytovat pomoc a podporu v každodenních záležitostech života v přirozeném domácím prostředí lidem, kteří v důsledku věku nebo zdravotního postižení či omezení o tuto pomoc požádají. Snaží se umožnit uživatelům žít běžným způsobem života, který je srovnatelný s běžným životem člověka stejného věku. CHPS chce svým přístupem přispívat k zachování lidské důstojnosti.

Územní rozsah služby je v dosahu MHD České Budějovice, po individuální dohodě možnost zajištění sociální služby i mimo území dosahu MHD.

Základní činnosti Charitní pečovatelské služby (dle § 40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění):

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek osobní hygieny,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pracovní doba terénní formy poskytování:

Pondělí až pátek od 8:00 do 20:00, sobota – neděle od 8:00 do 18:00 hod.

Fakultativně zajišťují:

- a) zapůjčení 2 ks jídelnosičů,
- b) dohled nad dospělým,
- c) zprostředkování spirituální podpory bez ohledu na náboženské vyznání,
- d) jídelní lístek.

3.3 Charakteristika Domácí ošetrovatelské a pečovatelské služby ČČK Alice

Domácí ošetrovatelská a pečovatelská služba ČČK Alice se sídlem v Husově ul. 20 v Českých Budějovicích, od 01.01.2009 ještě externí pracoviště Lidická 5.

Místem poskytování sociální služby jsou domácnosti klientů v Českých Budějovicích a přilehlých obcích.

Pečovatelskou službou jsou zajišťovány tyto základní činnosti:

- dovoz obědů - pracovní dny, víkendy i svátky
- pomoc při přípravě hlavního jídla a pití – ohřev
- podání hlavního jídla a pití – krmení
- příprava a podání snídaně
- oblékání a svlékání

- nácvik chůze
- pomoc při přesunu na lůžko a vozík
- pomoc při úkonech běžné osobní hygieny
- pomoc při použití WC
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty
- běžný úklid a údržba domácnosti
- mytí nádobí
- vynášení odpadků
- běžné nákupy a pochůzky
- velký nákup, nákup ošacení a vybavení domácnosti
- praní, žehlení, úklid prádla
- doprovod k lékaři, na úřad apod. – dle kapacitních možností agentury
- dohled nad dospělým klientem – dle kapacitních možností agentury
- příprava a dovoz prádla do prádelny
- mytí oken
- půjčování pomůcek

Okruh osob, pro které je sociální služba určena:

- senioři, žijící v domácím prostředí, kteří si nejsou schopni zajistit základní potřeby
- osoby s tělesným postižením
- osoby se sluchovým postižením
- osoby se zrakovým postižením
- osoby s chronickým postižením
- osoby s kombinovaným zdravotním postižením

Časový rozsah služby:

- rozvoz obědů – pracovní dny, víkendy i svátky
- ostatní služby - v pracovní dny 7,00 - 19,00 hodin

- po dohodě možno službu poskytovat i v jiném čase vč. víkendů – závisí na kapacitních možnostech ADP

Specifikace území:

Služba je poskytována v rámci „velkých“ Českých Budějovic včetně přilehlých obcí vzdálených do 25 km – podle požadavků klientů.

Kapacita poskytovaných služeb – pečovatelské služby:

- rozvoz obědů v pracovních dnech i víkendech – max. do 135 – zatím nenaplněna
- denní počet klientů pečovatelské služby se odvíjí podle druhu a četnosti úkonů, v případě vzrůstajícího zájmu jsou připraveni operativně rozšířit stav personálu.

Posláním pečovatelské služby je pomoc klientům, kteří mají sníženou sebeobsluhu a soběstačnost vlivem jejich věku, nemoci či zdravotního stavu. Pečovatelská služba je poskytována v domácnostech klientů a pomáhá jim při rozvíjení schopností řešit svou situaci vlastními silami v sebeobsluze, v péči o domácnost, seberealizaci, aby mohli co nejdéle setrvat ve svém přirozeném domácím prostředí. Každý klient má možnost si sám určit rozsah i druh služby za účelem zachování dosavadního způsobu života a udržení kontaktu se svým okolím. Nabídka služby je směřována k seniorům, osamělým, nemocným a zdravotně postiženým, zejména osamělým, lidem, kteří již nejsou schopni se o sebe plně postarat a zajistit si plně chod domácnosti a nemají nikoho blízkého, kdo by se o ně postaral.

Forma poskytovaných služeb je individuální podle požadavků, potřeb a zdravotního stavu klienta. Personál citlivě přizpůsobuje možnosti agentury potřebám a přáním klienta s ohledem na jeho aktuální zdravotní i psychický stav. Snahou je podporovat klientovu soběstačnost, seberealizaci a zachování plnohodnotného života vůbec.

Na poskytování pečovatelské služby zavádí ADP ČČK Alice do praxe standardy kvality, průběh služby je sledován, dokumentován, služba je plánována.

4. Výsledky práce

Dotazníkovým šetřením byly formou polostandardizovaného dotazování osloveny dvě skupiny respondentů:

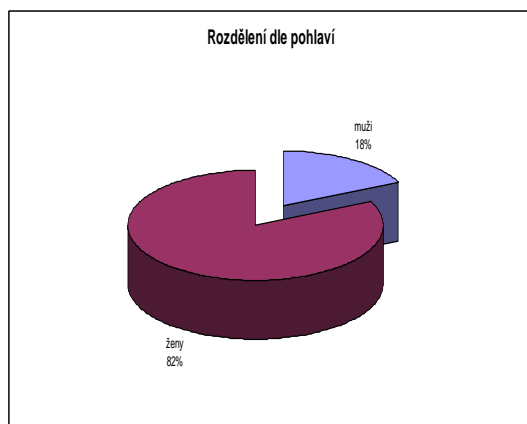
- 1) pracovníci v sociální (zdravotně – sociální) sféře,
- 2) uživatelé sociálních služeb (senioři).

4.1 Vyhodnocení dotazníků pro pracovníky v sociální (zdravotně – sociální) sféře

Dotazníkovým šetřením u pracovníků v sociální (zdravotně – sociální) sféře jsem zjišťovala, kromě základních statistických údajů, jako jsou věk, pohlaví, vzdělání, také místo a oblast jejich působení, jejich názory na to, jak se jim jeví pokrytí oblasti, jejich působení různými druhy sociálních služeb, či zda mají dostatek informací o poskytovatelích sociálních služeb.

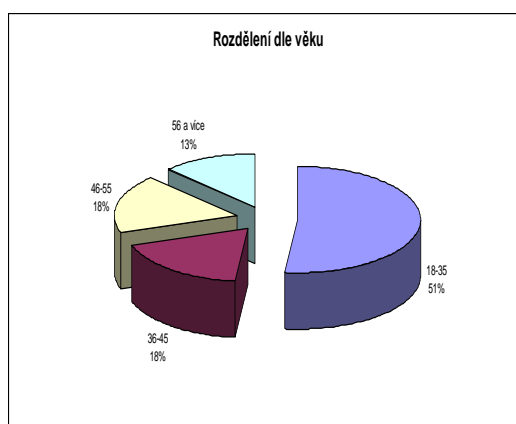
Bylo rozdáno 80 dotazníků. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 56 respondentů.

Graf č. 1



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2

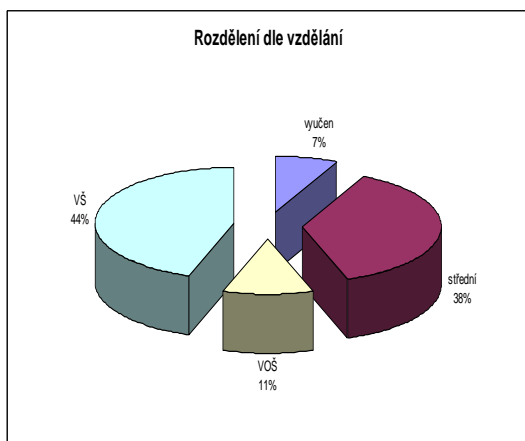


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1 porovnává skupinu pracovníků v sociální oblasti dle pohlaví. Můžeme zde vidět značnou převahu žen 46 (82%) oproti mužům 10 (18%). Z tohoto porovnání je patrný dlouhodobě přetrvávající nedostatek mužů působících v sociální sféře.

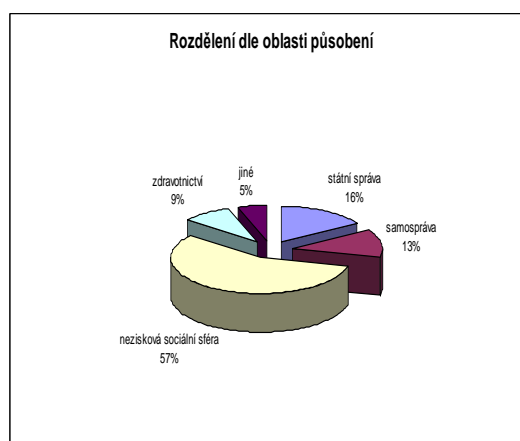
Graf č. 2 rozděluje zúčastněné respondenty dle věkových skupin, kdy nejpočetnější skupinu tvoří věková kategorie od 18 – 35 let celkem 29 (51%) dotazovaných. Ostatní věkové kategorie jsou zastoupeny rovnoměrně.

Graf č. 3



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4



Zdroj: Vlastní výzkum

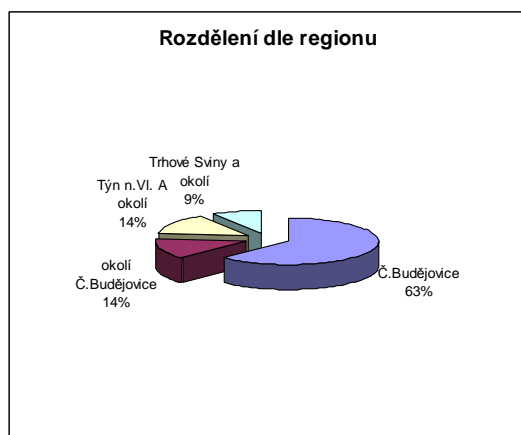
Graf č. 3 znázorňuje, jakého nejvyššího vzdělání pracovníci dosáhli. Nejvyšší podíl zde měli pracovníci, kteří dosáhli vysokoškolského vzdělání celkem 25 (44%) pracovníků. Dále následovali pracovníci se středoškolským vzděláním, zde tento počet činil 21 (38%) pracovníků. Nejméně pracovníků bylo z řad vyučených, kde byli z celkového počtu dotazovaných zastoupeni pouze 4 (7%) pracovníci.

Převaha pracovníků s vysokoškolským, či středoškolským vzděláním je dána současnou legislativou, která klade vysoké vzdělanostní požadavky na pracovníky působící v sociální oblasti. U středoškolsky vzdělaných pracovníků se dá předpokládat, že je zde zastoupen vysoký podíl pracovníků, kteří si museli dle požadavků legislativy doplnit vzdělání akreditovanými 150-ti hodinovými kurzy. Tito pracovníci pak působí, jak můžeme vidět v Grafu č. 4 z převážné většiny v neziskové sociální sféře zejména jako tzv. pracovníci v přímé obslužné péči.

Graf č. 4, jak jsem již výše uvedla, převážná většina dotazovaných působí v neziskové sociální sféře, zejména v terénních sociálních službách, celkem 32 (57%)

dotazovaných pracovníků. Zde jsou zastoupeni z převážné většiny pracovníci se středoškolským vzděláním, dále určitá část pracovníků s vysokoškolským vzděláním (ti působí většinou na pozicích sociálních pracovníků), či pracovníci s vyšším odborným vzděláním. Další relativně silnou skupinu tvořili pracovníci z veřejné správy, celkem 16 (29%) z celkového počtu dotazovaných pracovníků.

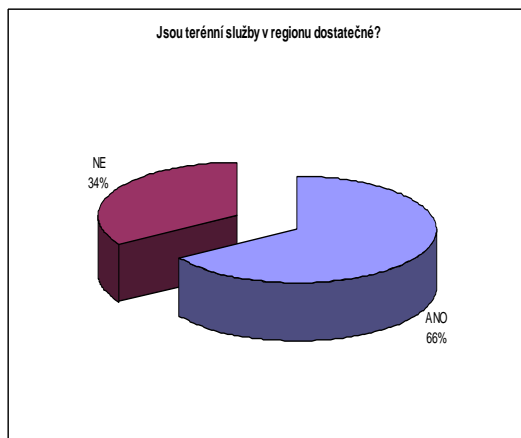
Graf č. 5



Zdroj: Vlastní výzkum

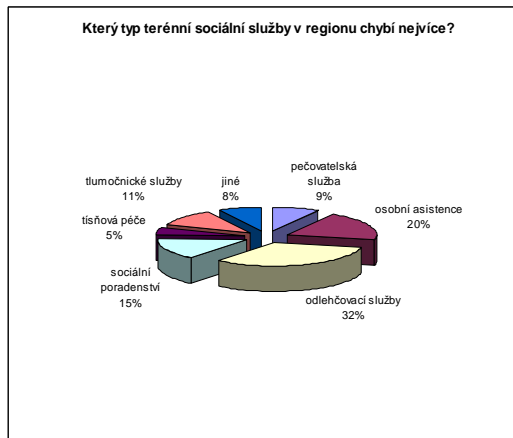
Graf č. 5 znázorňuje oblasti působení dotazovaných pracovníků. Největší počet pracovníků působí v Českých Budějovicích a nejbližším okolí, celkem 43 (77%) dotazovaných. Ve zbylých dvou oblastech na které jsem se ve výzkumu zaměřila, tedy v Týně nad Vltavou a v Trhových Svinech působí zbylých 13 (23%) dotazovaných pracovníků. Toto rozdělení může na první pohled působit dosti nevyváženě, ale zajištění dostatečné nabídky terénních sociálních služeb, je na území Trhvosvinenska a Týnska zajišťováno kromě místních „malých“ poskytovatelů, ještě poskytovateli „většími“, právě z Budějovicka. Tímto způsobem, je i zde zajištěno dostatečné pokrytí terénními sociálními službami.

Graf č. 6



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 7



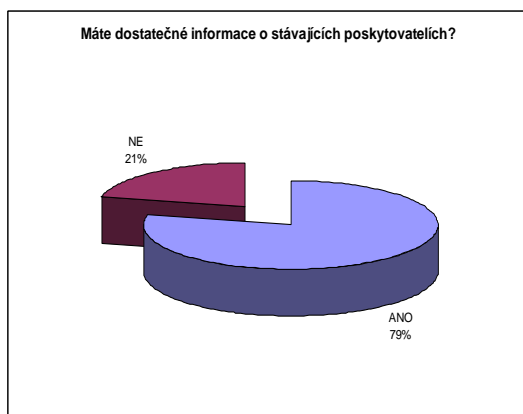
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 znázorňuje názor pracovníků na pokrytí jejich regionu terénní sociální službou. Z celkového počtu 56 pracovníků uvedlo 37 (66%) z nich, že tyto služby jsou dostatečné, zbylých 19 (34%) uvedlo, že jich je v jejich regionu nedostatek.

Graf č. 7 popisuje názor dotazovaných na otázku, který druh sociálních služeb v jejich regionu chybí nejvíce. Z celkového počtu dotazovaných, uvedlo 37 (32%) pracovníků, že nejvíce chybí odlehčovací služby. Druhým typem služby, který pracovníci shledali jako nedostatečný, byla osobní asistence, zde tuto potřebu služby uvedlo 23 (20%) pracovníků. Ostatní typy služeb, jako např. tlumočnické služby, tíšňová péče, sociální poradenství či jiné nebyly zastoupeny oproti předchozím dvěma (odlehčovací služby, osobní asistence) v takovém rozsahu.

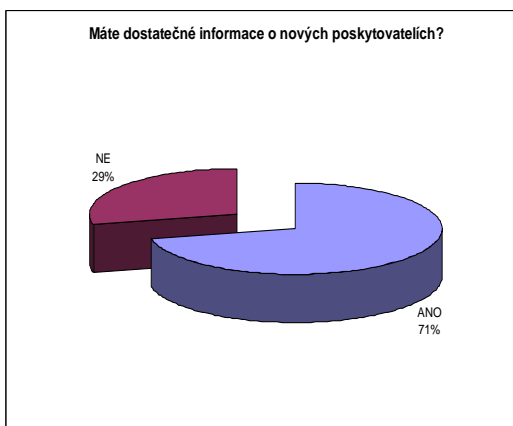
To, že byla nejvíce zastoupena nedostatečnost odlehčovacích služeb odráží zkušenosti právě pracovníků terénních sociálních služeb z jejich praxe, kde se setkávají s uživateli i jejich rodinnými příslušníky, kterým by tento typ služby v některých případech umožnil péči o svého příbuzného v jeho přirozeném prostředí a nenutil by je řešit situaci např. formou pobytových sociálních služeb (domovů pro seniory).

Graf č. 8



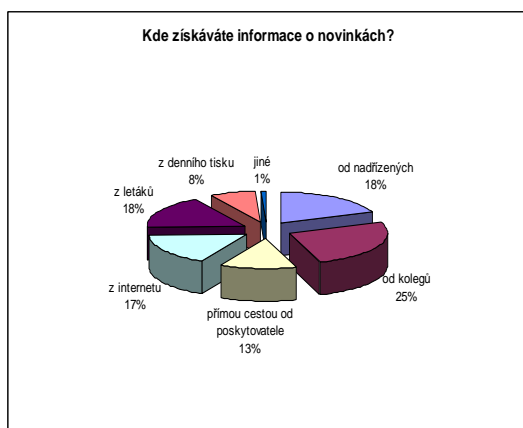
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 9



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 10



Zdroj: Vlastní výzkum

U **Grafu č. 8** a **Grafu č. 9** můžeme vidět prakticky shodné výsledky na dotazování pracovníků na otázky ohledně stávajících a nových poskytovatelů. U obou grafů prakticky shodně přes 70% pracovníků zodpovědělo, že mají dostatečné informace, jak o stávajících poskytovatelích, tak o poskytovatelích nových. Tato odpověď na tyto otázky je dána zejména tím, že v dnešní době existuje Veřejný registr poskytovatelů sociálních služeb MPSV ČR, kde jsou pravidelně aktualizovány informace, jak o stávajících poskytovatelích, tak o poskytovatelích nových.

S těmito grafy úzce souvisí i **Graf č. 10**, kde pracovníci odpovídali na to, jakým způsobem nejčastěji získávají informace o poskytovatelích sociálních služeb. Zde odpovědělo 31 (25%) dotazovaných, že tyto informace získávají od svých kolegů. Dále

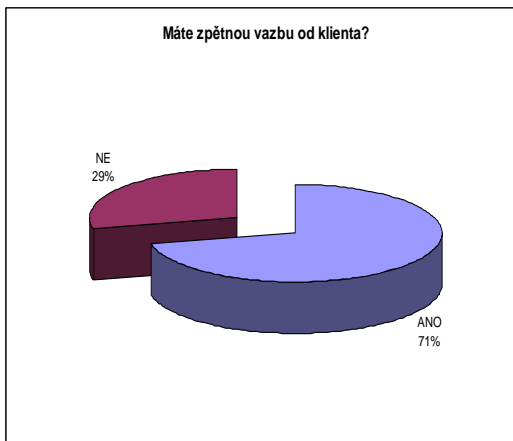
uvedlo shodně 21 (18%) dotazovaných, že tyto informace získávají od svých nadřízených či z letáků (tzv. průvodců sociálními službami, či informačních letáků jednotlivých poskytovatelů). Třetí nejčastější skupinu tvořili pracovníci, kteří si informace získávali z internetu, jednalo se o 20 (17%) pracovníků.

Graf č. 11



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12

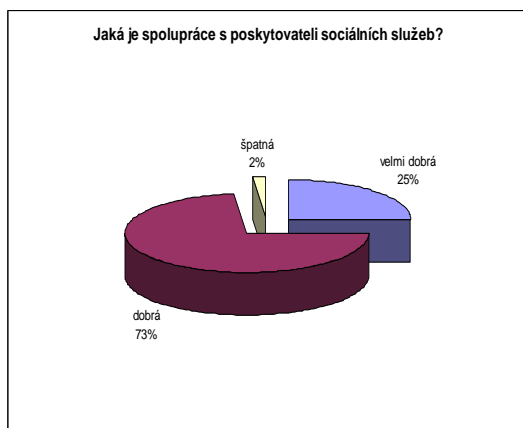


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 11 porovnává názory pracovníků na otázku, zda se domnívají, že v jejich regionu lze zajistit dostatečnou péči o klienta. Zde odpověděla převážná většina z celkového počtu dotazovaných, celkem 43 (77%) pracovníků, že se domnívají, že lze zajistit dostatečnou péči o klienta, pouze 13 (23%) odpovědělo, že si myslí, že dostatečnou péči zajistit nelze.

Graf č. 12 opět souvisí s Grafem č. 11, kde 40 (71%) pracovníků odpovědělo, že mají zpětnou vazbu od klientů. Z tohoto se dá odvodit, že souhlasí tvrzení pracovníků, že lze zajistit dostatečnou péči o klienta.

Graf č. 13



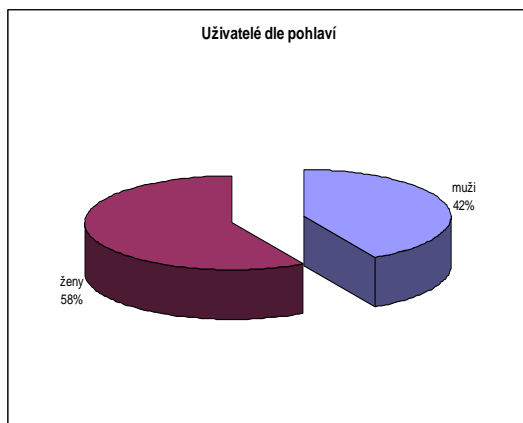
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13 zobrazuje názor pracovníků na to, jak vidí spolupráci mezi poskytovateli navzájem. Zde odpovědělo 41 (73%) pracovníků, že spolupráce je dobrá, 14 (25%) pracovníků, že spolupráce je dokonce velmi dobrá. Tyto výsledky opět mohou souviset s výsledky v grafech č. 11 a 12, a to tak, že pokud je totiž dobrá spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb a oni mezi sebou spolupracují, je možné zajistit dostatečnou péči o klienta.

4.2 Vyhodnocení dotazníků pro uživatele sociálních služeb

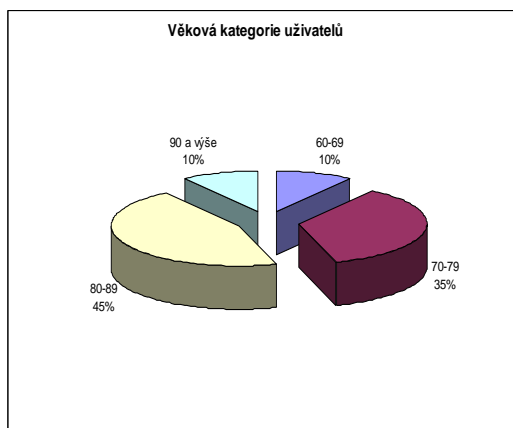
Dotazníkovým šetřením u uživatelů sociálních služeb jsem zjišťovala, kromě základních statistických údajů, jako jsou věk, pohlaví, vzdělání, oblasti, kde žijí, také jejich názory na to, zda jsou závislí na pomoci druhé fyzické osoby a o jaký stupeň závislosti se jedná. V této souvislosti jsem se chtěla dozvědět, zda mají přiznaný příspěvek na péči, a jak ho využívají. Zajímalo mne, zda si z finanční částky za tento příspěvek kupují spíše terénní sociální služby nebo zda platí za pomoc svým blízkým. Dále zda klienti vědí o poskytovatelích sociálních služeb a pokud ano, kde se o nich dozvěděli. Na závěr mne zajímalo, zda jsou s poskytovanou sociální službou spokojeni. Bylo rozdáno 50 dotazníků. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 31 respondentů.

Graf č. 14



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15



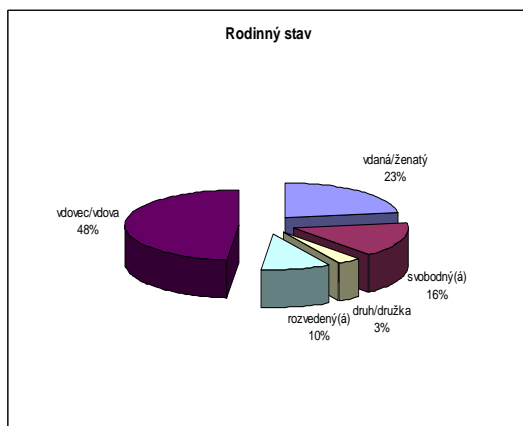
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 ukazuje podíl mužů a žen z celkového počtu dotazovaných respondentů (uživatelů). Dotazníkového šetření se zúčastnilo 18 (58%) žen a 13 (42%) mužů.

Graf č. 15 nám rozděluje respondenty dle věkových kategorií. Nejvíce respondentů bylo ve věku 80 – 89 let, celkem 14 (45%) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 11 (35%) respondentů ve věku 70 – 79 let. Ve věkových skupinách 60 – 69 let a 90 a více let byli shodně zastoupeni 3 (10%) respondenti.

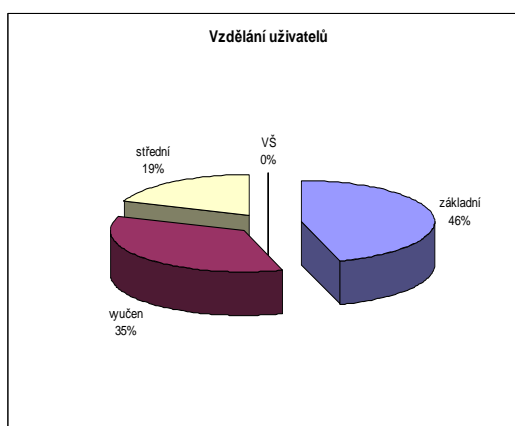
Tato rozdělení dle pohlaví a dle věku odrážejí skutečnosti, které jsou také výsledky mnohých demografických a statistických výzkumů, a to takových, že ve věku od 70 let výše přibývá žen a ubývá mužů, ale zároveň stoupá závislost těchto osob na různých druzích pomoci.

Graf č. 16



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17

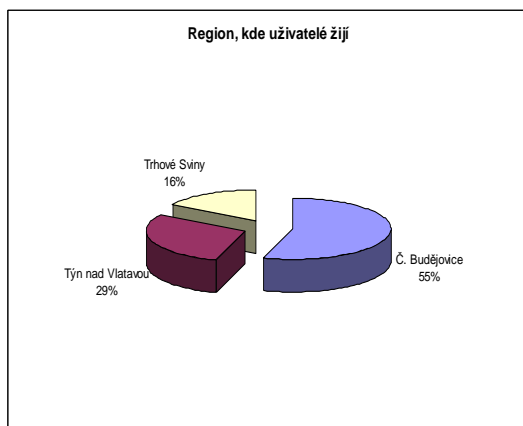


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 rozděluje respondenty dle rodinného stavu. Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti vdovec/vdova, celkem 15 (48%) respondentů, dále 8 (26%) tvořili respondenti v manželství či partnerském vztahu. 5 (16%) respondentů bylo svobodných, 3 (10%) respondenti byli rozvedení.

Graf č. 17 zobrazuje respondenty dle dosaženého vzdělání, kdy 14 (46%) respondentů mělo pouze základní vzdělání, 11(35%) respondentů mělo střední odborné vzdělání, 6 (19%) respondentů mělo středoškolské vzdělání a 0 respondentů vzdělání vysokoškolské.

Graf č. 18



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 18 rozděluje respondenty dle regionu, ve kterém žijí. Největší skupinou byli respondenti žijící v Českých Budějovicích 17 (55%) respondentů, dále 9 (29%) respondentů žilo v Týně nad Vltavou a 5 (16%) respondentů v Trhových Svinech.

Graf č. 19



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 20

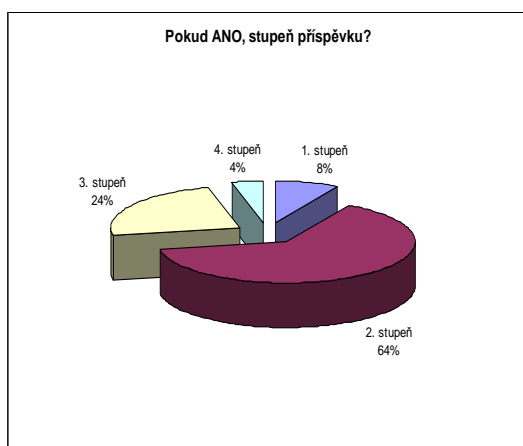


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 19 znázorňuje pocit závislosti respondentů na péči. Jako se středně těžkou závislostí na pomoci jiné fyzické osoby, se hodnotí celkem 21 (64%) respondentů, 8 (28%) respondentů uvedlo závislost těžkou až úplnou a 2 (8%) respondentů uvedlo lehkou závislost na pomoci jiné fyzické osoby.

Graf č. 20 nám ukazuje počet respondentů, kteří skutečně pobírají příspěvek na péči. Jednalo se z celkového počtu 31 respondentů o 25 (81%) respondentů, kteří odpověděli, že příspěvek na péči pobírají, 4 (13%) respondentů odpovědělo, že příspěvek na péči nepobírají a 2 (6%) respondentů uvedlo, že o této dávce neví.

Graf č. 21



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 21 rozděluje 25 respondentů, kteří odpověděli, že příspěvek na péči pobírají, do skupin dle výše přiděleného příspěvku. Z tohoto počtu pobíralo nejvíce respondentů, celkem 16 (64%) příspěvek ve 2. stupni (4.000,-Kč), dále 6 (24%) respondentů pobíralo příspěvek ve 3. stupni (8.000,-Kč). Příspěvek na péči v 1. stupni (2.000,-Kč) pobírali celkem 2 (8%) respondenti a pouze 1 (4%) respondent pobíral příspěvek ve 4. stupni (12.000,-Kč).

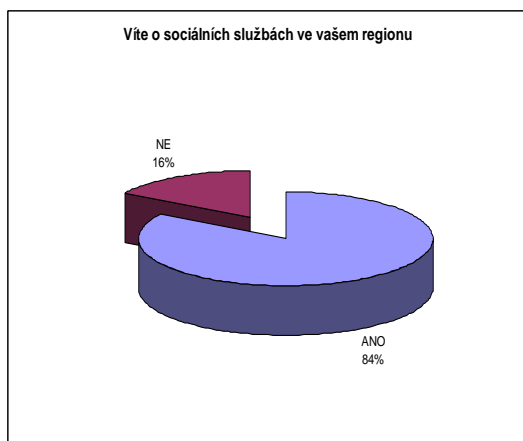
Graf č. 22



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 22 popisuje, jakým způsobem je příspěvek na péči respondenty využíván. 16 (64%) z nich využívá k zajištění svých potřeb některé ze sociálních služeb poskytovaných v regionu, ve kterém žijí, 7 (28%) respondentů příspěvek dává rodině, která mu zajišťuje potřebnou péči a 2 (8%) respondenti platí z příspěvku na péči za pomoc sousedům či známým.

Graf č. 23



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 23 ukazuje, že znalost o sociálních službách v regionu má 26 (84%) respondentů, naopak 5 (16%) respondentů o sociálních službách v okolí neví.

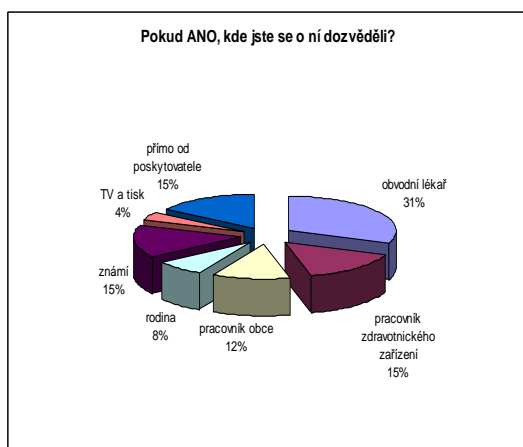
Graf č. 24



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 24 ukazuje, že některou ze sociálních služeb využívalo 26 (84%) respondentů, nevyužívalo 5 (16%) respondentů.

Graf č. 25

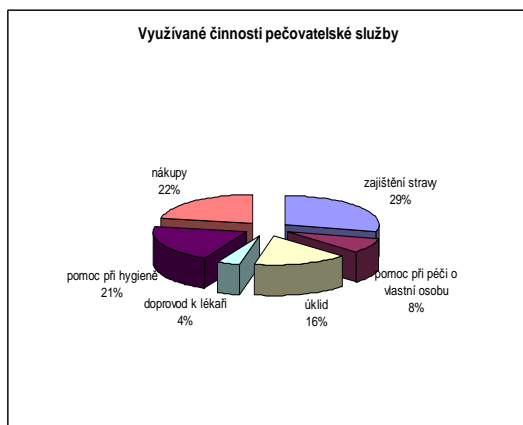


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 25 zobrazuje zdroje, od kterých respondenti získávali informace o pečovatelské službě. Nejvíce respondentů se dozvědělo o činnosti pečovatelské služby od svého obvodního lékaře – celkem 8 (31%), dalšími zdroji pak byl nejčastěji poskytovatel sociální služby 4 (15%) respondenti, od známých se tuto informací

dozvěděli 4 (15%) respondenti. Dalším významným zdrojem byl sociální pracovník před propuštěním z nemocnice, zde tuto skutečnost uvedli taktéž 4 (15%) respondenti.

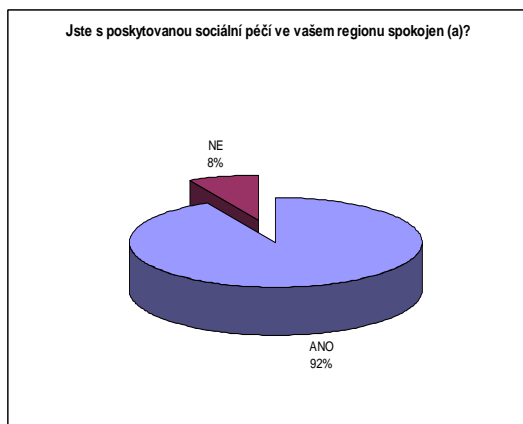
Graf č. 26



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 26 znázorňuje, jaký úkon pečovatelské služby je nejvíce respondenty využíván. Nejčastěji je pečovatelská služba využívána k zajištění dovážky obědů celkem u 21 (29%) respondentů. Následuje zajištění nákupů celkem u 16 (22%) respondentů a pomoc při osobní hygieně u 15 (21%) respondentů. 12 (16%) respondentů využívá pečovatelskou službu k zajištění úklidu.

Graf č. 27



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 27 nám ukazuje spokojenost respondentů s poskytovanou péčí. Z respondentů, kteří uvedli, že pečovatelskou službu využívají odpovědělo 24 (92%) respondentů, že jsou s poskytováním služby spokojeni, pouze 2 (8%) respondenti uvedli, že spokojeni nejsou.

4.3 Vyhodnocení rozhovoru

Na základě vyhodnocených dotazníků jsem chtěla pomocí nestandardizovaného rozhovoru nahlédnout hlouběji do situace klientů, kteří využívají pomoc terénní sociální služby.

Formou nestandardizovaného rozhovoru jsem hovořila se třemi respondenty, kteří byli v průběhu ledna až března 2010 opakovaně hospitalizováni na oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice, a.s. a následně propuštěni do domácí péče. Formu nestandardizovaného rozhovoru jsem zvolila vzhledem k okruhu osob – seniorům. Každý starší člověk je rád, když někdo k němu přijde, projeví o něho zájem, chce si s ním povídat. Nemohla jsem tedy přijít s přesně daným schématem, od kterého se nelze odchýlit. Rozhovor byl veden pružnou formou, kdy mnou připravené okruhy otázek byly kladeny v takovém pořadí a v takové formulaci, která nevyvolala v respondentech pocit, že chci rychle zodpovědět otázky a pryč.

Těmto respondentům jsem ještě před propuštěním pomohla ze své funkce sociální pracovnice zajistit některé zdravotně-sociální služby. Toto zajištění spočívalo ať již v předání kontaktu na poskytovatele služeb, tak také v samotném zprostředkování kontaktu s těmito poskytovateli, který se odehrával ještě před propuštěním z nemocnice a záleželo na samotných respondentech a jejich rodinách, jaké úkony a služby si s poskytovateli zdravotních či sociálních služeb nasmlouvají.

Během prováděného rozhovoru jsem chtěla zjistit, jaké úkony zdravotních či sociálních služeb využívají, jak pobyt v domácím prostředí zvládají, zda jsou s péčí spokojeni.

4.3.1 Rozhovor s respondentem z Českých Budějovic

Pan J.M. žije v Č.Budějovicích, je mu 78let, žije sám, je vdovec, manželka zemřela před necelým rokem, stále se s jejím odchodem nedokáže smířit. Je plačtivý, nerad chodí mezi lidi. Jediná dcera se odstěhovala za manželem do Prahy, o otce má sice zájem, denně mu telefonuje, ale na návštěvu za ním se dostane maximálně 1x za měsíc. Když žila klientova manželka, občas za dcerou jezdili na návštěvu spolu, nyní si sám již netroufá. Na samotu si sice nezvykl, ale do společnosti chodit nechce. Bydlí v malém bytě 2+1 v panelovém domě na sídlišti ve 2.patře s výtahem. Má hodně sousedy, kteří mu občas pomůžou, ale spoléhat se na jejich pravidelnou pomoc nemůže. Pan J.M. je velmi vázaný na svého pejska. Při jeho hospitalizaci v nemocnici si pro něho musela přijet dcera a vzít si ho do Prahy.

Po prodělané CMP (cévní mozkové příhodě) v prosinci roku 2008 jsem doporučila panu J.M. zažádat si o příspěvek na péči na Magistrátu města Č.Budějovice. V lednu t.r. mu byl přiznán příspěvek 2.stupně ve výši 4 000, Kč. Tuto částku si nechává zasílat na svůj bankovní účet, stejně jako starobní a vdovecký důchod, který pobírá.

Mezi základní diagnózu pana J.M. patří prodělaná CMP. Jeho stav se po skončení léčby výrazně zlepšil. Díky rehabilitaci se celkem dobře rozchodil, ale při chůzi si stále není úplně jistý. Levá horní končetina je méně citlivá, často mu z ruky

něco vypadne. Za velký úspěch považuje pan J.M., že se cévní mozková příhoda nepodepsala na jeho vyprazdňování.

Jelikož má pan J.M. již zkušenost s využitím terénní pečovatelské služby Charita, kterou jsem zajišťovala po poslední hospitalizaci, zajímala jsem se na jeho spokojenost s ní, zda si ponechal všechny služby, které jsme zajišťovali. Jednalo se o dovážku oběda, drobné nákupy. Větší nákup zajistí 1x za měsíc dcera a úklid v domácnosti .

Ze sdělení p. J.M. jsem se dozvěděla, že pečovatelská služba Charita docházela celou dobu jeho pobytu v domácím prostředí , tj. od června roku 2009 do ledna 2010., kdy musel být znovu přijat k hospitalizaci pro zhoršení hybnosti a chůze. Po intenzivní rehabilitaci mohl být v březnu 2010 opět propuštěn domů.

Pečovatelská služba docházela před poslední hospitalizací v lednu 2010 2x denně, ráno pečovatelka pomáhala s hygienou a připravila snídani.V poledne přivezla oběd, který mu ohřála a připravila na talíř. Do lednice připravila většinou studenou večeři, panu J.M. často zbývalo jídlo z oběda. Pečovatelská služba dále příležitostně zajišťovala další potřebné záležitosti, např. doprovod pana J.M. k lékaři, když se necítil dobře, dle potřeby úklid a většinou 2x do týdne drobný nákup.

Jelikož se po druhé hospitalizaci chůze pana J.M. příliš nezlepšovala a dalo se předpokládat, že se může i zhoršit, pozvala jsem si před posledním propuštěním z nemocnice (březen 2010) k jednání jeho dceru. Sdělila jsem jí, že by bylo vhodné navštívit prodejnu kompenzačních pomůcek a vybrat některou, která by pomohla otci v jeho pobytu doma. Jednalo se zejména o chodítko, popř. rolátor, madla na WC a do koupelny, popř. zvažít, zda by nebylo vhodné předělat koupelnu na sprchový kout .

Dcera prodejnu navštívila, zaměstnankyně jí doporučila rolátor, který lze získat na poukaz od odborného lékaře – neurologa. Madla na WC a do koupelny také otci zajistila.

Pečovatelskou službu jsme rozšířili na návštěvy 3x denně, bylo potřeba zajistit i večerní návštěvu, zejména večerní hygienu a přípravu večeře.

Ve spolupráci s ošetřujícím lékařem oddělení jsem zajistila z Agentury Ivas rehabilitační pracovníci, která by denně docházela a s panem J.M. rehabilitovala i doma.

Nejvíce mne zajímalo, zda takto nastavená pomoc po propuštění z nemocnice panu J.M. stačí a vyhovuje. V současné době je naprosto spokojen, jak s péčí, tak milým a vstřícným chováním pracovníků, jak pečovatelské služby Charita, tak zdravotních sester z Domácí péče Ivas, kteří k němu docházejí. Pan J.M. má klid, že se každý den, včetně soboty a neděle, za ním někdo zastaví a dcera je ráda, že je o otce dobře postaráno. Přesto jsem doporučila klientovi, zda by neměl zájem o návštěvy dobrovolníka ze zdravotně sociální fakulty, který by s ním měl čas si popovídat, popř. s ním trénovat paměť nebo by s ním zašel na procházku. Pan J.M. slíbil, že o tom bude uvažovat, zatím neví, zda by našel s mladým člověkem společnou řeč.

4.3.2 Rozhovor s respondentkou z Týna nad Vltavou

Druhá respondentka paní M.R. byla z Týna nad Vltavou. Jedná se o svobodnou, zcela osamělou paní.

Respondentka žije sama ve starém domku po rodičích v malé vesnici 5km od Týna nad Vltavou. Domek má nevyhovující podmínky, je zde suché WC na dvorku, koupelnu nemá, hygienu prováděla ve vaně, kterou si vždy přinesla na chodbu. V domku byl nepořádek, na čistotu paní M.R. příliš nedbala. Raději pracovala na zahrádce.

Paní M.R. je 82 let, doposud žádnou pomoc nepotřebovala. Sama si dojela do města nakoupit, byla soběstačná, s těžšími záležitostmi, např. příprava dřeva na zimu, jí pomohli sousedé. Doposud chovala slepice a králíky.

Do nemocnice na oddělení následné péče byla přijata pro rozsáhlé bércové vředy v říjnu minulého roku (2009). Lékařem jí bylo sděleno, že v případě této diagnózy se jedná o dlouhodobou léčbu. Hned zpočátku hospitalizace bylo nutné zabezpečit domácí zvířata. To paní M.R. zajistila tak, že slepice a králíky dala sousedům. Hospitalizace trvala do ledna r. 2010, došlo k výraznému zlepšení, ale i po propuštění bylo potřeba zajistit, aby dolní končetina byla v čistotě a pravidelně převazována.

Krátce před propuštěním jsme s paní M.R. domlouvaly možnosti pomoci v domácím prostředí. Informovala jsem se, zda zná možnosti pečovatelské služby v jejím regionu a v čem by zejména potřebovala pomoci.

Paní M.R. nevěděla, že vůbec nějaké služby, které by jí pomohly, existují. Ptala se, zda se nejedná o „nějaké služebné“. Vysvětlila jsem jí, že se jedná o placenou službu. Zde měla obavy, zda jí na to bude stačit důchod. Vysvětlila jsem jí, že na tyto účely je příspěvek na péči. Žádost o tento příspěvek jsem s ní vyplnila a poslala na odbor sociálních věcí na Městský úřad v Týně nad Vltavou. Žádost pro dlouhé vyřizovací lhůty nebyla doposud vyřešena. Paní M.R. jsem informovala, že pokud jí dávka bude přiznána, že částku dostane vyplacenu zpětně.

Kontaktovala jsem v Týně nad Vltavou Pečovatelskou službu Ledax a po domluvě s klientkou jsem zajistila dovážku obědů, 3x do týdne nákup. Ostatní služby, zejména pomoc a dohled při hygieně v jejím domě, paní M.R. rezolutně odmítala. Sdělila jsem jí, že v případě jejího onemocnění je třeba udržovat tělo a hlavně dolní končetinu postiženou bércovými vředy (i když zaléčenými) v naprosté čistotě. Přesto tuto pomoc odmítla. Obrátila jsem se na městský úřad odbor sociálních věcí, zda by bylo možné upravit v domku místnost, kde by se postavilo hygienické zázemí. Tato pomoc byla zamítnuta, paní M.R. bylo ale doporučeno, že by ji pečovatelská služba dle potřeby dovážela autem agentury do domu s pečovatelskou službou v Týně nad Vltavou, kde by za pomoci pečovatelky mohla být hygiena provedena. S tímto řešením klientka nečekaně souhlasila.

Po dvou měsících této péče jsem s paní M.R. hovořila. S péčí je naprosto spokojena, 2x v týdnu dojíždí do domu s pečovatelskou službou na hygienu, velmi se jí zde líbí, dokonce uvažuje o tom, že si sem podá žádost o umístění. Již si zde našla přítelkyni, se kterou si rozumí.

Zdravotní péči o bércové vředy zajišťuje zdravotní sestra od obvodního lékaře, onemocnění je vzhledem k dobré hygieně dobře zaléčeno. S obědy je klientka spokojena, nevýhoda je, že pečovatelská služba v tomto regionu nefunguje také o víkendu. V pátek pečovatelka zajistí paní M.R. větší nákup i na sobotu a neděli, občas

ji pozvou na oběd sousedé. Tato situace by se vyřešila jejím nástupem do domu s pečovatelskou službou.

4.3.3 Rozhovor s respondentem z Trhových Svinů

Jako třetího respondenta jsem vybrala pana J.K. Je mu 79 let, dříve pracoval v zemědělství, ještě do 75 let měl soukromé hospodářství. Již cca. 20 let se léčí pro chronickou chorobu pulmonální, krátce před vánočními svátky roku 2009 se jeho zdravotní stav rapidně zhoršil a musel být hospitalizován.

Krátce se léčil na interním oddělení, na doléčení byl přijat na oddělení následné péče. Při své chorobě je značně limitován, někdy mu každý krok činí velké potíže. S přihlédnutím k jeho stavu bylo proto nutné nastavit i potřebnou pomoc po propuštění z nemocnice.

Pan J.K. bydlí v Trhových Svinech v zemědělském stavení, WC i koupelna jsou v domku. Je ženatý, ale manželka je již také částečně odkázána na pomoc druhé osoby. Před 30-ti lety adoptovali z dětského domova dceru, ta se s nimi po dosažení plnoletosti pohádala a s rodiči se rozešla. Nejeví o ně zájem, ani jednou za panem J.K. nepřišla na návštěvu, o jejich situaci se nezajímá. Pana J.K. zmínka o ní vždy velice rozteskní, ale vyhledat ji nechce, neví ani kde bydlí.

Nejprve bylo potřeba zajistit podání žádosti o příspěvek na péči. Pan J.K. i jeho manželka mají jako zemědělci poměrně nízký důchod, s úhradou pečovatelské služby by měli finanční problémy. Sepsala jsem s ním žádost a odeslala na Městský úřad v Trhových Svinech. Žádost ale doposud nebyla vyřízena, klienta jsem však ubezpečila, že finanční hotovost plynoucí z tohoto příspěvku dostane vyplacenu zpětně.

Před propuštěním do domácí péče jsem oslovila Pečovatelskou službu Ledax v Trhových Svinech. I když bydlí přímo v Trhových Svinech, není spolehnutí, že by si on nebo jeho manželka byli schopni dojít nakoupit. Proto jsme v první řadě s pečovatelskou službou řešili nákupy 3x v týdnu a dovážku obědů. Zde jsme, podobně jako u předchozí respondentky, narazili na problém s dovážkou oběda o víkendů a o svátcích. Opět bylo nutné v pátek zajistit nákupem dostatek jídla na víkend.

Dále bylo nutné zajistit pomoc při hygieně, a to denně, jak u pana J.K., tak u jeho manželky. Jelikož je v koupelně vana, mohlo by dojít bez dohledu k úrazu.

Další službu, kterou jsem viděla jako potřebnou byla asistenční služba, která by manželům přes den dělala jednak společnost, ale hlavně mohla je doprovázet k lékaři nebo na procházku, apod. Ta ovšem v Trhových Svinech také nešla zajistit, nejsou zde volné kapacity zaměstnanců. Z tohoto důvodu jsem panu J.K. i jeho manželce nabídla možnost sepsání žádosti do domova pro seniory, kam by v případě, že by se jejich soběstačnost zhoršovala mohli nastoupit a bylo by o ně celodenně postaráno. Oba manželé souhlasili, vybrali jsme společně domov pro seniory nedaleko Trhových Svinů - Chvalkov.

Pan J.K. byl z nemocnice propuštěn v polovině února 2010. Když jsem s ním vedla rozhovor, s pomocí pečovatelské služby byl vcelku spokojen. Denně od pondělí do pátku dochází ráno služba na pomoc při hygieně, připraví oběma manželům snídani. Oběd pouze přivezou, nemají při rozvozu již čas stravu přihrát a připravit. Nejvíce panu J.K. chybí pomoc o víkendech. Od pátku odpoledne až do pondělí ráno jsou doma s manželkou sami. Proto začali vážně uvažovat o umístění do domova pro seniory. Sociální pracovnice z Ledaxu již jejich žádost urgovala, až se místo uvolní, nastoupí. Spokojenost s pečovatelskou službou v Trhových Svinech je tedy u pana J.K. pouze částečná, na chování pracovníků si nestěžuje, ale rozsah služby považuje za nedostatečný.

Výsledkem těchto rozhovorů byla skutečnost, že po propuštění z nemocnice potřebují klienti nejvíce dovážku obědů, pomoc při úkonech běžné osobní hygieny a nákupy. Tyto sociální služby potřebovali a vyžadovali všichni tři vybraní respondenti. Bylo to zejména proto, že všichni byli (různým způsobem) odkázáni na pomoc druhé osoby, jednomu již náležel příspěvek na péči, u ostatních byla žádost o příspěvek podána s velkou pravděpodobností, že příspěvek bude přiznán.

5. DISKUSE

Oproti hojně diskutovaným ekonomickým důsledkům stárnutí populace jsou zatím méně uvědomované dopady stárnutí na subjektivní prožívání stáří, na mezigenerační vztahy v rodinách a na potřebu sociálních služeb. Jsou to vzájemně úzce propojené aspekty zabezpečení stáří. Převážně kvalitní mezigenerační vztahy dosud přežívají z minulosti, kdy vnitrorodinná pomoc substituovala profesionalizované služby i v situacích pro rodinu náročných, mj. proto, že jedinou alternativou v praxi bývala institucionální péče různé kvality. Nicméně dále pokračující individualizace či atomizace charakterizující novodobé změny rodinného života přináší hlavně nejstarším osamělým ženám, ale i mužům, mnohé ekonomicko-sociální, zdravotní i psychologické problémy, které nedokáží řešit bez pomoci obce či státu, příp. dalších subjektů.

Navzdory změnám v nabídce sociálních služeb, do značné míry díky zapojení nestátního a soukromého sektoru, se stále častěji setkáváme v souvislosti s populačním stárnutím s obavami, jak společnost zajistí dostatečně početné, kvalitní a dostupné sociální služby pro ty starší občany, kteří ztrácejí soběstačnost.⁵⁵⁾

Cílem tohoto výzkumu bylo zmapovat, zda v okrese České Budějovice je dostatek poskytovatelů sociálních služeb, kteří zajišťují potřebnou pečovatelskou službu v domácím prostředí. Tento výzkum se zaměřil zejména na klienty po propuštění z nemocnice. Zajištěním dostatečné sociální péče v domácím prostředí by se totiž mohla zkrátit doba hospitalizace na pouhou dobu léčebnou. Mnohdy totiž nelze pacienta z nemocnice propustit, protože nemá zajištěnou základní pomoc v domácím prostředí a tudíž se doba prodlužuje. Je to zejména na oddělení následné péče, kde mnohdy čekají pacienti na volné místo v domově pro seniory, protože se z nějakého důvodu nemohou vrátit zpět domů. Je to buď z důvodů jejich osamocení nebo rodinu sice mají, ale ta buď nemůže nebo se nechce o rodiče postarat. Ve velkém procentu nemůže, protože pacientům, kteří jsou hospitalizováni na odděleních následné péče je kolem 70 – 80let, tudíž jejich dětem je okolo 50-ti let. Tyto “děti“ jsou většinou několik let před nástupem

⁵⁵⁾ **KUCHAŘOVÁ, V.** *Komplexní analýza sociálně ekonomických podmínek života ve stáří. Závěrečná zpráva o výzkumu. Praha, listopad 2002: In http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1503.pdf*

do starobního důchodu a mnohdy z finančních důvodů nemohou zůstat s rodiči doma. Existuje sice příspěvek na péči, ale čím vyšší příspěvek je, tím více je uživatel odkázán na pomoc druhé fyzické osoby a většinou není v moci jednoho člověka, takto náročnou pomoc zvládnout. Jedná se o celodenní péči, ve dne a v noci, je nutné polohování, pomoc při hygieně a pomoc při podávání stravy.

Právě terénní sociální služby jsou hlavním garantem záměru udržet klienta v přirozeném prostředí co nejdéle.

Zajištění terénní služby a její přístupnost

Odborná studie uvádí a s tímto tvrzením souhlasím i já, že za jednoznačný klad je možno považovat vstup různých, převážně nestátních subjektů mezi zřizovatele a poskytovatele služeb i záměr zákonodárců přiblížit potřebnou pomoc co nejbližší občanovi, tedy do obce, a snahu vrátit péči o nesoběstačné seniory do přirozeného prostředí domova a rodiny.⁵⁶⁾

Dle odborné studie je pečovatelská služba nepochybně nezastupitelná a její význam spíše poroste, prosadí-li se snahy minimalizovat dle možností ústavní péči.⁵⁷⁾

Dle výše citované studie ji však je možné garantovat, pokud se najde dostatek subjektů ji poskytujících, aby byla dostupná po celém území republiky.⁵⁸⁾

Další studie uvádí, že sociální služba může mít mnoho podob co se týče jejího typu, druhu, cílového příjemce, zřizovatele i poskytovatele. Poskytnutí potřebné služby je limitováno mnoha faktory, z nichž na prvních místech je třeba jmenovat sociální jev, který je možné službou ošetřit a sociální skupinu občanů, jíž se tento nejčastěji týká. Z těchto atributů vychází i zákon o sociálních službách, řadící služby do tzv. komplexů služeb. Možnost poskytnout službu však ovlivňuje i vybavenost území konkrétními

⁵⁶⁾ VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. VÚPSV, březen 2003: In <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/slusen.pdf>

⁵⁷⁾ KUCHAROVÁ, V. *Komplexní analýza sociálně ekonomických podmínek života ve stáří. Závěrečná zpráva o výzkumu*. Praha, listopad 2002: In http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1503.pdf

⁵⁸⁾ KUCHAROVÁ, V. *Komplexní analýza sociálně ekonomických podmínek života ve stáří. Závěrečná zpráva o výzkumu*. Praha, listopad 2002: In http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1503.pdf

službami, rozlehlost území, hustota obyvatel, počet obcí spadajících do určité velikostní skupiny na území a jejich občanská vybavenost, okolnost, zda se jedná o město, příměstskou obec nebo např. obec příhraniční, dopravní obslužnost apod..⁵⁹⁾

S těmito tvrzeními bych si dovolila souhlasit. V naší zemi je sice dostatek poskytovatelů zajišťujících terénní sociální služby, ale své služby poskytují spíše na území velkých měst, či významných okresů, ale území hůře dostupná, např. horské oblasti, příhraniční oblasti, samoty, jsou stále málo terénními sociálními službami pokryty. V současné době však není nikdo, kdo by poskytovatelům mohl přikázat, na kterém území budou poskytovat své služby. Toto je v dnešní době možné snad jen dotačním titulem, který by poskytovatele působící v těchto málo pokrytých oblastech více finančně podpořil.

Ze sledovaného okresu České Budějovice mohu podotknout, že sice na všech třech sledovaných územích okresu bylo poskytování pečovatelské služby zajištěno, avšak bylo viditelné, že na území měst České Budějovice a Týn nad Vltavou bylo poskytování zajištěno několika poskytovateli, zatímco na území Trhových Svinů (které je územím vzdálenějším a hůře dostupnějším), zajišťoval pečovatelskou službu pouze jeden poskytovatel. Tato skutečnost byla potvrzena jak pracovníky působícími v sociální (zdravotně – sociální) sféře, tak samotnými uživateli.

Spokojenost uživatelů s poskytovanou službou

Odborná studie uvádí, že za optimální způsob řešení sociální situace je u nesoběstačných občanů považováno poskytování služeb terénních, zvláště pak přímo v domácnosti příjemce. Největší zájem projevují občané v případě ztráty soběstačnosti o poskytnutí pomoci prostřednictvím pečovatelské služby.⁶⁰⁾

V mém výzkumu, ať již formou dotazníků pro uživatele, tak rozhovory jsem se také zabývala otázkou spokojenosti uživatelů s poskytovanou službou. Převážná většina

⁵⁹⁾ VESELÁ, J. *Sociální služby a jejich poptávka*. Květen 2001: In <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/SoSPO.pdf>

⁶⁰⁾ VESELÁ, J. *Sociální služby a jejich poptávka*. Květen 2001: In <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/SoSPO.pdf>

dotazovaných respondentů odpověděla, že je s poskytovanou péčí spokojena, že jim vyhovuje také časová dostupnost služby. Několik málo uživatelů uvedlo, že by uvítali, pokud by byla pečovatelská služba zajišťována také o víkendech.

Nejdůležitějším zjištěním při výzkumu pro mne bylo to, který typ terénní sociální služby chybí ve sledovaném regionu nejvíce. Někteří respondenti uvedli i více typů (nejvíce však tři typy). Nejvíce v regionu chybí respitní péče, kterou uvedlo 37 respondentů. Tato péče je potřebná právě pro osoby, které pečují o svého blízkého. Jak jsem již uvedla, tato péče je velmi náročná jak na čas, tak i na psychiku pečujícího. Právě nedostatek této služby může odradit pečujícího, protože se nemůže spolehnout, že mu v péči o blízkého někdo pomůže, např. při jeho dovolené nebo nemoci. Pokud by se tato služba dala zajistit v domácím prostředí, t.z., že agentura pečovatelské služby by měla nasmlouvaný dostatek pracovníků, kteří by se u uživatele sociální služby střídali v domácím prostředí např. po 8 hodinách služby, pečující by mohl během roku několikrát načerpat nové síly.

Podobný chybějící prvek v pečovatelské službě je osobní asistence. Mnohým klientům nestačí pouze provedení nejnutnější péče o něho, potřebují si s někým v klidu popovídat, staří uživatelé, kteří špatně vidí si nechat něco přečíst nebo mít doprovod k lékaři nebo jen na procházku. Na nedostatek osobní asistence reagovalo celkem 23 respondentů.

17 respondentů vidělo problém i v poskytování sociálního poradenství. Základní sociální poradenství je zdarma. Nejdůležitější při jeho poskytování je právě dostatečná informovanost pracovníků, viz výše. Proto je nutné proškolení pracovníků, včetně managementu a potřeba celoživotního vzdělávání. Důležitý je také význam, plánování, včetně plánování dlouhodobého.

Nedostatečné pokrytí regionu pečovatelskou službou vidí jako problém 10 respondentů. Jedná se zejména o obce v oblasti Trhových Svinů a to zejména o víkendu. Jako jediný region nemá zajištěnou pečovatelskou službu o víkendech, což je pro mnohé uživatele značně limitující. Ostatní regiony – Č.Budějovice a Týn nad Vltavou jsou zajištěny dostatečně a ke spokojenosti respondentů.

Využívání pečovatelské služby

Nejvíce využívanou činností pečovatelské služby je dle výsledků mého výzkumu dovážka obědů, kterou využívá většina respondentů – celkem 21. Druhou nejčastěji využívanou službou je donáška nákupů a třetí pomoc při hygieně. Větší část respondentů využívá několik služeb najednou, nejčastější je kombinace dovážky obědů, nákupů a pomoc při hygieně. Tato „trojkombinace“ je nejvíce využívaná uživateli, kteří pobírají 3. stupeň příspěvku na péči. Nejméně dotazovaných využívá doprovod k lékaři, pouze 3 respondenti.

Mé zjištěné výsledky potvrzují i jiné odborné studie. Např. ve studii Nešporové a kol. je uvedeno: „připomínáme opakovaně zmiňovaná upozornění na nedostatečně rozvinuté kvalitní terénní služby, které by se náležitě věnovaly péči o klienta samotného a neomezovaly se toliko na jednu dílčí oblast sociálních služeb – např. zajišťování obědů.“⁶¹⁾

Zde si myslím, že terénní sociální služby jsou dostatečně rozvinuty, že by i měly zájem poskytovat více služeb svým klientům, ale pokud je ze strany uživatelů zájem právě o zajištění dovážky obědů, nemohou je poskytovatelé nutit k tomu, aby využívali i jiné činnosti.

Dále tato studie uvádí, že: „Právě terénní služby se přitom zdají být nejvhodnějším doplňkem péče o seniory zajišťované neformálními kanály. Pracovníci v terénních službách si ovšem stěžovali i na nedostatek krátkodobých služeb pobytových, kam by bylo možné klienta umístit v případě, že se jeho zdravotní stav rychle zhorší natolik, že dostupnými službami se ovšem nepochybně regionálně liší. U terénních a ambulantních služeb bývají znevýhodněni spíše lidé žijící v obcích s malým počtem obyvatel a daleko od větších obcí, kde náklady na dopravu neúměrně zvyšují cenu služeb nebo dokonce způsobí, že služba není dostupná vůbec.“⁶²⁾

⁶¹⁾ NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. VÚPSV, v.v.i. Praha, 2008, ISBN 978-80-87007-96-9, In: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf

⁶²⁾ NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. VÚPSV, v.v.i. Praha, 2008, ISBN 978-80-87007-96-9, In: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf

I tyto zkušenosti jsem již výše popisovala, také z mého výzkumu vzešla tato zjištění.

Také Kuchařová a spol. ve své studii uvádí, že: „Jako nejčastější přijímaná služba se opakovaně potvrdil dovoz obědů, tedy uspokojení základní potřeby, kterou rodinní příslušníci, jsou-li a když, tak většinou zaměstnaní, nezvládají zajistit. Následují nákupy potravin apod. a praní prádla, což už bývají služby požadované osaměle žijícími. Většina seniorů využívá pouze jednu službu, méně často dvě. Pečovatelskou službu využívají s obdobnou frekvencí muži i ženy, protože jde v obou skupinách o specifické případy. Rozhodujícím faktorem je z pochopitelných důvodů rodinné zázemí, tj. typ domácnosti podle jejího složení.“⁶³⁾

Taktéž toto zjištění je totožné s mými výsledky výzkumu, které výše popisuji.

Z výše uvedeného je patrné, že lze v domácím prostředí zajistit plnohodnotnou terénní sociální službu, což může být dobrou zprávou pro lékaře, kteří se obávají propustit po залечení akutního onemocnění pacienta z nemocnice domů. Závažnější problém vidím v psychologickém aspektu seniorů v domácí péči, jelikož dle výsledků dotazníku je většina z nich osaměle žijících. I zde je terénní pečovatelská služba velkým přínosem, protože za klientem někdo dochází, promluví s ním, zajímá se o jeho problémy a potíže, je ochoten mu pomoci, většinou i nad rámec svých pracovních povinností. Bylo by potřebné zvýšit kapacitu pracovníků osobní asistence, kteří by měli dostatek času se klientovi věnovat.

⁶³⁾ KUČAŘOVÁ, V., RABUŠIC, L., EHRENBERGEROVÁ, L. *Život ve stáří*. Praha, září 2002, In: <http://praha.vupsv.cz/zivest.pdf>

6. ZÁVĚR

Cíl práce, kde jsem měla zmapovat zda v okrese České Budějovice je dostatek poskytovatelů sociálních služeb, kteří zajišťují potřebnou pečovatelskou službu v domácím prostředí – **byl splněn.**

Stanovená hypotéza, že v okrese České Budějovice je dostatek poskytovatelů sociálních služeb zajišťujících poskytování pečovatelské služby – **byla potvrzena.**

Stanovená hypotéza, že pečovatelská služba není pro všechny zájemce okresu České Budějovice rovnoměrně přístupná – **byla potvrzena.**

Stanovená hypotéza, že uživatelé jsou s poskytovanou pečovatelskou službou spokojeni – **byla potvrzena.**

Stanovená hypotéza, že pečovatelská služba je nejvíce využívána uživateli k zajištění dovážky obědů – **byla potvrzena.**

Snahou autorky bylo přispět touto prací, k získání určitého přehledu o zastoupení a využívání pečovatelské služby v systému sociálních služeb.

Autorka se domnívá, že nejdůležitější je podporovat poskytovatele sociálních služeb při zajišťování péče o klienty v nepříznivé sociální situaci a to zejména formou finanční, díky které by mohli expandovat s poskytováním služeb i do oblastí hůře dostupných a jinak finančně náročných.

Potíže s obtížně dostupnými službami se ovšem nepochybně regionálně liší. U terénních a ambulantních služeb bývají znevýhodněni spíše lidé žijící v obcích s malým počtem obyvatel daleko od větších obcí, kde náklady na dopravu neúměrně zvyšují cenu služeb nebo dokonce způsobí, že služba není dostupná vůbec. O nedostatku určitých služeb v některých regionech sice na základě tohoto výzkumu nemůžu podat vyčerpávající informace, zdá se ale, že se jedná o další významný problém, kterému se bude nutné nadále věnovat při zkvalitňování naplňování široké palety potřeb seniorů. A jak věřím, nestátní nezisková sféra v tomto procesu nepochybně sehraje roli významného aktéra.

Tato práce poslouží také jako určitý zdroj informací pro pracovníky, kteří se podílejí na formování sociální politiky v České republice.

7. KLÍČOVÁ SLOVA

- 1) Senioři
- 2) Demografické stárnutí
- 3) Potřeby
- 4) Sociální služby
- 5) Sociální péče
- 6) Nestátní sektor

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Použitá literatura:

2. BALCAR, C. *Životní smysl a kvalita života*. In PAYNE, J., a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. s. 253 – 261. ISBN 80-7254-657-0.
3. BALOGOVÁ, B. *Kvalita života seniorov*. In MÜHLPACHR, P. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
4. BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M., a kol. *Gerontopsychiatrie*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994. 320 s., ISBN 80-7169-070-8.
5. ČISLIKOVSKÝ, K. *Geropracovníci – psychická aktivace seniorů*. In Sborník kongresu 4. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2000, s. 88 – 91.
6. DUŠKOVÁ, B. *Aktivizace ve stáří*. In *Sestra*. Praha: 2004, roč. 14, č. 7 – 8, s. 54 – 55. ISSN 1210-0404.
7. FRIEDAN, B. *Mythos Alter*. 1. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1995. 896 s., ISBN 3-498-02076-5
8. HÁVA, P., a kol. *Zdravotní politika. Geriatrická zdravotní péče*. 1. Vyd. Praha: Sborník, 1999
9. KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
10. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
11. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
12. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: ACADEMIA, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.

13. KRUHTOVÁ, Z. *Význam pohybové aktivity u starších nemocných*. In Sborník kongresu 5. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2001, s. 34 – 35.
14. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, H. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-319-8.
15. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
16. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.
17. PETR, P. *Regionální standard kvality života podmíněné zdravím*. In Kontakt 2001, roč. 3., č. 3, ISSN 1212-4117.
18. POLICHRONOVOVÁ, L. *Rehabilitační ošetřování u imobilního pacienta*. In Sestra. Praha: 2004, roč. XIV., č. 7/8, s. 57 – 58. ISSN 1210-0404.
19. *Průvodce sociálními službami, jsme tu pro Vás - terénní služby Jihočeský kraj*, 1. Vyd. České Budějovice: Publikace, 2008.
20. PŘEHNAL, J. *Česká gerontologie a geriatrie na přelomu tisíciletí*. In *Geriatrics*. Bratislava: Slovenská gerontologická a geriatrická společnost, leden 2000, roč. VI, č.1, s.25-29. ISSN 1335-1850.
21. ROSENMAYR, L., ROSENMAYR, H. *Der alte Mensch in der Gesellschaft*. 1. Auflage Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH, 1995. 438 s.
22. SCHULLER, H. *Die Altersluge. Fur einen neuen Generationenvertrag*. 1. Auflage Berlin: Rowohlt Berlin Verlag GmbH, 1995. 207 s. ISBN 3-87134-213-0
23. *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2000. 708 s. ISBN 80-7181-376-1.
24. SPORKEN, P. *Was alte Menschen brauchen*. 1. Auflage Freiburg im Breisgau: Herder, 1986. 158 s., ISBN 3-451-20624-2
25. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-099-6.

26. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2004. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
27. TYL, J., SCHNEIBERG, F. a kol. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 1998. 282 s. ISBN 80-7184-654-6
28. Vláda ČR. *Národní program přípravy na stárnutí na období 2003-2007*. Praha: In *Usnesení Vlády ČR č.485*, květen 2002.
29. VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 966 s. ISBN 80-7345-037-2.
30. VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-093-4.
31. VURM, V., a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1 vyd. Praha: Triton, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
32. WEBER, P. a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 151 s. ISBN 80-70-13-314-7.
33. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Přel. V. F. Eisenberger. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 226 s. Přel. z : *Cave that works a relationship approach to person with dementi*. ISBN 80-247-0183-9.

Právní normy:

34. Zákon č. 108/2006 Sb. *o sociálních službách*, v platném znění

Elektronické zdroje:

35. KUCHAROVÁ, V. *Komplexní analýza sociálně ekonomických podmínek života ve stáří. Závěrečná zpráva o výzkumu*. Praha, listopad 2002: Citováno dne 17.04.2010, In http://praha.vupsv.cz/Fulltext/Do_1503.pdf
36. KUCHAROVÁ, V., RABUŠIC, L., EHRENBARGEROVÁ, L. *Život ve stáří*. Praha, září 2002, Citováno dne 17.04.2010, In: <http://praha.vupsv.cz/zivest.pdf>
37. NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. VÚPSV, v.v.i. Praha, 2008, ISBN 978-80-87007-96-9, Citováno dne 17.04.2010, In: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf

38. VESELÁ, J. *Sociální služby a jejich poptávka*. Květen 2001: Citováno dne 17.04.2010, In <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/SoSPo.pdf>
39. VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. VÚPSV, březen 2003: Citováno dne 17.04.2010, In <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/slusen.pdf>

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník pro pracovníky v sociální (zdravotně – sociální) sféře

Příloha 2 – Dotazník pro uživatele

Dotazník o sociálních službách (rok 2010)

Dobrý den, jmenuji se Elena Červená a jsem studentkou bakalářského studia Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Má bakalářská práce je zaměřena na zmapování terénní péče. Žádám Vás o laskavou spolupráci a vyplnění všech bodů dotazníku. Dotazník je anonymní a je určen pro pracovníky v sociální (zdravotně – sociální sféře).

Děkuji za spolupráci

Název práce: Možnosti terénní péče o seniora se závislostí po propuštění ze zdravotnického zařízení v okrese České Budějovice

1. Jste: (podtrhněte)

MUŽ
ŽENA

2. Do jaké věkové kategorie spadáte? (podtrhněte)

18 – 35 let
36 – 45 let
46 – 55 let
56 let a více

3. Nejvýše dosažené vzdělání (podtrhněte)

základní
vyučen
střední bez maturity
střední s maturitou
VOŠ
VŠ
jiné

4. Kde pracujete? (podtrhněte)

ve státní správě

samosprávě

neziskové organizaci

– pečovatelská služba

– Charita

– Červený kříž

– občanské sdružení

– linka důvěry

– občanská poradna

– intervenční centrum

– azylová zařízení

zdravotnické zařízení

jiné (uved'te jaké)

5. Jakou pracovní pozici zastáváte a kde? (podtrhněte)

pracovník v sociálních službách

zdravotně – sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení

sociální pracovník v neziskové organizaci

sociální pracovník ve státní správě nebo samosprávě

terénní sociální pracovník

jiné (uved'te jaké)

6. V jakém regionu působíte? (podtrhněte)

České Budějovice

okolí Českých Budějovic (uved'te kde)

Týn nad Vltavou

Trhové Sviny

**7. Domníváte se, že terénní služby ve vašem regionu jsou dostatečné?
(podtrhněte)**

ANO

NE (uved'te, které chybí nejvíce)

**8. Který typ terénní sociální pomoci ve vašem regionu chybí? (uved'te podle
pořadí důležitosti, 1 – chybí nejvíce, 4 – chybí nejméně)**

pečovatelská služba

osobní asistence

respitní péče

sociální poradenství

9. Máte dostatečné informace o nových i stávajících poskytovatelích sociálních služeb? (podtrhněte)

ANO

NE

10. Kde získáváte informace o novinkách a změnách v oblasti sociální péče ve vašem regionu? (podtrhněte maximálně 3 a určete pořadí důležitosti)

od nadřízených

od kolegů

přímou cestou od poskytovatelů

na internetu

z letáků

z denního tisku a televize

jiné (uved'te kde)

11. Umožňuje povaha vaší práce zpětnou vazbu o kvalitě poskytovaných služeb? (podtrhněte)

ANO

NE

12. Domníváte se, že lze ve vašem regionu zajistit pro klienta, který je odkázán na pomoc druhých osob, dostatek terénních sociálních služeb (podtrhněte)

ANO

NE

13. Jaká je spolupráce (ochota) mezi vaším pracovištěm a ostatními poskytovateli sociálních služeb (podtrhněte)

velmi dobrá

dobrá

špatná

14. Pokud máte připomínky k tomuto dotazníku uveďte prosím jaké

Dotazník o sociálních službách (rok 2010)

Dobrý den, jmenuji se Elena Červená a jsem studentkou bakalářského studia Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Má bakalářská práce je zaměřena na zmapování terénní péče. Žádám Vás o laskavou spolupráci a vyplnění všech bodů dotazníku. Dotazník je anonymní a je určen pro uživatele sociálních služeb. Děkuji za spolupráci

Název práce: Možnosti terénní péče o seniora se závislostí po propuštění ze zdravotnického zařízení v okrese České Budějovice

2. Jste: (podtrhněte)

MUŽ
ŽENA

4. Do jaké věkové kategorie spadáte? (podtrhněte)

60 - 69let
70 - 79let
80 - 89let
90 a výše

5. Nejvýše dosažené vzdělání (podtrhněte)

základní
vyučen
střední
VOŠ
VŠ
jiné

15. Jaký je váš rodinný stav? (podtrhněte)

vdaná/ženatý
svobodný/svobodná
druh/družka
rozvedený/rozvedená
vdova/vdovec

16. V jakém regionu žijete? (podtrhněte)

České Budějovice
Týn nad Vltavou

Trhové Sviny

17. V jak velké obci žijete? (podtrhněte)

České Budějovice

do 10 000 obyvatel

do 5 000 obyvatel

méně než 500 obyvatel

18. Jaká je vaše soběstačnost? (podtrhněte)

plně soběstačný(á)

částečně soběstačný(á)

plně odkázaný(á) na pomoc druhé osoby

19. Znáte možnosti sociálních služeb ve vašem okolí? (podtrhněte)

ANO

NE

20. Využíváte některou z těchto služeb? (podtrhněte)

ANO

NE

21. Pokud ano, kterou? (podtrhněte)

dovážka obědů

osobní asistence

nákupy

úklid

doprovod k lékaři nebo do společnosti

pomoc při hygieně

22. Pokud ano, od koho jste se o službě dozvěděli? (podtrhněte)

od obvodního lékaře

pracovníků zdravotnického zařízení

pracovníků obce nebo města

rodiny

známých

TV a tisku

Byl jsem osloven přímo od poskytovatele

jiné

23. Máte přiznaný příspěvek na péči? (podtrhněte)

ANO

NE

nevím o této dávce

24. Pokud ano, uveďte, prosím, který stupeň (podtrhněte)

1.stupeň

2.stupeň

3.stupeň

4.stupeň

25. Pokud ano, jakým způsobem jej využíváte? (podtrhněte)

péči poskytuje rodina

využívám sociálních služeb v mém regionu

v péči pomáhá soused (sousedka), známí

jiné

26. Pokud péči poskytuje rodina, je to z důvodu? (podtrhněte)

nedostupnosti potřebné služby v mém regionu

nedostatku finančních prostředků

nemám důvěru k cizím lidem

jiné

**27. Je nabídka sociálních služeb pro vás ve vašem regionu dostatečná?
(podtrhněte)**

ANO

NE

NEVÍM

