

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**INFORMOVANOST SENIORŮ O POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH
SLUŽEB NA VESNICI A VE MĚSTĚ**

Bakalářská práce

Autorka práce: Michaela Trnková

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

2010

Abstract

This bachelor thesis tried to find out how much information the senior population living in rural areas has about social services, then to detect differences in information in the rural and urban areas. The need of the social services is still increasing thanks to the growing number of the senior population.

The aim of the theoretical part is to describe specific signs of ageing both in terms of physiological changes and on a level of the psyche and so emphasize the overall involution process ongoing in the old age. Furthermore, a situation of an old person in the society, a field of social services and mainly services for the elderly were sketched. The final part of the theoretical part was focused on the place of the research: the town of Klatovy and one of its microregions, the Plánice region. Various organizations providing social services were mentioned and the total number of the senior population in those two addressed localities.

The basic respondent sample, necessary to ensure the validity, was addressed by means of a questionnaire method in the quantitative research. The total return was 51%. From the questionnaires obtained there was confirmed a higher awareness of the seniors as well as social services availability in the urban areas in comparison with the rural areas. Furthermore, the research showed that the most common way how the seniors pass information about the social services among themselves, is an informal way, through their friends. A higher number of respondents expressed that they would like to obtain the information from their nursing doctor.

It would be appropriate to provide the results of this thesis to social service providers in the localities where the research was carried out. This information could be beneficial for them due to the possibilities to improve the quality of the social services in the future.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Informovanost seniorů o sociálních službách na vesnici a ve městě vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury

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

V Českých Budějovicích 7. května 2010

.....

Poděkování:

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí práce doc. Ing. Lucii Kozlové Ph.D., za rady a připomínky, které mi byly velmi cennou pomocí při zpracování této bakalářské práce. Další dík patří mé rodině a blízkým, kteří mi po celou dobu studia byli na blízku a podporovali mě.

Michaela Trnková

Obsah

Úvod.....	8
1. Současný stav.....	9
1.1 Stáří a stárnutí.....	9
1.1.1 Současný demografický vývoj.....	9
1.1.2 Stádia stáří.....	10
1.1.3 Projevy stáří.....	12
1.1.4 Fyziologické změny ve stáří.....	12
1.1.5 Psychické změny ve stáří.....	13
1.2 Starý člověk ve společnosti.....	15
1.2.1 Ageismus.....	15
1.2.2 Starý člověk v rodině.....	16
1.3 Sociální služby.....	17
1.3.1 Sociální služby - vývoj.....	17
1.3.2 Druhy a formy sociálních služeb.....	19
1.3.3 Zařízení a služby sociální péče určené pro seniory.....	20
1.3.3.1 Úhrada nákladů za sociální služby.....	23
1.3.3.2 Příspěvek na péči.....	24
1.4 Popis zkoumaného regionu.....	25
2. Cíl práce a hypotézy.....	27
2.1 Cíl práce.....	27
2.2 Hypotézy.....	27
3. Metodika.....	28
3. 1 Metody výzkumu.....	28
3. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	29
4. Výsledky.....	30
5. Diskuse.....	45
6. Závěr.....	52
7. Klíčová slova.....	54

8. Seznam použitých zdrojů.....	55
9. Přílohy.....	58

Úvod

Důvodem, proč jsem si vybrala téma „Informovanost seniorů o poskytování sociálních služeb na vesnici a ve městě“, byl vyslechnutý rozhovor dvou senierek na vesnici, které se právě bavily o sociálních službách. Z jejich rozhovoru vyplynulo, že mají zkreslené povědomí o sociálních službách. Zároveň jsem zpozorovala jistý ostych k tomu, aby se samy staly uživateli služeb. Vyslechnutý rozhovor byl pro mě základem k hlubšímu zamyšlení a rozpracování tohoto tématu.

Obecně v populaci přibývá osob seniorského věku. Se zvyšujícím se věkem je pravděpodobný i zvýšený výskyt zdravotních obtíží, snižuje se fyzická kondice, mohou nastat duševní problémy a další možné komplikace vyplývající z involučních změn v těle stárnoucího člověka. Všechny tyto ukazatele mohou být základem pro následné využívání sociálních služeb. Společnost prochází v současné době řadou změn v systému sociálních služeb díky novému právnímu řádu. Snahou poskytovatelů a zřizovatelů je rozšířit informace o těchto službách do povědomí širokého spektra osob, hlavně těm, pro které jsou služby určeny.

Cílem této práce je přiblížit aktuální informovanost seniorů na vesnici a ve městě o sociálních službách. Zjistit, zda znají organizace poskytující sociální služby, kde čerpají informace o sociálních službách, popř. kde by se více informací chtěli dozvídat. Zda by volili pomoc spíše od profesionálů, rodiny či známých. Dotazováním by se mělo zjistit, zda znají nabídku sociálních služeb a pravděpodobné využití služeb v případě zhoršení zdravotního stavu. V průběhu dotazování se bude zjišťovat rozdílná dostupnost služeb pro seniory ve městě a pro seniory na vesnici. Po vyhodnocení výsledků by se mělo dospět k závěru, zda se liší informovanost seniorů na vesnici od seniorů žijících ve městech.

1. Současný stav

1.1 Stáří a stárnutí

Stárneme už od zrození, už s příchodem na svět jsme zahájili tu cestu, která nemá jinou trasu než dojít až tam, kde se stárne už markantně, kde střídá náš růst a životní vzlet někdy tichý, jindy dramatický, ale vždy neúprosný životní sestup. Než se člověk skutečně stane evidentně starým, prožívá relativně dlouhé období (6). Pátrání po příčinách a důvodech stárnutí, zejména po oddálení této nepominutelné části lidského života jsou zájmem lidstva prakticky po celou dobu jeho existence.

Stáří je označováno závěrečnou fází ontogeneze v přirozeném vývoji člověka. Jde o projev a důsledek mnoha involučních změn funkčních a morfologických, které probíhají u každého jedince jinou rychlostí a vedou k typickému obrazu stařeckého fenotypu (12). V poslední době se o stáří více mluví i píše. Z důvodu toho, že se mění struktura společnosti a přibývá stárnoucích a starých lidí na celém světě (19).

1.1.1 Současný demografický vývoj

Evropská populace nezadržitelně stárne a celkově dochází k výraznému poklesu populace Evropy jako celku. Podle odhadu statistiků bude během několika málo desetiletí v Evropě o 60 miliónů méně obyvatel. Zároveň se předpokládá nárůst seniorů starších 65 let až k 25% z celkového počtu obyvatel. Uvedená situace se dotkne rovněž České republiky. V současné době je v České republice 14% lidí starších 65let. Podle odhadů by měla mít v roce 2050 Česká republika spolu s Itálií a Španělskem nejvíce seniorů (31).

Dále je nutné upozornit na velký rozdíl mezi počtem žen a mužů ve stáří. Ve věku nad 80 let je žen 2,5x více než mužů. Příčiny odůvodňující dožívání vyššího věku žen než mužů jsou stále zkoumány. Předpokládá se, že mezi hlavní příčiny patří odlišný životní styl a vlivy hormonální (5).

Prodlužuje se i střední délka života. Údaje z roku 2002 uvádějí, že při narození mají ženy pravděpodobnou střední délku života 78,7 roku a muži 72,1 roku (28).

1.1.2 Stádia stáří

Je velice nesnadné určit dobu, kdy se člověk stane opravdu starým. Proměnu lidských fyzických a psychologických znaků, které charakterizují střední věk a znaky, které předurčují vznik stáří, můžeme sledovat v průběhu řady let. Výzkumníci se celou škálou metod snaží vytvořit objektivní měřítko pro zjištění stáří (27). Členění a vymezení stáří je velice obtížné. Nejčastěji se rozlišuje na stáří kalendářní, biologické a sociální.

Kalendářní stáří je jednoznačně vymezené počtem let, kterých se jedinec dožil. Nezahrnuje rozdíly ve zdravotním stavu a celkových schopnostech jednotlivce. Jednotlivé hranice se posouvají vzhledem k tomu, že dochází k prodlužování očekávané doby dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucí generace. V současné době je za dolní věkovou hranici stáří vesměs považován věk 65 let. O vlastním stáří se hovoří po dosažení věku 75 let, který se jeví jako zásadní ontogenetický bod.

V polovině 20. století byl označen střední věk mezi 40-59 lety a více než 60 let bylo považováno za stáří. Tuto hranici přijala v 60. letech i Světová zdravotnická organizace či Organizace spojených národů. Dělení odpovídá patnáctileté periodizaci lidského života:

- 60-74 let stárnutí, časné stáří, senescence
- 75-89 let vlastní stáří, kmetství, senium
- 90 a více let dlouhověkost, patriarchium (12).

Dalším dělení období vyššího věku jako celku je:

- 65-74 let – young – old (rané, mladší stáří)
- 75-84 let- modele – old (vlastní, střední stáří)
- 85 let a více – old (oldest) – old vysoké stáří (35).

Biologické stáří poukazuje na skutečný stav fyzického vývoje či degenerace. Tento pojem je obecně používán k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Důležité je si uvědomit, že úpadek funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti. Po 30. roce života je úbytek funkce až o 1%. Průběh je velmi pozvolný, zjevné změny nastávají okolo šesté dekády života (27). Velké množství pracovníků, zabývajících se biologickým věkem, nejčastěji hodnotí funkční stav a výkonnost jako souhrn involuce, kondice i patologie. Jde tedy o hodnocení funkčního stavu a způsobilosti k určitému cíli či aktivitě nebo zdravotnímu výkonu (12).

Sociální stáří se zabývá proměnou sociálních rolí, potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Za počátek tohoto období je považován vznik nároku na starobní důchod. Po odchodu do důchodu jsou senioři vystaveni určitým rizikům jako je ztráta životního programu, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace. Senior by se měl zapojit do nějaké zájmové činnosti, veřejné aktivity a to hlavně z důvodu prevence osamělosti a izolace. Měl by mít pocit prospěšnosti a užitečnosti (35). Ztráta programu ve stáří někdy souvisí i s problémem nedostatku financí. Důchody často stačí pouze na pokrytí základních nákladů na přežití a senior nemá další finance nazbyt (5). Současná společnost upřednostňuje koncept celoživotního osobního rozvoje, celoživotního vzdělávání, seberealizace a společenské participace s možností výtěžné činnosti. Upouští se od nebezpečných pojmů „produktivní – postproduktivní“, které vyvolávají představu neužitečnosti starého člověka (11).

K zpříjemnění života stárnoucích lidí by jistě pomohlo více pozitivního a aktivizujícího chování od rodiny. Důležité je navození pohody, uspokojení u seniora, aby se necítil ve stáří sám a opuštěný. Dostatečné uspokojování potřeby patřit k někomu, k nějaké skupině lidí. I ve stáří je potřeba mít někoho blízkého, přítele, známé, o kterých vědí, že se na ně mohou obrátit, pomohou jim. Nedostatečná míra ocenění, souhlasu a uznání může stárnoucí generaci taktéž posunout zpět (4).

1.1.3 Projevy stáří

Struktura osobnosti se při fyziologickém stáří a stárnutí kvalitativně nemění. Větší význam pro kvalitu psychiky ve stáří má osobnost člověka a její úroveň než kalendářní věk (19). Stárnutí se týká oblasti biologické, psychologické a sociální. Skutečnosti ze všech těchto oblastí se prolínají, vzájemně se ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka (22).

1.1.4 Fyziologické změny ve stáří

Orgány a tkáně procházejí involučním procesem, při kterém dochází k úbytku funkcí daných systémů. Klesá ostrost smyslového vnímání. Dochází ke zhoršení zraku, jelikož se snižuje akomodace čočky tzv. presbyopie. Vada se koriguje brýlemi (5). Jiným onemocněním čočky oka je zákal. Šedý i zelený zákal je možné operovat. Závažnější z těchto dvou je zelený zákal, díky zvýšenému nitroočnímu tlaku dochází k postupnému ničení sítnice (26). Sluchová ostrost se také snižuje a to díky atrofickým změnám na sluchové dráze. Při problémech se sluchem lze použít naslouchací přístroje. K zhoršujícímu se sluchu mohou přispět i civilizační faktory jako je hluk, toxické látky v potravě a v ovzduší aj. Senior má zhoršené rozeznávání chutí a obdobně se zhoršuje i čich. K nápadnějším zevním projevům stárnutí patří změna postavy. V závislosti na atrofii meziobratlových plotének se snižuje výška o 1-3 cm. Změny mohou souviset i se zvětšováním hrudní kyfózy. V kardiovaskulárním systému dochází ke zpomalení vedení vzruchu, snižuje se výkonnost srdce a zmenšuje se pružnost cév. Důležitým faktorem, který se podílí na změnách v kardiovaskulárním systému je přítomnost aterosklerozy. Dochází i ke změnám v endokrinním systému a to hlavně poklesem sekrece pohlavních hormonů. S postupujícím věkem klesá sekrece androgenů a estrogenů. Klesající počet nefronů a zmenšení jejich velikosti má za následek snížení velikosti a váhy ledvin. Důsledkem je pokles glomerulární filtrace (5). Snížená schopnost adaptace a odolnosti vůči zátěžím. Snížená imunita a zvýšená tvorba autoprotilátok. Úbytek aktivní svalové

hmoty a pokles svalové síly. Zmnožení tuku a snížení celkové tělesné vody (22). Staří lidé jsou často ohroženi podvýživou. Nejzávažnějším problémem je ztráta dentice. Často může dojít k chronickému vysilujícímu onemocnění k patologii či významné involuci zažívacího traktu. Snížení kostní denzity, které se pohybuje na hranici normy, a v důsledku toho jsou kosti lámavější a dochází často ke zlomeninám (7).

U starých lidí se objevují určité zvláštnosti v průběhu chorob odlišující se od mladších jedinců. Pro stáří je typický sklon k déle trvajícím průběhům chorob a celková rekonvalescence je delší (5). Jiným příznakem je polymorbidita, která znamená současný výskyt několika chorob. Netypické příznaky nemocí a jiný klinický obraz nejsou u seniorů výjimkou. Další zvláštností je podmíněnost zdravotní a sociální situace. Každá změna v sociální situaci u starých lidí může ovlivnit jejich zdravotní stav a naopak problém vzniklý v sociální oblasti dává možnost vzniku komplikacím v oblasti zdravotní (35).

1.1.5 Psychické změny ve stáří

Stáří a stárnutí je všeobecně charakterizováno postupným úbytkem tělesných, ale i duševních sil. Některé psychické funkce mají tendenci sestupnou, neměnicí se nebo dokonce vzestupnou.

Za změny, které mají sestupnou povahu, můžeme považovat klesající poznávací funkce. Tím pádem se zpomaluje psychomotorické tempo, jsou pomalejší reakce na podněty. Na řešení situací potřebuje senior více času, zpomaluje se slovní reakce a odpověď na otázku. Typické pro toto období života je snížení vstřípivosti a výbavnosti. Problém může nastávat již od 5. decennia, kdy si lidé začínají stěžovat, že si nevybavují např. jména známých lidí, jména měst apod. Vzniká i opačný problém a to ten, že si nejsou schopni zapamatovat nová jména nebo si nevybaví název nového léku, který jim předepsal lékař. Aby se starý člověk naučil, zapamatoval něco nového, musí vynaložit větší úsilí. Naopak při vybavování si zážitků, které se staly před několika lety, nemají problém. V seniorském věku se zvyšuje vytrvalost, rozvážnost a trpělivost (5).

Citové prožívání je méně bezprostřední a snižuje se intenzita emocí. U starého člověka je špatná adaptabilita na změny. Je více konzervativní a lpí na zaběhlém způsobu života. Změny v citovém prožívání spolu se sníženou schopností komunikovat k tomu přidružené zhoršení sluchu a zraku může dojít až k sociální izolaci jedince. Objevují se pocity osamělosti, méněcennosti, zbytečnosti (19).

Nejvíce rozšířené organické duševní poruchy ve stáří jsou deprese, demence a delirium. Deprese je velmi závažná choroba, která je ovšem léčitelná. Dopad této choroby zatěžuje nejen nemocného, ale i jeho blízké okolí. Dochází ke zhoršení stávajících tělesných onemocnění a celkově zhoršuje kvalitu života jedince. Důležité je odhalit příznaky nemoci v jejich počátku. U starých lidí se projevy deprese objevují méně viditelně, často se okolí mylně domnívá, že se jedná např. jen o sníženou chuť k jídlu. Nejčastějšími projevy jsou úbytek energie, ztráta zájmu o každodenní činnost, zhoršení soustředění a pozornosti, pocit viny, smutek, poruchy spánku, myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškození. Může se stát, že depresivní symptomy vytvoří obraz podobný demenci.

Nejčastější organickou duševní poruchou ve stáří je demence. Nástup této nemoci vypadá jako pouhé zhoršování psychických funkcí, ale toto onemocnění končí smrtí pacienta. Zásadním způsobem se zhoršuje sebeobsluha a zvládání běžných funkcí, člověk se stává závislým na péči druhých. Demence vzniká následkem onemocnění mozku, kdy dochází k narušení vyšších korových funkcí, a to hlavně paměti, myšlení, orientace, chápání, schopnosti učení, řeči a úsudku. Obvykle je doprovázeno zhoršením emocí, sociálního chování nebo motivace (29). U věkové kategorie nad 65 let byl zjištěn zvýšený výskyt demence. Z celkového počtu 70-90tisíc nemocných demencí starších 65 let je 70% z nich ve věku nad 80 let (28).

Další závažnou organickou poruchou ve stáří je delirium. Jedná se o kvalitativní poruchu vědomí s typicky náhlým začátkem a kolísavým průběhem. Péče o jedince s touto poruchou je velmi náročná. Projevuje se sníženou schopností udržet pozornost k vnějším podnětům, jsou přítomny poruchy myšlení, včetně bludů, snížená úroveň vědomí. Je narušen cyklus spánku, převažuje bdění. Lidé jsou často dezorientováni místem, časem, anebo i osobou. Poruchy paměti jsou také přítomny (29).

1.2 Starý člověk ve společnosti

1.2.1 Ageismus

Ageismus lze chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí díky jejich stáří, stejně jako se rasismus a sexismus zaměřují na barvu pleti a pohlaví (30). Existují určité předsudky, které jsou spojované s ageismem jsou jimi např. nemoc, o které si lidé myslí, že je vážný problém pro osoby přes 65 let, tráví díky tomu hodně času v posteli, cítí se více unavení, jsou odkázáni na ústavní péči, potřebují dlouhodobou péči a díky jejich zdravotnímu stavu se nemohou zapojit do běžných denních aktivit. Dalším hlediskem je impotence, panuje představa, že většina starších se nevěnuje žádné pohlavní aktivitě, sexualita je nedůležitá v pozdním stádiu života. Starší lidé přestávají být krásní. Krása je v naší společnosti spojována s mládím, ženy s přibývajícím věkem se bojí její ztráty. Ageismus je dále spojen s charakteristikou, že duševní choroby se projevují pouze u osob staršího věku, nevyhnutelně a neléčitelně. U mladší generace přetrvává mínění, že většina starých lidí je díky zdravotnímu stavu nebo snížené produktivitě zbytečná, neschopná jiné práce. Kromě těchto předsudků jsou senioři spojováni s přívlastky pasivní, sobečtí, bezohlední atd. Tyto vlastnosti se ve stejné míře objevují i u ostatních věkových kategorií.

Mezigenerační konflikty mohou vznikat i na základě tvrzení seniorů, že oni vše znají nejlépe, oni mají zkušenosti, ostatní ne. V tomto případě se není čemu divit, že u mladší generace vyvolávají tyto postoje averzi vůči seniorům. Tento odpor naopak v seniorech vyvolává pocit uzavřenosti, sebelítosti, neuznání (9). Ageismus umožňuje mladší generaci vnímat starší lidi jako odlišné od nich samotných a díky tomu jim brání, aby se s nimi identifikovali jako s lidskými bytostmi (30). Dalo by se říci, že je to začarovaný kruh, ale jak již bylo řečeno, není to striktně stanovené. Někdy by stačilo seniora vyslechnout, věnovat mu více pozornosti, které se mu často nedostává, vyslechnout jejich názory a umožnit jim prostor pro jejich tvůrčí seberealizaci (9).

1.2.2 Starý člověk v rodině

Většina stárnoucích a starých lidí si přeje zůstat ve svých domovech co nejdéle, nejlépe až do konce života (13). Pokud žijí senioři v manželském páru, kde jeden z partnerů je soběstačný a běžné denní činnosti zvládá bez obtíží, není nijak zatěžující pro okolí. Menší část jich potom žije společně s dětmi v dvougenerační rodině. Soužití tří generací je v současné době velkou výjimkou. Při soužití více generací tvoří největší problém rozdílnost v názorech na životní hodnoty (35). Důležitou roli zde hrají duševní návyky jedince, které mohou působit větší rozpor mezi generacemi než faktory jako jsou dědičnost, výchova, okolí nebo zlý osud. Duševní návyky jsou nazývány jako souhrn myšlenek, představ a emocí, které od sebe nelze oddělit a navzájem se mezi sebou doplňují (2).

Celkově se mění i role prarodiče v rodině. Starší generace ztrácí v rodině autoritu a životem získané zkušenosti díky modernímu přetechnizovanému světu, který nahradil dříve tak oceňované zkušenosti starší generace. Naopak senioři, kteří žijí v domácnosti společně se svými dětmi, mají vliv na výchovu vnoučat v rodině a podílejí se i na řešení svízelných situací např. hlídání vnoučat v době prázdnin či v době nemoci. Více jak třetina starých lidí žije v jednočlenné domácnosti, kde převažují ženy. Za rizikové skupiny starých lidí lze považovat osamělé dvojice a nesoběstačné osamělé staré lidi (35).

Další otázkou je, zda rodina může, chce anebo umí se postarat o starého člověka v případě zhoršení zdravotního stavu nebo snížení soběstačnosti (13). Dlouhodobá péče o starého nesoběstačného člověka je velmi psychicky a fyzicky náročná. Národní gerontologický program (1995-2005) se snaží podpořit sebepěči a svépomoc při udržení zdraví a soběstačnosti. Podporuje sdružení a organizace, které poskytují péči hlavně v rodině. Pomocí techniky, nových zdravotnických pomůcek, léků a aktivit jsou nastoleny lepší podmínky než dříve pro péči o seniora v období nesoběstačnosti. Pečovatelkami se stávají ženy středního věku. Dalšími pečujícími osobami bývají děti, manžel či manželka, vzdálení příbuzní nebo osoby cizí. Pro každého jedince se rodina stává odrazem okolního světa, poskytuje bezpečí, ochranu a hlavně zprostředkovává

komunikaci a tím brání sociální izolaci. Společností by mělo být vytvořeno dostatečné množství i kapacita sociálních služeb, které by pomáhaly rodině v péči (35).

1.3 Sociální služby

Sociální služby jako takové lze definovat jako činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo předejití sociálního vyloučení. Snahou sociálního začleňování je dosáhnout příležitostí a možností, které sociálně vyloučeným osobám pomohou plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je společností považován za obvyklý. Sociální vyloučení lze definovat jako vyloučení osoby mimo běžný život společnosti a v důsledku nepříznivé životní situace se nemůže zapojit zpět (11).

1.3.1 Sociální služby - vývoj

V počátcích vzniku systému sociálního zabezpečení se nepředpokládalo, že služeb bude využívat mnoho lidí. Uživateli nejdříve byli pouze nejchudší lidé respektive ti, jejichž postavení ve společnosti bylo velmi zoufalé. Nejvíce se začala sociální politika rozvíjet ve 20. století (16).

Zákony, které v našem státě platily do konce roku 2006 vycházely ze zákonů přijatých na sklonku osmdesátých let minulého století. Na sociální politiku v oblasti sociálních služeb bylo nahlíženo především z oblasti svobody rozhodování jedinců a demokratických principů fungování veřejné správy (18). Existovalo jen velmi omezené množství sociálních služeb. Některé formy péče v legislativě chyběly (7). Kategorizace osob, které mohly sociální péči resp. sociální služby nárokovat se ukázala jako nevhodná. Problém s sebou přinášela i škála služeb, které byly upraveny právní normou, jejich počet a zaměření bylo velmi úzké. Služby byly následující: poradenská činnost, ústavní sociální péče, pečovatelská činnost, stravování, kulturní a rekreační péče (17).

Například služby jako byla osobní asistence, raná péče, kontaktní centra či odlehčovací služby neměly žádnou zákonnou oporu (18). Terénní služby se začaly objevovat až po roce 1989, které byly zřizovány nestátními subjekty. Systém sociální péče i po roce 1989 stále upřednostňoval ústavní péči. Patrné to bylo zejména u malého množství služeb, ale i z faktu, že osoby pečující o své blízké v domácím prostředí nebyly patřičně finančně ohodnoceny.

V devadesátých letech začaly samovolně vznikat nestátní organizace, které postupem doby začaly poskytovat alternativní sociální služby a snažily se následovat moderní trendy v této oblasti.

Služby určené pro seniory byly do konce roku 2006 následující: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy-penziony pro důchodce. Nová legislativa tyto tři typy shrnula do jedné kategorie, a to domovy pro seniory (17).

Z právního hlediska například nebyl zajištěn jednotný systém objektivního hodnocení potřeb osob, ze kterého by se mohlo vycházet při vytváření nabídky služeb. Dále lidé nebyli dostatečně chráněni před poškozováním jejich individuálních zájmů a to zejména neodborným poskytováním sociálních služeb. Nebyl zajištěn právní rámec pro rozvoj lidských zdrojů v oblasti poskytování sociálních služeb. Nebylo vytvořeno jednotné spektrum práv a povinností pro poskytovatele sociálních služeb. Dohled na kvalitu poskytovaných sociálních služeb nebyl také nijak vyřešen.

Nová právní úprava o sociálních službách nabyla účinnosti od 1. ledna 2007. Zaměřuje se především na vytvoření podmínek pro uspokojování potřeb lidí, kteří jsou v jejich prosazování oslabeni (18). Hlavní rozdíl oproti předešlému systému je změna ve financování a poskytování sociálních služeb. Jednou ze skupin, kterých se tato změna dotkla, jsou senioři. Zejména ta skupina seniorů, kteří z důvodu zhoršeného zdravotního stavu a jiných faktorů snižující jejich soběstačnost potřebují pomoc dalších osob (11). Těmto lidem je ze současného systému sociálních služeb možno nabídnout příspěvek na péči. Další významnou změnou v novém systému sociálních služeb je registrace poskytovatelů a inspekce poskytování sociálních služeb. Je kladen větší důraz na kvalitu sociálních služeb a dodržování standardů kvality v těchto službách. Je požadována určitá kvalifikace sociálního pracovníka a pracovníků v sociálních službách. V rámci

nového zákona je poskytováno bezplatné základní sociální poradenství u všech sociálních služeb. Je kladen velký důraz na důstojnost, ochranu práv a sociálního začleňování (8).

V současné době je vyžadováno dodržování jistých charakteristik, které by měly být splňovány při poskytování pomoci. Jsou jimi dostupnost, kvalita, efektivita, bezpečnost a hospodárnost. Kvalita služeb je klíčovým prvkem v novém systému sociálních služeb (18).

1.3.2 Druhy a formy sociálních služeb

Sociální služby jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost a schopnost postarat se o vlastní osobu a domácnost. Máme tři základní druhy sociálních služeb (10).

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. V rámci základního poradenství jsou poskytovány nezbytné informace, které pomáhají osobám řešit jejich nepříznivou sociální situaci. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni poskytovat základní poradenství v rámci všech druhů sociálních služeb, a to bezplatně. Odborné sociální poradenství je určeno pro potřeby konkrétní sociální skupiny osob jako jsou například rodinné poradny a poradny pro seniory. V rámci odborného poradenství jsou zapůjčovány kompenzační pomůcky (34).

Služby sociální prevence se snaží napomáhat sociálními službami těm osobám, jež jsou ohrožené sociálním vyloučením, snaží se překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit tak společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů. Nepříznivá sociální situace je v tomto případě způsobená určitou krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodněným prostředím a ohrožením práv a zájmů způsobených trestnou činností jiné osoby.

Služby sociální péče napomáhají osobám, pomocí sociálních služeb, zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Snahou poskytovatelů je umožnit klientům co nejvíce se zapojit do běžného života, zprostředkovat důstojné prostředí a zacházení

v případech, kdy to klientova nepříznivá sociální situace vyžaduje (15). Mezi základní služby, které jsou poskytované v rámci sociálních služeb, patří: pomoc při hygieně, při zvládnání běžných úkonů v péči o vlastní osobu, poskytnutí stravy nebo její zajištění, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zajištění kontaktu s okolním prostředím, sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí, telefonická pomoc v krizi a nácvik dovedností důležité v péči o vlastní osobu, posílení soběstačnosti a jiných činností vedoucích k sociálnímu začlenění. Zmíněné základní činnosti se nevyskytují u všech druhů sociálních služeb, jsou přesně vymezeny zákonem (34).

Sociální služby jsou poskytované ve třech formách a to jako pobytové služby, ambulantní služby a terénní služby. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. V rámci ambulantních služeb dochází klient nebo je doprovázen či dopravován do zařízení sociálních služeb, kde jsou mu tyto služby poskytovány. Součástí není ubytování. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném domácím prostředí klienta (10).

1.3.3 Zařízení a služby sociální péče určené pro seniory

Sociální služby umožňují žít lépe a důstojně osobám, které by bez jejich pomoci měly vážné problémy. Hlavním významem sociálních služeb je integrace jedinců do společnosti a tím zamezit jejich sociálnímu vyloučení (7).

Sociální služby, které určené pro seniory jsou následující:

Osobní asistence je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a proto tito lidé potřebují pomoc jiné osoby. Probíhá jako terénní sociální služba, která je jedincům poskytována v jejich domácím nebo jiném přirozeném prostředí. Časově je tato služba vymezena podle potřeb klienta, jak v denních tak i nočních hodinách. V rámci osobní asistence se poskytují tyto základní činnosti - pomoc při zvládnání běžných úkonů při péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy, pomoc s úklidem a údržbou domácnosti, nákupy a jiné pochůzky. Důležitou činností je výchovně vzdělávací a

aktivizační činnost, dále zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí.

Pečovatelská služba je nejrozšířenější poskytovanou sociální službou. Nejčastěji je poskytována formou terénních nebo ambulantních služeb v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb. Domácností osob se rozumí i byt v domě s pečovatelskou službou. Dům s pečovatelskou službou není zařízením sociálních služeb (15). Žadatel si sám podává žádost k poskytnutí pečovatelské služby. Podnět může dát i sociální pracovníce, rodina, zdravotníci (12). Osoba, která je uživatelem pečovatelské služby, má sníženou soběstačnost z důvodu věku. Poskytovatelé pečovatelské služby musí poskytnout zákonem dané činnosti, a to především zajistit pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně nebo zajistit podmínky pro osobní hygienu (34). Nedílnou součástí pečovatelské služby je dovážka oběda, pomoc v domácnosti a zprostředkování kontaktu se společností, který klienti často vyžadují

Tísňová péče umožňuje starším občanům dovolat se pomoci v případě, že se něco nenadálého stane a klient není schopen zvládnout tuto situaci sám (17). Jedná se o nepřetržitou hlasovou či elektronickou komunikaci.

Průvodcovskými a předčitatelskými službami se rozumí terénní či ambulantní služby poskytované osobám, zejména seniorského věku, které mají snížené schopnosti v oblasti orientace nebo komunikace (34). Hlavní náplní je napomáhat klientům vyřídit si osobní záležitosti osobně s využitím jejich přirozených schopností. Jedná se například o doprovázení do zaměstnání, na úřady, k lékaři, pomáhat při uplatňování práv. Osobám s poruchami komunikace předčítat nebo jiným způsobem zprostředkovat informace (15).

Odlehčovací služby jsou určeny pro osoby, o které pečuje zejména rodina nebo jiné osoby v jejich přirozeném prostředí. Hlavní cíl je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Odlehčovací služby mohou být poskytovány v době, kdy pečující osoba musí nastoupit do zdravotnického zařízení nebo na lázeňský pobyt aj. Jedná se o službu poskytovanou na přechodnou dobu (15).

Centra denních služeb byla před rokem 1989 označována jako domovinky. Některá centra mají tu možnost dovozu a rozvozu svých klientů (17). Dále se snaží posílit klientovu samostatnost a soběstačnost. V centrech je zajištěna pomoc při osobní hygieně, možnost poskytnutí nebo zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutická činnost a jiné. Cílem této formy péče je předejít u seniorů sociálnímu vyloučení (15).

Denní nebo týdenní stacionáře mají za cíl zachování či zlepšení kvality života uživatelů, kteří žijí ve své rodině, ale zároveň potřebují rozvoj v určitých oblastech svého života. Důležitou pomocí jsou i pro rodinu a jiné pečující osoby, kterým tento typ zařízení zajišťuje jistou úlevu v péči o svého blízkého. I pro uživatele je tento typ přínosný. V průběhu dne nebo týdne jsou zajišťovány klientovy potřeby (strava, spánek, hygiena) a jeho volný čas vyplněn aktivitami a vůbec kontaktem se společenským prostředím. Zároveň zde není přerušen kontakt s rodinou, která si jej každý den nebo na konci pracovního týdne může vzít domů (14). Díky tomu, že jsou v kontaktu s ostatními seniory, se předchází sociálnímu vyloučení (15).

Domovy pro seniory jsou dlouhodobá pobytová zařízení s celoročním provozem. Cílovou skupinou jsou osoby, kterým již není možné zajistit pomoc v jejich přirozeném prostředí. Pro seniory, kteří potřebují tuto celodenní pomoc je zabezpečována komplexní péče, aktivizační a sociálně terapeutická činnost (21). Senior je přijímán do tohoto zařízení na podkladě žádosti, kterou si musí osobně podat. Zdravotní péče je zajišťována nonstop sestrami a přes den je k dispozici i lékař (12). Snahou domovů pro seniory je podpora soběstačnosti klienta a zajištění podmínek pro důstojný a aktivní život (14).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou určené pro osoby, u nichž není nutná ústavní péče, ale díky svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. Proto na určitou dobu pobývají v ústavní péči než jim jejich příbuzní nebo jiné fyzické osoby zajistí dostatečnou péči v jejich domácím prostředí (15).

1.3.3.1 Úhrada nákladů za sociální služby

Klient hradí pouze takové náklady za služby, které jsou ve sjednaném rozsahu uvedené ve smlouvě s poskytovatelem. Úhrada pokrývá náklady na ubytování, stravu a péči týkající se základní činnosti daného zařízení. V pobytových zařízeních je výše úhrady za stravu a ubytování stanovena prováděcími předpisy (8). Maximální výše úhrady stanovená za ubytování je 180 Kč na den, nejvyšší možná částka na úhradu stravy je 150 Kč na den v případě, že je sjednáno celodenní stravování. Pokud je zajištěn pouze oběd, částka nesmí přesáhnout 75 Kč. V těchto sumách jsou zahrnuty i provozní náklady zařízení (32).

Poskytovatel v pobytových zařízeních (domov pro seniory, týdenní stacionáře, zdravotní zařízení ústavní péče) je povinen dodržet určité podmínky vůči klientovi. Po zaplacení nákladů na ubytování a stravu v zařízení musí klientovi zbýt 15% z jeho příjmů. Pro účely úhrady se příjmem rozumí příjem stanovený podle zákona o životním a existenčním minimu. Jsou tedy zcela individuální částky, které seniorům zůstávají. Je-li příjem dostatečně vysoký, zaplatí se úhrada za pobyt a stravu ve stanovené výši. V případě, že příjem není dostatečný a nepostačuje k zaplacení plné výše úhrad, od celkového příjmu se odečte 15% a zbylá částka tvoří výši úhrady, kterou může klient měsíčně zaplatit. Pokud klient pobytového zařízení nemá žádný příjem nebo nedostatečný příjem, kterým není schopen uhradit plnou výši úhrady za ubytování a stravu, je možná úhrada při spoluúčasti jiné osoby. Jinou osobou se v tomto případě myslí manželka, manžel, rodiče nebo děti osoby, které je ubytování a strava poskytnuta.

Úhrada za péči zahrnuje základní činnost, která je poskytována dle druhu zařízení a zájmu klienta. V pobytových zařízeních, kromě týdenních stacionářů, se částka stanovuje v plné výši přiznaného příspěvku na péči. Klientovi v týdenním stacionáři musí po uhrazení zbýt částka 25% z přiznaného příspěvku na péči (15).

V případě poskytování osobní asistence, pečovatelské služby, průvodcovských a předčitatelských služeb, odlehčovacích služeb, služeb v denním centru a v denním stacionáři je stanovena částka úhrady max. 100 Kč za hodinu. Klientovi je započítáván skutečně spotřebovaný čas, po který mu byly zajišťovány smluvené úkony, pokud péče

klienta netrvá celou hodinu, částka se krátí. Tísňové volání je hrazeno dle skutečných nákladů na provoz technických komunikačních prostředků (32).

1.3.3.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je novou dávkou v systému sociální ochrany. Určen je osobě, která je kvůli svému zdravotnímu stavu závislá na pomoci jiné osoby při zvládnání běžných denních úkonů. Příspěvek slouží k zajištění potřebné pomoci, je na vlastním uvážení příjemce, které služby si z tohoto příspěvku zaplatí.

Žádost o příspěvek na péči se podává k příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností (17). Osoba, která o příspěvek žádá je povinna podrobit se vyšetření zdravotního stavu v určitém zdravotnickém zařízení, předložit lékařské zprávy ošetřujících lékařů, umožnit úřadu sociální šetření v místě jeho bydliště a doložit další údaje, které by byly rozhodujícím v přiznání příspěvku (10). Měřítkem závislosti je počet nezvladatelných úkonů, které není žadatel schopen zvládat sám. Sledované úkony se týkají jednak zajištění soběstačnosti a dále pak v rámci péče o vlastní osobu (17). Počet úkonů rozhodných pro jednotlivé stupně závislosti jsou odlišné pro osoby do 18 let a od 18 let. U osoby nad 18 let, jestliže nezvládá více než 12 úkonů, jedná se o lehkou závislost, příspěvek v tomto případě činí 2 000 Kč. Střední závislost vzniká při ohodnocení více jak 18 bodů, výše příspěvku je 4 000 Kč. Nárok na 8 000 Kč vzniká, pokud jedinec nezvládá více jak 24 bodů, jedná se o těžkou závislost. Zcela závislý je takový žadatel, který není schopen si sám obstarat více jak 30 úkonů, příspěvek činí 12 000 Kč (34). Do května 2008 bylo uznáno nejvíce příspěvků v I. Stupni, a to v počtu 103 000 (42%), příspěvků v II. stupni bylo přiděleno 81 500 (33%), III. stupeň byl uznán v počtu 39 000 (16%), IV. stupeň tvořil nejmenší počet dávek, a to 22 000 (9%) (18).

Úřad, který příspěvek na péči vyplácí také kontroluje, zda poskytovatel sociálních služeb, zajišťuje závislé osobě péči v takové míře, která odpovídá stupni závislosti. Pokud jsou zjištěny závažné nedostatky, úřad informuje krajský úřad, který vydal rozhodnutí o registraci poskytovatele služeb.

1.4 Popis zkoumaného regionu

Město Klatovy leží v šumavském podhůří blízko jihozápadních hranic s Německou spolkovou republikou. V Plzeňském kraji jsou Klatovy svou rozlohou druhé největší město po Plzni (33). K 31.12.2008 je na území města Klatov 22 817 obyvatel. Osob starších 65 let zde žije 3643 z toho je 1428 mužů a 2215 žen (3). Péči o seniory zajišťují na území města Klatov 4 organizace. Městský ústav sociálních služeb, Oblastní charita Klatovy, oblastní spolek Českého červeného Kříže, Klatovská nemocnice, a. s.. Městský ústav sociálních služeb provozuje dva domovy pro seniory. Jeden v Klatovech, kde je kapacita 136 lůžek a druhý domov pro seniory se nachází v Jezdci s kapacitou 92 lůžek. Součástí objektu v Újezdci je domov pro osoby se zdravotním postižením s kapacitou 30 lůžek. Ambulantní službou poskytovanou městským ústavem je centrum denních služeb, které je v provozu v pracovní dny. Klientům je zde zajištěna strava, hygiena, aktivizační a vzdělávací činnost, kontakt se společenským prostředím. V terénu působí pečovatelská služba. Pečovatelky docházejí do domácností seniorů od pondělí do pátku dle dohody a potřeby se může služba zajistit i o víkendech a dnech pracovního volna. V rámci Oblastní charity Klatovy je zřizována charitní pečovatelská služba a Domov pokojného stáří. Pečovatelka služba zajišťuje péči v pracovní dny dle potřeb klientů. V Domově pokojného stáří je seniorům poskytována komplexní péče, kapacita zařízení je 27 lůžek. Oblastní spolek Českého červeného kříže zřizuje pečovatelskou službu tzv. sousedskou výpomoc v obcích, zajišťuje zdravotní a sociální pomocnou péči u osob, které ji nezbytně potřebují, dále sociálně dopravní služby pro seniory a zdravotně postižené. V rámci Klatovské nemocnice, a.s. jsou k dispozici sociální lůžka (24).

Plánice se nachází asi 15km jižně od města Klatovy. Pro zkoumaný vzorek seniorů z vesnice jsem zvolila 11 obcí v okolí Plánice, jsou jimi: Bližanovy, Křižovice, Kvasetice, Lovčice, Mlynářovice, Nová Plánice, Pohoří, Štipoklasy, Vracov, Zbyslav a Zdebořice (23). K 31.12.2009 má Plánice i se svými spádovými obcemi 1708 obyvatel, z toho 299 osob starších 65 let (25). V mikroregionu Plánicko je pouze jeden poskytovatel sociálních služeb a to Charitní pečovatelská služba Plánice, která spadá

pod Oblastní charitu Klatovy. Služby jsou poskytovány v pracovní dny a dále dle aktuální potřeby klientů (24).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, zda je rozdíl v informovanosti seniorů o možnosti využití sociálních služeb, na území města Klatovy a v obcích mikroregionu Plánice.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1:

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

Hypotéza č. 2:

Senioři na vesnici mají menší dostupnost sociálních služeb než senioři ve městě.

3. Metodika

Teoretická část bakalářské práce se v první části zabývá specifikováním seniorské populace, jejích typických projevů z hlediska zdravotního a fyzického a dále i popis demografické křivky stáří. V druhé části se pojednává o sociálních službách. A v poslední třetí části jsou popsána místa, kde byl prováděn výzkum pro tuto bakalářskou práci.

Praktická část je zaměřena na zpracování a zhodnocení otázek z dotazníku, který byl použit tématicky k této bakalářské práci.

3. 1 Metody výzkumu

V bakalářské práci bylo využito kvantitativního sociologického výzkumu. Data byla sesbírána metodou dotazování, a to prostřednictvím dotazníkové techniky sběru dat. Oslovení respondenti byli požádáni, aby se vyjádřili k dané problematice v jejich bydlišti.

Dotazník (Příloha č. 1) byl použit z bakalářské práce studentky Ušiakové, jejíž bakalářská práce se zabývala stejným tématem. V úvodu dotazníku byli respondenti seznámeni s mou osobou, jakožto studentkou třetího ročníku na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Byli seznámeni s tím, že informace od nich získané budou použity pouze pro moji vlastní potřebu v rámci vypracování této bakalářské práce. Výrazně bylo označeno, že dotazník je zcela anonymní.

Dotazník se skládá z 15 otázek které byly prezentovány většinou v uzavřené formě, kde bylo respondentům předloženo několik možných odpovědí. U otázek 9, 11, 12 měli respondenti i možnost vlastního vyjádření kromě předložených odpovědí. Na konci dotazníku byl ponechán prostor pro respondentovy názory nebo jiné připomínky. Zakončen byl poděkováním za ochotu při vyplňování dotazníku.

3. 2 Charakteristika zkoumaného vzorku

V rámci výzkumu pro tuto bakalářskou práci byli osloveni občané starší 65let žijící na území města Klatovy a dále v mikroregionu Plánicko. Vesnice spadající pod mikroregion Plánicko jsou následující: Bližanovy, Křížovice, Kvasetice, Lovčice, Mlynářovice, Nová Plánice, Plánice, Pohoří, Štipoklasy, Vracov, Zbyslav, Zdebořice.

Z údajů zjištěných od Českého statistického úřadu, bylo ke dni 31.12.2008 na území města Klatovy celkem 3 643 obyvatel starších 65 let (3). Na vesnicích mikroregionu Plánicko žilo ke dni 31.12. 2009 celkem 299 obyvatel, kteří byli starší 65 let (25).

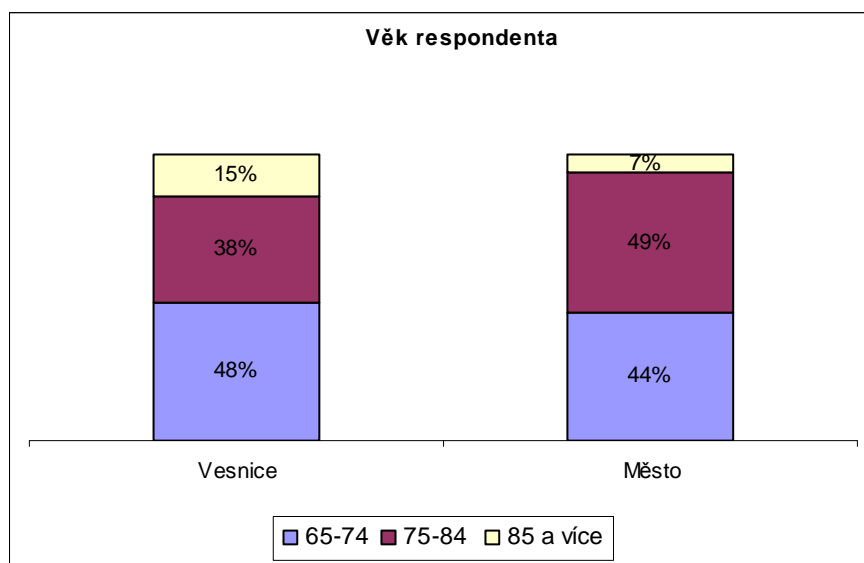
V uvedených lokalitách bylo během ledna a února 2010 celkem rozdáno 267 dotazníků z toho 186 ve městě a 81 na vesnici. Ve městě byly dotazníky distribuovány respondentovi prostřednictvím pracovníků pečovatelské služby, dále byly dodány do klubu seniorů, do čekárny lékařských ordinací a nemalá část dotazníků byla rozdána seniorům přímo do jejich domovů. Na vesnici bylo nejvíce využito šíření dotazníků přes rodinné příslušníky k seniorům, dále pak pomocí Charitní pečovatelské služby a umístěním dotazníků do místních prodejen potravin. Návratnost činila 143 dotazníků, z toho muselo být 7 dotazníků vyřazeno, jelikož nebyly vyplněny celé, konečný počet všech dotazníků tak činil 136. V obci byl počet navrácených dotazníků 48, konečná návratnost tudíž 59%. Ve městě bylo zpět získáno a po vyřazení neplatných dotazníků bylo tak možno zahrnout do výzkumu 88 dotazníků, návratnost tedy 48%. Celková návratnost činila zhruba 51%.

4. Výsledky

Otázka č. 1: Věk oslovených seniorů na vesnici a ve městě

V následujícím grafu jsou znázorněny výsledky upřesňující věk respondentů. Z oslovených 48 osob na vesnici bylo z první věkové kategorie 65-74 let 23 osob (48%). Druhá věková kategorie byla zastoupena v počtu 18 seniorů (38%). Ve věku 85 a více let vyplnilo na vesnici dotazník 7 osob (15%). Na území města Klatovy bylo z celkového počtu 88 respondentů zastoupeno ve věkové kategorie 65-74 let 39 osob (44%), ve druhé věkové skupině 75-84 let bylo 43 lidí (49%), 6 respondentů (7%) odpovědělo na vesnici ve věku 85 a více let.

Graf 1: Věk oslovených seniorů na vesnici a ve městě (v %)

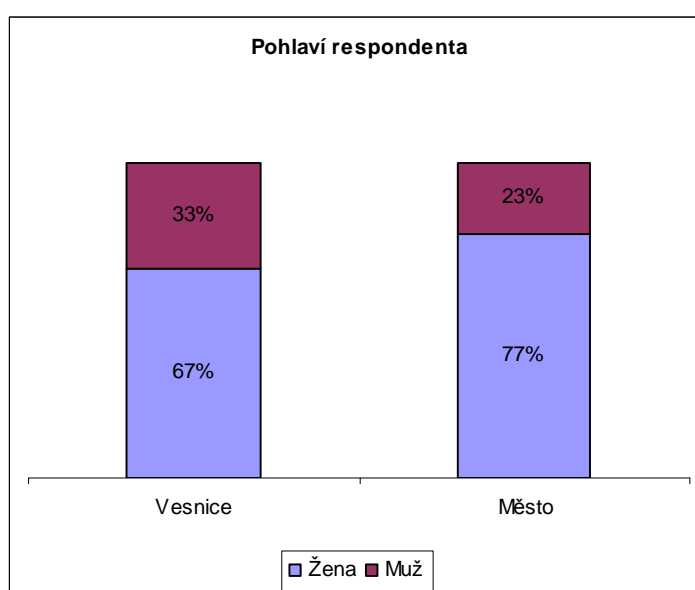


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2: Pohlaví oslovených respondentů

Graf č. 2 se zaměřuje na pohlaví seniorů, kteří se podíleli na výzkumu. V obci bylo osloveno 32 žen (67%) a 16 mužů (33%). Ve město bylo také vyšší zastoupení žen a to 68 (77%), mužů bylo osloveno 20 (23%).

Graf 2: Pohlaví oslovených respondentů (v %)

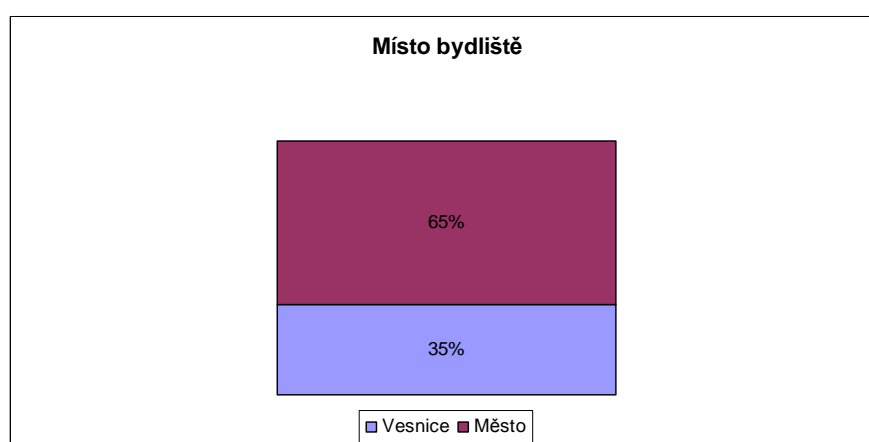


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3: Místo bydliště respondenta

Graf č. 3 ukazuje poměr seniorů, již se účastnili výzkumu na území města Klatovy a v obcích mikroregionu Plánicko. Z celkového počtu 136 dotazovaných bylo 48 osob (35%) z obce a 88 osob (65%) z města Klatovy.

Graf 3: Místo bydliště respondenta (v %)

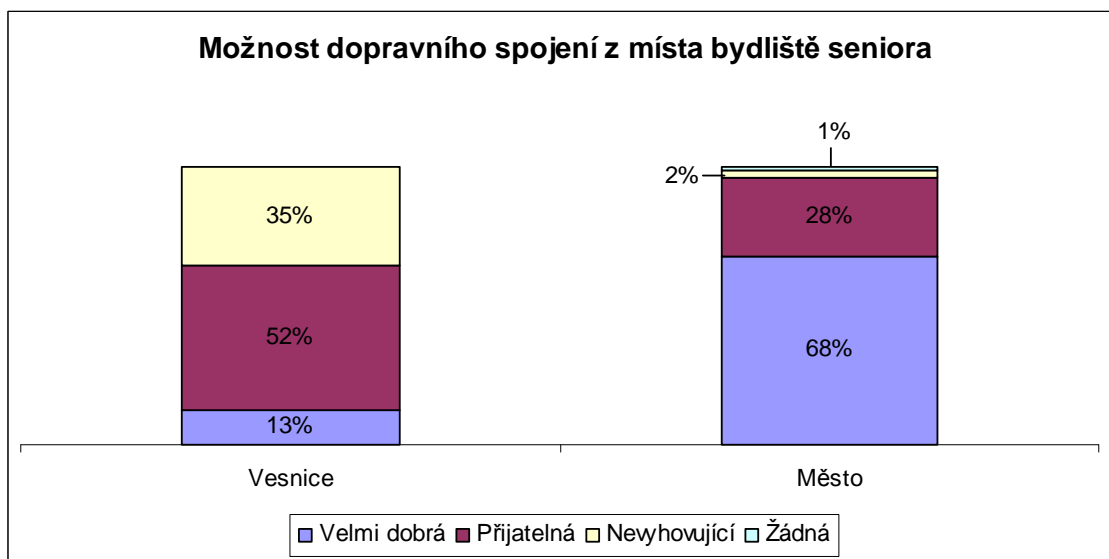


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4: Možnost dopravního spojení z místa bydliště

V otázce č. 4 byl výzkum zaměřen na zjištění dopravního spojení z místa bydliště k lékaři nebo na úřad. Senioři ve městě se dle dotazníků domnívají, že jejich dopravní spojení je velmi dobré, a to v počtu 60 osob (68%), za přijatelné spojení považuje 25 (28%) seniorů, možnost nevyhovující zvolily 2 osoby (2%) a žádné spojení ve městě označil 1 člověk (1%). Oproti tomu na vesnici nikdo nevedl možnost žádného spojení z místa bydliště. Nejpočetnější skupinu odpovědí v obci tvořila možnost přijatelného spojení, kterou zvolilo 25 osob (52%), za nevyhovující považuje 17 osob (35%) a možnost velmi dobrého spojení zvolilo 6 seniorů (13%).

Graf 4: Možnost dopravního spojení z místa bydliště (v %)

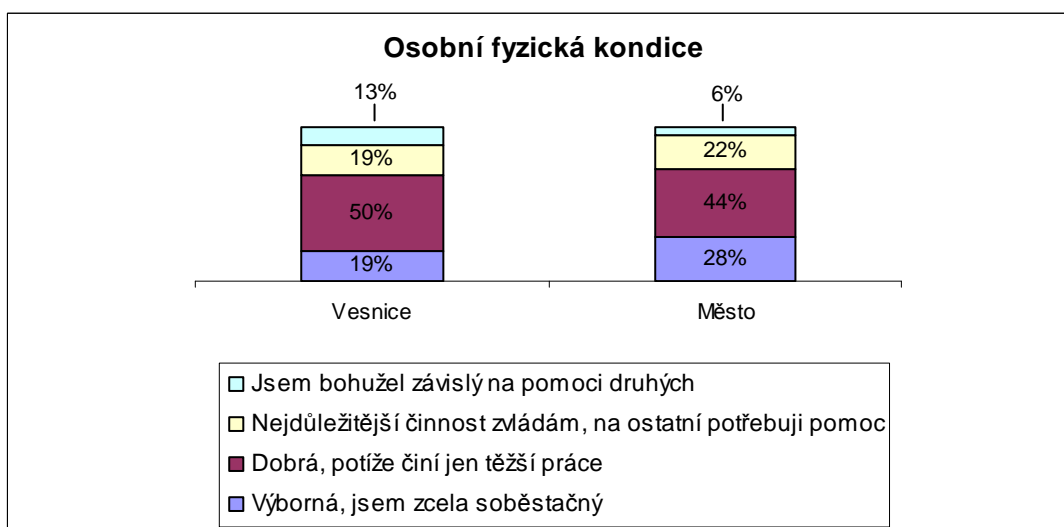


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5: Fyzická kondice

V grafu č. 5 jsou odraženy subjektivní názory seniorů na jejich fyzickou kondici a soběstačnost. Na vesnici se 9 seniorů (19%) vyjádřilo, že jejich fyzická kondice je výborná, u 24 (50%) osob je fyzická kondice dobrá, 9 (19%) oslovených se vyjádřilo, že potřebuje jistou pomoc od ostatních a 6 (13%) osob je zcela závislých na ostatních. V Klatovech se 25 jedinců (28%) cítí fyzicky výborně a zcela soběstačně, 39 osobám (44%) činí problém jen těžší práce, určitou pomoc vyžaduje 19 seniorů (22%), závislých na pomoci druhých je 5 osob (6%).

Graf 5: Fyzická kondice (v %)

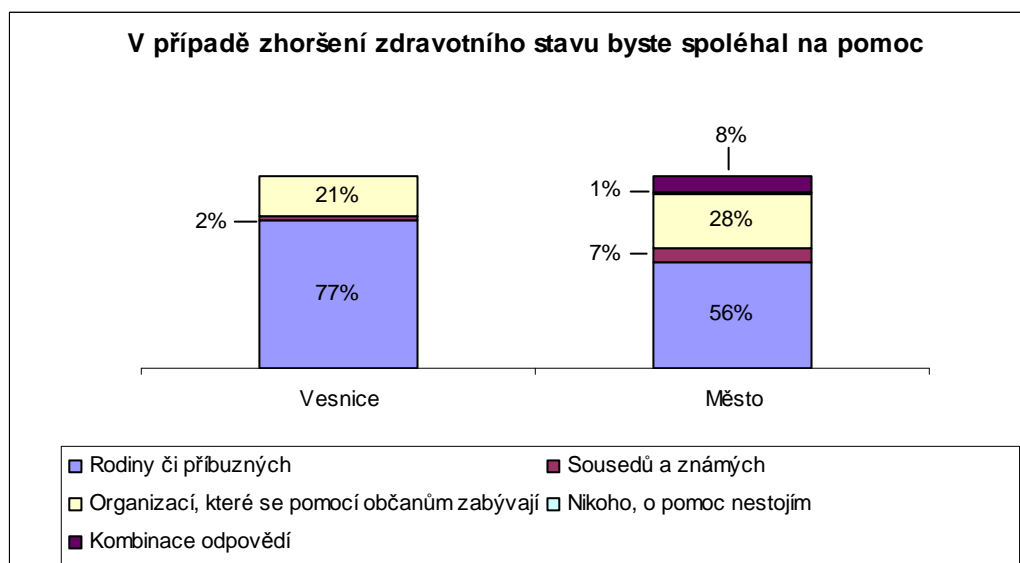


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6: Možné formy pomoci v případě zhoršení zdravotního stavu

Graf č. 6 se zabývá formami pomoci, na které by se senioři spoléhali v případě zhoršení svého zdravotního stavu. Na vesnici by se 37 seniorů (77%) obrátilo na pomoc rodiny či příbuzných, 1 osoba (2%) na pomoc sousedů či známých, 10 osob (21%) na organizaci poskytující pomoc, k odpovědi „o žádnou pomoc nestojím“ se nevyjádřil nikdo. V Klatovech by pomoc u rodiny hledalo 49 seniorů (56%), pomoc od sousedů by vyhledalo 6 jedinců (7%), 25 seniorů (28%) by se obrátilo na pomoc od profesionálů, 1 senior (1%) se vyjádřil, že nestojí o pomoc od nikoho, kombinaci více odpovědí zvolilo 7 seniorů (8%).

Graf 6: Možné formy pomoci v případě zhoršení zdravotního stavu (v %)

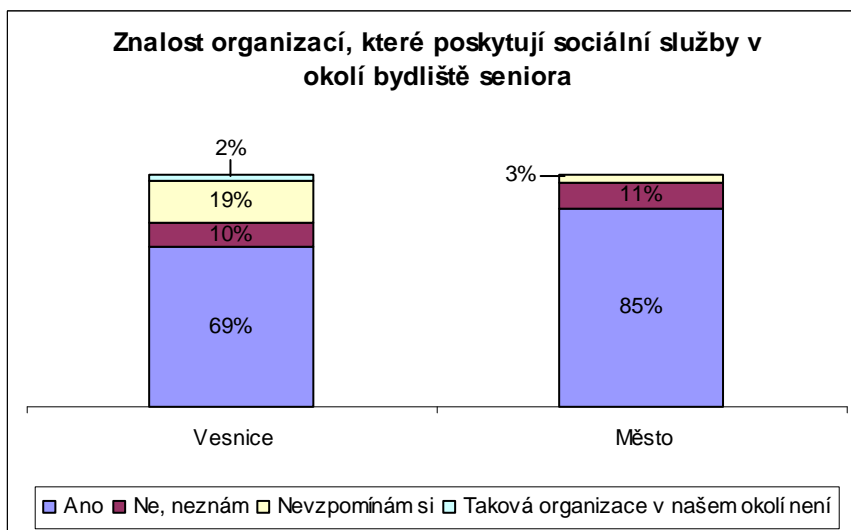


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7. Informovanost seniorů o existenci organizací v okolí místa bydliště

Graf č. 7 zaznamenává znalost seniorů ohledně organizací, které poskytují sociální služby v blízkosti jejich bydliště. Na vesnici 33 seniorů (69%) potvrdilo, že zná nějakou organizaci, 5 osob (10%) nezná žádnou organizaci, nevzpomíná si 9 osob (19%), 1 osoba (2%) se domnívá, že žádná taková organizace v blízkosti není. V Klatovech 75 seniorů (85%) zná organizaci poskytující sociální služby, 10 osob (11%) nezná, nevzpomínají si 3 senioři (3%).

Graf 7: Informovanost seniorů o existenci organizací v okolí místa bydliště (v %)

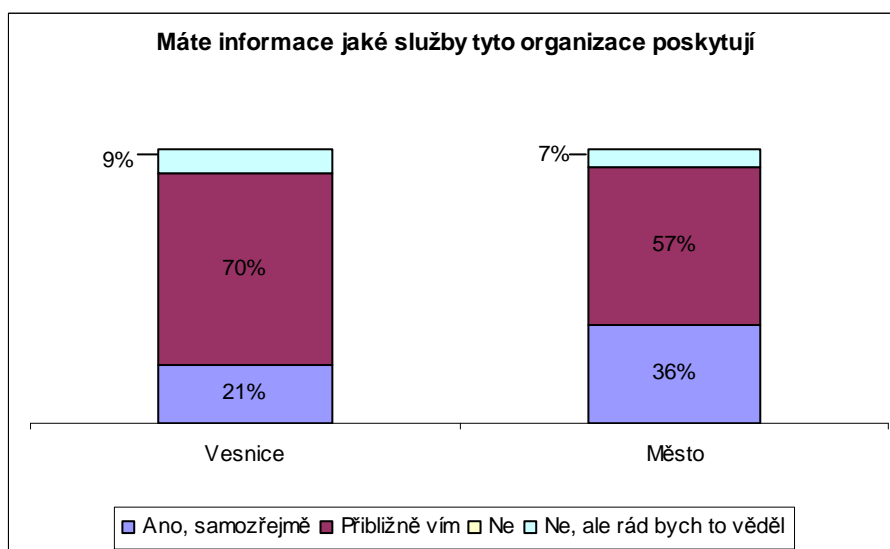


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8. Máte informace, jaké služby tyto organizace poskytují

V případě, že respondent odpověděl, že zná organizaci, která poskytuje sociální služby, následovala otázka, zda mají povědomí, jaké služby tyto organizace poskytují. Z celkového počtu 33 seniorů z vesnice odpovědělo 7 osob (21%), že přesně ví, jaké služby jsou poskytovány, přibližně je zná 23 osob (70%), 3 osoby (9%) nevěděly, ale rády by se dozvěděly více informací. Ve městě se z dotazovaných 75 seniorů vyjádřilo následovně: 27 osob (36%) odpovědělo, že samozřejmě zná rozsah služeb, přibližně ví 43 osob (57%), 5 osob (7%) nezná rozsah, ale rády by se jej dozvěděly.

Graf 8: Máte informace, jaké služby tyto organizace poskytují (v %)

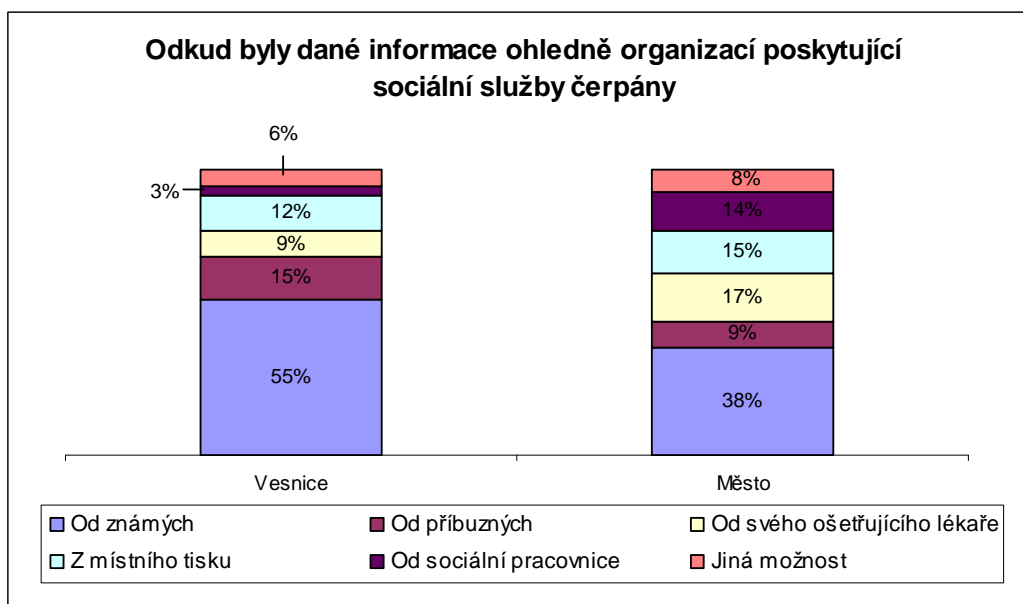


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9: Zdroje informací týkající se organizací poskytujících sociální služby

Graf č. 9 navazuje na graf č. 8, kde se doptává seniorů, odkud informace ohledně sociálních služeb čerpali. Respondenti z mikroregionu Plánicko se nejvíce informací dozvěděli od známých, a to v počtu 18 odpovědí (55%), od příbuzných se informace dozvědělo 5 seniorů (15%), 3 lidé (9%) se to dozvěděli od svého ošetřujícího lékaře, 4 osoby (12%) z místního tisku, 1 osoba (3%) od sociální pracovnice a 2 senioři (6%) se vyjádřili tak, že informace se dozvěděli od jiných uživatelů služeb. V Klatovech se také nejvíce seniorů dozvědělo o sociálních službách od známých, a to v počtu 33 osob (38%), dále pak 8 respondentů (9%) od příbuzných, 15 osob (17%) od svého ošetřujícího lékaře, 13 seniorů (15%) mělo informace z místního tisku, 12 osob (14%) od sociální pracovnice, 7 respondentů (8%) se vyjádřilo, že informace jim byly poskytnuty od uživatelů sociálních služeb, z internetu nebo v klubu seniorů.

Graf 9: Zdroje informací týkající se organizací poskytujících sociální služby (v %)

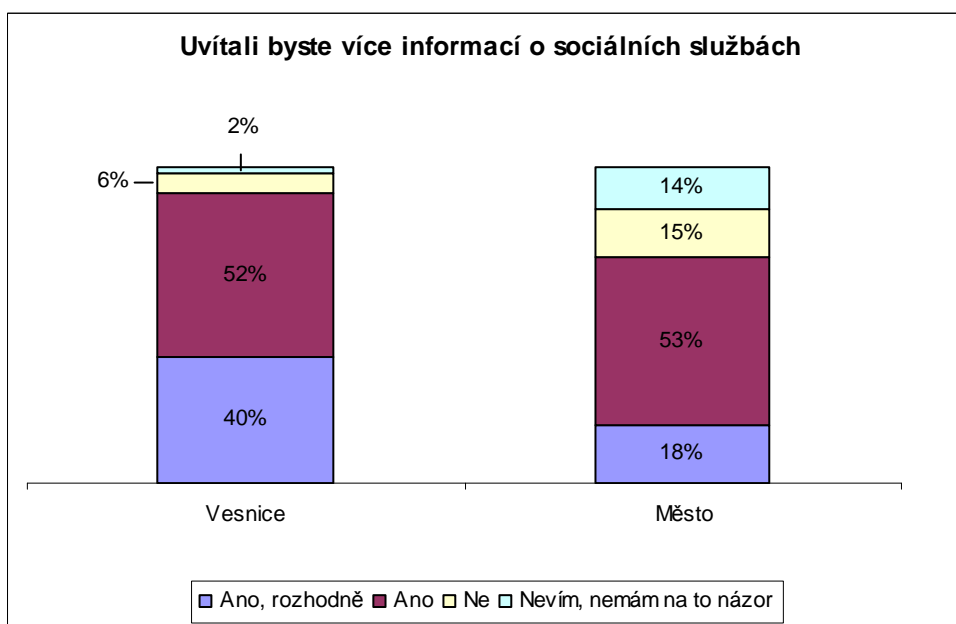


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10. Uvítali byste více informací ohledně sociálních služeb

Graf. č. 10 hodnotí, zda by senioři chtěli získat více informací ohledně sociálních služeb, které jsou poskytované v blízkosti jejich bydliště. V obcích by 19 respondentů (40%) mělo rozhodně zájem o více informací, 25 seniorů (52%) by také mělo zájem, ale ne tak důrazný, 3 osoby (6%) by neměly zájem, 1 respondent (2%) k této věci nemá žádný názor. V Klatovech by uvítalo rozhodně více informací 16 osob (18%), 47 osob (53%) mělo zájem o informace, 13 respondentů (15%) nemá zájem, 12 dotazovaných (14%) nemá k této věci názor.

Graf 10: Uvítali byste více informací ohledně sociálních služeb (v %)

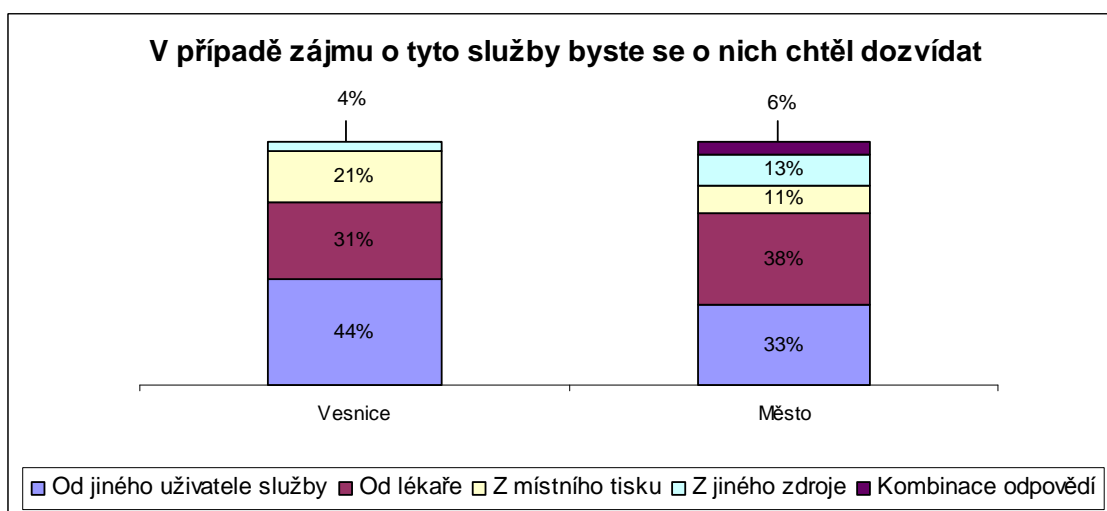


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11: V případě zájmu o tyto služby byste se chtěl o nich dozvědět

Graf č. 11 ukazuje, jakou formou by se senioři chtěli dozvědět o sociálních službách. V obci se 21 dotazovaných (44%) vyjádřilo, že by se o sociálních službách chtělo dozvědět od jiného uživatele sociálních služeb, 15 osob (31%) od svého ošetřujícího lékaře, 10 respondentů (21%) by rádo získávalo informace z místního tisku a 2 senioři zvolili vlastní odpověď a to možnost získávat informace od rodiny a známé osoby. V případě města Klatovy by se o sociálních službách chtělo dozvědět 29 seniorů (33%) od jiného uživatele služby, 33 respondentů (38%) od lékaře, 10 seniorů (11%) z místního tisku, 11 osob (13%) zvolilo jinou možnost, kde nejčastěji senioři uváděli sociální pracovníci, klub seniorů, v televizi či rozhlasu a někteří se zde vyjádřili, že nemají představu, kombinaci odpovědí zvolilo 5 seniorů (6%).

Graf 11: V případě zájmu o tyto služby byste se chtěl o nich dozvědět (v %)

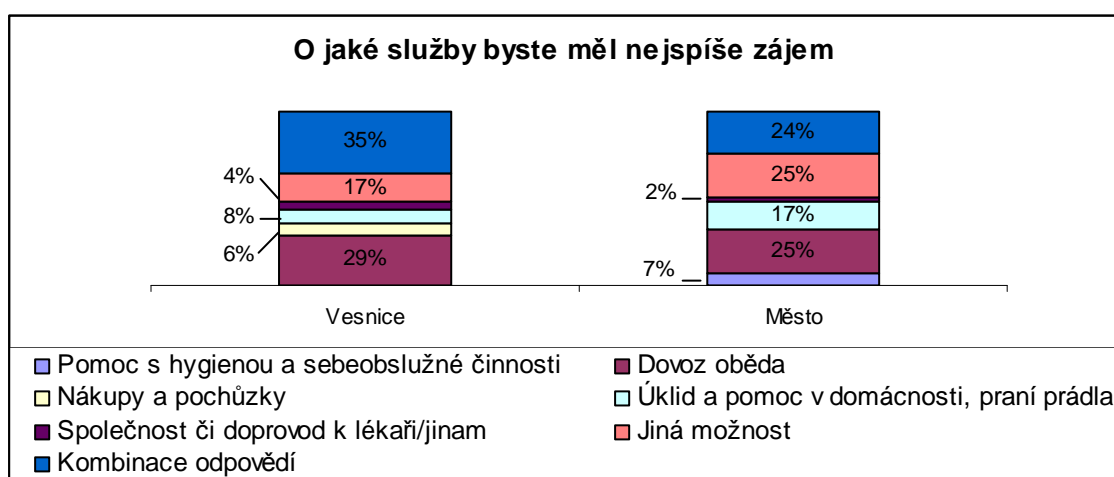


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12: Předpokládaný zájem o sociální služby

V grafu č. 12 jsou znázorněny odpovědi seniorů na otázku, jaké by volili sociální služby v případě jejich potřeby. V mikroregionu Plánicko by 14 seniorů (29%) volilo možnost dovážky obědů, 3 respondenti (6%) nákupy a pochůzky, 4 senioři (8%) by uvítali pomoc v domácnosti a drobný úklid, 2 osoby (4%) by uvítaly společnost nebo doprovod k lékaři či jinam, možnost jinou zvolilo 8 respondentů (17%), kde se nejčastěji vyjadřovali, že zatím nemají zájem, nepřemýšleli o tom nebo by se rozhodli dle zdravotního stavu, kombinaci užívání více sociálních služeb by upřednostňovalo 17 seniorů (35%). Na území města Klatovy by 6 seniorů (7%) rádo užívalo pomoc s osobní hygienou a péčí, 22 respondentů (25%) by zvolilo možnost dovozu obědů, úklid a pomoc v domácnosti by zvolilo 15 seniorů (17%), doprovod k lékaři či na jiné pochůzky by využívali 2 senioři (2%), jinou možnost uvedlo 22 seniorů (25%), kde se ve většině případů vyjadřovali, že zatím o využívání sociálních služeb nepřemýšleli, množství a druh sociální služby by volili dle aktuálního zdravotního stavu, 21 respondentů (24%) by zvolilo kombinaci více druhů sociálních služeb.

Graf 12: Předpokládaný zájem o sociální služby (v %)

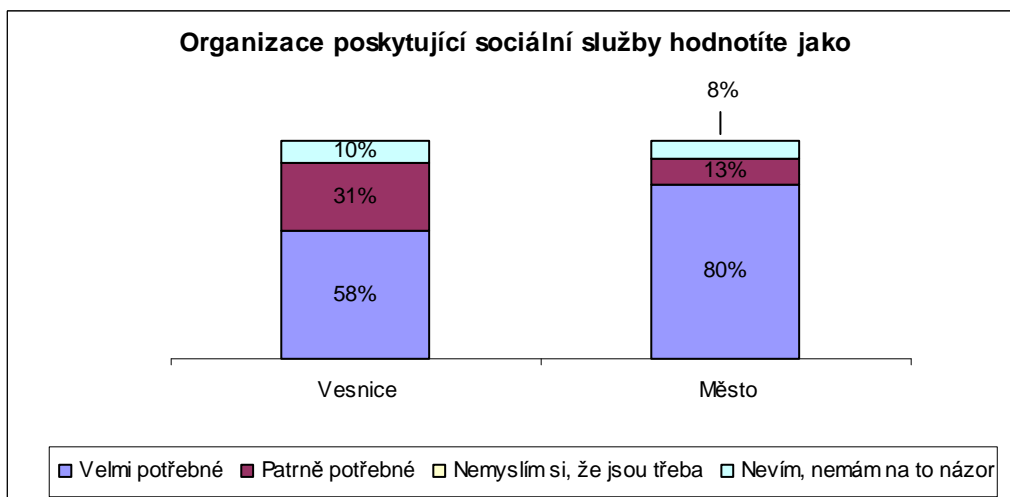


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13: Jak hodnotíte organizace poskytující sociální služby

V grafu č. 13 je znázorněno hodnocení organizací, které poskytují sociální služby. Na vesnici považuje 28 dotazovaných (58%) organizace poskytující sociální služby za velmi potřebné, 15 seniorů (31%) za nejspíše potřebné a 5 respondentů (10%) nemá na tuto otázku názor. Ve městě hodnotí organizace poskytující sociální služby 70 dotazovaných (80%) jako velmi potřebné, patrně potřebné jsou pro 11 seniorů (13%), 7 osob (8%) nemá názor na tuto otázku.

Graf 13: Jak hodnotíte organizace poskytující sociální služby (v %)

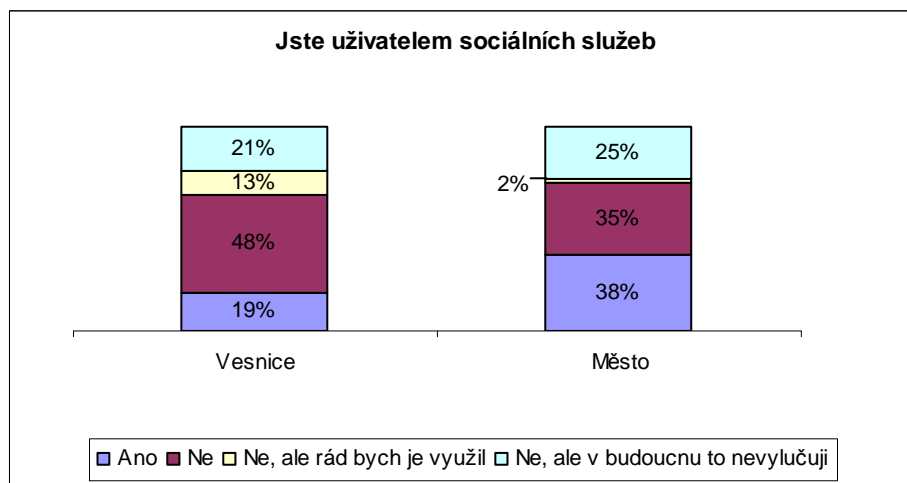


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14: Jste vy sám uživatelem sociálních služeb

V grafu č. 14 se dotazovaní vyjádřili, zda jsou sami uživateli sociálních služeb. Na vesnici je z celkového počtu dotazovaných 9 seniorů (19%) uživateli sociálních služeb, 23 respondentů (48%) není, 6 osob (13%) by jej rádo využívalo a do budoucna to nevyklučuje 10 seniorů (21%). V Klatovech je uživateli sociálních služeb 23 seniorů (38%), 31 seniorů (35%) není uživateli, rádi by služeb využívali 2 senioři (2%), do budoucna užívání služeb nevyklučuje 22 seniorů (25%).

Graf 14: Jste vy sám uživatelem sociálních služeb (v %)

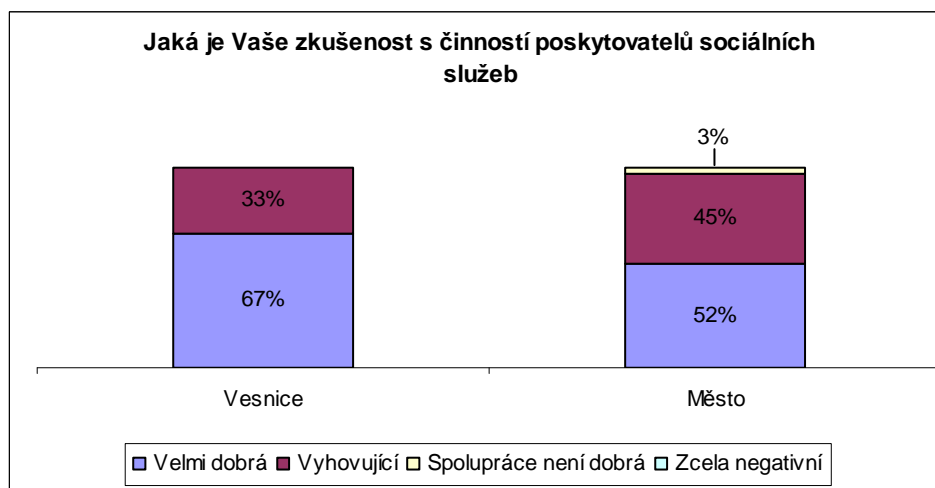


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15: Spokojenost s poskytovateli sociálních služeb

Graf č. 15 znázorňuje spokojenost uživatelů s poskytovateli sociálních služeb. V obci má velmi dobrou zkušenost 6 seniorů (67%), 3 osoby (33%) jsou spokojené se službami. Ve městě je 17 respondentů (52%) velmi spokojeno s poskytovateli sociálních služeb, pro 15 seniorů (45%) je zkušenost s poskytovateli vyhovující, 1 senior (3%) se vyjádřil, že spolupráce s poskytovateli není dobrá.

Graf 15: Spokojenost s poskytovateli sociálních služeb (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuse

Jedním ze základních předpokladů fungování systému sociální péče je právě dobrá úroveň informovanosti uživatelů (34). Zlepšení informovanosti se v současné době snaží zajistit pomocí komunitního plánování. Hlavní náplní komunitního plánování je zjišťování potřeb klientů, finanční, personální a časovou náročnost na daném území. Občané, organizace a instituce v dané lokalitě by se měli aktivně zapojovat a napomáhat tak zlepšení situace (16).

Snahou této práce bylo zjistit informovanost seniorů o sociálních službách a zároveň porovnat dostupnost služeb na vesnici a ve městě. Mezi seniory bylo rozdáno 267 dotazníků z toho bylo 186 oslovených ve městě a 81 na vesnici.

V otázce č. 1 bylo na vesnici dotazovaných 48% ve věkové kategorii 65-74 let, 38% ve věku 75-84 let, nejméně bylo zastoupeno seniorů ve věku 85 a více let, a to v 15%. Ve městě byli nejpočetnější skupinou senioři ve věku 75-84 let – 49%, ve 44% odpovídala na dotazník skupina seniorů ve věku 65-74 let a 7% respondentů bylo ve skupině 85 a více let. V nejnižší věkové skupině nebyl velký rozdíl mezi dotazovanými na vesnici a dotazovanými z obce. Oproti tomu druhá kategorie měla větší zastoupení ve městě. Nejstarších osob bylo o polovinu více na vesnici a to 15%.

Vzhledem k prodlužujícímu se věku dožití se v populaci objevuje více lidí nad 65 let. Z celkového počtu obyvatel by mohlo být v roce 2020 až 20,7 procenta osob starších 65 let. Stárnutí obyvatelstva patří mezi zákonité jevy v celém vyspělém světě. V našich podmínkách bude stárnutí ještě o něco intenzivnější, protože dojde nejen ke snížení úmrtnosti ve vyšším věku a rychlému rapidnímu snížení porodnosti, ale také k souběžnému vstupu vcelku silných generací, které dosáhnou důchodového věku (20).

Z dotazovaných v obci bylo 67% žen a 33% mužů, ve městě mělo větší zastoupení taktéž ženské pohlaví 77% a muži 23%. Tímto se dokazuje tvrzení, že ženská populace se dožívá vyššího věku než mužská část. Dle výzkumů tvoří 60% všech osob nad 60 let ženy a ve věku nad 80 let to bylo 70% (35).

V otázce č. 3 bylo zjišťováno bydliště dotazovaných seniorů. Z celkového počtu oslovených seniorů mělo trvalé bydliště na vesnici 35% a 65% dotazovaných žilo ve městě.

K možnosti dopravního spojení z místa bydliště k lékaři či někam k jednání na úřad se na vesnici vyjádřilo k velmi dobrému spojení 13% osob, jako přijatelnou dopravu zvolilo 52% seniorů a 35% osob se vyjádřilo k dopravě v jejich obci jako nevyhovující. Ve městě se odpovědi značně lišily. 68% seniorů uvádí, že jejich dopravní spojení z velmi dobré, za přijatelné jej považuje 28% seniorů, nevyhovující 2% a 1% obyvatel města nemá žádné dopravní spojení. I přesto, že se ve městě v 1% objevila odpověď žádného spojení, z celkového vyhodnocení vyplývá, že na vesnici je dostupnost spojení opravdu nevyhovující. Převládalo více negativních odpovědí ohledně dopravního spojení oproti městu, kde se více než polovina respondentů ztotožnila s názorem, že jejich dopravní spojení je velmi dobré. Někteří senioři do dotazníku uvedli, že se pohybují po městě pěšky a nevyužívají žádného dopravního spojení. V těchto ojedinělých případech se jednalo o ženy v nejnižší věkové kategorii a dle jejich názoru v dobré fyzické kondici.

Ohledně vlastní fyzické kondice se senioři vyjadřovali v podobném poměru v obou lokalitách. Zcela soběstačných bylo více ve městě 28%, na vesnici o něco méně, a to 19%. Za dobrou považovalo svou fyzickou kondici 50% seniorů na vesnici, což bylo o něco málo více než v Klatovech, 44%. Shodné procentuální zastoupení měla skupina seniorů, kteří potřebují v péči o svou osobu pomoc jiné osoby. V obci se k této odpovědi přiklonilo 19%, ve městě 22%. Naprosto závislími na pomoci druhých se dle osobního zhodnocení cítí více lidí na vesnici 13%, to je skoro o polovinu méně než ve městě 6%.

Nejvíce dotazovaných by se v případě zhoršení zdravotního stavu obrátilo na pomoc rodiny. V obci by to bylo 77% a ve městě 56%. To potvrzuje tvrzení Zaváralové, která ve své publikaci uvádí, že pro každého člověka bez rozdílu věku je rodina jistotou a zázemím. Dále uvádí, že ve stáří představuje dobře fungující rodina záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci v případě nesoběstačnosti starého člověka. Důležité je i to, když rodina má motivaci a snahu poskytnout potřebnou pomoc (35).

Dále by se senioři nejčastěji spolehli na pomoc organizací, které se zabývají poskytováním sociálních služeb. V obci i ve městě tato možnost zaujala druhé místo v četnosti odpovědí. Na vesnici by 2% obyvatel využila pomoc sousedů či známých. Ve městě se k možnosti využití pomoci od známých či sousedů přiklonilo 7% obyvatel. Dále se jeden člověk ve městě vyslovil k tomu, že žádnou pomoc nepotřebuje. Možnost kombinace pomoci zvolilo 8% seniorů v Klatovech. Nejčastěji se objevovali dvě formy pomoci a to od rodiny a zároveň od organizací poskytujících sociální služby. S možností volení více kombinací pomoci se ztotožňuje i tvrzení Zavázalové, podle které by společnost měla vytvořit dostatečné množství a kapacitu sociálních služeb, které by pomáhaly rodině v péči o své stárnoucí příbuzné (35).

Následující 3 otázky mi měly potvrdit, či vyvrátit hypotézu č. 1: Informovanost seniorů o sociálních službách je na vesnici nižší než ve městě. Otázky zkoumaly, zda senioři znají ve svém okolí nějakou organizaci, která poskytuje sociální služby. Na vesnici (69%) i ve městě (85%) se velké procento seniorů vyjádřilo ke kladné odpovědi tudíž, že znají v blízkosti bydliště nějakou organizaci poskytující služby sociální péče. V 10% uvedli senioři na vesnici, že neznají žádnou profesionální péči, ve městě tuto odpověď zvolilo 11%. Poměrně vysoké procento (19%) seniorů na vesnici si nemůže vzpomenout na žádnou organizaci, v Klatovech si nemůže vybavit žádnou organizaci 3% seniorů. V obci se ještě 2% seniorů vyjádřilo, že v okolí svého bydliště neznají žádnou takovou organizaci. V souhrnu lze říci, že senioři na vesnici volili více odpovědí negativního charakteru. Tyto odpovědi potvrzovaly neznalost organizací, které jim mohou poskytnout sociální služby v jejich přirozeném prostředí.

Respondenti, kteří odpověděli, že znají ve svém okolí nějakou organizaci poskytující sociální služby, pokračovali následující otázkou, kterou jsem se snažila zmapovat situaci ohledně bližší znalosti poskytovaných služeb. Výsledky u dané otázky nebyly nějak odlišné v odpovědích. V obou lokalitách se senioři vyjádřili v takovém to procentuálním zastoupení: 21% seniorů na vesnici a 36% respondentů v Klatovech odpovědělo, že mají znalost o sociálních službách. Určitou znalost mělo 70% seniorů v obci a 57% osob na ve městě. Přibližně stejné procento respondentů odpovědělo, že neznají náplň organizací poskytujících sociální služby, ale zároveň by se rádi dozvěděli

více informací. Na vesnici se takto vyjádřilo 9% dotázaných, ve městě 7%. Tato otázka nepříliš potvrdila tvrzení, že na rozdílnosti informovanosti má podíl místo bydliště.

U seniorů, kteří znali organizace ve svém okolí bylo zjišťováno, jako formou či z jakého zdroje se o sociálních službách dozvěděli. Nejvíce seniorů v obci (55%) se vyjádřilo, že čerpalo informace od známých, ve městě byla tato odpověď také nejfrekventovanější, a to v 38%. Senioři v obci (15%) byli více informovaní od svých příbuzných než senioři ve městě (9%). Populace seniorů ve městě byla v 17% informována od svého ošetřujícího lékaře oproti respondentům na vesnici, kteří od svého ošetřujícího lékaře byli ohledně sociálních služeb informováni v 9%. Vcelku stejné procentuální zastoupení (obec 12%, město 15%) měli senioři z obou lokalit v odpovědi, že zdrojem informací jim byl místní tisk. Pro 3% seniorů na vesnici a 14% seniorů ve městě byla hlavním zdrojem informací sociální pracovnice. Senioři, kteří uvedli tuto odpověď, byli ve větší míře již uživateli sociálních služeb. Na vesnici zvolilo 6% seniorů možnost jiná, kde uvedli, že informace jim byly poskytnuty od jiného uživatele služeb. Ve městě tuto možnost zvolilo 8% seniorů, kteří nejčastěji uváděli, že informace jim sdělila dobrá známá nebo v klubu seniorů, jeden senior čerpal informace z internetu a jeden dotazovaný od uživatele sociální služby. Zde nelze opomenout fakt, že senioři si nejčastěji informace ohledně sociálních služeb předávají neformální cestou prostřednictvím svých známých. Na vesnici bohužel není jiný přístupný zdroj informací.

Z dotazníkového šetření také vyplynulo, že senioři na vesnici by se v 90% chtěli dozvědět více informací o sociálních službách. Ve městě tomu bylo pouze v 78%. Nezáměr o větší přiblížení možností ohledně sociálních služeb vyjádřilo 6% seniorů na vesnici a 15% seniorů ve městě. K této otázce se nevyjádřilo nebo nemělo názor 2% seniorů v obci a 14% seniorů v Klatovech. Důležitým faktorem pro zlepšení informovanosti je způsob jakým by se senioři o službách chtěli dozvídat. Na vesnici je tomu následujícím způsobem, řazeno dle četnosti odpovědí: 44% seniorů by se chtělo dozvídat více informací od jiného uživatele sociálních služeb, 31% dotazovaných od ošetřujícího lékaře, dále 21% seniorů z místního tisku a 4% zvolili jiný zdroj. Zde se vyjadřovali nejčastěji, že by informace chtěli čerpat od rodiny nebo od známých.

Naproti tomu senioři ve městě by se rádi dozvíдали o sociálních službách od, řazeno dle četosti odpovědí, lékaře v 38%, od jiného uživatele služby v 33%, v 13% uvedli respondenti jiný zdroj. Tímto zdrojem by pro ně nejlépe byl klub seniorů, televize či rozhlas, v jednom případě by se chtěl senior dozvídat informace od příbuzných a v jednom případě od sousedů, 4 senioři se v tomto ohledu nevyjádřili, uvedli, že nemají představu o vhodném způsobu informování. Ve městě se ještě 6% seniorů vyjádřilo kombinací více odpovědí. Nejčastější kombinací odpovědí byla obdržení informací od lékaře a z místního tisku. Dle mého názoru by se k tomuto vyhodnocení mělo jistě přihlížet v případě zvýšení informovanosti. Je samozřejmé, že senioři ve velké míře volili možnost získání informací od lékaře, senioři chodí na pravidelné prohlídky, lékaři často dobře znají nejen zdravotní stav člověka, ale i sociální situaci seniora, zvláště na vesnicích je tomu tak. Nejsem si však jistá, nakolik jsou lékaři informováni o sociálních službách, jejich rozsahu fungování, druzích služeb. I přesto, že se možnost získávání informací z televize či rozhlasu objevila jen jednou, myslím si, že by bylo přínosné informovat seniory např. v regionálním vysílání jak televize, tak rozhlasových stanic.

V dotazníku byla položena otázka, která zjišťovala zájem o konkrétní sociální služby. Na vesnici nejvíce respondentů (35%) zvolilo kombinaci služeb, zde se objevovala možnost všech odpovědí nebo případný dovoz oběda společně s úklidem domácnosti či nákupy a pochůzky. Zajímavé bylo, že možnost pomoci s hygienou a při sebeobslužné činnosti, bylo zvoleno pouze v kombinaci s jinými službami. Druhou nejčastější odpovědí byl dovoz oběda (29%). V 17% senioři volili možnost jiná, z těchto seniorů se většina nevyjádřila, jelikož o tom nepřemýšleli nebo neměli utvořený názor na tuto situaci. Dva senioři by se rozhodli až dle aktuálního zdravotního stavu. Úklid a pomoc v domácnosti by uvítalo 8% seniorů, nákupy a pochůzky by si u poskytovatelů sociálních služeb smlouvalo 6% seniorů a nejmenší část dotazovaných zvolilo možnost doprovázení k lékaři či pouhou společnost. Na vesnici se pořadí odpovědí lišilo. Ve stejné míře se senioři vyjádřili k odpovědím dovoz oběda (25%), jinou možnost (25%) a kombinace služeb (24%). V případě zvolení jiné možnosti senioři nebyli rozhodnuti, neměli názor na to, jakou službu by využili, dále se zde objevila odpověď, že by se rozhodovali dle aktuálního zdravotního stavu a pokud by to bylo třeba, využili by

všechny nabízené služby. K využití nákupu a pochůzek se lidé přikláněli pouze v kombinaci s jinými službami. Využití více služeb bylo v podobném složení jako na vesnici, převažovala dovážka jídla, dále pak společnost či doprovod a v neposlední řadě úklid a pomoc v domácnosti. V 17% zastoupení by senioři zvolili službu úklidu a pomoc v domácnosti. Ve městě by 7% seniorů rádo využilo služby při pomoci s osobní hygienou a při péči o vlastní osobu. Nejnižší počet respondentů (2%) by využil společnost od pracovníků či doprovod k lékaři. V obou lokalitách se odpovědi ztotožňují v možnosti dovozu oběda, kde tuto variantu volil větší počet respondentů. Myslím si, že pro většinu seniorů je příprava jídla dosti zatěžující, a proto volí tuto možnost odpovědí častěji než ostatní varianty pomoci.

Seniorům byla položena otázka, jak by ohodnotili potřebnost organizací sociální péče. V obci i ve městě bylo pořadí odpovědí totožné. Jako velmi potřebné či patrně potřebné hodnotilo organizace na vesnici 89% seniorů, ve městě jich bylo 93%. Na organizace poskytující sociální služby nemělo názor 10% seniorů v obci a 8% seniorů ve městě. K odpovědi, že organizace poskytující sociální služby nejsou potřebné, se nevyjádřil nikdo.

V neposlední řadě bylo zkoumáno využití sociálních služeb respondenty. Z celkového počtu 136 dotazovaných bylo pouze 32 seniorů uživateli sociálních služeb. V mikroregionu Plánicko bylo 19% uživatelů, služby nevyužívá 48%, rádo by služby využilo 13% seniorů nyní je nevyužívá, ovšem do budoucna to nevyklučuje 33% respondentů. V Klatovech bylo uživatelů sociálních služeb více, a to 38%. Žádnou službu nevyužívá 35% seniorů, 2% lidí by ji ovšem ráda využila a 25% do budoucna nevyklučuje užívání některých služeb. V loňském roce bylo provedeno studentkou Ušiakovou (1) dotazníkové šetření na území města Horažďovice a ve spádových obcích. Na výše uvedenou otázku odpovědělo na vesnici v blízkosti města Horažďovice 16% dotazovaných, že jsou uživateli sociálních služeb. Což je v porovnání s mým výzkumem srovnatelné. Na území města Klatov bylo o 12% více uživatelů než v Horažďovicích. Tento rozdíl je pochopitelný vzhledem k vyššímu počtu poskytovatelů oproti Horažďovicím, kde má sídlo pouze jeden poskytovatel sociálních služeb pro seniory. Odlišné výsledky byly i v případě osob, které neužívají sociální

služby. Studentce Ušiakové odpovědělo 62% dotazovaných v obci, že nejsou uživateli, v obcích mikroregionu Plánicko nebylo uživatelů sociálních služeb 48%. V Horažďovicích není uživateli sociálních služeb vyšší procento než ve městě Klatovy. Se studentkou Ušiakovou jsme měly srovnatelný výsledek u respondentů ve městě, kteří nejsou uživateli sociálních služeb, ale rádi by je využili buď nyní, nebo v budoucnu. Na vesnicích v mikroregionu Plánicko bylo větší procento respondentů, kteří by nyní nebo do budoucna nevyvraceli možnost užívání sociálních služeb (1). Myslím si, že ze zkoumaného vzorku na vesnici je stále málo uživatelů sociálních služeb. S přihlédnutím k tomu, že se určitá část seniorů přiklonila k tomu, že by služeb ráda využila.

Z respondentů, kteří odpověděli, že jsou uživateli sociálních služeb, mělo na vesnici s činností organizací 67% velmi dobrou zkušenost, 33% uživatelů uvedlo práci poskytovatelů jako vyhovující. Nikdo se nevyjádřil, že by spolupráce byla negativní. Ve městě je s činností organizací poskytující sociální služby velmi spokojeno 52% uživatelů, vyhovující spolupráce je u 45% uživatelů, 3% uživatelů se vyjádřila, že není zcela spokojeno s činností poskytovatelů sociálních služeb. Z tohoto vyplývá, že kvalita služeb na vesnici i ve městě je na dobré úrovni.

Senioři měli možnost se vyjádřit svými názory. Zde ve většině případů uváděli, že činnost poskytovatelů je nutná a velmi dobrá, vzhledem k tomu, že se stará o staré spoluobčany, kteří mají sníženou soběstačnost. Dále se jeden respondent vyjádřil, že by si přál v případě umístění do nějakého zařízení sociálních služeb, vlídnost personálu a pocit, že není nikomu na obtíž.

Po zhodnocení výsledků vyplývá, že senioři na vesnici jsou opravdu méně informovaní než ve městě. Domnívám se tedy, že hypotéza č. 1 se potvrdila. Dostupnost sociálních služeb pro seniory na vesnici je nižší. Je to způsobené nevyhovujícím dopravním spojením. Dalším neméně důležitým faktorem je, že v obci poskytuje sociální služby pouze jeden poskytovatel. Tudíž byla naplněna i druhá hypotéza, která uváděla, že senioři na vesnici mají menší dostupnost sociálních služeb než ve městě.

6. Závěr

V současné společnosti, která se stále ztotožňuje s novým právním řádem, je dle mého názoru stále dost skupin osob, které mají zkreslené nebo nemají žádné informace o svých možnostech a nárocích na sociální služby. Snahou poskytovatelů a zřizovatelů organizací, které zajišťují sociální služby je podpořit zlepšení informovanosti občanů.

Hlavním cílem práce bylo zjistit rozdíl u seniorů v informovanosti a možnostech využití sociálních služeb, na území města Klatovy, bez přidružených obcí a v obcích mikroregionu Plánice.

Podle vyhodnocených výsledků dotazníkového šetření byla potvrzena hypotéza č. 1: „Informovanost seniorů o sociálních službách je na vesnici nižší než ve městě.“ Ukázalo se, že otázky, které zjišťovaly informovanost seniorů o službách sociální péče, dále ohledně organizací poskytujících sociální služby v jejich okolí a následně celkové využití sociálních služeb ze strany seniorů, byla u seniorů v obci nižší než u seniorů ve městě. Bydliště seniora bylo rozhodujícím.

Hypotéza č. 2.: „Senioři na vesnici mají menší dostupnost sociálních služeb než senioři ve městě“, byla také potvrzena. A to zejména tím, že dopravní spojení seniorů je o mnohem nevyhovující než u seniorů ve městě. Významným rozdílem je i takový fakt, že v obcích působí pouze jedna pečovatelská služba. Ve městě jsou čtyři poskytovatelé sociálních služeb.

V průběhu zpracovávání práce jsem dospěla k názoru, že pro seniory je velmi důležitá funkce rodiny. Neradi by opustili svoji domácnost a stěhovali se do zařízení sociální péče. Proto by bylo vhodné podporovat a motivovat rodinné příslušníky či jiné pečující osoby, aby umožnili svým nesoběstačným seniorům delší pobyt v jejich přirozeném prostředí.

Z dotazníků od seniorů vyplynulo, že senioři by si přáli být více informováni o sociálních službách od svého ošetřujícího lékaře. Ve vysokém procentu takto odpovídali jak senioři na vesnici tak i senioři ve městě. S lékařem jsou díky svému zhoršenému zdravotnímu stavu ve stáří v častém kontaktu. Domnívám se, že by u lékaře mohl být předkládán jistý souhrn informací ohledně sociálních služeb v dané lokalitě, např. kde

se kontaktovat, z čeho je možné čerpat, a jiné informace poskytující seniorovi základní přehled. Dále by se tento přehled mohl umístit do novin místní redakce. Pro možnost získávání informací z tisku se vyslovila nemalá část seniorů.

Myslím si, že cíl mé práce byl naplněn. Byla potvrzena nižší informovanost seniorů na vesnici a i nižší dostupnost služeb. Výsledky mého výzkumu by mohly posloužit jednotlivým poskytovatelům, zřizovatelům či samotnému personálu k tomu, aby věděli, jaký způsob získání informací by senioři nejvíce ocenili.

7. Klíčová slova

Ageismus

Příspěvek na péči

Senior

Sociální služby

8. Seznam použitých zdrojů

- 1) Bakalářská práce. Ušiaková, D. *Informovanost seniorské populace o nabídce sociálních služeb na Horažďovicku*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2009. 87s. doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.
- 2) Dessaintová, M. *Nezačínajte stárnout*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 232 s. ISBN 80-7178-255-6.
- 3) Dostálová, Lenka. Počet obyvatel k 31.12.2008 Klatovy. [online]. Platný email: lenka.dostalova@czso.cz od www.plzen.czso.cz.
- 4) Farková, M. *Dospělost a její variabilita*. 1. vydání. Praha: Grada publishing, 2009. 136s. ISBN 978-80-247-2480-5.
- 5) Gruberová, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 86s. ISBN 80-7040-286-5.
- 6) Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 416s. ISBN 80-7038-158-2.
- 7) Holmerová, I. – Jurášková, B. – Zikmundová, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. GEMA, 2002. 110s
- 8) Chrenková, M – Sobková, H. – Vajďáková, Z. *Metody sociální práce a sociální služby, standardy kvality v sociálních službách. In Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách.: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. s.351. ISBN 978-80-7368-229-3.
- 9) Jirásková, V. et. al. *Mezigenerační porozumění a komunikace*. 1. vydání. Praha: EUROLEX BOHEMIA, 2005. ISBN 80-86861-80-3.
- 10) Kahoun, V. et. al. *Sociální zabezpečení*. 1. vydání. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-346-2.
- 11) Kahoun, V. et. al. *Vybrané kapitoly k sociální práci. Sociální práce II*. 1. vydání. Praha: Triton, 2007. 283s. ISBN 978-80-7387-064-5.
- 12) Kalvach, Z. – Zadák, Z. – Jiráček, R. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

- 13) Kalvach, Z. et. al. *Vybrané kapitoly z geriatric a a medicíny chronických stavů II. díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1995. 214s. ISBN 80-7184-001-7.
- 14) Kozlová, L. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7
- 15) Králová, J. – Rážová. E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. 1. vydání. Olomouc: ANAG. 2007. ISBN 978-80-7263-405-7
- 16) Matoušek, O. et. al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 384s. ISBN 80-7178-548-2.
- 17) Matoušek, O. et. al. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 184s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- 18) Michalík, J. et. al. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: NRZP, 2008. 144s. ISBN 978-80-903658-2-7.
- 19) Minibergerová, L. – Dušek, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- 20) *Obce, města, regiony a sociální služby*. 1. vydání. Praha: Sociopress, 1997. ISBN 80-902260-1-9.
- 21) *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*. [online]. MPSV, 2010, 2.2.2010 [cit. 2010-04-06]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev3.pdf.
- 22) Pacovský, V. *Geriatric – geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: Scientia medica, 1994. 152s. ISBN 80-85526-32-8.
- 23) *Plánice současnost*. [online] 12.4.2010 [cit. 2010-04-15]. Dostupné z: <http://www.planice.cz/index.php?page=32&lag=&lang=cz>.
- 24) *Průvodce sociálními a doprovodnými službami na Klatovsku*. 1. vydání. Klatovy: Město Klatovy, 2007.

- 25) Radová, Eva. Senioři nad 65 let na Plánicku k 31.12.2009 [online]. Platný email: radova@planice.cz od www.planice.cz.
- 26) Smitka, V. – Fugnerová, M – Ošancová, K. *Starý člověk ve společnosti a rodině*. ÚV Českého svazu žen MONA. 1988.
- 27) Stuart-Hamilton, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.
- 28) Topinková, E. *Geriatry pro praxi*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.
- 29) Venglářová, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s. 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- 30) Vidovičová, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 2008. ISBN 978-80-210-4627-6.
- 31) Vurm, V. *Generace 50 plus ve stárnoucí Evropě. In Sborník II. mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus*. Jihočeská univerzita, ZSF, České Budějovice, 2005, s. 5-10. ISBN 80-7040-821-9.
- 32) *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění*.
- 33) *Základní údaje* [online] datum neuveden [cit.2010-04-15]. Dostupné z. <http://www.klatovy.cz/klatovy/zaklad.asp>.
- 34) *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění*. [online]. [cit.2010-04-04]. Dostupné z: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=108/2006&PC_8411_p=11&PC_8411_l=108/2006&PC_8411_ps=10#10821.
- 35) Zavázalová, H. et. al. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

9. Přílohy

Příloha č. 1. Dotazník použitý při výzkumu v bakalářské práci

Dobrý den,

Jsem studentkou 3. ročníku Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který máte před sebou poslouží k získání informací potřebných k mé bakalářské práci. Ve své práci se zabývám informovaností seniorů o sociálních službách. Informace od Vás získané budou použity pouze pro mou vlastní potřebu.

!! Dotazník je zcela anonymní !!

1) Uved'te svůj věk

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

2) Jste

- a) žena
- b) muž

3) Místo vašeho bydliště je

- a) vesnice
- b) město

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

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

5) Vaše osobní fyzická kondice vám připadá

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

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

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

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

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

8) Pokud ano, víte jaké služby poskytují?

- a) ano samozřejmě
- b) přibližně vím
- c) ne

d) ne, ale rád bych to věděl

9) Odkud jste tyto informace čerpal

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

.....

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

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

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

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

.....

12) O jaké služby byste měl nejspíše zájem

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

.....

13) Organizace poskytující sociální služby hodnotíte jako

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

14) Užíváte vy sám sociálních služeb

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

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

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

Místo pro vaše názory:

.....
.....
.....

Děkuji za Vaši ochotu podělit se o své názory.