

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

a

Vysoká škola ekonomická v Praze

Bakalářská práce

Domácí péče o seniora

Lucie Pecková

2010

Autor: Lucie Pecková

Vedoucí práce: PhDr. Vladislava Šídlová

Studijní program Sociální pedagogika, B7507, Výchova a vzdělávací praxe

Datum odevzdání: 31. 3. 2010

Čestné prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré použité zdroje jsou uvedené v příloženém seznamu.

Prachatice 23. března 2010

.....

Lucie Pecková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Vladislavě Šídlové nejen za neocenitelné rady při sestavování bakalářské práce, ale také za poskytovanou trpělivost a ochotu. Bez její podpory a pomoci by tato práce nevznikla.

L. P.

Souhlasím s půjčováním této bakalářské práce a s jejím dalším využitím
pro studijní účely JČU České Budějovice.

Prachatice 23. března 2010

.....

Lucie Pecková

Obsah

1	<i>Domácí péče o seniora v teorii</i>	8
1.1	Senioři ve světle demografických změn	9
1.1.1	Demografické aspekty stárnutí populace	9
1.1.2	Potřeby seniorů a jejich naplňování	11
1.2	Koncept péče o seniora v podmínkách ČR dle aktuálně platné legislativy	13
1.2.1	Standardy kvality sociálních služeb	13
1.2.2	Zákon o sociálních službách	14
1.2.3	Sociální služby pro seniory	18
1.3	Domácí péče o seniora	24
1.3.1	Z historie domácí péče	24
1.3.2	Definice domácí péče	25
1.3.3	Vývoj domácí péče v ČR	26
1.3.4	Subjekty, formy a obsah profesionální domácí péče o seniory	27
1.3.5	O laické péči rodiny	29
1.4	Shrnutí teoretických východisek	32
2	<i>Spokojenost s domácí péčí a soběstačnost seniora v praxi</i>	33
2.1	Cíl výzkumu a stanovení výzkumných hypotéz	34
2.1.1	Cíl výzkumu	34
2.1.2	Stanovení a zdůvodnění hypotéz	34
2.2	Nástroje sběru dat	36
2.2.1	Metody výzkumu	36
2.2.2	Technika výzkumu	36
2.3	Popis terénu a výzkumného vzorku	40
2.3.1	Popis výzkumného terénu	40
2.3.2	Popis vzorku respondentů	42
2.4	Prezentace výsledků výzkumu a jejich interpretace	44
2.5	Verifikace hypotéz	55
3	<i>Přílohová část</i>	62

Úvod

Stáří bývá označováno jako třetí, postproduktivní věk a období mezi produktivní a postproduktivní částí života je vnímáno jako hranice, po jejímž překročení jsou lidé vytěsněni mezi staré. Stáří každého jednotlivce je ve svých projevech velmi individuální, odlišné a neopakovatelné, odráží totiž jedinečné osudy lidí. Vzhledem ke stále se prodlužující střední délce života představuje v moderní společnosti etapa stáří časově delší, a tím i významnější fázi života člověka. Období stáří tak v lidském životě nabývá na důležitosti a rozhodně ho nelze brát jako pouhé předznamenání konce životní cesty. Naopak, seniorský věk dnes skýtá celou řadu možností, jak být i nadále platným členem společnosti a prožívat každý den aktivně a smysluplně.

Procentuální podíl nárůstu starých lidí ve společnosti přináší zvyšující se nároky na poskytování zdravotní péče, na zdravotní a sociální služby, dobrovolné organizace starající se o staré lidi, přičemž se dotýká i legislativního rámce. Senioři představují zatím nedoceněnou zásobu dovedností, zkušeností a znalostí. Bylo by proto vhodné pozměnit dosavadní stereotypní pohledy na stárnutí a stáří, překonávat předsudky o životě, postavení a významu seniorů ve společnosti.

V sociální sféře se starému člověku doporučuje žít co nejdéle v jeho vlastním domácím prostředí. V posledních letech se také v České republice rozvíjí terénní komunitní služby, především domácí péče, která zahrnuje široké spektrum služeb poskytovaných klientovi v jeho přirozeném prostředí. Domácí péče pomáhá řešit zdravotní i sociální problémy seniorů, kteří potřebují podporu v době osamocení a nemoci, často i beznaděje.

Hlavním cílem této práce je zjistit nejčastější důvody využívání služeb domácí péče. Výzkum připravený pro účely této studie má ve vybrané lokalitě zmapovat současný stav služeb pro seniory s důrazem na sledování domácí péče. Vede tak nepřímo k posouzení kvality života sledovaných seniorů, která je dnes oprávněně předmětem zájmu mnoha odborníků.

1 DOMÁCÍ PÉČE O SENIORA V TEORII

1.1 Senioři ve světle demografických změn

1.1.1 Demografické aspekty stárnutí populace

Stárnutí populace je jedním z významných demografických trendů současné doby, které se v celosvětovém měřítku stává problémem jednadvacátého století. Z demografického hlediska je stárnutí populace procesem, v jehož průběhu se postupně mění věková struktura obyvatelstva určité geografické jednotky tak, že se zvyšuje podíl osob starších šedesáti nebo šedesáti pěti let a snižuje se podíl osob mladších patnácti let (Rabušic, 1995, s. 12).

Tabulka 1 - Budoucí vývoj složení obyvatel podle hlavních věk. skupin, ČR, 2002-2050 (v %):

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

(Zdroj: www.demografie.cz, přes. cit.)

Demografické projekce dokládají další stárnutí populace, které se zrychlí v intervalu 25 až 30 let. Pokud nedojde k dostatečnému imigračnímu přílivu, začne proces ubývání obyvatel. Projekce se v zásadě shodují v tom, že v polovině tohoto století bude česká populace jedna z nejstarších v Evropě. S dalším stárnutím bude docházet ke zhoršování mezigeneračních ukazatelů podílu a závislosti starých

(ekonomicky neaktivních) osob na mladých (ekonomicky aktivních) osobách. Takové zhoršování by mohlo negativně působit také uvnitř rodiny (Žofka, 2003, [on-line], přes. cit.).

Hlavní problém je spatřován především v ekonomickém zajištění osob, které se již narodily a dosáhnou v budoucnu důchodového věku (Jarošová, 2006, s. 19). Rabušic (1995) upozorňuje, že k nejzávažnějším problémům stárnoucí společnosti patří vznik velké skupiny ekonomicky závislé populace se specifickým životním stylem a specifickými potřebami v oblasti zdravotní péče a bydlení. Součástí staré společnosti bude i proměna sociálního klimatu a zvýšené počty osamoceně žijících jednotlivců, zejména žen. S tím bude souviset zvýšená spotřeba specifických služeb a péče, kterou potřebují především lidé starších věkových skupin.

Výrazné prodloužení lidského věku, které zvýší počet starých lidí, by se nemělo stát těžkým břemenem pro společnost a její ekonomiku. Prodlužování lidského života by nemělo znamenat prodlužování období stavu bezmocnosti, ale mělo by být obdobím růstu celé dráhy změn souvisejících s věkem, s prodloužením období nejvyšší výkonnosti, obdobím vysokého tvořivého potenciálu. Dnes se prosazuje koncepce úspěšného stárnutí zaměřená na posilování kvality života a úspěšnou adaptaci ve stáří s důrazem na udržení dostatečné aktivity lidí ve vysokém věku. Nárůst starší populace nemusí nutně znamenat zvýšení počtu osob závislých a nemocných, je-li společností dostatečně zajištěna prevence ztráty autonomie (Jarošová, 2006, s. 21).

Stárnutí populace je třeba pojmout spíše jako příležitost, kterou mohou využít všechny generace. Kritériem naší společenské vyspělosti bude v budoucnu i to, jak se s fenoménem demografického stárnutí a rozmanitými důsledky narůstajícího počtu seniorů vyrovnáme. Populační stárnutí tak představuje obrovskou výzvu, a je na společnosti i na každém z nás, jak se k této výzvě postavíme. Správným začátkem je poznání života, problémů i radostí našich seniorů, jež budou v budoucnu tvořit stále větší část populace (Vohralíková, Rabušic, 2004, [on-line], přes. cit.).

1.1.2 Potřeby seniorů a jejich naplňování

Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Něco, co živá bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, případně vede k vyhýbání se určité podmínce (Nakonečný, 1997, s. 109).

Každý jedinec má svůj individualizovaný hierarchicky uspořádaný systém motivů, který se mění v závislosti na životních situacích a osobním vývoji. Klasifikace a hierarchizace lidských potřeb je různorodá. Charakteristickým rysem dnešního ošetřovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince každého věku. V psychologické literatuře nalezneme rozličná vymezení. Nejrozšířenější a nejvíce akceptovaná je hierarchie podle názorů představitele humanistické psychologie Maslowa (cit. dle Jarošová, 2006), který vytvořil teorii motivačního systému osobnosti – hierarchickou teorii potřeb (tamtéž, s. 32):

Fyziologické potřeby: objevují se při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu a nemusí mít psychickou odezvu (např. potřeba hygieny, výživy, vylučování, dýchání, spánku, pohybu).

Potřeba bezpečí: objevuje se v situacích ztráty pocitu životní jistoty, ekonomického selhání, jakéhokoliv nebezpečí (potřeba ekonomického, fyzického, sociálního bezpečí).

Potřeby sociální: vystupují v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny (potřeba informovanosti, skupinové sounáležitosti, lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut).

Potřeba uznání a sebeúcty: vznikají v situaci ztráty respektu, kompetencí, důvěry a projevují se snahou získat ztracené sociální hodnoty).

Potřeba sebeaktualizace: projevuje se jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, nalézt smysl svého života.

Ve stáří se mění hodnotová orientace potřeb. Dochází ke větší fixaci na rodinu a senior potřebuje neustálé potvrzování především potřeb lásky a sounáležitosti. Z psychologických potřeb nejsou dobře saturovány potřeby komunikace, staří lidé se cítí více osamoceni. Potřeby fyziologické se s přibývajícím věkem zvyrazňují. Senioři se celkově cítí více ohroženi (např. onemocněním, ovdověním), smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech – do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí (Vágnerová, 2008).

Uspokojení životních potřeb seniorů se sníženou soběstačností v jejich domácím prostředí lze v současné době zabezpečit několikerým způsobem. Konečná volba je podmíněna především mírou zachovaných schopností dotyčného seniora, ale např. i rozsahem a charakterem nabízených sociálních služeb, možnostmi a preferencemi pečovatелů z řad rodinných příslušníků apod. V zásadě pak jde o rozhodnutí, zda využít služeb příslušné instituce, zabezpečit potřebnou péči rodinou nebo zkombinovat jmenované možnosti (Veselá, 2003, s. 5).

1.2 Koncept péče o seniora v podmínkách ČR dle aktuálně platné legislativy

1.2.1 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy byly vytvořeny v uplynulých letech ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Lze je považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Standardy se týkají všech sociálních služeb, a proto jsou formulovány obecně. Standardy jsou rozloženy na kritéria, a to nejen z důvodu srozumitelnosti, ale zejména proto, aby bylo možno posoudit, zda služby požadavek standardu splňují. Kritéria jsou totiž měřitelná. Můžeme si na ně jednoznačně odpovědět (Johnová, Čermáková, 2002).

Standardy jsou rozděleny do tří základních částí (tamtéž, s. 5):

Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Při poskytování služeb nejsou možné dodatečné opravy nebo vyřazení zmetků. Nepovedenou službu nelze dodatečně vyřadit. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.

Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustřeďují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality.

Jako určité potvrzení a schválení kvality poskytované sociální služby lze chápat akreditaci v sociálních službách. Ta potvrzuje, že organizace dodržuje platné standardy. Význam akreditace spočívá v tom, že informuje a chrání klienta, přispívá k vyšší prestiži toho, kdo sociální službu poskytuje, vytváří určité konkurenční prostředí mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb a je zárukou kvality státem financovaných sociálních služeb (Kozlová, 2005).

1.2.2 Zákon o sociálních službách

Hlavním posláním zákona o sociálních službách je ochrana práv a oprávněných zájmů lidí, kteří jsou v jejich prosazování oslabeni z důvodu zdravotního postižení, věku či nepříznivé životní situace. Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti. Sociální služby umožňují člověku ohroženému sociálním vyloučením participovat na každodenním životě společnosti, čímž se miní přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu (Stručný průvodce zákonem..., 2006, [on-line], přes. cit.).

K tomu, aby mohly být naplněny výše uvedené principy, nabízí zákon následující zásadní nástroje (tamtéž):

- každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství,
- lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládání péče o sebe a v soběstačnosti, bude poskytována státem sociální dávka „příspěvek na péči“,
- lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých, nabízí velmi pestrnou nabídku sociálních služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí,
- zákon současně garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí, a to vždy tak, aby v první řadě

zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu,

- zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druzích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji (Stručný průvodce zákonem..., 2006, [on-line], přes. cit.)

Zákon o sociálních službách vymezuje tři základní oblasti služeb (cit. dle Kozlová, 2005, s. 50):

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Sociální poradenství má specifické postavení v celém systému sociálních služeb. Bezplatné poskytování základního sociálního poradenství je stěžejní zásadou zákona. Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení (tamtéž).

Služby sociální péče zahrnují takové druhy sociálních služeb, které napomáhají osobám zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost. Poskytují se jak v domácím prostředí osob, tak v zařízeních sociálních služeb. Cílem služeb sociální péče je umožnit osobám v co největší možné míře zapojit se do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje (tamtéž).

Mezi služby sociální péče patří (Seriál k návrhu zákona..., 2006, [on-line]):

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- tísňová péče
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podpora samostatného bydlení

- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
- (Seriál k návrhu zákona..., 2006, [on-line]).

Služby sociální prevence tvoří takové druhy sociálních služeb, jejichž cílem je napomáhat osobám ohroženým sociálním vyloučením překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit tak společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů. Služby sociální prevence se zaměřují na osoby, jejichž nepříznivá sociální situace je způsobena krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a zájmů způsobenou trestnou činností jiné osoby (Kozlová, 2005, s. 50).

Služby sociální prevence jsou (Seriál k návrhu zákona..., 2006, [on-line]):

- raná péče
- telefonická krizová pomoc
- tlumočnické služby
- azylové domy
- domy na půl cesty
- kontaktní centra
- krizová pomoc
- nízkoprahová denní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny

- služby následné péče
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- sociálně terapeutické dílny
- terapeutické komunity
- terénní programy
- sociální rehabilitace
- (Seriál k návrhu zákona..., 2006, [on-line]).

Sociální služby jsou členěny také podle místa jejich poskytování (Stručný průvodce zákonem..., 2006, [on-line], přes. cit.):

Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije, tj. především v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas. Jde například o pečovatelskou službu, osobní asistenci či terénní programy pro ohroženou mládež.

Za ambulantními službami člověk dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například poradny, denní stacionáře nebo kontaktní centra.

Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života celodenně, respektive celoročně žije. Jedná se především o domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, ale také o tzv. chráněné bydlení pro lidi se zdravotním postižením či azylové domy.

Zákonem o sociálních službách jsou vymezeny činnosti, které jsou u jednotlivých druhů služeb různě kombinovány tak, aby byl naplněn cíl, poslání a charakter služby (Sociální služby..., 2009, [on-line]).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou (tamtéž):

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování

- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- sociální poradenství
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- telefonická krizová pomoc
- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (Sociální služby..., 2009, [on-line], přes. cit.).

Sociální služby jsou financovány vícezdrojově. Celkové náklady systému sociálních služeb činily v roce 2008 přibližně 800 mil. eur, tj. přibližně 0,65 % HDP. Na celkových nákladech se klienti svými úhradami podílejí 35 %, územní samosprávy 25 %, státní rozpočet 30 % a fondy veřejného zdravotního pojištění 3 % (tamtéž).

1.2.3 Sociální služby pro seniory

Sociální péče o seniory zahrnuje především poskytování sociálních dávek a sociálních služeb. Tato péče může být realizována výhradně státními subjekty (např. poskytování sociálních dávek), ale také státními i nestátními subjekty (např. terénní péče o seniory) současně (Jarošová, 2006, s. 47).

Sociální dávky

Pro osoby, které jsou z důvodu věku nebo zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby, je určen příspěvek na péči, jehož cílem je především posílení kompetencí těchto osob tak, aby každý individuálně mohl zvolit pro sebe nejúčelnější způsob zajištění potřeb (Sociální služby..., 2009, [on-line]).

Příspěvek na péči je státní dávkou poskytovanou fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny anebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby (Králová, Rážová, 2007).

O příspěvek je možné požádat na obecním úřadu obce s rozšířenou působností, v jejímž spádovém území má žadatel trvalý nebo hlášený pobyt. Příspěvek na péči je odstupňován podle míry závislosti, přičemž jeho hodnota je primárně odvozena od obvyklých nákladů spojených s péčí (Sociální služby..., 2009, [on-line]).

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc (tamtéž):

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

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

- 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

Sociální služby

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů (Sociální služby, [on-line], přes. cit.).

Cílem služeb bývá mimo jiné (tamtéž):

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu,
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život,
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů
- (Sociální služby, [on-line], přes. cit.).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis (tamtéž).

Kdo sociální služby poskytuje (Sociální služby..., 2009, [on-line], přes. cit.):

- **Obce a kraje** dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby.
- **Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby**, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb.
- **Ministerstvo práce a sociálních věcí** je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče.

Rezidenční služby pro seniory – domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou, domovy – penziony pro důchodce, které v ČR existovaly do roku 2006, nová legislativa zahrnuje do kategorie domov pro seniory. Nicméně lze předpokládat, že si stávající zařízení udrží určitou dobu charakter, který měla před tím, než vstoupil v platnost zákon o sociálních službách (Matoušek, a kol., 2007).

Terénní služby pro seniory. Respitní péče, stacionáře – denní pobyty (domovinky), pečovatelská služba. V oblasti terénních služeb je nezbytné v dostatečné míře zajistit informovanost veřejnosti o všech poskytovatelích služeb pro seniory a podmínkách, za kterých jsou tyto služby poskytovány. Terénní služby by měly kromě saturace specifických potřeb seniorů sloužit také k podpoře rodin, které pečují o seniora, a nabízet a poskytovat takové služby, které jim tuto péči umožní (Jarošová, 2006).

Komunitní péče o seniory. Podpora chráněného a sociálního bydlení pro seniory, např. domy s pečovatelskou službou, sociální poradenství pro seniory a jejich rodiny, zajištění koordinace poskytovatelů v oblasti služeb pro seniory (zejména propojení státních a nestátních poskytovatelů), řízení a sledování kvality a efektivity poskytovaných služeb, zajištění a podpora dalšího vzdělávání pracovníků pracujících v oblasti péče o seniory, supervize pracovníků a prevence syndromu vyhoření, služby domácí péče, osobní asistence, zajištění hygienických služeb, půjčování pomůcek do domácnosti pomáhajících při denních sebeobslužných činnostech, praní prádla, fyzioterapie, pedikúra a další (Jarošová, 2006).

Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovatelem sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci či jiné osoby, které pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. Stejně tak není poskytovatelem sociální služby subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu tohoto zákona (Sociální služby..., 2009, [on-line]), přes. cit.).

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě registrace poskytovatele sociálních služeb. Registrací se rozumí vydání oprávnění poskytovat konkrétní druhy služeb. Oprávnění vydávají krajské úřady ve správním řízení na základě posouzení toho, zda poskytovatel je schopen splnit všechny zákonem stanovené podmínky. Pokud poskytovatel neplní tyto podmínky, může dojít až k odejmutí oprávnění poskytovat tyto služby. Základním měřítkem kvality sociálních služeb je dodržování lidských práv při jejich poskytování (tamtéž).

V České republice je poskytováno téměř 5 000 sociálních služeb 2 500 poskytovateli služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou uvedeni v registru sociálních služeb, který je veřejně přístupnou databází umožňující vyhledání služby podle řady kritérií (Sociální služby..., 2009, [on-line], přes. cit.).

Poskytovatel sociálních služeb musí (Seriál k návrhu zákona..., 2006, [on-line]):

- zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, cílech a způsobu poskytování sociálních služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby,
- zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby,
- plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců,
- vést evidenci žadatelů o sociální službu.

Při koncipování služeb pro seniory je nutné respektovat specifické potřeby seniorů a jejich práva. V péči o seniory platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky, které musí být společně akcentovány. Vzhledem k demografické situaci dochází také u nás k výrazné geriatrizační medicíny, a proto je nezbytné přizpůsobit starým a většinou nemocným lidem strukturu zdravotnických zařízení,

charakter péče v nich i spektrum poskytovaných sociálních služeb (Vojtěchovský, 1995).

Dnes je stáří již více vnímáno jako sociální status, kdy v důsledku odchodu z trhu práce dochází k poklesu životního standardu a omezení sociálních kontaktů. Základním trendem je snaha udržet seniory co nejdéle v jejich přirozeném prostředí a současně pro ně vytvořit takové podmínky a služby, aby byly saturovány jejich specifické potřeby (Jarošová, 2006, s. 50).

1.3 Domácí péče o seniora

1.3.1 Z historie domácí péče

Péče o starou populaci, děti, handicapované, duševně nemocné nebo sociálně potřebné a jejich možnosti se v průběhu času měnily. Úroveň poskytované péče pak vypovídala o dané kultuře společnosti. V minulosti byla péče o staré a nemohoucí zejména na rodině, mnohdy pomohli bohatí a vlivní lidé, často na sebe tento úkol převzala také církev. Pro staré a nemohoucí se z iniciativy bohatých lidí začíná rozvíjet charitativní pomoc a péče (Jarošová, 2006, s. 39).

Moderní koncept domácí péče byl zahájen v roce 1859 v Liverpoolu - panem Williamem Rathbonem, známým byznysmenem a filantropem, který přišel na myšlenku domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Ve spolupráci s Florence Nightingalovou (zakladatelka a propagátorka moderního ošetřovatelství) založil první školu pro sestry, které poskytovaly ošetřovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem (Misconiová, 2006, [on-line], přes. cit.).

V rámci celé Evropy koncem 19. století dochází k rozvoji domácí péče. V průběhu dvou světových válek byla zatlačena do defenzívy díky kumulaci klientů v lůžkových zdravotnických zařízeních, rozvoji a koncentraci zdravotnické techniky v lůžkových zdravotnických zařízeních. Možnost řešení zdravotních problémů klientů - dříve neřešených - přivádí do lůžkových zdravotnických zařízení stále více klientů. Domácí péče se orientuje na péči o seniory. Pouze v Holandsku zůstávají věrni tradičnímu systému domácí péče - od doby příchodu lidské bytosti na svět až po jeho opouštění (tamtéž).

K návratu k myšlence domácí péče dochází v Evropě (Francie, Finsko, Lucembursko, Lichtenštejnsko, Belgie, Dánsko, Švýcarsko, Švédsko, Rakousko, Anglie, Itálie, SRN) v počátku sedmdesátých let dvacátého století, tedy v době, kdy začínají jednotlivé zdravotnické systémy spotřebovávat čím dál tím větší krajíc ze státních rozpočtů (tamtéž).

1.3.2 Definice domácí péče

Domácí péče je humánní holistická péče poskytovaná lidské bytosti v jejím vlastním sociálním prostředí. Domácí péče je propojenou formou zdravotní péče (mezinárodní termín Home Care) a sociální péče (mezinárodní termín Home Help), včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře. Posláním domácí péče je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavu sociální péče docházelo jen když je to nezbytně nutné (Misconiová, 2006, [on-line], přes. cit.).

Primární péče je souborem činností zdravotních, sociálních i laických, poskytovaných potřebnému klientovi v rámci komunity v první linii kontaktu. Uvedený soubor činností realizovaný v rámci primární péče úzce souvisí s ochranou a podporou zdraví, prevence onemocnění, vyšetřováním, léčením, ošetřováním, rehabilitací, sociálními službami včetně vytváření podmínek v rámci komunity pro zajištění maximální kvality života pro občany všech věkových kategorií i různých diagnostických, či indikačních skupin (tamtéž).

Moderní koncepce systémů zdravotní i sociální péče obsahují princip subsidiarity. To znamená, že k léčbě, péči a pomoci dochází na nejbližší úrovni. Tento princip předpokládá i vlastní aktivní přístup klienta a jeho blízkých v procesu rozhodování při řešení problému, ale současně počítá i s jejich aktivní spoluprací při poskytování péče. Jednoduše řečeno – jedná se o pomoc k svépomoci. Klient a jeho blízcí nejen spolurozhodují, ale také se spolupodílí na poskytování péče (tamtéž).

Hlavní filosofií domácí péče je náhrada nebo oddálení hospitalizace na lůžkovém oddělení. Předpokladem domácí péče je dostupnost po nejméně 14 hodin denně včetně sobot a nedělí, dostatečná spolupráce s rodinou a/nebo sociálními službami. Tato péče předpokládá specifické technické vybavení (signalizace, spojení, doprava, technické

pomůcky k ošetřování). Cílem péče je zachování či zlepšení soběstačnosti, zlepšení či udržení kvality života, zmírnění příznaků (Jarošová, 2006, s. 47).

1.3.3 Vývoj domácí péče v ČR

Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní a sociální péče v České republice. Vývoj domácí péče v České republice zaznamenal úspěchy díky svému akcentu na lidskost, kvalitu a efektivitu péče (Misconiová, 2006, [on-line], přes. cit.).

Dle Jarošové (2006) byl odrazovým můstkem pro rozvoj české ošetrovatelské domácí péče První mezinárodní kongres domácí péče ve Strasburgu v roce 1991, kdy ministerstvo zdravotnictví právně legalizovalo domácí péči jako jeden ze segmentů zdravotní činnosti. Téhož roku pak byla založena první agentura domácí péče při nemocnici v Pardubicích, z jejíž rozpočtu byla též financována (Jarošová, 2006).

Přestože vývoj v oblasti sociálních služeb v ČR od roku 1989 přinesl z pohledu možností poskytování péče seniorům v jejich domácnostech řadu pozitivních změn, podmínky, za kterých je tato péče v současné době realizovatelná, nejsou považovány za adekvátní. V terénu chybí především poradenství zaměřené na problematiku péče o seniory, kapacity přechodných respitních pobytů a půjčovny pomůcek. Mezi nejvíce postrádané úkony pečovatelské služby patří celodenní dohledy, noční služby a další úkony potřebné pro zabezpečení péče především o nejméně soběstačné seniory. Některé lokality, zejména malé obce, jsou vzhledem ke své poloze z poskytování pečovatelské služby vyloučeny. Laickou i odbornou veřejností je kritizována míra zabezpečení celodenně pečující osoby, především výše příspěvku při péči o blízkou nebo jinou osobu a podmínky jeho poskytování (Jeřábek, 2005, s. 68).

Poskytování domácí péče je od roku 1992 upraveno řadou platných právních norem, které uvádí, pro koho je tato forma péče určena, za jakých podmínek ji lze poskytovat, v jakém rozsahu a kým může být poskytována. Domácí zdravotní péče je definována v zákonu o veřejném zdravotním pojištění. Sociální péče, která je

poskytována jako součást domácí péče, je upravena ve znění platné právní normy upravující poskytování sociální péče a pomoci (Misconiová, 2006, [on-line], přes. cit.).

1.3.4 Subjekty, formy a obsah profesionální domácí péče o seniory

Domácí péče je zajišťována prostřednictvím agentur domácí péče. Agentury domácí péče jsou privátní subjekty. Pokud některé z nich splní jasně definovaná kvalitativní měřítko, mohou se stát členy ADP ČR. Asociace domácí péče České republiky je tedy jedinou profesní organizací v ČR s výběrovým členstvím a prostřednictvím svých členských agentur zaručuje klientům maximální úroveň kvality poskytované péče. Národní centrum domácí péče ČR poskytuje poradenský servis nejen pro klienty a jejich blízké, ale i pro poskytovatele domácí péče, kterým mimo jiné zajišťuje i průběžné vzdělávání (Misconiová, 2006, [on-line], přes. cit.).

Formy domácí péče (Jarošová, 2006, s. 62-63):

➤ Akutní domácí péče (domácí hospitalizace)

Akutní domácí péče je indikována u klientů s akutním krátkodobým onemocněním, které nevyžaduje jeho hospitalizaci. Tato forma péče zahrnuje specializovanou domácí péči a je určena zejména klientům v pooperačním a poúrazovém stavu. Bývá poskytována převážně krátkodobě v rozsahu dnů nebo týdnů.

➤ Dlouhodobá domácí péče

Dlouhodobá domácí péče je nejrozšířenější formou domácí péče v České republice a je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. Tuto formu péče doplňují aktivity zdravotního i sociálního charakteru. Jedná se o typicky integrovanou formu domácí péče, která bývá poskytována v rozsahu měsíců až několika let.

➤ **Preventivní domácí péče**

Preventivní domácí péče je určena klientům, u nichž ošetřující lékař doporučí v pravidelných intervalech preventivní monitorování zdravotního a duševního stavu. Pracovníci domácí péče provádí měření fyziologických funkcí, monitorují celkový stav klienta a případné změny signalizují ošetřujícímu lékaři.

➤ **Domácí hospicová péče**

Domácí hospicová péče zajišťuje péči o klienty v preterminálním a terminálním stadiu života. Tato forma je obvykle poskytována klientům, u nichž ošetřující lékař předpokládá ukončení jejich terminálního stavu do šesti měsíců. Pracovníci domácí péče zajišťují odbornou péči, která mimo jiné zahrnuje management bolesti a emocionální podporu, a tak mírní utrpení klienta i jeho blízkých v procesu umírání.

➤ **Domácí péče ad hoc (jednorázová domácí péče)**

Jednorázová domácí péče je mimořádné alternativní využití domácí péče pro provedení jednorázových výkonů sestrami z ordinací praktických lékařů. Jedná se zpravidla o provedení odborných výkonů jako je například jednorázová aplikace injekce, odběr biologického materiálu „ad hoc“ bez zavedení domácí péče (Jarošová, 2006, s. 62).

1.3.5 O laické péči rodiny

Funkční rodina je místem přirozené solidarity mezi generacemi a upevňování sociální soudržnosti, v jejímž prostředí se realizují vztahy úcty a respektu ke stárnoucímu člověku a stáří. Senioři významně přispívají k základním funkcím rodiny, kterou je socializace a výchova dětí, předávání zkušeností mladším a zprostředkování základních lidských hodnot. Zároveň však při snížené soběstačnosti potřebují pomoc od ostatních členů rodiny (Národní koncepce..., 2005, [on-line]).

Rodina je většinou tvořena třemi a čím dál častěji čtyřmi generacemi, a to bez ohledu na to, zdali tyto generace žijí spolu či nikoliv. Úkolem rodinné politiky je vytvářet jak podmínky pro zdravý vývoj dětí, který je jedním z předpokladů zdraví v průběhu života a ve stáří, tak podmínky pro mezigenerační soudržnost a solidaritu v rodině a ve společnosti. Intenzivní mezigenerační podpora a výměna přetrvává v průběhu života. Mezigenerační vztahy jsou přínosem pro rozvoj jedince a společnosti (Národní program..., 2008, [on-line]).

V důsledku nízké porodnosti a klesající úmrtnosti máme méně dětí, ale „více“ rodičů. Prodlužování střední délky života není hrozbou, ale příležitostí pro mezigenerační solidaritu. Mnoho starých lidí až do sklonku života zůstává aktivními občany a spíše podporovateli než podporovanými. Intenzivnější a dlouhodobou péči ve stáří vyžaduje menšina starých lidí (tamtéž).

Specifikum ČR představuje nízká ochota se stěhovat – starší generace bydlí převážně odděleně, ale nejsou příliš vzdáleny od mladších. To sice způsobuje dosti velké náklady na bydlení, ale omezuje možnosti mezigeneračních konfliktů, a přitom dává možnost vzájemné pomoci a péče (Národní koncepce..., 2005, [on-line]).

Adekvátní zdravotní péče zaměřená na funkční zdraví, prevenci a intervenci může významně minimalizovat riziko závislosti a potřebu dlouhodobé péče. Zdravé a aktivní stárnutí může přispět ke zlepšení zdraví, větší sociální inkluzi a spokojenosti, které snižují riziko ztráty soběstačnosti. Bezpečné, bezbariérové a stáří vstřícné prostředí a design, moderní technologie a podpora nezávislosti a samostatného života mohou

usnadnit situaci pečovatelům a snížit potřebu poskytování péče nebo její náročnost (Národní program..., 2008, [on-line]).

Péče je starším lidem poskytována zejména rodinou, partnery a dětmi. Nedá se očekávat, že v následujících letech přestane hrát rodina významnou roli. Role rodiny nemusí spočívat jen v poskytování péče, ale také v zajištění potřebné pomoci a podpory. Rodinná politika by měla věnovat systematickou pozornost přijetí komplexních opatření na podporu rodin a pečovatelů (tamtéž).

Poskytování kvalitní péče je podmíněno dostupností profesionální a odborné podpory, emoční podpory a respitních sociálních služeb, včetně sociální podpory. Nedostatek pomoci a sociální izolace ohrožují zdraví pečovatelů, důstojnost a kvalitu péče a zvyšují riziko zneužívání a zanedbávání. Péče o pečovatele má významný vliv na výslednou kvalitu péče. Péče o potřeby pečujících nebude dostatečná, pokud nebude podpořena vstřícnou a oceňující atmosférou (Národní program..., 2008, [on-line]).

Stárnoucí člověk by neměl být jen objektem péče, ale subjektem, který se může a musí rozhodovat o svém životě. Je třeba, aby byly včas vytvořeny podmínky pro samostatný a co nejdelší plnohodnotný život. Na vytváření těchto podmínek by se měla podílet v první řadě rodina. Za účelem umožnění péče o seniora v domácím prostředí je třeba rozvíjet a podporovat zejména finančně a místně dostupné odlehčovací a asistenční služby a ocenit péči pečujícího člena rodiny. V případě, kdy rodina v péči o seniora částečně nebo úplně selhává, je zapotřebí zapojení dalších subjektů – státu, obcí a neziskového sektoru (Národní koncepce..., 2005, [on-line]).

Převzetí zodpovědnosti o seniora přináší s sebou také problémy. Z dlouhodobého hlediska vzniká mezi seniorem a pečujícím členem určitá závislost, ze které mnohdy není úniku. Sociální izolace na jedné straně a nedostatečná sociální podpora na straně druhé. Pečující rodina v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolím. Pečující osoba často trpí psychickým a fyzickým vypětím, pokud nedochází k určitému snížení tlaku, pak mnohdy sám pečovatel hledá východisko (Šelner, 2004).

Péče o seniora ze strany rodiny na sklonku jeho života bude v budoucnosti nabývat na důležitosti a profesionální pomoc rodině bude s blížícím se jeho koncem nezbytná. Společnost proto musí nabídnout rodině v tomto smyslu pomoc. A to zejména tehdy, pokud rodina musí převzít péči neočekávaně. Na druhé straně by měla i rodina pomoc hledat a využít ji (tamtéž).

Pokud o svého rodinného příslušníka nebo jinou blízkou osobu, která je závislá na pomoci jiných (tj. obvykle je přiznán příspěvek na péči), pečují lidé samostatně nebo s dílčí dopomocí sociálních služeb, jsou jim ze zákona přiznány tyto další prvky sociální ochrany (Sociální služby..., 2009, [on-line], přes. cit.):

- příspěvek na péči se nezapočítává do příjmů pečujících pro účely dávkových systémů ani daňových systémů,
- příspěvek na péči je vyplácen i v částečném souběhu s rodičovským příspěvkem, pokud je pečováno o dítě do 7 let věku,
- doba péče je hlavní pečující osobě obvykle započítána jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení,
- hlavní pečující osoba je tzv. „státním pojištěncem“ v oblasti veřejného zdravotního pojištění,
- pečující osoby nejsou nijak limitovány při pracovním uplatnění,
- není testována příjmová situace oprávněné osoby ani osob v domácnosti pro přiznání dávky (Sociální služby..., 2009, [on-line], přes. cit.).

1.4 Shrnutí teoretických východisek

Nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje České republiky je stárnutí populace. Podle údajů Českého statistického úřadu by se měl podíl osob starších 65 let zvýšit z 14,2 % obyvatel v roce 2005 na 31,3% v roce 2050. Vývoj populace je ovlivňován zejména porodností, úmrtností a migrací obyvatel. V České republice se od 70. let 20. století prodlužuje střední délka života, od 90. let výrazně klesá úroveň úmrtnosti. Příčinou výrazného stárnutí populace České republiky je nízký počet narozených (viz kapitola 1.1.1).

Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou i sociální stránku člověka. Senioři tvoří se svými specifickými potřebami zvláštní, heterogenní skupinu lidské populace. Stáří každého jedince je individuální, odlišné a neopakovatelné. S různorodostí seniorské populace úzce souvisí potřeba individualizovat péči o seniory, brát v úvahu jejich konkrétní potřeby a možnosti (viz kapitola 1.1.2).

Prostředí sociálních služeb je charakterizováno množstvím vztahů mezi lidmi a institucemi, které mají významný vliv na kvalitu života lidí. Jedná se o vztahy, jejichž význam vyžaduje zákonnou oporu z důvodu ochrany práv a oprávněných zájmů těch lidí, kteří jsou oslabeni ve schopnosti je prosazovat. Hlavním cílem Zákona o sociálních službách je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí. Sociální služby pomáhají člověku řešit vzniklou nepříznivou sociální situaci. Protože příčiny této situace mohou být různé, existuje celá škála druhů sociálních služeb, které zákon vymezuje do oblastí dle různých kritérií. Kvalita sociálních služeb je definována jako soubor standardů složených z měřitelných kritérií (viz kapitola 1.2).

Cílem domácí péče je pomáhat jednotlivci a jeho rodině dosáhnout bio-psycho-sociálního zdraví a pohody v souladu s jejich vlastním sociálním prostředím, zachovat kvalitu života, zabezpečit komplexní a kvalifikovanou péči v koordinaci se zdravotními a sociálními zařízeními prostřednictvím jimi poskytovaných služeb (viz kapitola 1.3).

2 SPOKOJENOST S DOMÁCÍ PÉČÍ A SOBĚSTAČNOST SENIORA V PRAXI

2.1 Cíl výzkumu a stanovení výzkumných hypotéz

2.1.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu prezentovaného v rámci této absolventské práce je zjistit, z jakého důvodu senioři využívají služeb domácí péče, zda jsou spokojeni s jejich kvalitou a rozsahem.

Výzkum je motivován snahou zjistit, zda jsou uvedené hypotézy pravdivé či nikoliv. Uvedený cíl má vazbu na výzkumné otázky typu:

- Z jakého důvodu senioři nejčastěji využívají služeb domácí péče?
- Jak uživatelé domácí péče o seniory hodnotí rozsah poskytovaných služeb?
- Jak uživatelé domácí péče o seniory hodnotí kvalitu poskytovaných služeb?

2.1.2 Stanovení a zdůvodnění hypotéz

Hypotéza č. 1 (dále též H1)

Předpokládám, že seniory registrované jako uživatele domácí péče vede k využívání úkonů zahrnutých do této péče snaha o zachování soběstačnosti.

Zdůvodnění H1

Tato hypotéza je zaměřena na zjištění hlavních motivů využívání služeb domácí péče o seniory.

Dnes se prosazuje koncepce úspěšného stárnutí zaměřená na posilování kvality života a úspěšnou adaptaci ve stáří s důrazem na udržení dostatečné aktivity lidí ve vysokém věku. Nárůst starší populace nemusí nutně znamenat zvýšení počtu osob

závislých a nemocných, je-li společnost dostatečně zajištěna prevence ztráty autonomie (Jarošová, 2006, blíže viz kapitola 1.1.1).

Hlavní filosofií domácí péče je náhrada nebo oddálení hospitalizace na lůžkovém oddělení. Cílem péče je zachování či zlepšení soběstačnosti, zlepšení či udržení kvality života, zmírnění příznaků (Jarošová, 2006, blíže viz kapitola 1.3.2).

Hypotéza č. 2 (dále též H2)

Předpokládám, že většina klientů domácí péče, až na malé výjimky, je spokojena s nabízenými službami.

Zdůvodnění H2

Tato hypotéza je zaměřena na zjišťování stavu pokrytí území města Prachatice kvalitními službami domácí péče o seniory.

Dle Kozlové (2005, blíže viz kapitola 1.2.2) služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich psychickou a fyzickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit těmto osobám v co největší možné míře zapojit se do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje.

Stáří je dnes již více vnímáno jako sociální status, kdy v důsledku odchodu z trhu práce dochází k poklesu životního standardu a omezení sociálních kontaktů. Základním trendem je snaha udržet seniory co nejdéle v jejich přirozeném prostředí a současně pro ně vytvořit takové podmínky a služby, aby byly saturovány jejich specifické potřeby (Jarošová, 2006, blíže viz kapitola 1.2.3).

2.2 Nástroje sběru dat

2.2.1 Metody výzkumu

V praktické části jsem využila kvantitativního terénního výzkumu. Získané výsledky jsem následně zpracovala za pomoci matematicko-statistické metody. Pro prezentaci bylo využito mj. i sloupcového a výsečových grafů.

Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu, který popisuje jevy pomocí proměnných, které jsou stanoveny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky takových měření jsou pak zpracovány a interpretovány, například s využitím statistiky. Kvantitativní výzkum se oproti kvalitativnímu výzkumu zaměřuje na rozsáhlejší společenské otázky a zkoumá tedy větší okruh informací.

2.2.2 Technika výzkumu

Pro účely této práce jsem použila techniku standardizovaného (řízeného) rozhovoru. Rozhovor, stejně jako dotazník, patří k explorativnímu způsobu zjišťování dat, jehož podstata spočívá ve zjišťování informací, údajů, ale i názorů a postojů, které jsou zaznamenávány do záznamového archu podobného dotazníku.

Obě zmíněné techniky vycházejí z předem připravených otázek, a to s tím rozdílem, že při zjišťování potřebných informací za pomoci dotazníku nedochází k přímé interakci mezi výzkumníkem a respondentem, zatímco u řízeného rozhovoru jde o přímý způsob kontaktu s dotazovanou osobou. Třebaže je rozhovor časově náročnější a nemůže zajistit anonymitu respondenta, je často produktivnější.

Vzhledem k tomu, že cílovou skupinou výzkumu byli senioři, bylo nutné při výběru techniky sběru dat u konkrétních respondentů zohlednit jejich zdravotní stav, aby byla zajištěna validita a reliabilita získaných údajů. Rozhovoru se většina z nich účastnila bez zábran, přičemž plnil vedle výzkumné také funkci sociálně terapeutickou.

Rozhovor připravený pro účely zde prezentovaného výzkumu (viz Příloha č. 1) je sestaven ze 14 položek, z nichž 3 otázky jsou ryze identifikační. K vlastnímu obsahu zjišťovaného byly využity otázky polouzavřené a uzavřené, v závěru rozhovoru též 1 otázka otevřená, která má projektivní ráz.

Zdůvodnění jednotlivých položek rozhovoru ve vztahu k výzkumným hypotézám:

První 3 položky plní především funkci identifikační, zjišťují pohlaví, věk a vzdělání.

Hypotéza č. 1 (dále též H1)

Předpokládám, že seniory registrované jako uživatele domácí péče vede k využívání úkonů zahrnutých do této péče snaha o zachování soběstačnosti.

K H1 se vztahují otázky č. 1, č. 3, č. 10, č. 11.

1. S kým žijete ve společné domácnosti?

Touto uzavřenou otázkou se snažím zjistit, zda důvodem využíváním služeb domácí péče klient saturuje nemožnost obrátit se o pomoc na členy domácnosti.

3. Z jakého důvodu jste se rozhodl/a využívat služeb domácí péče?

Polouzavřená otázka nabízející 3 odpovědi a dále možnost doplnit odpověď vlastními slovy v poslední variantě odpovědi. Odpovědi na tuto otázku mají ukázat nejčastější důvody využívání služeb domácí péče.

10. V případě, že by domácí péče neexistovala, jaký druh péče byste preferoval/a?

Polouzavřená otázka nabízející 4 odpovědi s prostorem pro doplnění vlastní odpovědi. Cílem je zjistit, před kterými dalšími možnostmi klienti upřednostňují domácí péči.

11. Představte si, že byste měl/a seznámit své známé se službami domácí péče.

Uved'te stručně svými slovy, co byste zdůraznil/a.

Otevřená otázka zjišťující nejčastější důvody využívání služeb domácí péče.

Hypotéza č. 2 (dále též H2)

Předpokládám, že většina klientů domácí péče, až na malé výjimky, je spokojena s nabízenými službami.

K H2 se vztahují otázky č. 2, č. 4, č. 5, č. 6, č. 7, č. 8, č. 9.

2. Jak jste se dozvěděl/a o možnosti domácí péče?

Touto polozevřenou otázkou se snažím zjistit, jaké jsou hlavní zdroje pro poskytování informací o službách pro seniory. Zajímavé by bylo následně posoudit vztah mezi spokojeností s poskytováním služeb domácí péče a typem zdroje informací o možnostech této péče.

4. Jak hodnotíte služby poskytované agenturou? (oznámkujte jako ve škole)

Tato uzavřená otázka zjišťuje názor respondentů na kvalitu poskytovaných služeb.

5. Jaký máte názor na rozsah poskytovaných služeb?

Jedná se o polozevřenou otázku, která zjišťuje, zda mají poskytované služby dostačující rozsah a které služby v regionu chybí.

6. Které z nabízených služeb využíváte?

7. Které služby využíváte nejčastěji?

8. Které služby využíváte nejčastěji?

První je uzavřená otázka zjišťující, zda senioři častěji využívají služeb ošetřovatelských nebo pečovatelských. Další 2 jsou otázky polozavřené, směřující ke konkretizaci využívaných služeb (otázka č. 7 se týká služeb ošetřovatelských, otázka č. 8 služeb pečovatelských).

9. Jak celkově hodnotíte chování osob, které Vám tyto služby poskytují, ke své osobě?

Tato uzavřená otázka cíleně zjišťuje, do jaké míry jsou respondenti spokojeni s přístupem pracovníků poskytujících služby domácí péče.

2.3 Popis terénu a výzkumného vzorku

2.3.1 Popis výzkumného terénu

Výzkum probíhal ve městě Prachatice, a to zejména v přirozeném prostředí seniorů využívajících služby domácí péče, tedy v jejich domácnostech.



Město Prachatice leží v jihozápadní příhraniční části České republiky a je součástí Jihočeského kraje. Tvoří jej 8 katastrálních území (k.ú. Prachatice, Staré Prachatice, Libínské Sedlo, Perlovice, Kahov, Oseky, Volovice, Stádla). Okolí města je tvořeno podhorskou vrchovinou s dominantním vrcholem Libína (1 096 m n. m.), která plynule přechází v horské pásmo Šumavy. Vyšší nadmořská výška společně s velkou členitostí

reliéfu výrazně ovlivňují klimatické podmínky. Městem protéká Živný potok, západně od města se nachází řeka Blanice a Husinecká přehrada.

Věková struktura obyvatelstva města je v porovnání s úrovní České republiky či Jihočeského kraje příznivější. Podíl nejmladšího obyvatelstva je ve městě vyšší, podíl obyvatel ve věku 60 a více let naopak nižší. Ve střednědobém či dlouhodobém horizontu je možné očekávat zhoršení věkové struktury obyvatelstva ve městě v důsledku postupného stárnutí obyvatel v produktivní věkové kategorii, jejíž podíl v současnosti dosahuje téměř 70 % všech obyvatel města.

Pozn.: Podpůrným internetovým zdrojem pro popis výzkumného terénu byly webové stránky města Prachatic.

Na území města Prachatic poskytuje domácí péči Oblastní charita Vimperk. Oblastní charita Vimperk je součástí římskokatolické církve. Jejím posláním je služba lidem v nouzi, a to bez ohledu na jejich rasu, národnost, náboženství nebo státní a politickou příslušnost.

2.3.2 Popis vzorku respondentů

V rámci výzkumu jsem vedla řízený rozhovor s klienty, kteří využívají služby domácí péče v Prachaticích. Klienty jsem navštěvovala v jejich přirozeném prostředí, tedy v domácnostech, a také v domě s pečovatelskou službou Skalka.

Tabulka 2 - Respondenti podle pohlaví

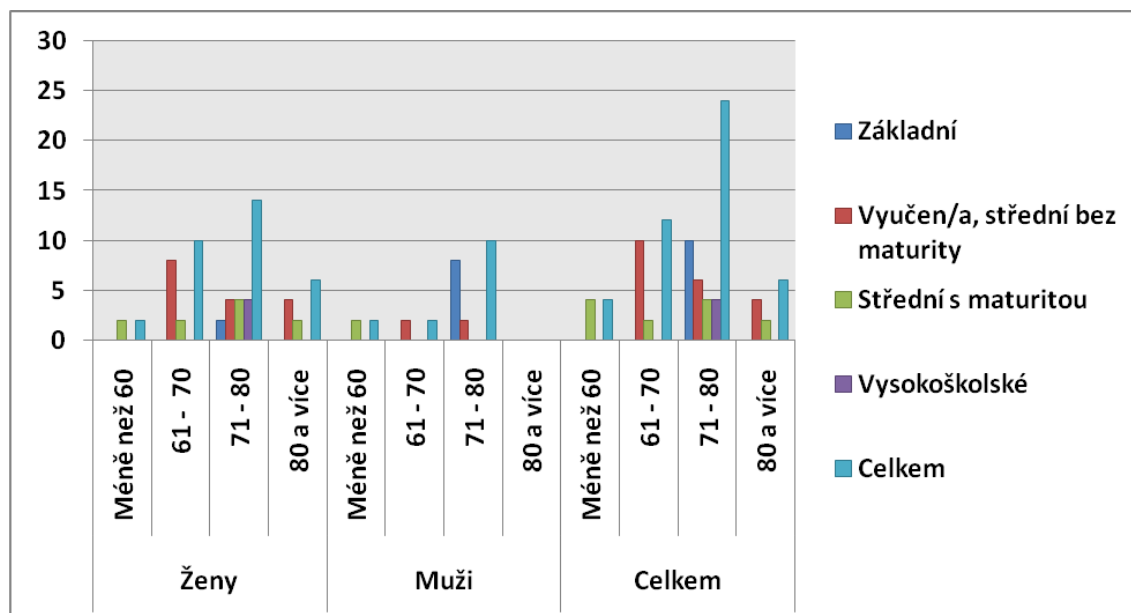
Pohlaví	Počet respondentů	%
Žena	32	70
Muž	14	30
Celkem	46	100

Tabulka 3 - Respondenti podle věku

Věk	Počet respondentů	%
Méně než 60	4	9
61 - 70	12	26
71 – 80	24	52
81 a více	6	13
Celkem	46	100

Tabulka 4 - Respondenti podle vzdělání

Vzdělání	Počet respondentů	%
Základní	10	22
Střední bez maturity	20	43
Střední s maturitou	12	26
Vysokoškolské	4	9
Celkem	46	100

Graf 1 – Respondenti podle vzdělání, věku a pohlaví

2.4 **Prezentace výsledků výzkumu a jejich interpretace**

Tabulka 5 - S kým žijete ve společné domácnosti?

Varianty odpovědí	Počet respondentů	%
Žiji sám/sama	26	57
Žiji s partnerem	8	17
Žiji s rodinou dětí	12	26
Žiji s jinou osobou	0	0
Celkem	46	100

Komentář k výsledkům:

Z tabulky je patrné, že více než polovina (57 %) respondentů žije v domácnosti sama. Druhou nejpočetnější skupinou (26 %) jsou respondenti žijící v rodinách svých dětí, 17 % dotazovaných žije s partnerem, poslední možnost „Žiji s jinou osobou“ nevedl nikdo z dotazovaných.

Tabulka 6 - *Jak jste se dozvěděl/a o možnosti domácí péče?*

VARIANTY ODPOVĚDÍ	POČET RESPONDENTŮ	%
Od lékaře	26	57
Od přátel	14	30
Z inzerátu	4	9
Z televize, rádia, internetu a podobných zdrojů	0	0
Z jiného zdroje	2	4
Celkem	46	100

Komentář k výsledkům:

O možnosti domácí péče se nejvíce respondentů (57 %) dozvědělo od lékaře, 30 % respondentů od přátel, 9 % z inzerátu. Možnost z TV, rádia nebo internetu neuvedl nikdo z dotazovaných. 4 % respondentů uvedla jiný zdroj, nejčastěji rodinu.

Tabulka 7 - Z jakého důvodu jste se rozhodl/a využívat služeb domácí péče?

VARIANTY ODPOVĚDÍ	POČET RESPONDENTŮ	%
Ztráta schopnosti sebeobsluhy	14	30
Dlouhodobá nemoc	26	57
Složitá sociální situace	6	13
Jiný důvod	0	0
Celkem	46	100

Komentář k výsledkům:

Z tabulky je zřejmé, že nejvíce respondentů (57 %) využívá služby domácí péče z důvodu dlouhodobé nemoci, druhou nejpočetnější skupinou využívající služby domácí péče (30 %) jsou respondenti, kteří ztratili schopnost sebeobsluhy, 13 % z celkového počtu respondentů se ocitlo ve složité sociální situaci. Jiný důvod neuvedl nikdo z dotazovaných.

Tabulka 8 - *Jak hodnotíte služby poskytované agenturou?*
(oznámkujte jako ve škole)

Hodnocení	Počet respondentů	%
1	34	74
2	10	22
3	0	0
4	2	4
5	0	0
Celkem	46	100

Komentář k výsledkům:

Nejvíce respondentů (74 %) hodnotí služby domácí péče známkou „1“. Druhá početnější skupina (22 %) respondentů se přiklání ke známce „2“, známkou „3“ poskytované služby nehodnotí nikdo z dotazovaných, známku „4“ uvedlo minimum respondentů (4 %), známku „5“ neuvedl nikdo z dotazovaných.

Tabulka 9 - *Jaký máte názor na rozsah poskytovaných služeb?*

VARIANTY ODPOVĚDÍ	POČET RESPONDENTŮ	%
Jsou dostačující	44	96
Nejsou dostačující	2	4
Celkem	46	100

Komentář k výsledkům:

Za dostačující považuje rozsah poskytovaných služeb naprostá většina (96 %) respondentů, 4 % respondentů považují rozsah služeb za nedostačující. Respondenti z druhé skupiny uváděli jako chybějící služby např. 24-hodinovou pečovatelskou službu.

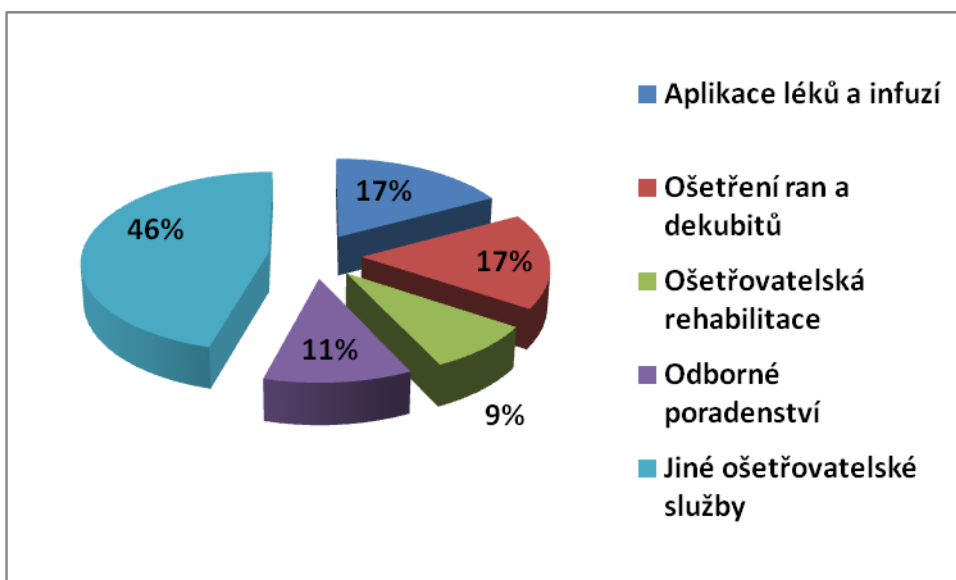
Tabulka 10 - Které z nabízených služeb využíváte?

VARIANTY ODPOVĚDÍ	POČET RESPONDENTŮ	%
Pouze ošetrovatelské	22	48
Pouze pečovatelské	10	22
Ošetrovatelské i pečovatelské	14	30
Celkem	46	100

Komentář k výsledkům:

Z tabulky vyplývá, že 48 % respondentů využívá pouze ošetrovatelské služby, 22 % respondentů využívá pouze pečovatelské služby, zatímco 30 % dotazovaných využívá obě jmenované služby současně.

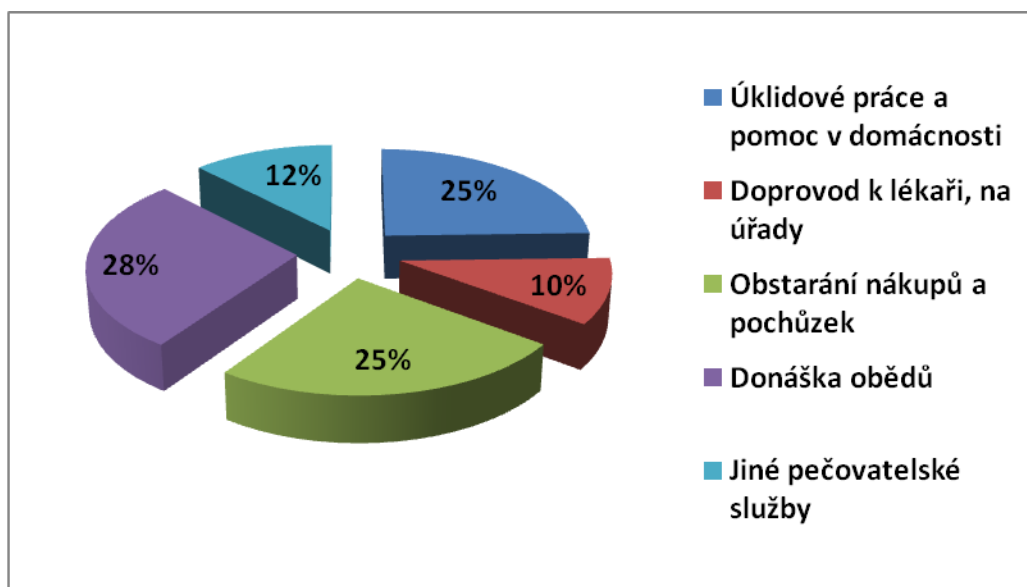
Graf 2 - Které ošetrovateľské služby využíváte najčastejšie?



Komentár k výsledkům:

Na tuto otázku odpovídali respondenti, ktorí využívajú pouze ošetrovateľské služby, ale i respondenti, ktorí uvedli, že využívajú zároveň služby ošetrovateľské i pečovatelské služby. Z grafu je patrné, že 46%, ktorí na tuto otázku odpovídali, využívajú jiné ošetrovateľské služby – najčastejšie odběr biologického materiálu a monitorování fyziologických funkcí. 17 % respondentů najčastejšie využívá aplikaci léků a infuzí, stejně početnou (17%) skupinu tvoří respondenti využívající službu ošetření ran a dekubitů. 11 % z dotazovaných využívá odborné poradenství a 9 % ošetrovateľskou rehabilitaci.

Graf 3 - Které pečovatelské služby využíváte nejčastěji?



Komentář k výsledkům:

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří využívají pouze pečovatelské služby, ale i respondenti, kteří uvedli, že využívají zároveň služby ošetřovatelské i pečovatelské služby. Největší skupina (28 %) respondentů využívá službu donášku obědů, 25 % dotazovaných využívá úklidové práce a pomoc v domácnosti, stejně početná skupina obstarání nákupů a pochůzek. 12 % respondentů uvedlo jiné pečovatelské služby, nejčastěji pomoc při osobní hygieně. Nejméně početnou skupinu (10 %) tvoří respondenti využívající doprovod k lékaři, na úřady.

Tabulka 11 - *Jak celkově hodnotíte chování osob, které Vám tyto služby poskytují, ke své osobě? (oznámkujte jako ve škole)*

Hodnocení	Počet respondentů	%
1	38	83
2	6	13
3	2	4
4	0	0
5	0	0
Celkem	46	100

Komentář k výsledkům:

Většina (83 %) respondentů hodnotí chování pečujících osob známkou „1“, 13 % respondentů uvedlo známku „2“, známkou „3“ hodnotí chování pečujících 4 %, zatímco známku „4“ a „5“ neuvedl nikdo z dotazovaných.

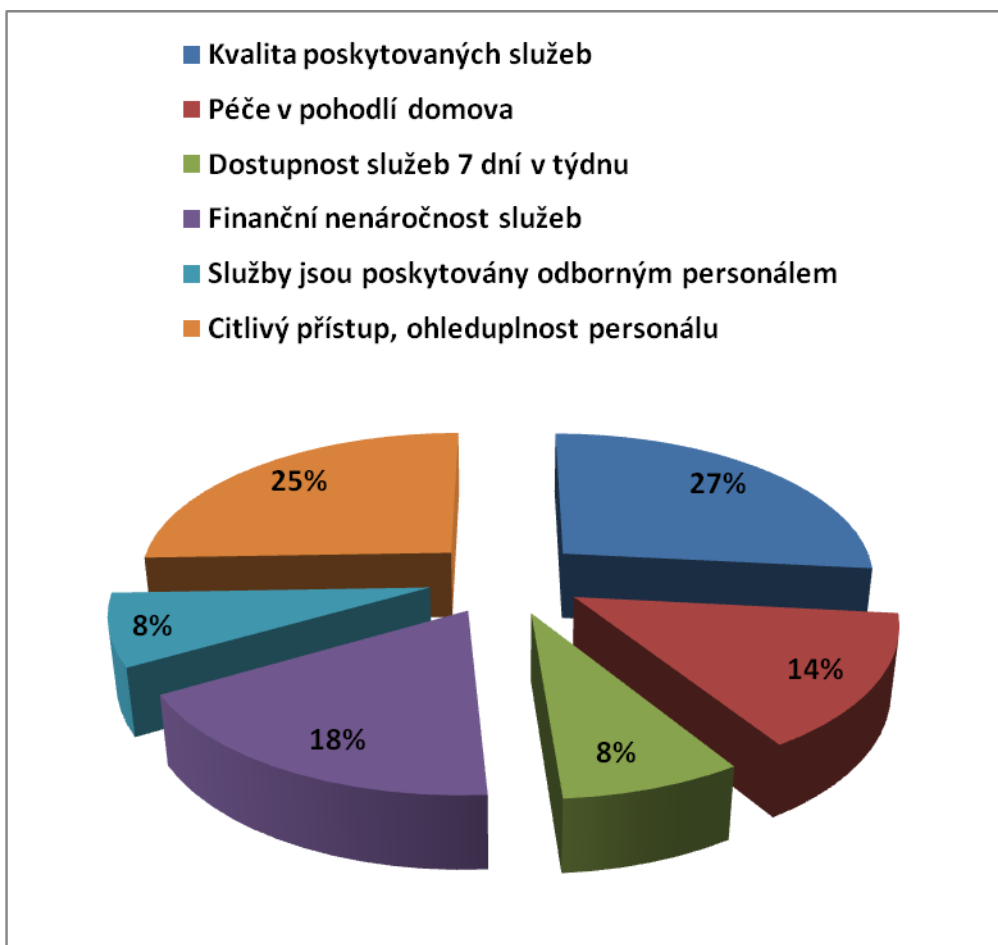
Tabulka 12 - V případě, že by domácí péče neexistovala, jaký druh péče byste preferoval/a?

VARIANTY ODPOVĚDÍ	POČET RESPONDENTŮ	%
Hospitalizaci v nemocnici	8	17
Pobyt v domově pro seniory	8	17
Péči rodiny	10	22
Sousedskou výpomoc	20	44
Řešil/a bych situaci jinak	0	0
Celkem	46	100

Komentář k výsledkům:

Jako saturaci neexistence domácí péče by 44 % respondentů využilo sousedské výpomoci, 22 % péči rodiny, k možnostem hospitalizace v nemocnici a pobytu v domově pro seniory se přiklání shodně 17 % dotazovaných. Nikdo z respondentů by neřešil situaci jiným způsobem.

Graf 4 - Představte si, že byste měl/a seznámit své známé se službami agentury domácí péče. Uved'te stručně svými slovy, co byste zdůraznil/a.



Komentář k výsledkům:

Nejvíce respondentů (27 %) zdůrazňuje kvalitu poskytovaných služeb, 25 % citlivý přístup a ohleduplnost personálu, 18 % dotazovaných zdůrazňuje finanční nenáročnost služeb, 14 % péči v pohodlí domova. Shodně 8 % respondentů uvádí dostupnost služeb 7 dní v týdnu a odbornost personálu.

2.5 Verifikace hypotéz

Hypotéza č. 1 (dále též H1)

Předpokládám, že seniory registrované jako uživatele domácí péče vede k využívání úkonů zahrnutých do této péče snaha o zachování soběstačnosti.

Tato hypotéza byla potvrzena.

Z Tabulky č. 5 je patrné, že služby domácí péče využívají nejvíce respondenti z řad seniorů, kteří žijí sami a nemají tudíž možnost spolehnout se na jiného člena domácnosti. Dalším nejčastějším důvodem využívání těchto služeb je dle provedeného výzkumu dlouhodobá nemoc a ztráta schopnosti sebeobsluhy, která však není natolik závažná, aby senior musel být umístěn v některém typu pobytového zařízení.

Ke zdůvodnění tvrzení podporujícího platnost H1 podtrhuji tyto další zjištěné skutečnosti:

- Tabulka č. 12 potvrzuje, že převážná většina respondentů z řad seniorů by volila variantu hospitalizace či pobytu v domově seniorů až jako poslední možnost v případě, že by jiné služby nebyly schopny kompenzovat jejich handicap,
- z Grafu č. 4 je patrné, že služby poskytované v rámci domácí péče, vnímá většina respondentů jako dostupnou, odbornou a kvalitní pomoc, která jim pomáhá přinejmenším udržet kvalitu života v nelehké sociální situaci.

Hypotéza č. 2 (dále též H2)

Předpokládám, že většina klientů domácí péče, až na malé výjimky, je spokojena s nabízenými službami.

Tato hypotéza byla potvrzena.

Z Tabulky č. 8 a č. 9 je patrné, že senioři využívající služby domácí péče jsou v naprosté většině spokojeni, a to jak s rozsahem poskytovaných služeb, tak s jejich kvalitou. Z výsledků je zřejmé, že služby, které jsou seniorům nabízeny v rámci domácí péče, kopírují jejich aktuální potřeby, ať už se týkají zdravotního stavu, nebo sociální situace.

Ke zdůvodnění tvrzení podtrhujícího platnost H2 podtrhuji tyto další zjištěné skutečnosti:

- Tabulka č. 6 vyjadřuje poměrně vysokou informovanost o možnosti využití služeb domácí péče jak u odborníků, tak u široké veřejnosti, a zároveň poukazuje na spolupráci lékařů, kteří jsou ochotni seniorům služby domácí péče doporučit a minimalizovat tak nutnost hospitalizace, či pobytu v domově pro seniory,
- dalším ukazatelem spokojenosti je hodnocení chování pečujících, které vyjadřuje Tabulka 11, z výsledků je zřejmé, že personál poskytující služby domácí péče je plně kvalifikovaný a orientovaný v problematice péče o seniory.

Závěr

Stáří je přirozenou vývojovou etapou lidského života. Staří lidé žijí ve společnosti, jsou její součástí a musí v ní být integrováni. Péče o ně je záležitostí celé společnosti, nejen těch, kteří o ně profesionálně pečují. Péče o seniora je mnohotvárná a diferencovaná podle individuálních potřeb seniora. Zdravým a soběstačným seniorům stačí, považuje-li je společnost za svou součást a projevuje o ně zájem. S ubývajícím soběstačností a s růstem závislosti se však kvalita i kvantita péče mění. Zdravotní a sociální péče je neoddělitelná. V programu sociální péče o seniora je zdůrazňována především prevence závislosti, zlepšení psychického a fyzického stavu obyvatel, v neposlední řadě zvýšení odpovědnosti každého jedince za kvalitu jeho budoucího stáří.

Stáří je skutečnost, se kterou se mnozí neradi vyrovnávají, a proto hledají způsoby, jak délku života prodloužit. Cílem těchto snah je zlepšit kvalitu života na takovou úroveň, která by jim umožnila zachovat si co nejdéle vitalitu, zdraví, a tím i soběstačnost. U každého jedince je pojem „kvality života“ prezentován jinak, a to na základě rozdílnosti hodnot a potřeb, které člověk uznává. Na stáří se připravujeme celý život. Záleží na každém, jak zodpovědně přistoupí k přípravě na vlastní stáří a jak využije všech prostředků k dosažení důstojného a hodnotného prožití této fáze života. Ze strany společnosti se jedná především o zdravotní a sociální péči, nabídku různých kulturních a zájmových činností, aktivizačních programů, vzdělávacích programů či možností zapojení se do společenského života.

Nové přístupy v péči o seniory zaručují individualizovanou péči zaměřenou na klienta a jeho rodinu, na uspokojování potřeb ve smyslu řešení problémů vznikajících v souvislosti se změnou jeho zdravotního stavu. Problémy a potřeba pomoci se zvyrazňují se zvyšujícím se věkem člověka, se ztrátou sebeobsluhy, s osamocením, a často vyžadují odbornou pomoc medicínskou, ošetrovatelskou, ale i sociální. Společným cílem všech poskytovatelů péče je co nejdelší možné setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí.

Společenské změny posledního desetiletí ovlivnily výrazně podmínky pro rozvoj péče o seniory v České republice. Současným trendem je rozšiřující se nabídka terénních sociálních služeb podporující setrvání seniorů v jejich vlastním sociálním prostředí. Jsou to především odborné zdravotní služby, potřebné sociální služby, služby osobní péče a pomoci. Vzhledem k dlouhodobým demografickým změnám struktury populace, které se projevují zvyšujícím se podílem starých osob na celkovém počtu obyvatelstva, patří mezi nejpočetnější klientelu služeb domácí péče heterogenní skupina seniorů se širokým spektrem potřeb. Na základě studia materiálů, ze kterých jsem čerpala, mohu konstatovat, že úroveň péče o seniory se v posledních letech velmi zvýšila, a to ve všech rovinách.

Populační stárnutí by mělo být pro společnost jako celek i pro každého jednotlivce především výzvou, s níž se pojí i proměna sociálního klimatu a mentality společnosti. Dnešní společnost založená na individuálních zájmech a na dosahování úspěchů, ztráta smyslu pro rodinnou solidaritu, oslabení sociálních kontaktů rodinného rázu apod. jsou příkladem současných vývojových trendů, které vyřazují životní etapu stáří z hlavního proudu životního stylu moderní společnosti. Na celospolečenské úrovni převládá vytváření negativního obrazu stáří, ve vyhraněné podobě se dokonce můžeme setkat i s ageismem, tj. diskriminací či ponižováním z důvodu věku. Zvyšující se podíly seniorů ve společnosti nicméně znamenají, že v budoucnosti senioři nebudou marginální skupinou, jejíž hodnoty a orientace mohou být přehlíženy.

Vedle potřeby zajištění přiměřeného hmotného zabezpečení, odpovídajícího bydlení a zaručení dostupnosti adekvátní zdravotní a sociální péče je třeba zdůraznit potřebu větší sociální integrace seniorů v rodině a ve společnosti, vytváření příznivého společenského klimatu pro pochopení životních problémů starší generace a řešení mezigeneračních konfliktů. Harmonické soužití více generací předpokládá výchovu k úctě ke starším lidem, respektování práv seniorů, kladný přístup k jejich aktivitám. Přiblížení problematiky péče o seniory v rozmanitých aspektech, k němuž měla tato práce přispět, by mohlo být dobrým začátkem.

Resumé

This graduation work is called „The social services and home care of seniors“. It deals with specific necessities of seniors and their satisfaction. This work consists of two parts – the theoretical and the practical one.

The theoretical part deals with topic of demographic aging of population. It describes demographic aspects of aging and specific senior's necessities. Next part describes draft of care about seniors in the Czech Republic. It mentions the law about social services, about standards quality of social services. There are also described specifying services for seniors. The other part of this work defines home care of seniors, it mentions its history, it describes its development in the Czech Republic. Any further it speaks about subjects, forms and contents of professional home care of seniors. There are described problems of a common life of seniors in a family, which realizes care about them. The last part summarizes theoretical starting points.

In the practical part the standard dialogue was used as a research technique. It was realized in household of seniors who used home care. There were forty six seniors engaged in the dialogues. The research was connected with services for seniors. The aim of this research was to discover reasons for using services of home care and satisfaction through these services. The result of the research is that the seniors use services of home care as means to keep self-sufficiency and that are satisfied with extend and quality of offering services.

This work could be a demonstrative example for people who want to be engaged in problems of home care about seniors.

Seznam zdrojů:

Knižní zdroje:

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005.

JOHNOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: Průvodce poskytovatele, MPSV, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha. Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.

KRÁLOVÁ, J. RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.

RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. Brno: Georgetown, 1995.

ŠELNER, I. *Úloha rodiny v péči o seniory. Sociální práce*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2004

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 80-7178-214-9.

VESELÁ, J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnosti*. Praha: VÚPSV, 2003.

VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1995.

Internetové zdroje:

MISCONIOVÁ, B. *Historie domácí péče*. [on-line]. [cit. 2008-05-03]. Dostupné na Internetu: < <http://www.domaci-pece.info/historie-domaci-pece/>>.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří). 2008. [on-line]. [cit. 2008-05-03].

Národní koncepce rodinné politiky. 2005. [on-line]. [cit. 2008-05-03]. Dostupné na Internetu: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/2125/koncepce_rodina.pdf>.

Seriál k návrhu zákona o sociálních službách. 2006. [on-line]. [cit. 2008-07-03]. Dostupné na internetu:< <http://socialnirevue.cz/item/socialni-sluzby/category/socialni-prace>>.

Sociální služby. [on-line]. [cit. 2009-08-06]. Dostupné na internetu: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.

Sociální služby a příspěvek na péči. 2009. [on-line]. [cit. 2009-08-03]. Dostupné na Internetu:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/7162/Socialni_sluzby_a_prispevek_na_peci.pdf>.

Stručný průvodce zákonem o sociálních službách. 2006. [online]. [cit. 2008-11-24]. Dostupné na Internetu: <http://www.domaci-pece.info/pruvodce-zakonom-o-socialnich-sluzbach/330084/Zakon_o_soc._sluzbach_06.pdf>

VOHRALÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra.* Brno, VÚPSV 2004 [online]. [cit. 2008-01-20]. Dostupné na Internetu: <<http://www.vupsv.cz/>>.

Žofka, J. Socioekonomické dopady demografického stárnutí. [on-line]. [cit. 2008-05-03]. Dostupné na Internetu: <<http://www.demografie.cz/>>.

3 PŘÍLOHOVÁ ČÁST

Cílová skupina: klienti/uživatelé domácí péče

Pohlaví respondenta

[illegible]

V jaké věkové kategorii se nacházíte?

Méně než 60

[illegible]

60-70

[illegible]

71-80

[illegible]

81 a výše

[illegible]

Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

Základní

[illegible]

Vyučen/a, střední bez maturity

[illegible]

Střední s maturitou

[illegible]

Vysokoškolské

[illegible]

4. Jak hodnotíte služby poskytované agenturou? (oznámkujte jako ve škole)

[illegible]

5. Jaký máte názor na rozsah poskytovaných služeb?

Jsou dostačující

[illegible]

Nejsou dostačující

[illegible]

Uved'te, které služby Vám v nabídce schází:

6. Které z nabízených služeb využíváte?

Ošetrovatelské (aplikace léků, převazy ran, ...)

[illegible]

Pečovatelské (pomoc v domácnosti, doprovod na úřad, ...)

[illegible]

Nyní odpovídají pouze klienti, kteří označili v otázce č. 5 služby ošetrovatelské:

7. Které služby využíváte nejčastěji?

Aplikace léků, infuzí

[illegible]

Ošetření ran a dekubitů

[illegible]

Ošetřovatelskou rehabilitaci

[illegible]

Odborné poradenství

[illegible]

Jiné ošetrovatelské služby:

Rešil/a byste situaci jinak (stručně naznačte):

11. Představte si, že byste měl/a seznámit své známé se službami agentury domácí péče. Uved'te stručně svými slovy, co byste zdůraznil/a:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 2 - *Pečovatelská služba Prachatice*



Pečovatelská služba Prachatice



Poslání

Posláním pečovatelské služby Oblastní charity Vimperk je poskytovat podporu či pomoc lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení nebo kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Podporujeme uživatele služby v rozvíjení vlastních schopností, samostatnosti při sebeobsluze, péči o domácnost, při řešení své situace vlastními silami. Podporujeme uživatele, aby mohli i v náročných životních situacích spojených se samotou, stářím, nemocí či zdravotním postižením zůstat ve svém domácím prostředí, aby při zabezpečení jejich biologických, psychických, sociálních i duchovních potřeb žili důstojně a zapojovali se do běžného života společnosti.

Poskytujeme tyto služby:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím



- dohled nad těžce zdravotně postiženým dítětem, dospělým občanem
- masáže zad
- doprava
- aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti
- kadeřnické služby v domácnosti

Cílová skupina

Službu poskytujeme:

- lidem, kteří mají sníženou soběstačnost v základních životních dovednostech, z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení
- rodinám, jejichž člen je zdravotně znevýhodněn
- rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby



Služba není určena :

- osobám, které potřebují nepřetržitou péči
- osobám agresivním
- osobám pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek
- osobám, které nedodržují smluvní pravidla (např. za služby neplatí úhradu)

Služby poskytujeme v domácnostech a v domech s pečovatelskou službou



Cíle služby

- 1) Umožnit uživatelům setrvání ve svém domácím prostředí i při ztrátě soběstačnosti v základních životních dovednostech.
- 2) Individuálně aktivizovat uživatele za účelem udržení či zlepšení soběstačnosti a samostatnosti.
- 3) Aktivizovat uživatele k řešení nepříznivé situace vlastními silami.
- 4) Poskytovat podporu či pomoc dle individuální potřeby.
- 5) Podporovat uživatele v rozvíjení sociálních kontaktů, podporovat veškeré kontakty uživatele se společenským prostředím (návštěvy u příbuzných přátel, účast na kulturních akcích ...), předcházet tak sociálnímu vyloučení uživatele služby.

- 6) Pomáhat uživateli překonávat pocit osamění.
- 8) Podporovat uživatele v životním stylu, který si zvolil, podporovat uživatele v jednání na základě vlastních rozhodnutí.
- 9) Poskytovat pečovatelskou službu v úzké součinnosti s ošetrovatelskou domácí péčí (poskytovat komplexní služby).
- 10) Poskytovat duchovní službu (zprostředkovat kontakt s duchovním, umožnit návštěvu bohoslužby apod.)



Navazující služby OCH :

- Charitní ošetrovatelská služba
- Dům klidného stáří Pravětín

Služby poskytujeme ve vymezeném čase v domácnostech či domech s pečovatelskou službou v těchto městech (obcích) : Vimperk, Zdíkov, Stachy, Čkyně, Lčovice, Zálezly, Prachatice, Volary a v příslušných spádových oblastech.



Výběr služeb je ponechán na vlastním zvážení zájemce o službu.

Kontakty:

Oblastní charita Vimperk
Pravětín 23, 385 01 Vimperk

Sídlo pečovatelské služby:
Krátká 125, 385 01 Vimperk

Vedoucí:

Dana Vidlášová

tel. 388 416 288

mobil: 731 402 992

e-mail: vidlasova@fch-vimperk.cz

www.fch-vimperk.cz

DPS Skalka 1120, Prachatice :

tel. 388 318 981

mobil: 731 604 419

DPS SNP 559, Prachatice :

tel. 388 316 606

mobil: 731 604 418

Příloha č. 3 – Charitní ošetrovatelská služba

Oblastní charita Vimperk



Charitní ošetřovatelská služba /domácí péče/



Poslání

Posláním ošetrovatelské služby /domácí péče/ je poskytovat ošetrovatelskou péči dle indikace lékaře v domácnosti pacienta.

Služba je poskytována zdarma, je hrazena ze zdravotního pojištění.

Ošetrovatelská domácí péče je určena lidem se sníženou soběstačností, kteří z důvodu svého zdravotního postižení potřebují zajištění ošetrovatelské péče v domácnosti.

Zajišťujeme:

- monitoring pacienta (sledování biologických funkcí – změření krevního tlaku, pulsu, dechu, tělesné teploty)
- odběry biologického materiálu – krve (ze žíly, z prstu), moči, výtěry z nosu, krku, z rány) – zajištění odvozu do laboratoře
- orientační vyšetření biologického materiálu – glykémie (hladiny cukru v krvi), moči – lakmusovým papírkem
- aplikace inzulínu nebo nácvik aplikace inzulínu (edukace rodiny, pacienta)
- aplikace léčebné terapie per os, s. c., p. r., zevních léčebných prostředků
- aplikace injekční terapie (do svalu, do žíly, pod kůži)
- příprava pacienta na vyšetření, hygienická péče, dezinfekce

- příprava léků do dávkovače na týden, podávání léků, doplnění léčiv
- podávání stravy sondou
- péče o pacienta s epileptickým záchvatem
- mobilizace, polohování, reedukace pohybu
- ošetrovatelská rehabilitace – kondiční cvičení, dechová cvičení, nácvik chůze, nácvik soběstačnosti, sebeobsluhy, prevence kontraktur, tromboembolických, oběhových a plicních komplikací
- ošetření stomií (výměna stomického sáčku) – edukace pacienta, rodiny
- péče o permanentní katetr (cévka), jeho odstranění, cévkování močového měchýře, očistné klizma
- plán péče s využitím pomůcek při inkontinenci
- prevence kožních lézí
- lokální ošetření kožních lézí – bérové vředy, chronické rány, pooperační rány, poranění
- resuscitace
- aplikace parenterální terapie – infuze – pro zajištění hydratace, energetických zdrojů, léčba bolesti – péče o epidurální či spinální katetr

Služba domácí péče poskytovaná zdravotními sestrami dle indikace lékaře je důležitá z hlediska prevence závažných onemocnění a následné hospitalizace.

Služba domácí péče může navazovat na hospitalizaci pacienta, může umožnit, dřívější ukončení hospitalizace pacienta, v pohodlí domova o pacienta pečují zkušená zdravotní sestra.

Zkušenosti i ze zahraničí ukazují, že psychická pohoda domácího prostředí urychluje doléčení po operacích, po úrazech, při léčbě srdečních nebo nervových onemocnění, při léčbě bolesti. Pobyť doma je pro nemocného příjemnější, je mnohem menší riziko zanesení infekcí do rány, tzv. nozokomiálních nákaz, které jsou obtížně léčitelné.

Služby poskytujeme na Vimpersku a Prachaticku.

Ošetrovatelskou péči zajišťují zkušené kvalifikované zdravotní sestry s osvědčením pro výkon zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

Kontakty:

**Oblastní charita Vimperk
Pravětín 23, 385 01 Vimperk**

**Odborný garant – vrchní sestra:
mobil: 731 604 434**

Sídlo charitní ošetrovatelské služby:

pracoviště Vimperk:

Krátká 125, 385 01 Vimperk

tel. 388 416 288

mobil: 724 065 613

pracoviště Prachatic

Skalka 1120, 383 01 Prachatic

Tel.: 731 604 434, 731 604 439, 603 524 972

e-mail:

info@fch-vimperk.cz

www.fch-vimperk.cz

Příloha č. 4 – Úhrady za pečovatelské služby

Úhrady za služby
Pečovatelská služba Prachatice

Služba – základní činnosti	Úhrada ze strany uživatele /v Kč/
Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu	
pomoc a podpora při podávání jídla a pití	5,- /za 5 min.
podpora či pomoc při pohybu – přesun na lůžko, na invalidní vozík, při chůzi... (pravidelně)	
podpora, pomoc při oblékání a svlékání (pravidelně)	
pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru	
Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu	
podpora či pomoc při běžných úkonech osobní hygieny	5,- /za 5 min./
ošetření nohou	
ošetření kůže	
pomoc při používání inkontinentních pomůcek	
pomoc při použití WC	
manikúra	20,- /za 15 min./
pomoc při základní péči o vlasy, zástřih vlasů	
pomoc s celkovou hygienou těla	
holení	
Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy	
dovoz oběda – do vzdálenosti 3 km v pracovních dnech	14,-
dovoz oběda – do vzdálenosti 3 km ve dnech pracovního volna	15,-
dovoz oběda – do vzdálenosti nad 3 km v pracovních dnech	15,-
dovoz oběda - do vzdálenosti nad 3 km ve dnech pracovního volna	17,-
pomoc při naservírování stravy	5,-
pomoc při přípravě stravy (pití, snídaně, svačiny, jednoduché večeře)	/za 5 min./
Pomoc při zajištění chodu domácnosti	
malý úklid – utření prachu a vytření podlahy	5,- /za 5 min./
vysátí koberce	
umytí nádobí	
umytí WC	
umytí vany, umyvadla	5,-
vynesení odpadků	
vyčištění koberce /úhrada nezahrnuje čisticí prostředky, poplatek za zapůjčení přístroje na mokré či suché čištění/	100,- Kč /za 1 hod./
sezonní úklid, úklid po malování	
mytí oken	20,- /za 15 min./
pověšení záclon	
pověšení dekorálních látek	50,- /za 1 kg/
praní a žehlení prádla /bez pracích prostředků/ - za 1 kg	
praní /bez pracích prostředků/	20,- /za 1kg/

žehlení	30,- / za 1 kg/
výměna ložního prádla	20,- /za 15 min./
úklid společných prostor domu	40,- /za 1/2 hod./
donáška uhlí, dřeva	20,- /za 15 min./
zatopení v kamnech, v kotli	20,- /za 15 min./
vyčištění kamen, kotle	20,- /za 15 min./
vynesení popela	5,-
nákup malý	5,-
nákup střední	/za 5 min./
nákup velký, týdení, nákup ošacení, nezbytného vybavení domácnosti	100,- Kč
pochůzka	5,-
doprovod při nákupu	/za 5 min./
Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	
doprovod dětí, dospělých (do školy, do zaměstnání, k lékaři, na úřad, na společenské, kulturní akce, na návštěvu) a zpět	0

Služba – fakultativní činnosti	Úhrada ze strany uživatele /v Kč/
dohled nad těžce zdravotně postiženým dítětem, dospělým občanem	60,- /za 1 hod./
pedikúra	dle ceníku odborné firmy
vodová ondulace (foukaná)	20,- /za 15 min./
trvalá ondulace (bez materiálu)	85,- /za 1 hod./
podpora, doprovod při procházce	5,- /za 5 min./
rekondiční masáž zad - částečná	50,-
rekondiční masáž - úplná	100,-
doprava uživatele	7,- /1 km/
tísňová péče – jednorázová úhrada za měsíc (provoz technických komunikačních prostředků)	50,-