Péče o seniory žijící v domácím prostředí a funkce sociálních služeb

Kateřina Jílková

Bakalářská práce
2014

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Kateřina JÍLKOVÁ**
Osobní číslo:	**H128018**
Studijní program:	**B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Téma práce:	**Péče o seniory žijící v domácím prostředí a funkce sociálních služeb**

Zásady pro vypracování:

Zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009), případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu.
Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.
S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:
- na význam sociálních služeb pro seniory;
- na výhody a nevýhody pobytu seniorů v domácím prostředí;
- na poskytované sociální služby (terénní, ambulantní a pobytové);
- na porovnání státních a nestátních organizací při poskytování sociálních služeb ve městě Brně;
- na srovnání kvality života seniorů žijících v DPS a seniorů žijících v domácím prostředí.
Součástí práce bude kvantitativní výzkum zaměřený na zjištění spokojenosti a informovanosti seniorů o sociálních službách. Sběr dat proběhne formou dotazníku.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Haškovcová, H. Fenomén stáří. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.
Křivohlavý, J. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie.1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011
Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011
Mlýnková, J. Péče o staré občany. 1. vydání .Praha: Grada Publishing, a.s., 2011
Pokorná, A. Komunikace se seniory. 1. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s.,2010
Sýkorová, D. Autonomie ve stáří. 1. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007
Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:	**doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.** Institut mezioborových studií
Datum zadání bakalářské práce:	**11. listopadu 2013**
Termín odevzdání bakalářské práce:	**30. dubna 2014**

V Brně dne 11. listopadu 2013

doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí ústavu

INSTITUT MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ * Stud. administrativa * BRNO IČO: 60555670

doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

KATEŘINA JÍLKOVÁ

.....

Jméno, příjmení studenta

V Brně 11. 4. 2014

.....

Podpis

---

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Moje bakalářská práce je věnována tématu pobytu seniorů v domácím prostředí a funkcím sociálních služeb, které se snaží tento pobyt umožnit a co nejvíce ulehčit. Popisuje fenomén stáří a stárnutí z různých pohledů a věnuje se také biologickým a zdravotním změnám a komplikacím. Identifikuje přínosy i rizika domácího prostředí seniora. Charakterizuje druhy sociálních služeb a jejich význam pro pobyt seniorů v domácím prostředí. Dále seznamuje čtenáře se státními i soukromými pečovatelskými službami v Brně a zvláště v městské části Brno-Židenice, kde bylo provedeno dotazníkové šetření mezi klienty místní pečovatelské služby. Tento výzkum je pak zpracován v praktické části a na základě jeho vyhodnocení jsou testovány stanovené hypotézy.

Klíčová slova: senior, stáří, stárnutí, domácí prostředí, sociální služby, pečovatelská služba, potřeby seniorů, naplnění potřeb.

ABSTRACT

My bachelor thesis is devoted to the topic of seniors stay in their home environment and social services functions that are trying to facilitate this stay and make it easy as much as possible. It describes the phenomenon of old age and aging from various angles and it also attends to biological and physical changes and complications. It identifies the benefits and risks of home environment of a senior. It characterizes the types of social services and their importance for seniors stay in the home environment. Furthermore, it introduces the public (readers) to state and private care services in Brno and especially in the city of Brno-Zidenice, where there was a survey carried out among clients of local care services. This research is then processed in the practical section and based on its evaluation the defined hypothesis are tested.

Keywords: senior, old age, aging, home environment, social services, care service, seniors needs, fulfilment of needs.

Děkuji panu doc. Ing. Antonínu Řehořovi za cenné připomínky a odborné vedení v průběhu psaní mé bakalářské práce.

Velké poděkování patří také mé rodině, která se mnou měla trpělivost, vyjadřovala mi podporu a povzbuzovala mě v mém úsilí po celou dobu mého studia.

V neposlední řadě děkuji také paní Marii Holíkové za laskavou pomoc s realizací dotazníkového šetření mezi klienty Pečovatelské služby Brno-Židenice a zejména všem seniorům, kteří mi věnovali svůj čas a pečlivě vyplnili rozeslané dotazníky.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **8**
I TEORETICKÁ ČÁST **10**
1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ **11**
1.1 Vymezení pojmů 11
1.2 Proces stárnutí 17
1.3 Domácí prostředí seniora 22
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY **27**
2.1 Charakteristika a druhy sociálních služeb 27
2.2 Potřeby a soběstačnost seniorů 32
2.3 Sociální práce z pohledu poskytovatele a příjemce péče 35
2.4 Význam sociálních služeb pro pobyt v domácím prostředí 39
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V MĚSTĚ BRNĚ **41**
3.1 Statistika počtu seniorů a typy sociálních služeb v Brně 41
3.2 Státní a nestátní sociální služby v Brně 42
3.3 Pečovatelská služba Brno-Židenice 46
II PRAKTICKÁ ČÁST **50**
4 PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ **51**
4.1 Použitá metoda výzkumu a metoda dotazníku 51
4.2 Cíl výzkumu a formulace hypotéz 52
4.3 Analýza výsledků 53
4.4 Vyhodnocení výzkumu 85
ZÁVĚR **88**
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **90**
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK **92**
SEZNAM OBRÁZKŮ **93**
SEZNAM TABULEK **94**
SEZNAM PŘÍLOH **96**

ÚVOD

„Devět lidí z deseti si přeje dožít doma. Devět lidí z deseti umírá v ústavech. Změňte to.“

www.zitdeledoma.cz

V dřívějších dobách, zhruba do poloviny 19. století, bylo běžné, že senioři žili společně s rodinou ve vícegenerační domácnosti. Žili tedy v přirozeném poutu se svými dětmi a vnuky, kteří se o ně starali. Časté byly tzv. výminky, většinou malé domky nebo oddělené místnosti, které si hospodář "vymínil" při předávání gruntu nejčastěji na syna. Staří lidé tedy nebyli "odkládáni", ale mohli se nadále účastnit rodinného života a přispívat svými zkušenostmi. Zároveň o ně bylo touto cestou postaráno.

S příchodem industriální výroby došlo k přesunování obyvatel do měst, mimo rodinné statky, ostatně tento jev v podobě vylidňování venkova pokračuje dosud. Vypukla masivní výstavba panelových domů, které nesplňovaly požadavky vícegeneračního bydlení jako venkovská stavení, zejména kvůli stísněným dispozicím, relativní ztrátě soukromí a nemožnosti rozrůstání (přistavování výminku apod.)

Začalo být běžné, že důchodci byli umisťováni do k tomu určených ústavů. Tím došlo ke zpřetrhání do té doby přirozených sociálních pout - o seniory se již nestarali vlastní děti nebo vnuci ve společné domácnosti, kteří z druhé strany postrádali moudrý pohled a nadhled rodičů a prarodičů a jejich emoční podporu.

Ani současná doba příliš seniorům nepřeje. Mladá generace je orientovaná na výkon, kariéru, cestování a soužití se seniory ve společné domácnosti bývá problematické pro obě strany. Přesto si většina seniorů přeje žít ve svém domácím prostředí, ať už kvůli neinformovanosti o ústavních alternativách či z osobních důvodů.

"*Podle našich šetření je jen velice malá část staré populace informována o typech zařízení pro staré občany. Dokonce ani osoby starší 75 let neuvažují o možnosti pobytu v některém z nich. Většina starých osob se nejlépe cítí ve svém vlastním domácím prostředí. Předpokládají obvykle, že jim pomoc a péči poskytne rodina*." [1]

[1] KALVACH, Z. a kol., *Geriatrie a gerontologie*, 2004, s. 467.

"*Ve všech rozvinutých zemích je zřejmá tendence, aby starší lidé setrvávali co nejdéle ve svém domácím a rodinném prostředí. Odpovídá to jejich přáním a tento systém jejich přání a potřeby nejvíce respektuje. Tato strategie se nazývá „ageing in place" a byla formulována v rámci OECD již v 90. letech.*" [2]

Pokud chceme umožnit seniorovi pobývat v jeho přirozeném prostředí, musíme mu tento pohyb zároveň ulehčovat, neboť jeho samostatnost s věkem a případnými zdravotními problémy klesá. K tomu slouží sociální služby, které na sebe berou část denních činností, které by senior vykonával obtížně nebo by je nemohl vykonávat vůbec. Cílem těchto služeb je tedy zachovat samostatnost příjemce služby a umožnit mu pobyt v domácnosti.

Pro svoji práci jsem si stanovila několik cílů. Zejména bych chtěla zjistit, zda senioři dávají přednost pobytu v domácím prostředí. Dále mě zajímá, jak klienti hodnotí čerpané sociální služby. Jsou spokojeni s jejich kvalitou a šíří a jsou o nich dostatečně informováni? A jak jsou pro ně sociální služby dostupné? Také bych chtěla zjistit, zda klienti rozlišují mezi státními a nestátními organizacemi sociálních služeb a kterým dávají přednost.

Práci jsem rozdělila do čtyř kapitol – tří teoretických a jedné praktické.

V první kapitole teoretické části se budu zabývat pojmem stáří a stárnutí také biologickými a fyziologickými změnami, které stáří doprovázejí. Bude mě zajímat také domácí prostředí seniora – jaké přináší výhody a jaké skrývá rizika? Ve druhé kapitole se budu věnovat sociálním službám, výčtu jejich druhů a jejich charakteristice. Třetí kapitola teoretické části popíše pečovatelské služby v městě Brně s důrazem na pečovatelskou službu MČ Brno - Židenice, ve které jsem prováděla dotazníkové šetření.

V praktické části nejprve představím použitou metodu dotazníkového šetření. Po formulaci cílů a hypotéz přistoupím k vyhodnocení odpovědí respondentů na všech 30 otázek. Každé otázce věnuji samostatnou tabulku, graf s vynesenými výsledky a slovní analýzu odpovědí.

V závěru praktické části ověřím jednotlivé hypotézy, které jsem si stanovila.

[2] VÁLKOVÁ, M. a kol. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*, 2010, s. 10.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

„Stárnutí je otrava, ale je to jediný způsob, jak se dožít vysokého věku“

George Bernard Shaw

V první kapitole se zaměřím na pojmy stáří a stárnutí a podívám se na stáří z různých pohledů – kalendářního, sociálního nebo biologického. Popíšu také, jaké biologické a sociální změny provází stárnoucího člověka a jakým zdravotním problémům často čelí. Nakonec se budu zabývat domácím prostředím seniora a identifikuji jeho přínosy, ale také možná rizika a nabídnu několik doporučení pro vhodné úpravy domácího prostředí pro pobyt seniora.

1.1 Vymezení pojmů

Stáří a stárnutí jsou dva různé pojmy. **Stárnutí** je nezvratný biologický a fyziologický proces, při kterém začíná docházet ke strukturálním a funkčním změnám organizmu.

Na stárnutí se můžeme dívat různými pohledy, například Štilec říká: *“Stáří je především funkcí duševního a tělesného stavu, a ne jen počtu let života. ... Dá se říci, že je relativně mladý, dokud je schopen se učit, snášet odlišné názory, získávat nové zkušenosti a nechat se jimi ovlivnit.”* [3]

Technicky vzato, stárnutí vlastně začíná v okamžiku narození jedince. První strukturální a funkční změny, které jsou způsobovány procesem stárnutí, se v lidském těle začínají objevovat již mezi 15. až 25. rokem. Asi po šedesátém roce se proces stárnutí zrychluje.

Stárnutí lze dělit na normální a předčasné, které je projevem poruchy biologického vývoje.

Stárnutím se zabývá gerontologie, geriatrie a gerontopsychologie. **Gerontologie** je všeobecná věda o stáří a stárnutí. Tyto fenomény zkoumá z různých pohledů - biologického, sociálního, demografického a dalších. Stářím z pohledu lékařského se zabývá interdisciplinární obor **geriatrie**, který se věnuje diagnostikování a léčení nemocí seniorů a také tvorbou širších systémových podmínek přístupu zdravotnictví k seniorům. **Gerontopsychologie** je vědou o duševních projevech starých lidí, zkoumá změny osobnosti a psychologické aspekty v procesu stárnutí.

---

[3] ŠTILEC, M. *Program aktivního života pro seniory*, 2004, s. 12.

Na **stáří** se můžeme dívat z více hledisek. Mühlpachr [4] mluví například o stáří z pohledu kalendářního, biologického nebo sociálního.

Kalendářní (chronologické) stáří

Stanovit věkovou hranici, od které budeme mluvit o stáří, nelze zcela jednoduše a jednoznačně a to hned z několika důvodů. Jednak je zde značná individualita - známe "mladé starce" i "staré mladíky", každý člověk má určitou predispozici i různě "náročný" životní styl, kterým do značné míry ovlivňuje proces stárnutí a opotřebování organismu.

Dalším faktorem, působícím napříč staletími, je průběžné zlepšování lékařské péče. Dříve smrtelné nemoci a epidemie jsou nyní zažehnány, dokážeme do značné míry zmírnit či zcela zvrátit průběh kdysi letálních chorob a populace je díky této péči na jednu stranu zdravější, na druhou stranu se ovšem svým mnohdy nezdravým životním stylem (nedostatek pohybu, nevhodná strava) jakoby spoléhá na všemocné působení medicíny.

Za bernou minci nelze brát ani různé sociální konstrukce, jako je věk odchodu do důchodu, protože tyto hranice se mohou lišit (a taky se liší) nejen stát od státu, ale i v rámci různých časových období uvnitř jedné země. Nakonec i my jsme svědky neustálého posunování hranice důchodového věku směrem nahoru.

„Obecně však můžeme říci, že z hlediska společenského je člověk starý, když je za takového pokládán ostatními členy společnosti a vývojem společnosti dochází k značným posunům této hranice: V roce 1800 byl za starého běžně označován člověk čtyřicetiletý, v r. 1890 byl jako kmet vnímán padesátník." [5]

Věková hranice stáří byla v současné době stanovena na věk, kdy se nápadně častěji začínají projevovat involuční změny. Je také nutno přihlížet k demografickému vývoji, pokud je v populaci větší počet seniorů (hovoříme o vyšším stárnutí populace), tím vyšší je také hranice stáří.

Od 60. let 20. století byla WHO (Světovou zdravotnickou organizací) doporučena hranice stáří 60 let, tuto hranici v roce 1980 potvrdila také OSN. Na vnímání hranice lidského stáří má vliv také technologická vyspělost společnosti.

---

[4] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, 2004, s. 19-20.
[5] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, 1998, s. 185.

Lidský život lze dle Příhody rozdělit do následujících etap, které vychází z členění do patnáctiletých období dle doporučení WHO:

- *„postpubescence,*
- *adultium,*
- *intervenium, střední věk,*
- *60 - 74 let: senescence, rané stáří,*
- *75 - 89 let: senium, kmetství, vlastní stáří,*
- *90 a více let: patriarchum, stařeckost, dlouhověkost.“* [6]

Mühlpachr uvádí následující členění, které se čím dál častěji uplatňuje v dnešní době:

- *„65 - 74 let: mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace),*
- *75 - 84: staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob),*
- *85 a více let: velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečenosti).“* [7]

Sociální stáří

Sociální stáří je časový úsek, který je ohraničený kombinací změn v sociální oblasti a dosažením určitého statusu nebo předělu. Mühlpachr uvádí následující členění:

- **První věk**
  Nazývá se též předproduktivní věk a jedná se o období dětství, mládí a dospívání. Jedinec po dosažení patřičného věku začíná pracovat na přípravě na budoucí profesi, vzdělává se a získává zkušenosti.

[6] PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*, 1974, s. 62.
[7] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, 2004, s. 21.

- **Druhý věk**

  Již dospělý jedinec je profesně vyzrálý, v tomto období je produktivní jak pracovně, tak i biologicky (zakládá rodinu) a sociálně.

- **Třetí věk**

  Věk počínajícího stárnutí, kterému se také říká poproduktivní, což Mühlpachr kvituje s vážnými výhradami - označení jedince jako "poproduktivního" podle něj vede k nebezpečnému diskriminování starých lidí, jako by pouze ti produktivní měli nějakou cenu a přínos pro společnost. Člověk je na základě tohoto přístupu redukován na jakousi (nyní již nefungující) výrobní jednotku a není brán ohled na jeho touhu po osobním rozvoji.

- **Čtvrtý věk**

  Opět velmi nešťastně nazýván jako fáze závislosti, dle Mühlpachra toto označení vyvolává představu, že nesoběstačnost je stejně zákonitou a očekávanou fází života jako ty předchozí. [8]

Biologické stáří

Biologické stáří je teoretický pojem, kterým se označuje souhrn tělesných změn stárnoucího člověka - ať už jsou přirozené nebo způsobené nemocemi. Přesná příčina stárnutí zatím objevena nebyla, současné poznání osciluje mezi různými hypotézami, které s časem získávají či ztrácí na popularitě. V přístupu ke stárnutí je však možné vysledovat zhruba dva okruhy:

- **Epidemiologický přístup**

  Stárnutí a umírání považuje za nahodilé a značně variabilní děje, které spíše než z osoby stárnoucího vychází z vnějších vlivů, jako jsou nemoci, úrazy, působení okolního prostředí. Z hlediska tohoto přístupu vlastně neexistuje přirozená smrt z důvodu stáří; smrt je pouze důsledkem vnější příčiny, nehody, nemoci.

[8] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, 2004, s. 21.

- **Gerontologický přístup**

  Stárnutí a umírání považuje za přirozenou a zákonitou součást života. I když má člověk optimální podmínky a není sužován nemocemi nebo úrazy, dožívá se pouze určité věkové hranice. [9]

Demografie stáří

„Demografie je věda, která studuje proces reprodukce lidských populací. Objektem studia demografie tedy jsou lidské populace, předmětem jejího studia je proces demografické reprodukce, tedy přirozený proces obnovy obyvatelstva důsledkem rození a vymírání. Procesy demografické reprodukce jsou úmrtnost (též mortalita), nemocnost, porodnost (též natalita), potratovost, sňatečnost a rozvodovost.“ [10]

Tím, jak se v populaci zvyšuje podíl starých osob a snižuje se podíl osob mladých, dochází k demografickému stárnutí populace. Tento jev je patrný zejména v hospodářsky vyspělých státech, kde dokonce mluvíme o tzv. demografické revoluci. Jejím typickým rysem je klesající porodnost i úmrtnost, která vede k prodloužení střední délky života a v jejím důsledku roste procentní zastoupení seniorů v populaci.

Dvořáčková k tomu říká *“Dvacáté století začínalo jako “století dítěte” a končilo jako “století stáří”. Dnes je čtvrtina společnosti v důchodovém věku.”* [11]

Kalvach uvádí následující vývoj procentuálního (%) podílu věkově vymezených skupin seniorů v hospodářsky vyspělých státech v rozmezí let 1950 - 2050 (*zdroj: World Population Ageing, UN, 2002*):

[9] BRENNEROVÁ, L. *Formy poskytování sociálních služeb pro seniory v Týništi nad Orlicí*, 2010, s. 10.
[10] *Demografie* [online]. Wikipedie, [cit. 10. 2. 2014]. Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Demografie
[11] DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*, 2012, s. 22.

Tabulka 1: Podíl věkových skupin seniorů v hospodářsky vyspělých státech [12]

Ukazatel	**1950**	**1975**	**2000**	**2025**	**2050**
Věk 60+	11,7 %	15,4 %	19,4 %	28,2 %	33,5 %
Věk 65+	7,9 %	10,7 %	14,3 %	21,3 %	26,8 %
Věk 80+	1,0 %	1,8 %	3,1 %	5,4 %	9,6 %
Věk 100+ (v tisících osob)			140,5	681,8	2138,8 (0,2 %)

V České republice je situace podobná. V roce 2009 vypracoval Český statistický úřad materiál s názvem Projekce obyvatelstva České republiky, který obsahuje prognózy demografického vývoje do roku 2065. Materiál mezi jinými vyvozuje tyto dva závěry:

- *„Obyvatelstvo ČR výrazně zestárne, jedna třetina osob bude starší 65 let, jejich zastoupení se více jak zdvojnásobí.*
- *Nejrychleji bude přibývat osob v nejvyšším věku, počet osob ve věku nad 85 let se podle střední varianty do roku 2066 zvýší na 7,5 násobek.“* [13]

Střední délka života při narození by se podle výše uvedeného materiálu měla v ČR vyvíjet následujícím způsobem (uvažována je střední, nejpravděpodobnější varianta projekce):

[12] KALVACH, Z a kol. *Geriatrie a gerontologie*, 2004, s. 56.
[13] *Projekce obyvatelstva České republiky (Projekce 2009)*, s. 20.

Tabulka 2: Střední varianta předpokládaného vývoje střední délky života v ČR

Rok	**Muži**	**Ženy**
2020	77,0	82,8
2030	79,5	85,1
2040	81,5	86,8
2050	83,5	88,4
2065	86,5	91,0

Prognóza tedy potvrzuje současný trend stárnutí populace. Její průměrný věk by se měl zvýšit z 39,1 let v roce 2002 až na 47,7 let v roce 2065.

1.2 Proces stárnutí

Biologické a sociální změny ve stáří

Mezi hlavní biologické změny ve stáří patří:

- **pokles tělesné hmotnosti a výšky**, člověk takzvaně "*roste do země*". Ubývá svalové hmoty a také se mění tělesné proporce, poklesává také hmotnost vnitřních orgánů a objevují se degenerativní změny na pohybovém ústrojí, kosti jsou křehčí a náchylnější ke zlomeninám. Pohyby člověka ztrácí na rychlosti a pružnosti. Sníženou funkčnost vykazují také vnitřní orgány jako je srdce a plíce nebo cévní (kornatění tepen) a nervový systém (úbytek neuronů). Mizí podkožní tuk a klesá obsah vody pod kůží, vytvářejí se výrazné vrásky a kožní pigmentace.
- **zhoršující se smyslové vnímání** je dáno jednak změnami na vnitřních a také nižší rychlostí přenosu informací v nervovém systému. Výsledkem jsou pomalejší reakce a nižší vnímavost vůči podnětům. Mezi nejčastější změny patří významné zhoršení zraku a sluchu (*„asi u 90 % osob lze po 60. roce jejich věku zjistit výrazné zhoršení*

zrakové percepce a asi u 30 % se výrazně zhoršuje sluch") [14], tyto projevy lze ale dnes do značné míry potlačit kompenzačními pomůckami.

U zraku dochází nejen ke snížení jeho ostrosti, ale zhoršuje se také rozlišování barev, oko hůře zaostřuje a snižuje se pružnost oční čočky. Mnohem častěji než v mladém věku se objevují různá oční onemocnění, jako je šedý nebo zelený zákal.

Jelikož jsou zrak a sluch nejdůležitějšími smysly pro orientaci člověka v okolním prostředí, může mít jejich nesprávná funkce společně s jejich nedostatečnou kompenzací velmi negativní vliv na sociální život seniora. To se týká zejména špatného sluchu, kdy se lidé za tento handicap stydí a kvůli nepříjemným situacím pramenícím z této poruchy se mohou stranit sociálních kontaktů. V krajních případech mohou u predisponovaných jedinců vznikat patologické stavy (bludy).

- **zhoršující se paměť** - dochází ke známému paradoxu, kdy si starý člověk zcela přesně vybavuje desítky let staré události, ale nedokáže si vybavit činnosti z minulého dne. Zhoršuje se také schopnost zapamatovat si nové lidi a informace (vštípivost). Vzpomínky na dávné události a zážitky ale bývají často obsahově a emocionálně zkreslení, senior má tendenci dřívější svět ve svých vzpomínkách nadměrně idealizovat;

- **klesá inteligence**, ovšem tento jev je nebezpečné takto jednoduše zevšeobecnit. Dle psychologa Raymonda Catella lze inteligenci rozlišit na fluidní a krystalickou:

  „Fluidní inteligence nebo fluidní dedukce je schopnost logicky přemýšlet a řešit problémy v neobvyklých situacích, nezávisle na nabitých znalostech. Je to schopnost analyzovat nezvyklé problémy, identifikovat v jejich pozadí vzorce a vztahy a vyvozovat z nich závěry pomocí logiky. [Fluidní inteligence] je nezbytná pro řešení všech logických problémů, například ve vědě, matematice a technice.

  Krystalická inteligence je schopnost využívat dovednosti, znalosti a zkušenosti. Není úměrná paměti nebo vědomostem, ale opírá se o vybavování informací z dlouhodobé paměti. Krystalická inteligence je celoživotně dosažený intelekt… Zvyšuje se s věkem, protože nabývané zkušenosti rozšiřují znalosti člověka. ...

[14] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, 1998, s. 185.

Krystalická inteligence se zvyšuje postupně, během dospělosti zůstává relativně stabilní a začíná klesat po 65 letech věku.“ [15]

Zatímco fluidní inteligence začíná slábnout již po 30. roce života, krystalická inteligence s věkem klesá mnohem méně;

- **projevuje se sebestřednost** - člověk mluví zejména o sobě, svých chorobách a neduzích, je lhostejný k ostatním, má sklony k afektivnímu chování. Navenek se projevuje nerudným chováním, sklonem ke kritizování a k neustálým stížnostem. Vyzdvihuje kvality své generace a naopak kritizuje zkaženost té současné („*Mladá generace má pocit, že s ní přichází lepší svět. Stará garda má pocit, že s ní ten lepší svět odchází“*, cit. Karel Čapek);
- **zvyšuje se sociální závislost** na druhých osobách, klesá samostatnost;
- **klesá přizpůsobivost** – člověk lpí na zažitých stereotypech, staré osvědčené postupy považuje za jedině správné a nechce rozumět nové době, má odpor k novému; [16]
- **objevují se specifické zdravotní problémy**. Mezi nejzávažnější patří demence, což je nezvratná porucha, která má původ v organickém poškození mozku a která se projevuje v nejrůznějších formách, jako je Alzheimerova choroba, Parkinsonova nemoc, vaskulární demence a další.

  Ve zvýšené míře se objevuje diabetes s případnými cévními komplikacemi. Hlavní zdravotní problémy seniorů jsou rozvedeny podrobněji v následující kapitole;
- **mění se osobnost člověka** - Langmeier zmiňuje studii (S. Reichardová, 1962), ve které je popsáno několik strategií, pomocí nichž se senior vyrovnává se stářím:
  - ***konstruktivní strategie***

    Člověk přistupuje ke stáří aktivně, snaží se o neustálé fyzické a mentální cvičení, dovede si “užívat života”, je vtipný a společenský, hledá nové

[15] *Fluid and crystallized inteligence* [online]. Wikipedie, [cit. 13. 2. 2014]. Dostupné z http://en.wikipedia.org/wiki/Fluid_and_crystallized_intelligence
[16] ČÍŽKOVÁ J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*, 2005. s. 131-140.

podněty. Neohlíží se zpět s hořkostí, ale hledí dopředu s perspektivou a optimismem. Navazuje nové známosti, je vstřícný a tolerantní.

- ***strategie závislosti***

  Tato strategie je pasivní, člověk nechává rozhodovat druhé, stahuje se do ústraní, žádná činnost jej nebaví, nemá žádné ambice, očekává automaticky péči o svoji osobu. S lidmi se seznamuje jen velice opatrně a je podezřívavý a nedůvěřivý. Zveličuje své problémy, což mu dává do ruky nástroj pro manipulaci s blízkými, opět s motivem vyvolat péči o svoji osobu.

- ***obranná strategie***

  Horečná činnost má zaplašit myšlenky na blížící se konec, člověk je nadměrně aktivní, projevuje se pedantstvím a zvýšenou kontrolou svých emocí. Senior byl většinou ve svém předchozím profesním životě také velmi exponovaný a teď jako by se snažil "zaplašit stáří". [17]

  Zde nemohu neocitovat půvabnou představitelku této kategorie dle Čížkové:

  "Typickým představitelem oné obranné strategie byla stárnoucí žena, která i přes překročení sedmdesáti let vyhledávala i několik zaměstnání současně. Přes den prodávala v obchodě a v noci využívala své jazykové schopnosti v recepci hotelu. Rodinu téměř neviděla a v případě, že ano, organizovala různé teroristické akce, např. malování, stěhování, úprava zahrady. Její příbuzní si vždy vyčerpaně oddechli, když se vrátila do některého ze svých zaměstnání. Zemřela ve věku 73 let v nemocnici po třech dnech hospitalizace, kde byla umístěna se zlomeninou nohy." [18]

Hlavní zdravotní problémy seniorů

Mezi 7 hlavních zdravotních problémů seniorů, jaké popisuje Mühlpachr, patří:

- **Ateroskleróza**

[17] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, 1998, s. 189.
[18] ČÍŽKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*, 2005, s. 144.

Ateroskleróza, lidově také kornatění tepen, je dlouhodobý degenerativní proces, při kterém se na vnitřním povrchu tepen usazují lipidy (tuky). Mezi orgánové projevy aterosklerózy patří ischemická choroba srdeční (akutní infarkt myokardu, těžké poruchy srdeční činnosti), postižení mozkových tepen (mozkové cévní příhody, mrtvice, ochrnutí) a postižení tepen dolních končetin (může vést až k amputacím).

- **Rozedma plic**

  Tato nemoc bývá často způsobena kouřením, v jehož důsledku vzniká chronický zánět průdušek, který vede k projevům jako je dušnost, vykašlávání hlenu a otoky zejména dolních končetin.

- **Osteoartróza**

  Jedná se o degenerativní postižení hyalinní chrupavky kloubů, nejčastěji kyčelního a kolenního. Příčinou může být vrozená nižší odolnost kloubní chrupavky, spíše ale bývá na vině dlouhodobé přetěžování kloubů - postiženy proto bývají zejména klouby dolních končetin.

- **Osteoporóza**

  Osteoporóza je metabolické kostní onemocnění, které je charakteristické úbytkem kostní hmoty a vede ke zvýšené křehkosti a lámavosti kostí (zejména při pádech, například obávané zlomeniny krčku). Objevuje se zejména u žen v přechodu.

- **Alzheimerova choroba**

  Tato nemoc je jednou z nejčastějších příčin demence ve stáří. Příčinou Alzheimerovy choroby je atrofie mozku (mnohdy předčasná) spojená se zanikáním mozkových buněk. Proti této nemoci zatím není účinná prevence ani léčba.

- **Poruchy zraku**

  Jedná se o poruchy, které mohou vést až k slepotě. Patří mezi ně postižení sítnice u cukrovky a šedý nebo zelený zákal. Mezi ohrožující onemocnění patří také degenerativní postižení žluté skvrny.

- **Poruchy sluchu**

  Tyto poruchy bohužel budou zřejmě v budoucnu rozšířenější a závažnější než dnes. Důvodem je zejména vystavování současné generace nadměrné hlukové zátěži – ať

už se jedná o dopravu, koncerty a diskotéky, hlasitou reprodukci hudby ve sluchátkách či jinou nadměrnou expozici hluku. [19]

1.3 Domácí prostředí seniora

Přínosy domácího prostředí seniora

Důvěrně známé prostředí je významným faktorem, který ovlivňuje psychickou pohodu a celkové rozpoložení seniora. Staří lidé jsou konzervativní, lpí na zavedených pořádcích a jsou nostalgičtí - mají rádi místa, ke kterým se vážou jejich vzpomínky.

Zcela ideální pak je, když je v domácím prostředí seniorovi někdo nablízku – partner, rodina, přátelé. V takovém psychosociálně příznivém prostředí pak lépe snáší případné nesnáze, které by odloučení a pobyt v cizím prostředí spíše prohloubily. Synergické působení rodiny, pečovatele i samotného klienta má významný vliv na jeho rekonvalescenci a eliminaci či zmírnění psychických symptomů, které nemoc doprovázejí.

Z lékařského hlediska pak pobyt v domácnosti eliminuje velmi závažný medicínský problém – riziko vzniku nosokomiálních nákaz. Jedná se o *„přenosné infekční omezení vnějšího nebo vnitřního původu, které vzniklo v souvislosti s pobytem osob ve zdravotnickém zařízení. Za nemocniční nákazu je považována i nákaza, která se s ohledem na svoji inkubační dobu projeví až po propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení nebo po jeho přeložení do jiného zdravotnického zařízení.“* [20]

Sociální stránka také není zanedbatelná. Nejde pouze o pozitiva přítomnosti rodiny, ale také o negativa přítomnosti jiných, seniorovi neznámých či přímo nepříjemných osob v nemocničním nebo sociálním zařízení. I když má senior rád společnost blízkých lidí, potřebuje také svůj klid a soukromí. Přítomnost nerudného mrzouta či chronického stěžovatele na vedlejším lůžku na klidu při rekonvalescenci rozhodně nepřidá.

[19] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, 2004, s. 35-37.
[20] *Nemocniční nákaza* [online]. Wikipedie, [cit. 10. 4. 2014]. Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemocni%C4%8Dn%C3%AD_n%C3%A1kaza

Rizikové faktory domácího prostředí seniora

Domácí prostředí ale nemusí přinášet jenom pozitiva. Na seniora, zejména pokud žije osaměle, může v domácím prostředí číhat mnoho nástrah, i když své prostředí důvěrně zná.

Grollová uvádí několik možných rizik, kterým může senior v domácnosti čelit:

Osamělost

Samotu snáší člověk velice tíživě a o to více dopadá na seniora, který bydlí sám, ať už bez partnera či širší rodiny. Stárnoucí člověk je již tak zatížen psychicky tím, že pociťuje pokles svých fyzických a mentálních sil a pobyt v kolektivu v pobytovém zařízení pro seniory mu dává možnost alespoň na chvíli na tyto úvahy zapomenout. Při pobytu v prázdném domácím prostředí bohužel dopadá samota na jedince s plnou intenzitou.

Sociální vyloučenost

Osamělý člověk může cítit hořkost, nechuť k sociální interakci či rezignaci na styk s okolím. Druhým extrémem je horlivá snaha alespoň o nějaký sociální kontakt, který může bohužel v dnešní době představovat účast na různých nekalých předváděcích a prodejních akcích.

Úraz, ataka nemoci

Úraz při pádu i poměrně banální zranění může mít pro seniora v domácím prostředí fatální následky, zejména pokud je v domácnosti sám a nemá mu kdo přivolat pomoc. Úrazu se dá významně předejít vhodným přizpůsobením prostředí seniora – odstraněním překážek, zprůchodněním hlavních tras, montáží úchytů a různých pomůcek, umístění předmětů a ovladačů nebo vypínačů do ergonomicky vhodné pozice.

Vznik a rozvoj sociálně patologických projevů

Zejména v případě osamělého pobytu seniora v domácím prostředí hrozí nebezpečí vzniku různých patologických jevů. Ty bývají ještě umocněny při výskytu demence, deprese či závislosti na návykových látkách, v případě seniorů zejména na alkoholu.

Jedním z častých patologických projevů je Diogenův syndrom, který se projevuje chorobným hromaděním věcí. Člověk je pak nebezpečný nejen sobě, ale i svému okolí, obtěžuje ostatní nepořádkem a zápachem, jeho příbytek se může stát zdrojem výskytu infekčních chorob a nezřídka celému chaosu vévodí neorganizovaná skupina zvířat, bohužel často ve stavu, který odpovídá jejich životním podmínkám.

Kriminalita

Staří lidé se bohužel stávají pro svoji bezbrannost a naivitu terčem útoků kriminálních živlů. Zvláště ohroženi jsou osamocení senioři, kteří se mohou stát oběťmi pachatelů násilné trestné činnosti nebo peněžních podvodů.

Domácí spotřebiče

Se zhoršující se pamětí a zvyšující se zapomnětlivostí se může obyčejná žehlička nebo rychlovarná konvice stát nebezpečím pro seniora i jeho okolí. Může dojít k přímému úrazu (například zásah elektrickým proudem při použití fénu ve vaně), případně může dojít k požáru při opomenutí zapnutého spotřebiče nebo při jeho nesprávném použití. [21]

Vhodné úpravy prostředí seniora

V bytě seniora je vhodné provést takové úpravy, aby se při jeho pohybu a pobytu co nejvíce snížilo riziko nebezpeční úrazu.

Grollová uvádí několik oblastí, na které je třeba při úpravách bydlení seniorů pamatovat:

- **Bezbariérovost**

  Bezbariérovost je základní předpoklad bezpečného pohybu seniora. Mezi základní opatření patří odstranění prahů a dalších překážek, o které může zakopnout. Rovněž různé koberečky a předložky nemají na podlaze co dělat, protože zvyšují riziko uklouznutí. Průchozí trasa musí být zcela volná, nesmí do ní zasahovat například šikmé nohy křesílek nebo nahromaděné předměty. V případě imobility seniora je na zvážení instalace různých pomůcek, jako například schodišťová plošina.

- **Osvětlení**

  Se zvyšujícím se věkem se zhoršuje zrak seniora, zvláště v přítmí, proto je důležité kvalitní osvětlení zejména v takových místech, jako jsou schodiště či jiné překážky, které nelze demontovat.

[21] GROLLOVÁ, E. a kol. *Bydlení seniorů*, 2009, s. 19.

- **Opěrné pomůcky**

  Mezi tyto prvky patří zejména různá zábradlí, úchyty a madla, kterých se může senior při chůzi nebo jiných činnostech přidržovat. Koupelna a WC by měly být vybaveny také vhodně umístěnými madly, v případě vany je možné instalovat také různé pomůcky a úchyty, respektive zvedáky, ale zvážit lze také možnost instalace sprchového koutu.

- **Protiskluzová úprava povrchů**

  Vhodná je instalace protiskluzných podložek v trasách pohybu seniora, kde podlaha sama o sobě skýtá riziko uklouznutí (parkety, laminát). Zejména je nutné tato opatření provést v koupelně, která je ze své povahy mokrým a kluzkým místem. Do vany nebo sprchového koutu je třeba umístit neklouzavé podložky a nášlapné plochy schodů je vhodné opatřit protiskluzovými pásky.

- **Zabezpečení**

  Vchodové dveře by měly být dostatečně zabezpečeny nejlépe několika zámky. Zabezpečení je však zbytečné, pokud senior sám otevře, proto by měli jeho blízcí seniora dostatečně poučit o nebezpečí různých falešných prodejců nebo kontrolorů elektroměrů. Senioři jsou bohužel v kontaktu s těmito živly poměrně naivní, sama jsem zažila situaci, kdy starý člověk dal v hotovosti několikatisícovou částku neznámému člověku, který zazvonil u dveří a požádal jej o půjčku kvůli nehodě automobilu. Samozřejmě už jej poté nikdo nikdy neviděl.

- **Systémy tísňové péče**

  Tyto systémy může senior v případě kritického ohrožení aktivovat (například na krku zavěšený přístroj s výrazným tlačítkem, které lze snadno zmáčknout) a může si tak rychle přivolat pomoc.

- **Eliminace nebezpečných spotřebičů**

  Některé spotřebiče jsou vyloženě nevhodné, například přímotopy, které mohou při špatném umístění nebo položení hořlavých předmětů na jejich povrch snadno vyvolat požár. I při bezproblémovém provozu přímotopu je tu stále riziko pádu

seniora na tento spotřebič. Kamna na tuhá paliva z tohoto důvodu také nebývají tou nejlepší volbou. U spotřebičů je dobré vybírat takové typy, které mají časový spínač, který po nějaké době nečinnosti sám přístroj vypne. [22]

[22] GROLLOVÁ, E. a kol. *Bydlení seniorů*, 2009, s. 21 – 23.

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Ve druhé kapitole se budu zabývat sociálními službami a charakteristikou jednotlivých druhů těchto služeb. Všimnu si také vztahů mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb a také toho, jaké potřeby senior těmito službami naplňuje a jaký význam mají tyto služby pro zachování jeho samostatnosti a umožnění jeho pobytu v domácím prostředí.

2.1 Charakteristika a druhy sociálních služeb

"Sociální služby jsou nástrojem pomoci a podpory lidem v nepříznivé sociální situaci. Působí tam, kde se lidé potýkají s nejrůznějšími problémy z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, zdravotního postižení, pro krizovou sociální situaci apod., přičemž lidé v těchto situacích nejsou schopni řešit problémy bez pomoci druhých." [23]

Sociální služby by měly vést k začlenění klientů do společnosti, případně zabránit tomu, aby byli pro své postižení či handicap z kontaktu se společností vyloučeni. V případě sociálních služeb poskytovaným seniorům je snahou, aby příjemci péče mohli setrvávat ve svém přirozeném prostředí, aby mohli co nejdéle žít běžným způsobem života ve svém domově. Služby by měly vést ke zvýšení či alespoň zachování soběstačnosti klienta a měly by také snižovat zdravotní a sociální rizika, která mohou na seniora číhat při pobytu v jeho domácnosti.

"Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Sociální práce musí směřovat především k nejvíce ohroženým starým lidem..." [24]

Kalvach spatřuje hlavní těžiště sociální práce v individuálním přístupu k potřebám každého konkrétního člověka: *"Jakékoli společenské služby a projekty pro seniory, mají-li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské*

[23] *Adresář sociálních služeb v jihomoravském kraji*, s. 6.
[24] MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*, 2005 s. 163.

populace. Individualizace vychází z osobnosti, autonomie a potřeb konkrétního starého člověka, jehož adaptabilita může být snadno překročena a důstojnost otřesena." [25]

Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů rozděluje sociální služby na tři hlavní kategorie:

- **sociální poradenství** – nabízí informace pro řešení tíživé sociální situace klienta,
- **sociální péče** - podpora soběstačnosti a samostatného života klienta,
- **sociální prevence** - tyto služby podporují osoby, které překonaly krizovou situaci a působí preventivně proti sociálně patologickým jevům.

Podle místa poskytování můžeme služby dále dělit na:

- **ambulantní** - klient dochází do místa, kde službu čerpá (denní stacionář),
- **terénní** - klient čerpá službu ve svém přirozeném prostředí (pečovatelské služby),
- **pobytové** - klient je déle či trvale ubytován v místě služby (domovy pro seniory).

Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách definuje následující typy sociálních služeb:

- **Osobní asistence**

  Tato terénní služba se poskytuje zejména osobám, které jsou z důvodů věku nebo chronické nemoci odkázány na pomoc jiné osoby. Tato služba je časově neomezená a poskytuje se v přirozeném prostředí příjemce služby. Mezi obsah služby patří pomoc při péči o vlastní osobu, při osobní hygieně, při přípravě a porcování jídla, zajištění chodu domácnosti, vzdělávání, zajištění sociálních kontaktů a při domáhání se práv a nároků.

- **Pečovatelská služba**

  Tato služba může být ambulantní, převážně však terénní a bývá poskytována přímo v domácnosti klienta. Mohou ji čerpat stejné osoby jako výše uvedené osobní

[25] KALVACH, Z. a kol.: *Geriatrie a gerontologie*, 2004, s. 465.

asistence a navíc i rodiny s dětmi, pokud si jejich situace žádá péči jiné osoby. Rozsahem úkonů je tato služba opět podobná osobní asistence, je zde ale širší spektrum činností souvisejících s poskytováním a zajištěním stravy, při osobní hygieně a při zajištění chodu domácnosti.

- **Tísňová péče**

  Tato terénní služba je poskytována nepřetržitě a je poskytována jako prostředek pro řešení krizových situací - například při nenadálém zhoršení zdravotního stavu, pádu nebo úrazu. Poskytuje se zejména osobám ohroženým výše uvedenými situacemi formou vzdálené hlasové a elektronické komunikace. Mezi činnosti této služby patří elektronická a hlasová komunikace v případě nenadálé události, při krizovém průběhu také zprostředkování zákroku policie, hasičů nebo zdravotnické služby. Dále služba nabízí činnosti sociálního poradenství, sociální terapii, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Technicky je tato služba realizována většinou bezdrátovým přístrojem s výrazným tlačítkem, který klient nosí neustále s sebou, aby mohl v případě nenadálé události tlačítkem zavolat pomoc či vyvolat komunikaci s operátorem služby.

- **Průvodcovské a předčitatelské služby**

  Tyto terénní či ambulantní služby mohou čerpat osoby, které mají z důvodu věku nebo zdravotního stavu sníženou komunikaci nebo orientaci. Smyslem těchto služeb je pomoci těmto lidem vyřizovat jejich záležitosti. Mezi činnosti této služby patří zprostředkování kontaktu s různými institucemi (úřady, lékař atd.) a občanskoprávní záležitosti.

- **Podpora samostatného bydlení**

  Tato terénní služba je poskytována osobám se sníženou samostatností z důvodu chronické nemoci nebo zdravotního postižení, případně trpí psychickou poruchou a je pro ně nutná pomoc jiné osoby. Podobá se pečovatelské službě, ale je zde kladen větší důraz na posilování samostatnosti klienta.

- **Odlehčovací služby**

  Nazývají se též sdílené nebo respitní. Mohou být ambulantní, terénní nebo pobytové. Tyto služby se poskytují pečujícím osobám, aby si mohly odpočinout. Poskytovatel služby vlastně přebírá péči o klienta se sníženou soběstačností. Mezi

činnosti vykonávané v této službě opět patří pomoc při péči o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti, sociálně terapeutické činnosti, vzdělávání, zajištění sociálních kontaktů a při domáhání se práv a nároků.

- **Centra denních služeb**

  Tato centra poskytují ambulantní služby osobám se sníženou samostatností z důvodu chronické nemoci nebo zdravotního postižení a pro které je nutná pomoc jiné osoby. Lidově se tato centra nazývají "domovinky" a klienti je mohou využívat v průběhu dne nahodile či pravidelně. Tato služba nabízí pomoc při péči o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění stravy, výchovnou a vzdělávací činnost, sociálně terapeutické činnosti, zajištění sociálních kontaktů se společenským prostředím a pomoc při domáhání se práv a nároků.

- **Denní stacionáře**

  Ambulantní služba, kterou navštěvují pravidelně klienti se sníženou soběstačností. Klientům je v průběhu dne zajišťována komplexní péče podle jejich potřeb, rozsah činností je přitom stejný jako u předchozí služby Centrum denních služeb.

- **Týdenní stacionáře**

  Tato služba je pobytová a je určena klientům, kteří mají sníženou soběstačnost kvůli svému věku nebo zdravotnímu postižení a osobám s chronickým psychickým onemocněním, které vyžadují pomoc další osoby. Pobyt je obvykle realizován v průběhu pracovních dnů. Mezi činnosti této služby patří poskytnutí ubytování a stravy, pomoc s osobní hygienou a při zvládání úkonů péče o vlastní osobu, výchovné a vzdělávací činnosti, zprostředkování společenského kontaktu s okolím, sociální terapie a pomoc při domáhání se oprávněných nároků a práv.

- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

  Tato pobytová služba je celoroční a poskytuje se osobám, které mají kvůli zdravotnímu postižení sníženou samostatnost a vyžadují péči jiné osoby. Služba je obecně určena lidem, kterým nelze tyto služby zabezpečit v jejich vlastním prostředí. Rozsah činností je podobný jako u předchozí služby.

- **Domovy pro seniory**

  Tato služba je pobytová a celoroční a je určena osobám, které mají z důvodu věku sníženou schopnost postarat se o sebe a vyžadují péči jiné osoby. Je určena lidem, u kterých nelze tyto služby zabezpečit v jejich prostředí a činnostmi je tato služba podobná jako týdenní stacionář nebo domov pro osoby se zdravotním postižením.

- **Domovy se zvláštním režimem**

  V těchto domovech je poskytováno celoroční ubytování osobám, které trpí chronickou duševní nemocí, závislostí na návykových látkách, Alzheimerovou chorobou či jinými typy demencí a které nejsou pro své postižení schopni starat se o sebe sami a vyžadují péči jiné osoby. Provoz v těchto domovech je přizpůsoben zvláštním požadavkům těchto klientů. Rozsah služeb je podobný jako v domovech pro seniory nebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením, služby domova se zvláštním režimem mohou být také součástí výše uvedených domovů.

- **Chráněné bydlení**

  Pobytová služba chráněného bydlení se poskytuje osobám, které mají z důvodu zdravotního postižení, chronické nemoci či duševní poruchy sníženou soběstačnost a vyžadují péči druhé osoby. Tato forma služby je poměrně moderní, klienti mají možnost bydlet v prostředí, které v podstatě odpovídá běžnému bytu. V bytě mohou bydlet jednotlivě nebo po skupinách. Rozsah poskytovaných služeb je podobný jako v domovech pro seniory nebo v domovech se zvláštním režimem.

- **Sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**

  Těmito zdravotnickými zařízeními se rozumí nemocnice, léčebny pro dlouhodobě nemocné nebo psychiatrické léčebny. Tyto pobytové služby v zařízeních lůžkové péče se poskytují osobám, které vyžadují pomoc jiné osoby, ale přitom je nelze propustit ze zdravotnického zařízení, protože jim nemůže být zabezpečena odpovídající péče v jejich domácnosti nebo v zařízení sociálních služeb. [26]

[26] *Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách* [online]. MPSV, [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné z: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf

2.2 Potřeby a soběstačnost seniorů

Potřeby ve stáří

Každý člověk má své potřeby, jejichž uspokojování či neuspokojování výrazně ovlivňuje kvalitu života. Tyto potřeby se liší nejen u každého člověka, ale jejich kvalita i kvantita se liší také v průběhu života každého jedince.

"Kvalitu života možno opisovať pomocou dvoch skupín kritérií. Možu to byť objektívně merateľné kritériá, ako je materiálne zabezpečenie, zdravotný stav, zdravotná starostlivosť, sociálne, ekonomické a enviromentálne podmienky, relevantné predovšetkým pre socio-ekonomický kontext spoločnosti. Druhú skupinu tvoria subjektívne kritériá, ktoré sú obsiahnuté v škálách "well-being" - osobné pohody, spokojnosti so životom, přežívaním zmysluplnosti života - a predstavujú individuálny psychologický rozmer kvality života." [27]

Tak, jak jsou individuálně odlišné potřeby každého člověka, reaguje každý různě i na jejich uspokojení či neuspokojení. Neuspokojení těchto potřeb často přináší frustraci, deprivaci, negativní myšlení.

Snahou sociální práce by tedy mělo být působení směrem k uspokojování těchto potřeb nebo vytváření podmínek, díky kterým senior bude schopen tyto potřeby uspokojovat sám.

Hierarchie potřeb

Autorem zřejmě nejznámější teorie lidských potřeb je americký psycholog A. H. Maslow, který svoji teorii zformuloval ve 40. letech minulého století. Potřeby řadí podle jejich naléhavosti a podle pořadí, ve kterém se projevují.

Maslow dělí potřeby na fyziologické (ty jsou základní, nižší, bývají také označovány jako skupina alfa) a psychosociální (ty jsou vyšší, označované jako skupina beta). Před uspokojováním vyšších potřeb je podle něj nutné nejprve uspokojit alespoň částečně nižší potřeby, protože ty jsou podmínkou pro zachování života.

Vlastností alfa potřeb je, že po jejich naplnění je již bereme jako samozřejmost, nepřemýšlíme o nich, kdežto beta potřeby s jejich uspokojením zvyšují touhu po jejich

[27] HROZENSKÁ, M. a kol. *Sociálna práca so staršími ludmi*, 2008, s. 65.

další saturaci - naplňují náš život a umožňují realizovat touhu po zdokonalování své osoby. Smyslem naplňování lidských potřeb je pak odstraňování nedostatků (zejména v alfa skupině) a dosahování potřeb (beta skupina).

Podle Maslowa hovoří také o tom, že neuspokojená potřeba dokáže negativizovat celou náladu člověka - "převáží" nad těmi uspokojenými a ovlivňuje negativně psychiku. Všechny potřeby fungují jako provázaný celek, působí ve vzájemném vztahu s ostatními potřebami, i když vyšší potřeby mají relativně nižší váhu než potřeby nižší. Maslow zavádí pojem metapotřeb, což jsou vyšší potřeby, mezi které počítá potřebu osobního růstu.

Hierarchie potřeb podle Maslowa bývá zobrazována ve formě pyramidy, v jejíž základně se nachází základní, alfa potřeby a pyramida postupně roste směrem k beta potřebám a metapotřebám. Paradoxem ovšem je, že Maslow sám uspořádání do pyramidy nepoužíval, naopak vystupoval proti takto výslovné hierarchizaci potřeb. [28]

Soběstačnost

Soběstačnost můžeme definovat z několika pohledů:

- *„**Soběstačnost obecná** je schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí dopomoci*
- ***Soběstačnost konkrétní** je schopnost vést důstojný život samostatně v konkrétních podmínkách stávajícího bydliště a sociálního prostředí.*
- ***Soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života** (IADL – instrumental activities of daily living) je schopnost vykonávat běžné úkony každodenního života (doprava, nákup, zacházení s financemi, obstarání domácnosti atd.)*
- ***Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách** (ADL – activities of daily living). Jedná se o schopnost obstarat základní sebeobslužné výkony (najíst se, vykonat hygienu, vykonat toaletu, přesunout se, zachovat čistotu atd.) Schopnost obejít se bez pomoci v péči o vlastní osobu.“* [29]

[28] DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů*, 2012, s. 40-42.
[29] VÁLKOVÁ, M. a kol. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*, 2010, s. 10.

Soběstačný člověk je schopen uspokojovat své základní potřeby bez cizí pomoci. Se snižováním soběstačnosti se současně zvyšuje závislost. Tato závislost může vzniknout buď náhle (při úrazu, nemoci či jiné nenadálé události), nebo postupně, tak, jak klesá výkonnost a přizpůsobivost jedince.

Míru závislosti je možné klasifikovat do různých stupňů – například dle metodiky Světové zdravotnické organizace (WHO) lze závislost rozdělit na tři základní stupně:

- **lehkou -** je třeba vhodná podpora, motivace a kontrola,
- **střední -** senior vyžaduje stálý dohled a pomoc druhé osoby,
- **úplnou (těžkou) -** senior je odkázán na trvalou péči, není schopen naplňovat své základní potřeby. [30]

Kalvach kategorizuje závislost do celé škály skupin:

- **elitní senioři** - i ve vysokém věku jsou schopni podávat extrémní výkony: *"Nejstaršímu člověku, který absolvoval maratónský běh, bylo 90 let, americkému astronautovi J. Glennovi bylo při opakovaném letu do vesmíru téměř 80 let, nejstaršímu člověku, který vystoupil na Mount Everest, bylo 60 let."* [31]
- **zdatní (fit) senioři** - fyzicky i duševně jsou ve velice dobré kondici, sportují, mnohdy jsou výkonnější než výrazně mladší lidé, kteří nežijí příliš aktivním životem. Netolerují extrémní zátěž, ale jsou schopni zvládat náročné aktivity každodenního života.
- **nezávislí senioři** - v běžných podmínkách svého prostředí jsou samostatní, ale nesportují, jsou kondičně limitováni, špatně tolerují zvýšenou zátěž (nemoc, operace, úraz, fyzický výkon). Při zvýšené zátěži mohou selhat.
- **křehcí senioři** - aktivity denního života jim působí problémy, sice ještě nejsou závislí, ale hranice mezi závislostí a nezávislostí je již tenká a může být lehce překročena. Tito senioři obvykle čerpají různé sociální služby nebo využívají alespoň částečnou podporu rodiny.

---

[30] BRÍMOVÁ, P. *Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života*, 2010, s. 28.
[31] KALVACH, Z. a kol. *Geriatrie a gerontologie*, 2004, s. 169.

- **závislí senioři** - již nejsou téměř schopni samostatného pohybu, zvládají jen malé procházky, případně nevychází vůbec nebo se pohybují s pomocí či na kolečkovém křesle. V případě mentální poruchy bývají postiženi středně těžkou demencí. Závislí senioři jsou odkázáni na trvalou sociální péči, případně péči rodiny.
- **zcela závislí senioři** - nejsou již schopní zvládat základní úkony sebeobsluhy, obvykle nepohybliví, upoutaní na lůžko, vyžadují dlouhodobou bazální ústavní péči. Z psychických poruch toto kritérium splňuje například těžká demence. [32]

§9 zákona č. 108/2006 o sociálních službách posuzuje **péči o vlastní osobu** pro účely stanovení stupně závislosti na základě schopnosti zvládat vyjmenované úkony, mezi které patří mimo jiné příprava, porcování a podávání stravy, péče o hygienu, pohyb a orientace v přirozeném prostředí, základní ošetření nebo dodržování léčebného režimu.

§9 zákona č. 108/2006 o sociálních službách posuzuje **soběstačnost** pro účely stanovení stupně závislosti na základě schopnosti zvládat mezi jinými tyto úkony: komunikace různými formami, nakládání s penězi, plánování života, účast v sociálních aktivitách, příprava jídla a péče o domácnost nebo obsluha spotřebičů. [33]

2.3 Sociální práce z pohledu poskytovatele a příjemce péče

Základem sociální práce je partnerský přístup k příjemci sociální pomoci, který má právo na úplné a přesné informace, podávání stížností na nekvalitní práci, podání žaloby na špatný výkon, má právo vyjádřit informovaný souhlas a podílet se na spolurozhodování.

Sociální práce by z etického pohledu měla splňovat zejména tyto požadavky:

- respektovat právo klienta na plnou informovanost a svobodné rozhodování,
- respektovat důstojnost klienta a zachovávat důvěrnost zjištěných informací,
- zachovávat zodpovědnost vůči klientovi, zaměstnavateli a profesi,
- zachovávat profesionální přístup a objektivitu. [34]

---

[32] KALVACH, Z. a kol. *Geriatrie a gerontologie*, 2004, s. 169-170.
[33] *§9 zákona č. 108/2006 o sociálních službách* [online]. MPSV, [verze z 14.2.2014]. Dostupné z: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf
[34] HROZENSKÁ, M. *Sociální péče o seniory*, 2013, s. 115.

Osobnostní předpoklady poskytovatelů péče

Pro poskytování sociální péče musí mít pracovník jisté osobnostní předpoklady, aby tuto práci mohl vykonávat v souladu s etickými pravidly. Hrozenská uvádí následující výčet předpokladů:

- **Zdatnost a inteligence**

  Pracovník profesí sociální péče by měl být zdatný nejen fyzicky (je vhodné udržovat si kondici cvičením, protože manipulace s lidmi je fyzicky vyčerpávající), stejně tak by ale měl mít přirozenou snahu vzdělávat se a učit se novému. Samozřejmá je dostatečná sociální a emoční inteligence a komunikační dovednosti.

- **Přitažlivost**

  Zde není myšlena fyzická neodolatelnost sociálního pracovníka či pracovnice, ale spíše něco, co jej v očích příjemce služby učiní jemu bližším a vyvolá jeho náklonnost. Může to být profesionální vystupování, odborná zdatnost, ale také určitá názorová či věková blízkost.

- **Důvěryhodnost**

  Jak už říká název tohoto pojmu, pracovník musí být hoden důvěry - musí vystupovat a jednat diskrétně, musí vyjadřovat porozumění klientovi a i jeho povahové rysy by měly směřovat k získání jeho důvěry - patří k nim například otevřenost, srdečnost nebo čestné jednání.

- **Komunikační dovednosti**

  Pracovník by měl být vybaven přiměřenou schopností komunikace s vědomím případných nesnází, které tuto komunikaci mohou doprovázet. [35]

I když komunikace přímo neřeší potřeby příjemce péče, je důležitá pro navázání vztahu a vytvoření důvěry. Hrozenská uvádí tyto komunikační dovednosti poskytovatele péče:

- **Fyzická přítomnost**

  Již samotná přítomnost poskytovatele péče je pro klienta důležitá. Starý člověk má potřebu sociálních kontaktů, kterých se mu většinou příliš nedostává.

[35] HROZENSKÁ, M. *Sociální péče o seniory*, 2013, s. 117-118.

- **Naslouchání**

  Poskytovatel péče by měl klientovi nejen naslouchat, ale také vnímat jeho neverbální signály a brát na ně ohled.

- **Empatie**

  Vcítění se do klienta a porozumění jeho tužbám a potřebám patří mezi důležitý stavební kámen budování vztahu s klientem. Klient musí mít pocit, že mu druhá strana rozumí, že chápe jeho problémy a že na ně citlivě reaguje.

- **Analýza klientových prožitků**

  Pracovník by měl být schopen vnímat, analyzovat a popsat klientovy pocity. [36]

Psychická zátěž poskytovatelů péče

Sociální práce může být psychicky velmi vyčerpávající a přináší některá úskalí, na která se musí poskytovatel péče připravit a kterým se musí naučit čelit.

Na pracovníka sociální péče působí mnoho stresujících faktorů, od fyzické náročnosti péče po psychické vyčerpání. Očekává se od něj angažovaný a citlivý přístup, který povede k navázání vztahu důvěry a porozumění s klientem. Bohužel povaha této práce je taková, že pracovník je často svědkem postupného zhoršování stavu či smrti klienta, což na něj může mít podle míry citové angažovanosti značně negativní psychické důsledky, přerůstající do osobní roviny. Do konfliktu se tak dostává požadovaná empatie s jistou mírou žádoucího emočního odstupu, kterou by měl pracovník udržovat.

Pracovníka se může dotýkat nejen stav klienta jako takového, ale také chování či hrubé zacházení členů rodiny s klientem či naopak jejich naprostý nezájem o jeho osud. Pracovník se také musí obrnit proti náladám klienta a musí počítat s tím, že někteří senioři jsou nerudní, neuznalí a neustále si na vše stěžují (včetně pracovníka a způsobu jeho péče). Bohužel se může setkat i s případy fyzické agrese.

V této profesi se můžeme často setkat se syndromem vyhoření, který vzniká nahromaděním stresu. Typickým příznakem tohoto syndromu je ztráta radosti ze života,

[36] HROZENSKÁ, M. *Sociální péče o seniory*, 2013, s. 118.

odliv životní energie a elánu k vykonávání práce, pochybnosti o jejím smyslu i o sobě samém.

Zásady komunikace se seniory

Základem je komunikace verbální - starý člověk má potřebu komunikovat, diskutovat sdělovat své pocity, popisovat své prožitky. Komunikace se seniory přináší jistá specifika, kterých si musí být pracovník vědom a brát na ně ohled - pomalejší tempo a poruchy řeči, výpadky paměti nebo projevy degenerativních onemocnění nervové soustavy.

Neméně důležitá je ovšem neverbální složka komunikace - pohled, gesto, položení ruky, úsměv, projevení účasti. Starý člověk silně vnímá disproporci mezi verbální a neverbální komunikací, proto je nutné, aby obě složky komunikace byly upřímné a v souladu.

Pracovník by při komunikaci měl volit okruhy a termíny tak, aby jim klient rozuměl. Lidé "ze staré školy" kladou důraz na formální uctivost, samozřejmostí je srozumitelný pozdrav a oslovení klienta a uctivý tón konverzace, doprovázený přiměřenou neverbální složkou a očním kontaktem. Měl by mluvit pomaleji a klidně a měl by si být vědom, že i mlčení je forma komunikace - v pravý čas se odmlčet a nechat hovořit druhou stranu je také umění.

Pracovník zároveň musí jasně vymezit vzájemné role, vztah poskytovatele a příjemce péče. Musí umět říci "ne" v případě, kdy se požadavky klienta vzdalují od účelu návštěvy.

Mezi další zásady vhodné komunikace se seniorem patří:

- nepřerušovat, neskákat do řeči, neprojevovat neúctu ke sdělovanému obsahu,
- obrnit se trpělivostí a tolerancí, s nadhledem přehlížet hrubé a netaktní vyjadřování,
- v případě sluchové poruchy mluvit ze strany, na kterou klient slyší lépe,
- při rozhovoru nepopocházet, ale raději sedět a udržovat oční kontakt,
- nesnažit se poučovat, kárat, usměrňovat či soudit, ale ani opravovat a doplňovat,
- udělat si na rozhovor čas, nenaznačovat nevhodně nutnost ukončit hovor,
- vyjádřit účast a pochopení, ale nelitovat, to může být klientovi nepříjemné. [37]

[37] HROZENSKÁ, M. *Sociální péče o seniory*, 2013, s. 121-124.

2.4 Význam sociálních služeb pro pobyt v domácím prostředí

„Většina starších lidí si přeje žít ve svém původním, přirozeném prostředí po co nejdelší dobu, a to i v případě zhoršení zdravotního stavu. Z jejich odpovědí (bez ohledu na vzdělání, věk či pohlaví) vyplynula jednoznačná preference setrvání v původní domácnosti, a to za pomoci dětí, případně odborné instituce poskytující sociální péči. Pokud by se někteří v případě zhoršeného zdravotního stavu chtěli přestěhovat, pak dominovalo ubytování v domech s pečovatelskou službou. Možnost přestěhovat se ke svým dětem či do domova důchodců by zvolilo jen velmi málo lidí.“ [38]

Také analýza provedená pro materiál Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2012 – 2014 hovoří jednoznačně ve prospěch pobytu seniorů v domácím prostředí. Ze zpracovaných dat od seniorů, kteří jsou uživateli sociálních služeb, tento materiál mimo jiné vyvozuje „*Seniory vysoce preferovaným modelem je setrvání ve vlastní domácnosti i při zhoršení zdravotního stavu se zajištěním péče ze strany rodiny v kombinaci s profesionálními pečovateli*.“ [39]

Tentýž materiál v souladu s výše uvedeným poznatkem stanovuje: „*Prioritou pro následující období v oblasti služeb pro seniory bude podpora a rozvoj terénních a ambulantních forem služeb, které jsou poskytované v přirozeném prostředí/ komunitě uživatele, s cílem zabezpečit potřeby seniorů, kteří by bez podpory museli odejít do pobytových zařízení*.“ [40]

Z uvedených citací i z mého dotazníkového šetření vyplývá, že většina seniorů si přeje setrvat ve svém domácím prostředí. Částečně nesamostatný či nemocný senior ovšem může představovat pro současnou rodinu značnou zátěž – a to ještě mluvíme o lepším případě, kdy žije se svými blízkými. Partner seniora může být v podobné situaci, případně již nežije, pomoc z jeho strany tedy nemusí připadat v úvahu. Potomci seniora chodí do

---

[38] PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*, 2010, s. 32.
[39] *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v jihomoravském kraji na období 2012 – 2014*, 2011, s. 31.
[40] *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v jihomoravském kraji na období 2012 – 2014*, 2011, s. 47.

práce, vrací se často až pozdě odpoledne a pak se musí postarat o svoje děti. V dnešní době stěhování za prací mohou dokonce bydlet na opačném konci republiky.

Jediným řešením, které mnohdy rodinu napadne, bývá umístění seniora do zdravotnického nebo sociálního zařízení. Senior je tak nucen opustit své domácí prostředí, což pro něj může být zdrojem dalšího strádání a chřadnutí. Přitom řešení může být poměrně snadné – využít služby sociální péče. Povědomí o těchto službách není velké a tak jsme často svědky toho, že rodina umisťuje do sociálních zařízení i seniory s pouze mírně sníženou samostatností, a stačilo by jim, kdyby využili jen jednu či dvě činnosti pečovatelské služby.

„Za optimální způsob péče o seniora je považována možnost setrvat co nejdéle v domácím prostředí. Pokud se senior dostane do nepříznivé zdravotní a sociální situace a funkční postižení narušuje soběstačnost, vyžaduje jeho stav většinou poskytování dlouhodobé péče. Optimálním modelem je tzv. sdílená péče, kdy senior zůstává ve svém domácím prostředí a na pečování se podílí rodina spolu s formálními institucemi. Péče laická i odborná se tak prolíná, doplňuje a vzájemně podporuje.“ [41]

Je tedy zřejmé, že sociální služby jsou dalším logickým krokem vedoucím k jasnému cíli – umožnit seniorům a osobám se sníženou samostatností či se zdravotním handicapem vést samostatný a důstojný život v podmínkách svého domácího prostředí. Význam sociálních služeb lze tedy chápat jako naprosto zásadní.

---

[41] *Souběh zdravotní péče a terénních sociálních služeb v péči o seniora v domácím prostředí* [online]. Diakonie Valašské Meziříčí, [cit. 14. 2. 2014]. Dostupné z http://www.diakonievm.cz/aktuality-a-clanky/publikacni-cinnost/soubeh-zdravotni-pece-a-terennich-socialnich-sluzeb-v-peci-o-seniora-v-domacim-prostredi/

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY V MĚSTĚ BRNĚ

Dle výsledků sčítání lidu, domů a bytů z roku 2011 tvoří senioři ve věku 65 a více let 17,3% obyvatel Brna, což představuje 66 770 osob. MČ Židenice, kde jsem prováděla dotazníkové šetření pro praktickou část své bakalářské práce, patří s 19,7% zastoupením seniorů v populaci k těm nadprůměrným.

3.1 Statistika počtu seniorů a typy sociálních služeb v Brně

Zajímavé údaje přináší výsledky Sčítání lidu, domů a bytů 2011 podle městských částí Statutárního města Brna. Údaje o poměru seniorů k obyvatelstvu jednotlivých městských částí jsou zaneseny do následující tabulky.

Tabulka 3: Poměr seniorů k obyvatelstvu jednotlivých městských částí Brna [42]

Městská část	***Obyvatel celkem***	***Z toho 65+ let***	***Poměr seniorů %***
Brno-město jako celek	**385912**	**66770**	**17,3**
Brno-Bohunice	14681	2016	13,7
Brno- Bosonohy	2457	446	18,2
Brno-Bystrc	24218	3600	14,9
Brno-Černovice	8024	1397	17,4
Brno-Chrlice	3723	501	13,4
Brno-Ivanovice	1746	225	12,9
Brno-Jehnice	1102	136	12,3
Brno-jih	9688	1143	11,8
Brno-Jundrov	4132	906	21,9
Brno-Kníničky	1006	147	14,6
Brno-Kohoutovice	12620	2072	16,4
Brno-Komín	7457	1500	20,1
Brno-Královo Pole	28674	5711	19,9

[42] *3. Komunitní plán sociálních služeb města Brna pro období 2013 – 2015*, 2013, s. 8-9.

Brno-Líšeň	26781	2693	10,1
Brno-Maloměřice a Obřany	5621	2693	47,9
Brno-Medlánky	5898	651	11,03
Brno-Nový Lískovec	11349	1019	8,9
Brno-Ořešín	577	88	15,3
Brno-Řečkovice a Mokrá Hora	15487	3353	21,7
Brno-sever	47643	10880	22,8
Brno-Slatina	9359	1125	12,02
Brno-Starý Lískovec	12930	2170	16,8
Brno-střed	64318	11227	17,5
Brno-Tuřany	5674	970	17,1
Brno-Útěchov	760	68	8,9
Brno-Vinohrady	13362	1422	10,6
Brno-Žabovřesky	21048	5558	26,4
Brno-Žebětín	3577	452	12,6
Brno-Židenice	22000	4333	19,7

3.2 Státní a nestátní sociální služby v Brně

Od 1. 1. 2007, kdy nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má každý poskytovatel sociálních služeb povinnost registrace na příslušném krajském úřadu. [43]

[43] *Informace k registraci poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Krajský úřad Jihomoravského kraje, [cit. 25. 3. 2014]. Dostupné z http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?PubID=17393&TypeID=2

V souvislosti se sociálními službami lze hovořit o třech rolích:

- **Zadavatelé sociálních služeb -** na celostátní úrovni jsou to obce, statutární města, krajské obce a MPSV. V konkrétním případě Brna je pak zadavatelem sociálních služeb Statutární město Brno a jeho městské části.
- **Poskytovatelé sociálních služeb -** jednotlivé organizace a instituce, které poskytují sociální služby. Mohou to být příspěvkové organizace, nestátní neziskové organizace nebo církevní organizace či fyzické osoby, které musí splnit podmínky dané zákonem, mezi které patří zejména standardy kvality a registrace služeb u příslušného úřadu.
- **Uživatelé sociálních služeb -** nazýváme je také klienty nebo příjemci sociálních služeb. Jsou to osoby odkázané na částečnou pomoc druhých z důvodu snížené samostatnosti.

V Brně poskytují sociální služby následující instituce a organizace:

- **Statutární město Brno** (Odbor sociální péče Magistrátu města Brna a střediska pečovatelské služby při úřadech městských částí, viz. *Tabulka 4: Zařízení statutárního města Brna a jejich sociální služby pro seniory*),
- **Příspěvkové organizace** města Brna, Jihomoravského kraje nebo státu,
- **Nestátní neziskové organizace** (mohou to být například občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti nebo církevní organizace). [44]

[44] *Kdo je kdo v sociálních službách* [online], Portál sociální péče ve městě Brně, [cit. 25. 3. 2014]. Dostupné z: http://socialnipece.brno.cz/texty/5/podmenu/265/kdo-je-kdo-v-socialnich-sluzbach/

Tabulka 4: Zařízení statutárního města Brna a jejich sociální služby pro seniory [45]

Název zařízení	**Sídlo**	**Poskytované sociální služby**
Středisko pečovatelské služby Brno Bystrc	Vondrákova 7/9	§ 40, pečovatelské služby § 44, odlehčovací služby § 45, centrum denních služeb
Středisko pečovatelské služby Brno Královo Pole	Ptašínského 9/11	§ 40, pečovatelské služby § 44, odlehčovací služby § 46, denní stacionář
Středisko pečovatelské služby Brno sever	Rotalova 13	§ 40, pečovatelské služby § 44, odlehčovací služby
Středisko pečovatelské služby Brno střed	Lipová 31	§ 40, pečovatelské služby § 45, centrum denních služeb
Středisko pečovatelské služby Brno Žabovřesky	Horova 77	§ 40, pečovatelské služby § 44, odlehčovací služby § 45, centrum denních služeb
Středisko pečovatelské služby Brno Židenice	Jamborova 61	§ 40, pečovatelské služby § 44, odlehčovací služby § 45, centrum denních služeb

V Brně působí také nestátní organizace. Následující tabulka přináší přehled organizací, které poskytují sociální péči dle §39, 40, 44 a 45.

[45] KATALOG/ADRESÁŘ|*PSP* [online]. Portál sociální péče ve městě Brně, [cit. 27. 3. 2014]. Dostupné z http://socialnipece.brno.cz/texty/4/katalog-adresar/

Tabulka 5: Nestátní organizace poskytující sociální služby pro seniory v Brně

Název organizace	**Sídlo**	**Poskytované sociální služby**
Hewer	Vídeňská 291/89	§ 39, osobní asistence
Maltézská pomoc, o.p.s.	Bratislavská 2	§ 39, osobní asistence
Podané ruce, o.s.	Polišenského 4467/3	§ 39, osobní asistence
Diakonie ČCE – středis. v Brně	Hrnčířská 21	§ 40, pečovatelské služby § 45, centrum denních služeb
Diecézní charita Brno	Žižkova 3	§ 40, pečovatelské služby § 44, odlehčovací služby
Brigancia, občanské sdružení	Horníkova 34	§ 40, pečovatelské služby
BETÁNIE křesťanská pomoc	Joštova 7	§ 40, pečovatelské služby
Nazaria	Kubelíkova 19	§ 40, pečovatelské služby
Sanus Brno o.s.	Štefánikova 63a	§ 40, pečovatelské služby § 44, odlehčovací služby
NADĚJE	Arménská 4	§ 40, pečovatelské služby
Židovská obec Brno	Tř.Kpt.Jaroše 3	§ 40, pečovatelské služby
Oblastní spolek Českého červeného kříže Brno – město	Ondřeje Veselého 5a	§ 44, odlehčovací služby
Hospic sv. Alžběty o.p.s.	Kamenná 36	§ 44, odlehčovací služby
Domov pro seniory Mikuláškovo náměstí	Mikuláškovo nám. 20	§ 45, centrum denních služeb
Domov pro seniory Okružní	Okružní 29	§ 45, centrum denních služeb
Domov pro seniory Podpěrova	Podpěrova 501/4	§ 45, centrum denních služeb
Domov pro seniory Vychodilova	Vychodilova 3077/20	§ 45, centrum denních služeb

Když jsem pracovala u pečovatelské služby Brno-střed, její klienti při osobních rozhovorech často uváděli, že tuto službu kombinují s nestátními službami. Hlavním důvodem byl čas plnění – u nestátních služeb bylo možné čerpat služby i o víkendech, svátcích nebo ve večerních hodinách.

3.3 Pečovatelská služba Brno-Židenice

Vzhledem k místu mého bydliště jsem si jako místo realizace výzkumné části mé bakalářské práce zvolila Pečovatelskou službu Brno-Židenice. Na jejích webových stránkách stojí:

„Pečovatelská služba Brno-Židenice je tradiční sociální službou, která je jako terénní, ambulantní, nebo pobytová služba poskytována seniorům, občanům se zdravotním postižením. Zřizovatelem pečovatelské služby Brno-Židenice je Statutární město Brno. Poskytovatelem je Úřad městské části Brno-Židenice, odbor sociálních věcí - úsek Pečovatelská služba, Gajdošova 7, Brno, 615 00.“ [46]

Pečovatelská služba Brno – Židenice má na Krajském úřadě Jihomoravského kraje zaregistrovány následující typy služeb:

- **Pečovatelská služba** (terénní).
- **Centrum denních služeb** (ambulantní).
- **Odlehčovací služba** (pobytová).

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba Brno-Židenice nabízí služby zejména seniorům a osobám se zdravotním postižením. Své služby poskytuje na území MČ Brno-Židenice, Černovice, Vinohrady, Slatina, Tuřany, Líšeň, Chrlice, Brno střed část a Brno jih.

---

[46] *Městská část Brno-Židenice, pečovatelská služba* [online]. Úřad městské části Brno-Židenice. [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné z http://www.zidenice.cz/urad-mestske-casti/pecovatelska-sluzba/

Služby *nejsou* poskytovány seniorům, kteří jsou zcela soběstační, kteří mají infekční nemoc, kteří jsou závislí na návykových látkách a kteří vyžadují stálou lékařskou péči.

Mezi poskytované činnosti patří:

- Pomoc s běžnými úkony při péči o svoji osobu.
- Pomoc s osobní hygienou.
- Poskytnutí stravy.
- Pomoc s chodem domácnosti.
- Zprostředkování společenských kontaktů.

Fakultativně je zajišťována pedikúra a svoz a praní prádla.

Ceny obědů jsou stanoveny v závislosti na druhu diety a pohybují se od 44,- do 57,- Kč. Dovoz je zpoplatněn částkou 20,- Kč za každou jednotlivou donášku. Pro praní prádla je stanovena maximální cena 50,- Kč za 1 kilogram prádla. Taxativně vyjmenovaným skupinám je služba poskytována zdarma – patří mezi ně například účastníci odboje, osoby zařazené v táboře nucených prací nebo rodiny, ve kterých se narodilo 3 a více dětí. [47]

Centrum denních služeb

Toto zařízení zajišťuje ambulantní služby seniorům a osobám se zdravotním postižením, kteří mají sníženou samostatnost a vyžadují pomoc druhé osoby. Toto centrum mohou využívat osoby, které jsou alespoň částečně pohyblivé a samostatné, které netrpí infekční nemocí a nejsou závislé na návykových látkách.

Pod Centrum denních služeb spadají následující zařízení:

- Denní stacionář – Domovinka.
- Výdejna obědů.

---

[47] *Městská část Brno-Židenice, pečovatelská služba* [online]. Úřad městské části Brno-Židenice, [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné z http://www.zidenice.cz/urad-mestske-casti/pecovatelska-sluzba/pecovatelska-sluzba-ps

- Středisko osobní hygieny.

Denní stacionář si klade za cíl zlepšit kvalitu života seniorů a přinést úlevu rodinám či osobám, které o seniory pečují. Pobyt v denním stacionáři je zpoplatněn částkou 15 Kč,- za hodinu, v případě dovozu/odvozu klienta je účtována částka 5,- Kč za jednu cestu.

Cílem **výdejny obědů** je poskytnout klientům obědy v důstojném prostředí a přispět k posilování sociálních kontaktů. Základní strava stojí 44,- Kč, podání oběda 10,- Kč.

Středisko osobní hygieny se provozuje s cílem poskytnout seniorům a osobám se zdravotním postižením pomoc s činnostmi osobní hygieny. Mezi nabízené služby patří pedikúra a asistovaná koupel. Cena za pedikúru je 100,- Kč, svoz klientů stojí 10,- Kč za obě cesty. Ceny za fakultativní úkony jsou smluvní. [48]

Odlehčovací služba

Je určena jako dočasná služba seniorům nebo osobám se zdravotním postižením, které mají sníženou soběstačnost.

Tato služba se poskytuje jako pobytová a časově omezená a předpokládá se, že po ukončení pobytu je klient schopen vrátit se do svého přirozeného prostředí (pokud například rodina z nějakého důvodu musela přerušit dosavadní péči) nebo slouží jako překlenovací služba po dobu čekání na umístění seniora do jiného sociálního zařízení.

Žadatel musí splňovat zdravotní podmínky přijetí, nesmí být plně samostatný a musí mít trvalé bydliště na území Brna.

Výše úhrady za dohodnuté úkony je dána dohodou mezi poskytovatelem a příjemcem služby, maximální výše úhrad je pak stanovena vyhláškou MPSV ČR 505/2006 Sb. v platném znění. Úhrada za pobyt je odstupňována dle výše příspěvku na péči podle

---

[48] *Městská část Brno-Židenice, Centrum denních služeb (CDS)* [online]. Úřad městské části Brno-Židenice, [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné z http://www.zidenice.cz/urad-mestske-casti/pecovatelska-sluzba/centrum-dennich-sluzeb-cds

zákona č. 108/2006 Sb. a pohybuje se v intervalu 140,- až 180,- Kč za den, za příplatek 10,- Kč lze získat nadstandardní jednolůžkový pokoj. Celodenní strava stojí 115,- Kč. [49]

[49] *Městská část Brno-Židenice – Odlehčovací služby (OS)* [online]. Úřad městské části Brno-Židenice, [cit. 11. 3. 2014]. Dostupné z http://www.zidenice.cz/urad-mestske-casti/pecovatelska-sluzba/odlehcovaci-sluzby-os

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 PÉČE O SENIORY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ

4.1 Použitá metoda výzkumu a metoda dotazníku

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvantitativní metodu formou dotazníkového šetření. Vypracovala jsem dotazník tvořený 30 otázkami. Tento dotazník byl anonymní.

Výzkum jsem prováděla za součinnosti pracovníků Pečovatelské služby Brno-Židenice s laskavým souhlasem koordinátorky PS Marie Holíkové. Vlastní sběr dat spočíval v roznášce dotazníků pracovníky pečovatelské služby, kteří dotazníky po vyplnění shromáždili u koordinátorky a ta mi následně celý soubor dotazníků předala.

Celkem bylo klientům PS Brno - Židenice rozdáno 130 dotazníků. 14 dotazníků se vrátilo nevyplněných, návratnost tedy byla 89,2%.

3 dotazníky byly vyplněny jen částečně, proto byly ze zpracování společně se 14 nevyplněnými vyřazeny. Celkem bylo vyřazeno 17 dotazníků ze 130, zpracovávala jsem tedy statistický soubor 113 dotazníků.

Dotazníky jsem vyhodnotila a výsledky jsem zanesla do tabulek a grafů, které jsou prezentovány na následujících stránkách u jednotlivých otázek. Každá otázka je navíc doplněna slovním komentářem výsledků.

4.2 Cíl výzkumu a formulace hypotéz

Cílem praktické části bylo zjistit, zda senioři preferují pobyt v domácím prostředí a zda jim sociální služby pomáhají zachovat samostatnost. Zajímalo mě jaké je povědomí a informovanost seniorů o sociálních službách a jak hodnotí kvalitu a šíři sociální péče. Chtěla jsem také zjistit, zda jsou tyto služby pro seniory dostupné, ať už z hlediska místa a času plnění služby či z pohledu finančního. V neposlední řadě jsem chtěla zjistit, zda senioři činí rozdíl mezi službami státními a soukromými a které z nich preferují.

Formulace hypotéz

Pro svoji výzkumnou činnost jsem stanovila následující hypotézy, jejichž platnost budu v praktické části této práce ověřovat:

H1: Senioři hodnotí pobyt v domácnosti příznivěji než pobyt v zařízeních pro seniory.

H2: Většina klientů je s poskytovanými službami sociální péče spokojena.

H3: Senioři nejsou dostatečně seznámeni s informacemi o sociální péči.

H4: Sociální péče je pro seniory dostupnější než pobyt v zařízeních sociální péče.

H5: Senioři mají větší důvěru ke státním organizacím poskytujícím služby sociální péče než k soukromým.

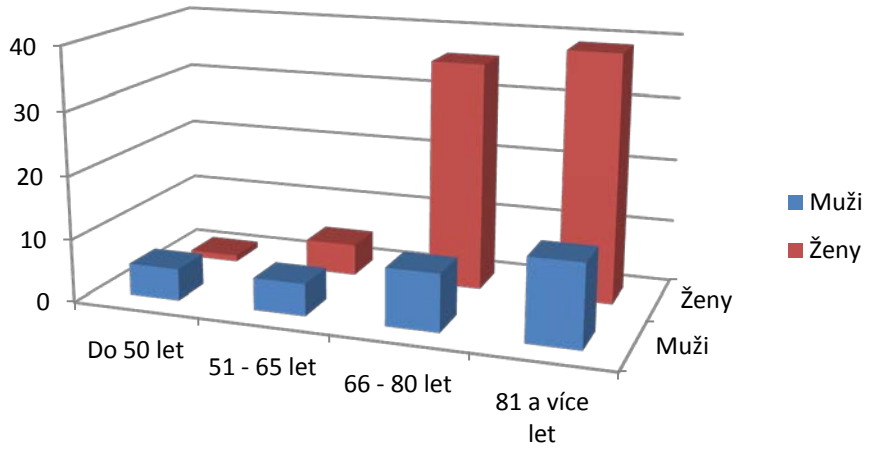
4.3 Analýza výsledků

Otázka 1: Jste muž nebo žena?

Tabulka 6: Pohlaví respondentů

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Muži	5	4,4	5	4,4	9	8,0	13	11,5
Ženy	1	0,9	5	4,4	36	31,9	39	34,5

Obrázek 1: Graf pohlaví respondentů



Z celkového počtu 113 respondentů se šetření zúčastnilo 32 mužů (což je 28%) a 81 žen což je 72%). S přibývajícím věkem začíná počet žen výrazně převyšovat počet mužů, což je patrné zejména v kategoriích nad 66 let.

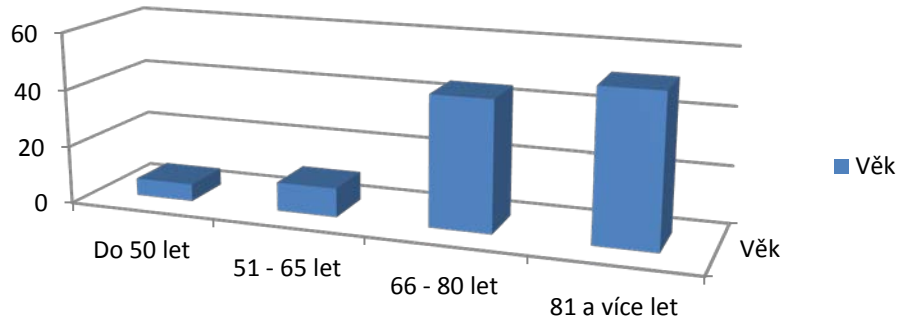
V nižších věkových kategoriích je tento poměr vyrovnaný nebo muži dokonce převyšují, ale to je dáno tím, že v těchto kategoriích využívají sociální služby zejména klienti, kteří k tomu mají zdravotní důvody (částečná ztráta samostatnosti po úrazu, imobilita apod.) a jsou ve věku, kdy se ještě nezačíná projevovat rozdíl věku dožití mužů a žen.

Otázka 2: Jaký je váš věk?

Tabulka 7: Věk respondentů

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Celkem	6	5,3	10	8,9	45	39,8	52	46,0

Obrázek 2: Graf věku respondentů



Respondenti byli rozděleni do několika věkových kategorií – do 50 let, 51 – 65 let, 66 – 80 let a 81 a více let. Tabulka udává četnost respondentů v jednotlivých kategoriích.

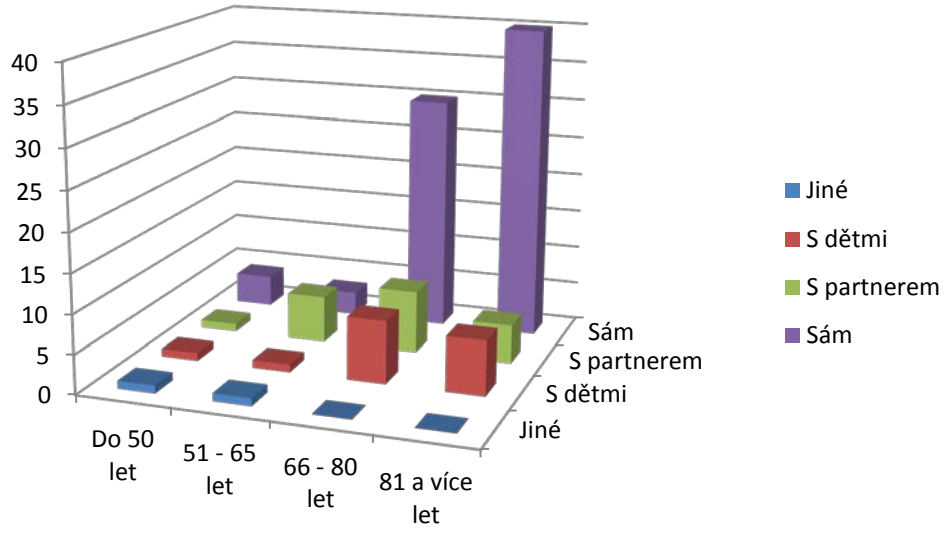
Respondenty jsem dělila do věkových skupin zejména proto, abych mohla u dalších otázek sledovat názorové trendy a postoje na základě věku klienta.

Otázka 3: V domácnosti žijete:

Tabulka 8: Sdílení domácnosti

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Sám	4	3,5	3	2,7	30	26,4	40	35,3
S partnerem	1	0,9	6	5,3	8	7,1	5	4,4
S dětmi	1	0,9	1	0,9	8	7,1	7	6,2
Jiné...	1	0,9	1	0,9	0	0,0	0	0,0

Obrázek 3: Graf sdílení domácnosti



Největší část respondentů žije sama, tato skupina tvoří 67,9% a s rostoucím věkem četnost osaměle žijících narůstá. Skupiny žijící s partnerem a s dětmi jsou poměrně vyrovnané – s partnerem žije 17,7% respondentů, s dětmi 15,1%. V kategorii Jiné bylo jednou uvedeno „*se sestrou*“ a jednou „*s rodiči*“.

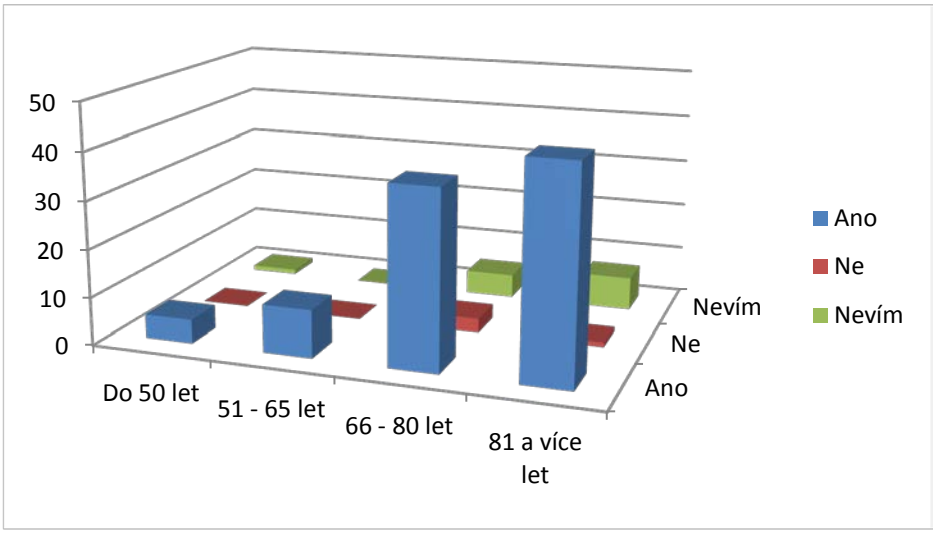
Poznámka: u této otázky uvedlo několik respondentů více možností najednou, například „*s partnerem*“ a současně „*s dětmi*“, celková suma procentního vyjádření jednotlivých odpovědí tedy netvoří 100%.

Otázka 4: Myslíte si, že je vám doma lépe než v domově pro seniory?

Tabulka 9: Preference pobytu v domácnosti

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	5	4,4	10	8,9	37	32,7	44	38,9
Ne	0	0,0	0	0,0	3	2,7	1	0,9
Nevím	1	0,9	0	0,0	5	4,4	7	6,2

Obrázek 4: Graf preference pobytu v domácnosti



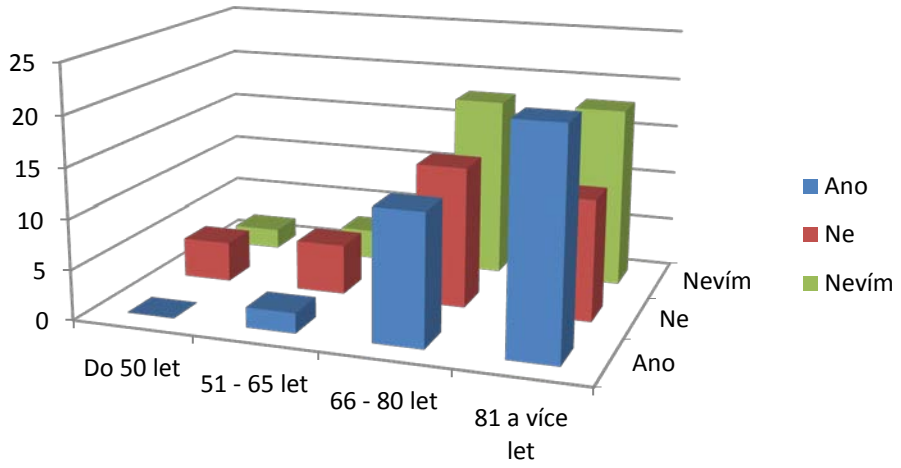
Naprostá většina respondentů (84,9%) preferuje pobyt v domácnosti. Opak vykazuje pouze 3,6% respondentů a 11,5% respondentů není rozhodnuto, zda by pro ně byl lepší pobyt v domově pro seniory nebo v domácnosti.

Otázka 5: Uvažujete do budoucna o domově pro seniory?

Tabulka 10: Zvažování pobytu v Domově pro seniory

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	0	0,0	2	1,8	13	11,5	22	19,5
Ne	4	3,5	5	4,4	14	12,4	12	10,6
Nevím	2	1,8	3	2,7	18	15,9	18	15,9

Obrázek 5: Graf zvažování pobytu v Domově pro seniory



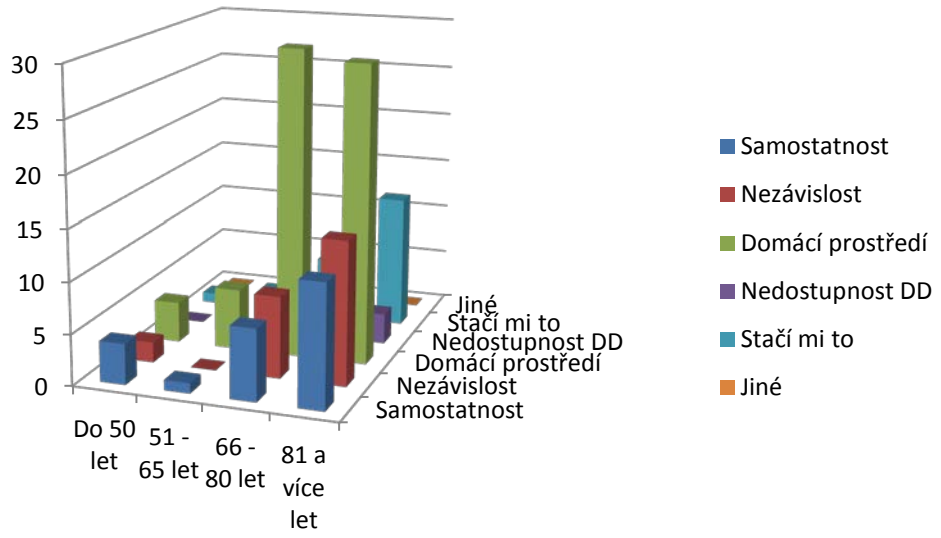
32,8% respondentů uvažuje do budoucna o pobytu v domově pro seniory, 30,9% respondentů naopak o tomto pobytu neuvažuje, nerozhodných je 36,3%. Poměrně vysoké procento nerozhodnutých respondentů ve vyšších věkových kategoriích připisuji na vrub nejistoty ohledně dalšího vývoje samostatnosti a tedy možnosti setrvání v domácnosti. Podle odpovědí na otázku č. 4 preferuje 71,6% seniorů ve věkových skupinách 66 – 80 a 80+ let pobyt v domácnosti, přikláním se tedy k názoru, že nerozhodnutí by raději setrvali v domácnosti, pokud jim to jejich zdravotní stav a další okolnosti dovolí.

Otázka 6: Proč jste zvolili pečovatelskou službu místo pobytu v domově pro seniory?

Tabulka 11: Důvod preference sociálních služeb nad pobytem v domově pro seniory

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Samostatnost	4	3,5	1	0,9	7	6,2	12	10,6
Nezávislost	2	1,8	0	0,0	8	7,1	14	12,4
Domácí prostředí	4	3,5	6	8,0	30	26,5	29	25,7
Nedostupnost DD	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,7
Stačí mi to	1	0,9	2	1,8	6	8,0	13	11,5
Jiné...	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Obrázek 6: Graf důvodů preference soc. služeb nad pobytem v domově pro seniory



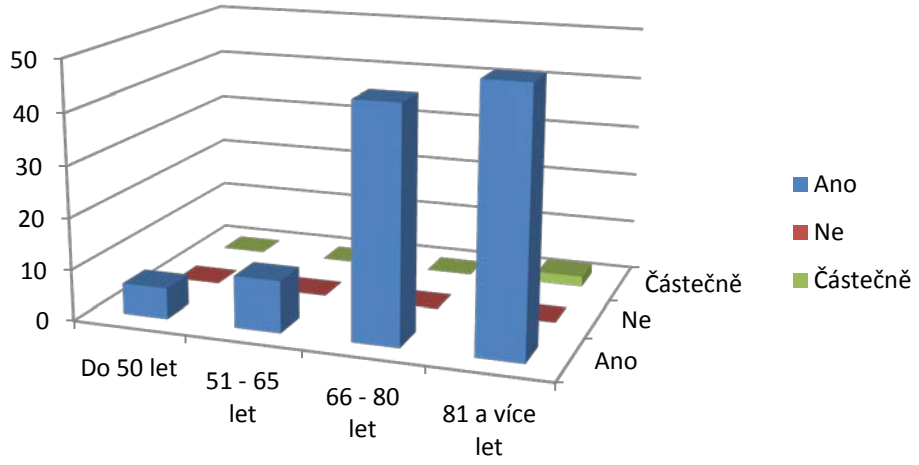
Této otázce dominuje jasný důvod čerpání sociálních služeb – možnost setrvat nadále ve svém domácím prostředí. Tuto odpověď („*Domácí prostředí*“) vybralo 63,7% respondentů. Velice vyrovnané jsou odpovědi „*Nezávislost*“ (21,3%) a „*Samostatnost*“ (21,2%). U této otázky uvedlo několik respondentů více možností najednou, celková suma procentního vyjádření jednotlivých odpovědí tedy netvoří 100%.

Otázka 7: Jste spokojen/a s kvalitou poskytovaných služeb?

Tabulka 12: Spokojenost s kvalitou poskytovaných služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	6	5,3	10	8,9	45	39,8	50	44,2
Ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Částečně	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,8

Obrázek 7: Graf spokojenosti s kvalitou poskytovaných služeb



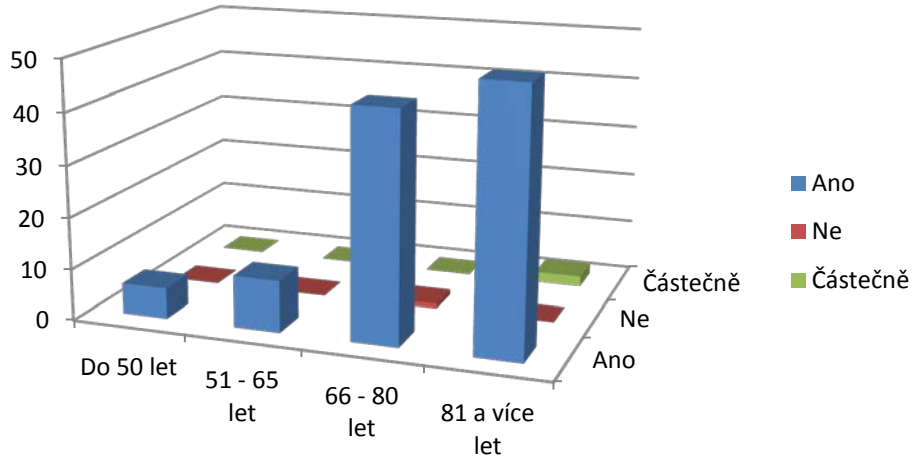
Spokojenost respondentů s kvalitou poskytovaných služeb je téměř absolutní – 98,2% respondentů je spokojeno zcela, 1,8% je spokojeno částečně. Žádný respondent nevyjádřil nespokojenost.

Otázka 8: Jste spokojen/a s rozsahem služeb?

Tabulka 13: Spokojenost s rozsahem poskytovaných služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	6	5,3	10	8,9	44	38,9	50	44,2
Ne	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
Částečně	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,8

Obrázek 8: Graf spokojenosti s rozsahem poskytovaných služeb



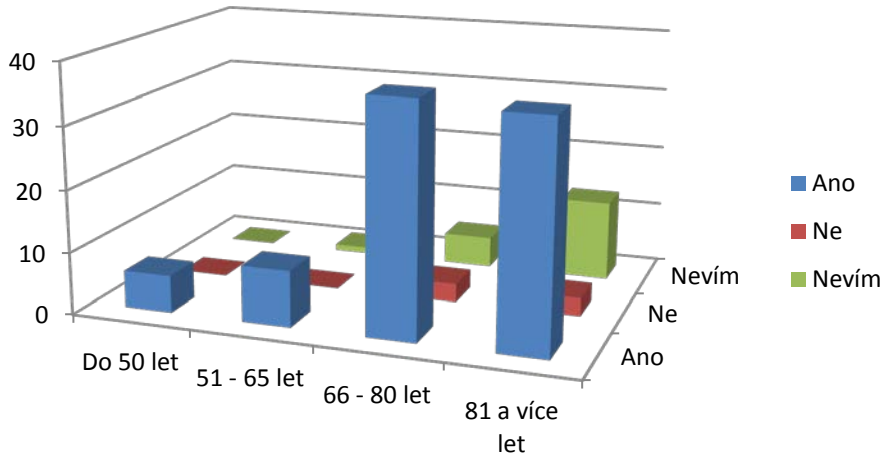
I s rozsahem poskytovaných služeb jsou respondenti velice spokojeni. Spokojenost vyjádřilo 98,3% všech respondentů, částečnou spokojenost 1,8% a nespokojenost vyjádřil pouze jediný respondent, což představuje 0,9 %.

Otázka 9: Víte, kde si můžete stěžovat na nekvalitní služby?

Tabulka 14: Obeznámenost s možností reklamace nekvalitních služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	6	5,3	9	8,0	37	32,7	36	31,8
Ne	0	0,0	0	0,0	3	2,7	3	2,7
Nevím	0	0,0	1	0,9	5	4,4	13	11,5

Obrázek 9: Graf obeznámenosti s možností reklamace nekvalitních služeb



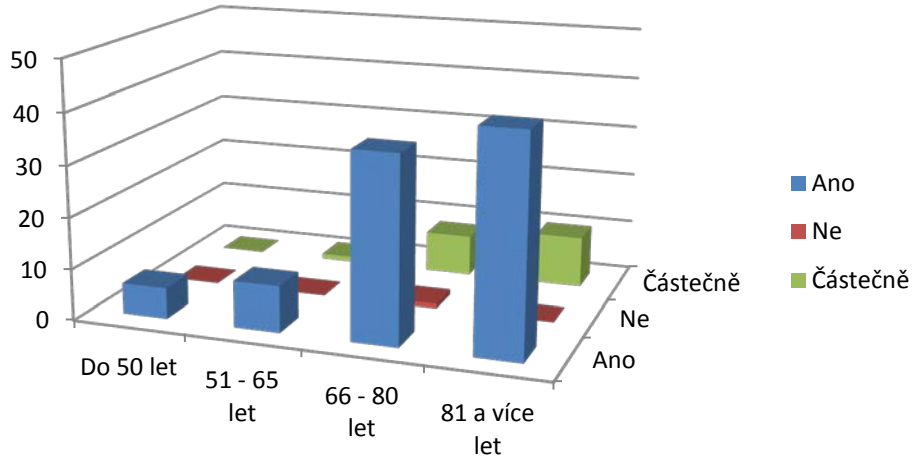
77,8% respondentů ví, kde reklamovat nekvalitně odvedené služby, pouze 5,4% respondentů toto neví. 19 respondentů (16,8%) neví jak odpovědět.

Otázka 10: Jste díky těmto službám soběstačný/á?

Tabulka 15: Hodnocení vlastní soběstačnosti díky poskytovaným službám

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	6	5,3	9	8,0	36	31,8	42	37,1
Ne	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
Částečně	0	0,0	1	0,9	8	7,1	10	8,9

Obrázek 10: Graf hodnocení vlastní soběstačnosti díky poskytovaným službám



Pro výraznou většinu klientů (82,2%) představují sociální služby prostředek k zachování samostatnosti. Pouze 1 respondent (0,9%) udává opak. Pro 16,9% respondentů představují sociální služby alespoň částečné odlehčení.

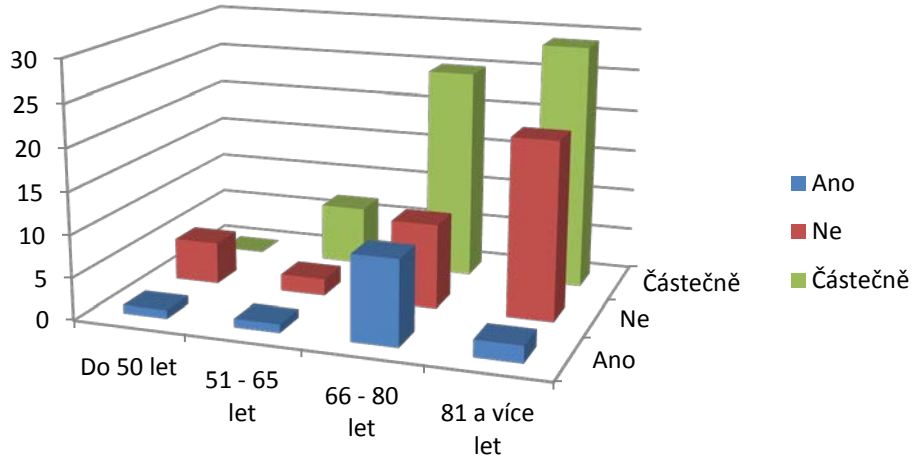
Potěšitelné je, že soběstačnost udávají také starší skupiny respondentů ve věku 66 - 80 a 81 a více let. Plná soběstačnost u těchto skupin díky službám sociální péče převažuje 4 - 5násobně nad částečnou soběstačností. Pouze jediný respondent ve věku 66 - 80 let udává, že tyto služby nevedou ani k jeho částečné soběstačnosti.

Otázka 11. Zvládl/a byste bez těchto služeb pobyt v domácnosti?

Tabulka 16: Hodnocení zvládání domácnosti bez pečovatelské služby

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	1	0,9	1	0,9	10	8,9	2	1,8
Ne	5	4,4	2	1,8	10	8,9	21	18,5
Částečně	0	0,0	7	6,2	25	22,1	29	25,6

Obrázek 11: Graf hodnocení zvládání domácnosti bez pečovatelské služby



14 respondentů, což je 21,5% z celkového počtu, by podle svého názoru zvládlo pobyt v domácnosti i bez sociálních služeb. 33,6% si naopak myslí, že by pobyt v domácnosti bez těchto služeb nezvládlo a 53,9% respondentů tyto služby pomáhají alespoň částečně pobyt v domácnosti zvládat. Pro 86,6 procent respondentů jsou tedy sociální služby buď zcela nebo alespoň zčásti nepostradatelné pro zvládání pobytu v domácnosti.

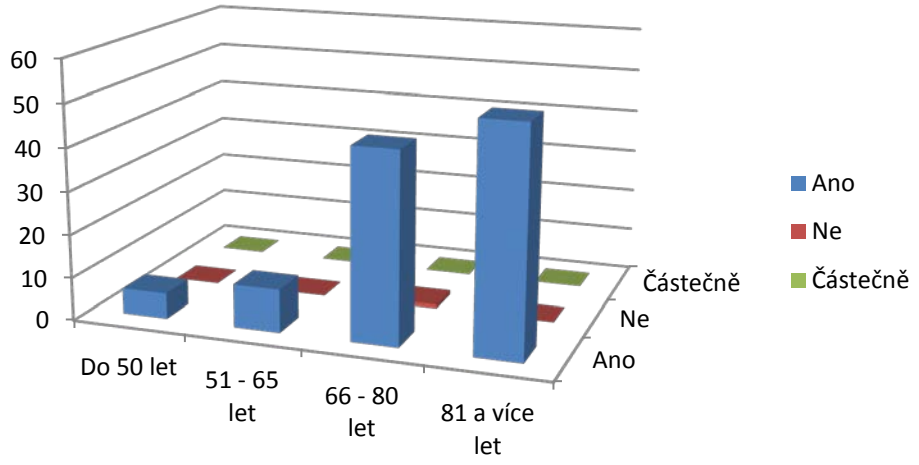
Tento bod opět prokazuje význam sociálních služeb zejména pro starší seniory – pouze 10 seniorů ze 45 ve věku 66 – 80 let a dokonce jenom 2 z 52 seniorů ve věku 81+ let si myslí, že by pobyt v domácnosti zvládli i bez sociálních služeb.

Otázka 12: Jste spokojeni s přístupem personálu poskytujícího pečovatelské služby?

Tabulka 17: Spokojenost s přístupem personálu

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	6	5,3	10	8,9	44	38,9	52	46,0
Ne	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
Částečně	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Obrázek 12: Graf spokojenosti s přístupem personálu



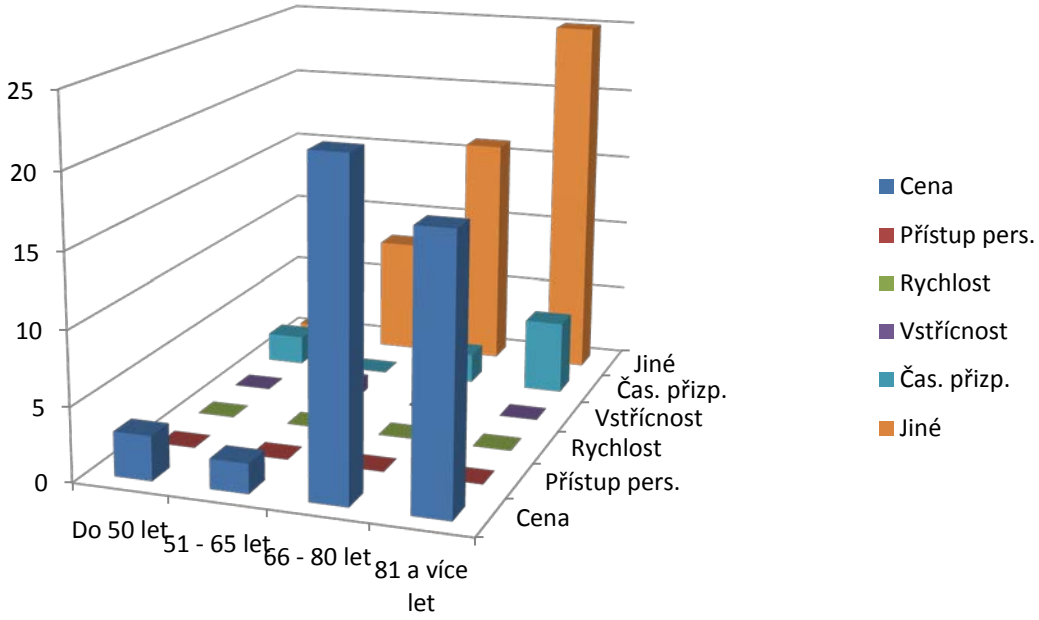
S přístupem poskytovatelů sociální péče panuje téměř absolutní spokojenost, plných 99,1% se v této otázce vyjádřilo kladně, pouze jediný respondent (0,9%) byl nespokojený. Žádný respondent nevyjádřil částečnou nespokojenost.

Otázka 13: Co byste změnili na poskytovaných službách?

Tabulka 18: Co by respondent změnil na poskytovaných službách

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Cenu	3	2,7	2	1,8	22	19,5	18	15,9
Přístup personálu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rychlost	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Vstřícnost	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
Časovou přizpůsobivost	2	1,8	0	0,0	2	1,8	5	4,4
Jiné	1	0,9	8	7,1	16	14,2	25	22,1

Obrázek 13: Graf - co by respondent změnil na poskytovaných službách



Hodně respondentů (39,9%) by změnilo cenu, což koresponduje s výsledky u otázky č. 23 – podle nich jsou služby pro 38,2% respondentů obtížně cenově dostupné. Přístup personálu a rychlost služeb nikdo jako téma ke zlepšení nezmínil, což je opět v relaci s téměř bezvýhradnou spokojeností s těmito atributy služeb, viz. 98,2% spokojenost

s kvalitou poskytovaných služeb (otázka č. 7) a 99,1% spokojenost s rychlou dostupností služeb (otázka č. 25).

Poznámka: u této otázky suma procentního vyjádření jednotlivých odpovědí netvoří 100%.

Zejména senioři ve vyšších věkových kategoriích uváděli další podněty ke zlepšení služeb do kolonky „*Jiné*“. V různých obměnách se dle věkových kategorií v této kolonce vyskytovaly nejčastěji následující odpovědi:

Kategorie do 50 let

- *„Nic, jsem spokojená.“*

Kategorie 51 – 65 let

- *„Nic, jsme spokojený/á.“*

Kategorie 66 – 80 let

- *„Nic, jsme spokojený/á.“*
- *„Mytí oken.“*
- *„Méně hlučný personál.“*
- *„Nevím.“*

Kategorie 81 a více let

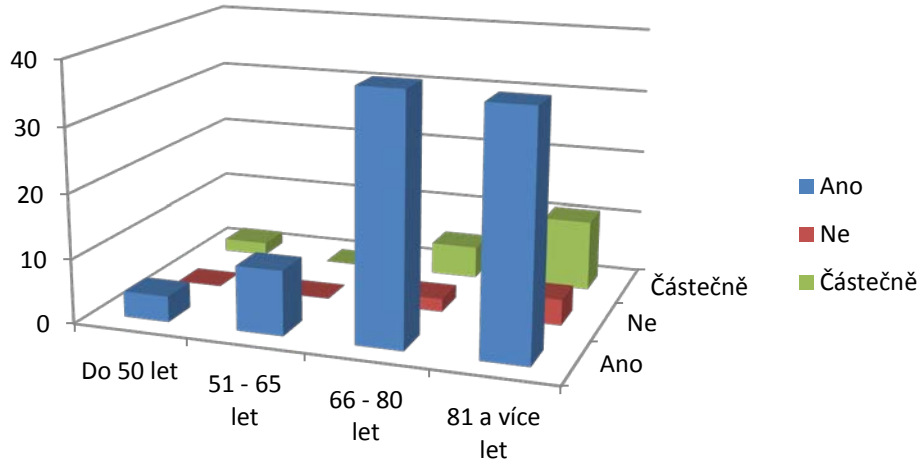
- *„Nic, jsme spokojený/á.“*
- *„Služby i večer.“*
- *„Soboty i neděle.“*
- *„Mohlo by to tady být živější, veselejší.“* (pozn.: odlehčovací služba)

Otázka 14: Víte, o jaké služby můžete žádat?

Tabulka 19: Znalost nároku na poskytování služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	4	3,5	10	8,9	38	33,6	37	32,8
Ne	0	0,0	0	0,0	2	1,8	4	3,5
Částečně	2	1,8	0	0,0	5	4,4	11	9,7

Obrázek 14: Graf znalosti nároku na poskytování služeb



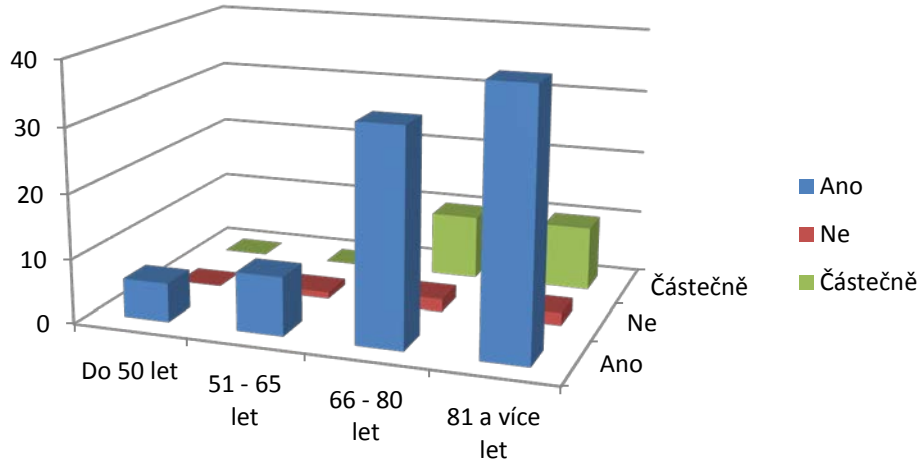
Povědomí respondentů o nabídce služeb je velice dobré, 78,8% respondentů podle svého vyjádření ví, o jaké služby může žádat, 15,9% má alespoň částečné povědomí a 5,3% na tuto otázku odpovědělo záporně. Plnou nebo alespoň částečnou znalost nabídky služeb má tedy velice solidních 94,7% respondentů.

Otázka 15: Víte jak získat informace o dostupných sociálních službách?

Tabulka 20: Znalost zdrojů informací o dostupných službách

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	6	5,3	9	8,0	33	29,1	40	35,3
Ne	0	0,0	1	0,9	2	1,8	2	1,8
Částečně	0	0,0	0	0,0	10	8,9	10	8,9

Obrázek 15: Graf znalosti zdrojů informací o dostupných službách



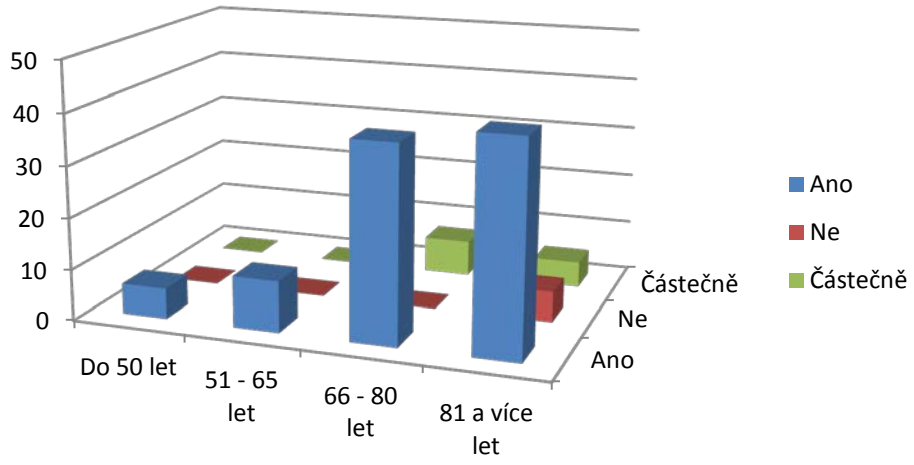
Většina respondentů, konkrétně 77,7%, si dokáže opatřit informace o dostupných sociálních službách, dalších 17,8% respondentů má alespoň částečnou povědomost o těchto informačních zdrojích. Pouze 4,5% respondentů neví, jak informace o dostupných sociálních službách získat.

Otázka 16: Považujete informovanost o službách za dostatečnou (např. jak a kdy budou poskytovány)?

Tabulka 21: Vlastní hodnocení míry informovanosti o službách

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	6	5,3	10	8,9	38	33,6	41	36,3
Ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	5,3
Částečně	0	0,0	0	0,0	7	6,2	5	4,4

Obrázek 16: Graf vlastního hodnocení míry informovanosti o službách



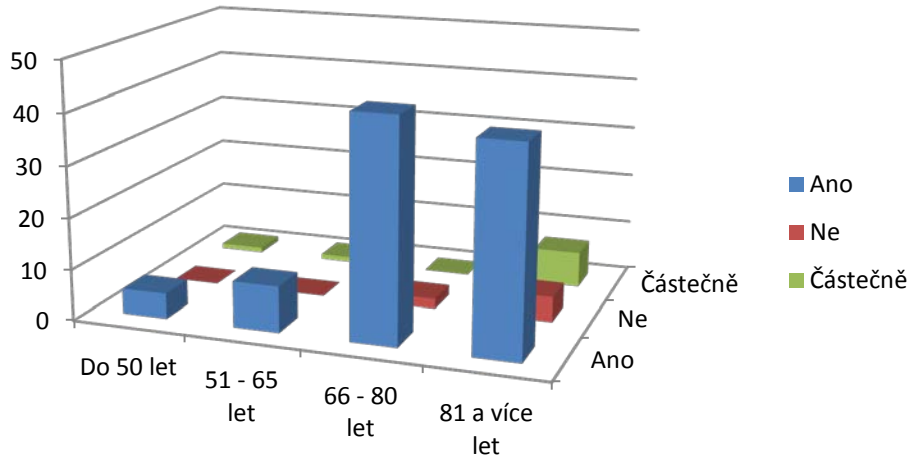
Výrazná většina respondentů (84,1%) se považuje za dostatečně informovanou. Částečně informovaných je podle svého vyjádření 10,6% a zbývajících 5,3% považuje informovanost o službách za nedostatečnou.

Otázka 17: Znáte smluvní podmínky (práva a povinnosti), za kterých jsou vámi čerpané služby poskytovány?

Tabulka 22: Znalost smluvních podmínek

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	5	4,4	9	8,0	43	38,0	40	35,4
Ne	0	0,0	0	0,0	2	1,8	5	4,4
Částečně	1	0,9	1	0,9	0	0,0	7	6,2

Obrázek 17: Graf znalosti smluvních podmínek



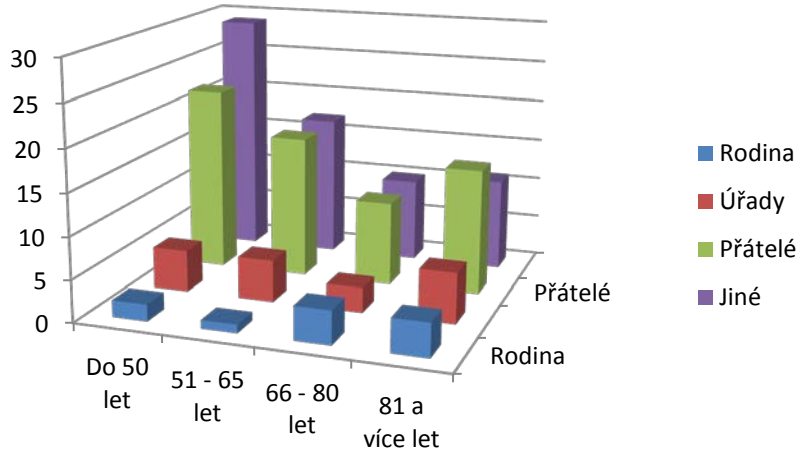
O smluvních podmínkách poskytovaných služeb je podle svého názoru dostatečně informováno 86,8% respondentů, naopak neznalost těchto podmínek udává 6,2% respondentů. Zbývajících 8% respondentů se pak považuje za částečně informované.

Otázka 18: Odkud čerpáte informace o sociálních službách?

Tabulka 23: Zdroje informací o sociálních službách

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Rodina	2	1,8	5	4,4	22	19,5	29	25,7
Úřady	1	0,9	5	4,4	17	15,1	17	15,0
Přátelé	4	3,5	3	2,7	10	8,9	10	8,9
Jiné	4	3,5	6	5,3	15	13,2	11	9,7

Obrázek 18: Graf zdrojů informací o sociálních službách



Mezi nejčastější zdroj informací patří dle 51,4% respondentů rodina. Následují úřady s 43,5% a přátelé s 24%.

Poznámky:

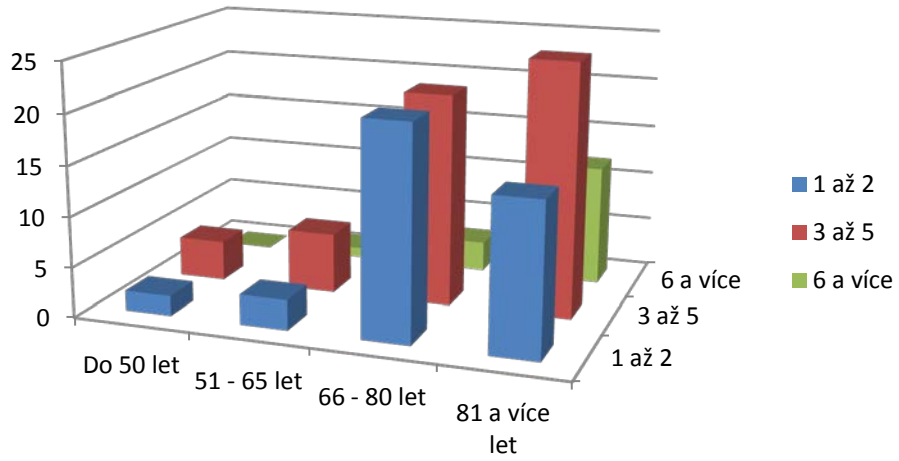
- položka „jiné“ zahrnuje časopisy, televizi, rozhlas a další veřejní informační zdroje.
- u této otázky uvedlo několik respondentů více možností najednou, například „*rodina*“ a současně „*přátelé*“, celková suma procentního vyjádření jednotlivých odpovědí tedy netvoří 100%.

Otázka 19: Kolik služeb u pečovatelské služby využíváte?

Tabulka 24: Počet využívaných služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
1 - 2	2	1,8	3	2,7	21	18,6	15	13,2
3 - 5	4	3,5	6	5,3	21	18,6	25	22,1
6 a více	0	0,0	1	0,9	3	2,7	12	10,6

Obrázek 19: Graf počtu využívaných služeb



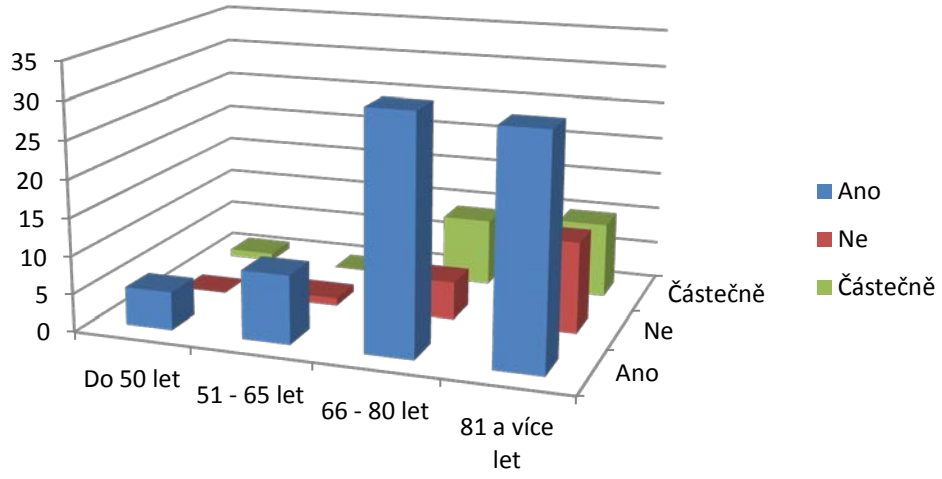
36,3% respondentů čerpá 1 - 2 služby, 49,5% respondentů čerpá 3 – 5 služeb a 14,2% respondentů čerpá 6 a více služeb.

Otázka 20: Víte o možnostech a podmínkách pobytu v domě s pečovatelskou službou?

Tabulka 25: Znalost podmínek pobytu v DPS

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	5	4,4	9	8,0	31	27,4	30	26,5%
Ne	0	0,0	1	0,9	5	4,4	12	10,6
Částečně	1	0,9	0	0,0	9	8,0	10	8,9

Obrázek 20: Graf znalosti podmínek pobytu v DPS



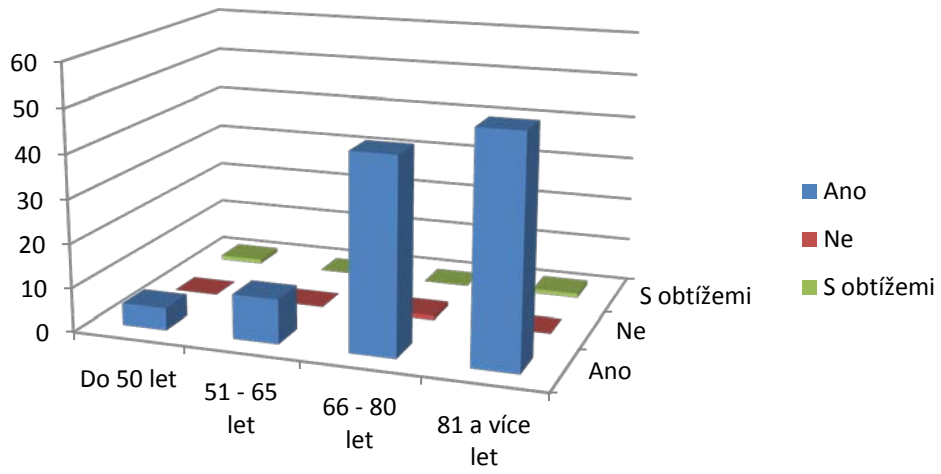
66,3% respondentů ví, jaké jsou podmínky a možnosti pobytu v domě s pečovatelskou službou. Naopak 24% o těchto podmínkách a možnostech neví. Částečnou povědomost o nich má 17,8% respondentů.

Otázka 21: Je pro vás sociální péče snadno dostupná?

Tabulka 26: Dostupnost sociální péče

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	5	4,4	10	8,9	44	38,9	51	45,1
Ne	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
S obtížemi	1	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,9

Obrázek 21: Graf dostupnosti sociální péče



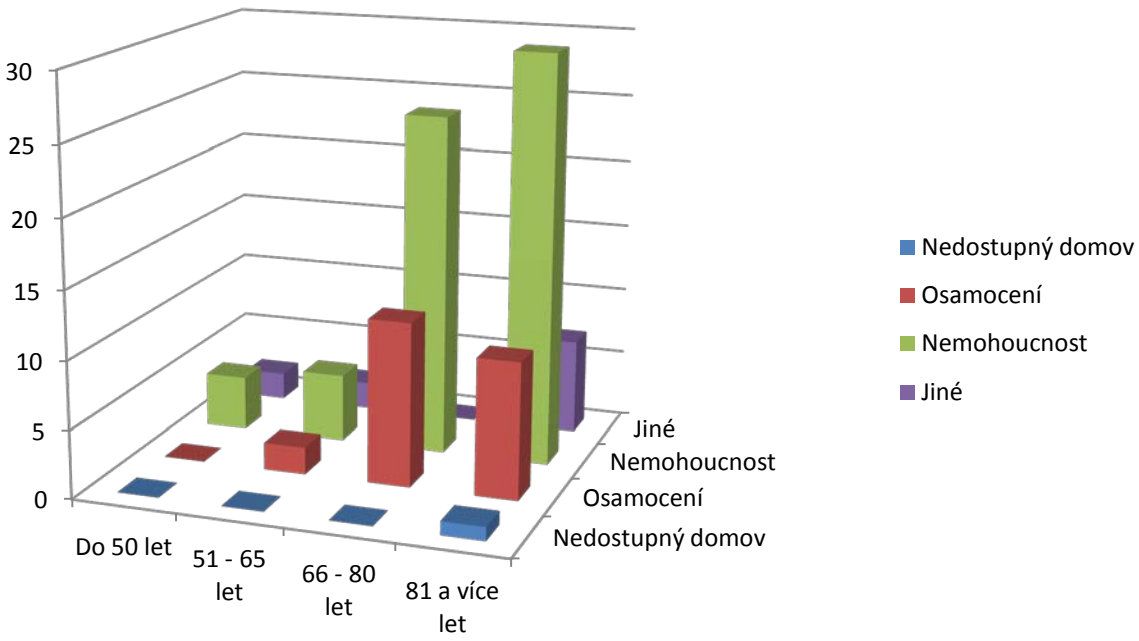
Jako dostupnou hodnotí sociální péči 97,3% respondentů. Pouze jeden respondent (0,9%) ji označuje za nedostupnou a dva respondenti (1,8%) ji považují za obtížně dostupnou.

Otázka 22: Co vás vedlo k začátku využívání služeb pečovatelské služby?

Tabulka 27: Prvotní důvod využívání pečovatelské služby

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Nedostupný domov pro seniory	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Osamocení	0	0,0	2	1,8	12	10,6	10	8,8
Nemohoucnost	4	3,5	5	4,2	25	22,1	30	26,5
Jiné...	2	1,8	2	1,8	0	0,0	7	6,2

Obrázek 22: Graf prvotního důvodu zahájení využívání pečovatelské služby



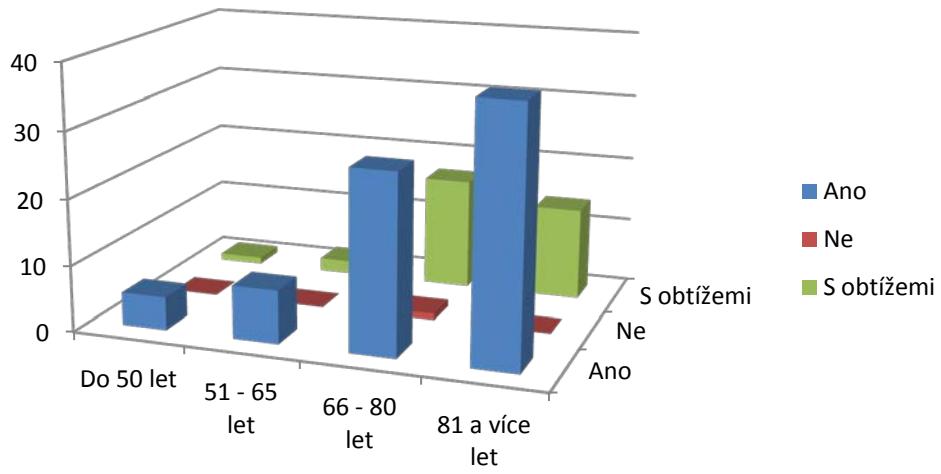
Poznámka: u této otázky uvedlo několik respondentů více možností najednou, například „*nemohoucnost*“ a současně „*jiné*“, celková suma procentního vyjádření jednotlivých odpovědí tedy netvoří 100%.

Otázka 23: Jsou placené sociální služby cenově přiměřené vašim možnostem?

Tabulka 28: Hodnocení cenové přiměřenosti placených sociálních služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	5	4,4	8	7,1	27	23,9	38	33,6
Ne	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
S obtížemi	1	0,9	2	1,8	17	15,0	14	12,4

Obrázek 23: Graf hodnocení cenové přiměřenosti placených sociálních služeb



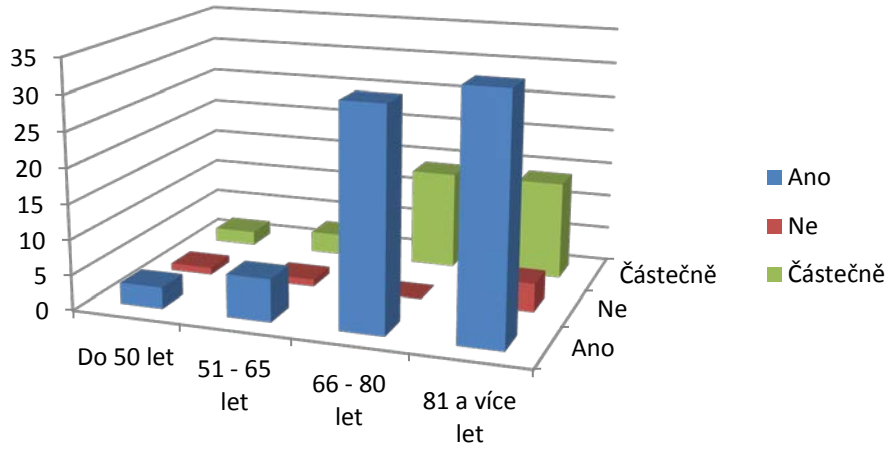
Pro většinu respondentů (69%) jsou placené sociální služby cenově dostupné, nedostupné jsou pouze pro jednoho respondenta (0,9%). Zanedbatelný ale není počet klientů, pro které jsou sociální služby cenově dostupné jen s obtížemi – jedná se o 38,2% respondentů.

Otázka 24: Byl by pro vás pobyt v sociálním zařízení výrazně vyšší zátěží než pobyt v domácnosti + placené služby?

Tabulka 29: Vnímá respondent pobyt v soc. zařízení jako vyšší zátěž než pobyt doma?

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	3	2,7	6	5,3	31	27,4	34	30,0
Ne	1	0,9	1	0,9	0	0,0	4	3,5
Nevím	2	1,8	3	2,7	14	12,4	14	12,4

Obrázek 24: Graf - vnímá resp. pobyt v soc. zař. jako vyšší zátěž než pobyt doma?



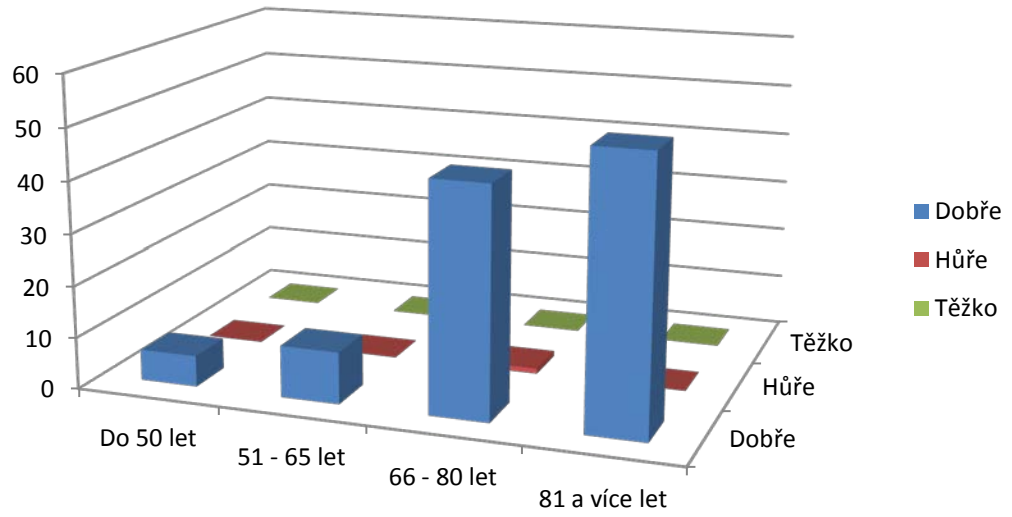
Pro 65,4% respondentů by představoval pobyt v sociálním zařízení výrazně vyšší zátěž než pobyt v domácnosti a čerpání sociálních služeb. Pouze pro 5,3% respondentů by pobyt v sociálním zařízení vyšší zátěž nepředstavoval. 29,3% klientů není v této otázce rozhodnuto.

Otázka 25: Jsou pro vás služby rychle dostupné nebo musíte dojíždět, případně čekat na příjezd poskytovatele služby?

Tabulka 30: Jak respondent vnímá dostupnost služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Dobře dostupné	6	5,3	10	8,9	44	38,9	52	46,0
Hůře dostupné	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0
Těžko dostupné	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Obrázek 25: Graf vnímání dostupnosti služeb respondentem



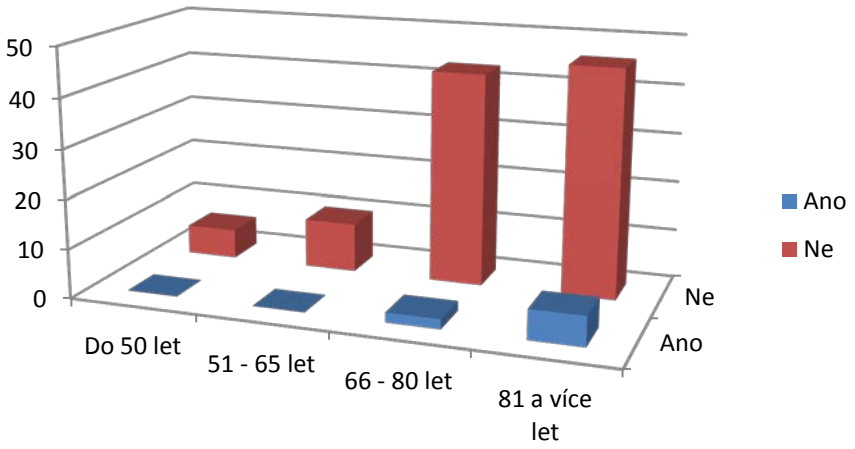
99,1% respondentů hodnotí dostupnost služeb jako dobrou, pouze jeden respondent (0,9%) ji hodnotí služby jako hůře dostupné. Jako těžko dostupné neohodnotil služby žádný respondent.

Otázka 26: Narušují čerpané služby Váš denní režim?

Tabulka 31: Narušení denního režimu sociálními službami

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	0	0,0	0	0,0	2	1,8	6	5,3
Ne	6	5,3	10	8,9	43	38,0	46	40,7

Obrázek 26: Graf narušení denního režimu sociálními službami



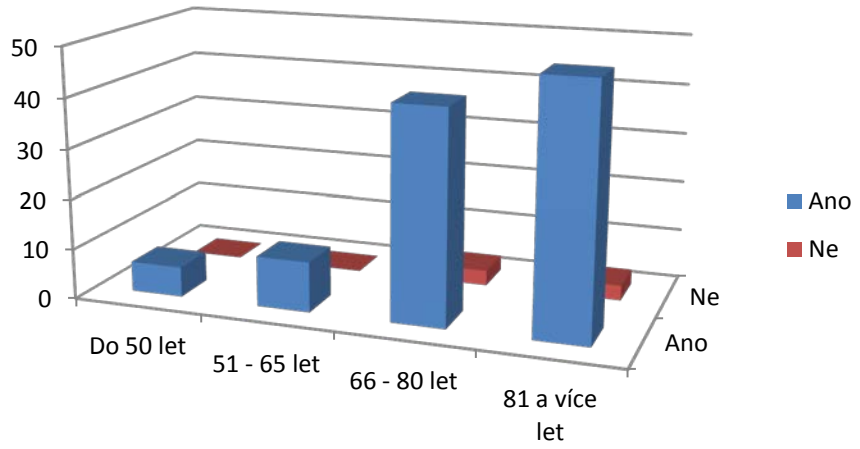
Naprostá většina respondentů (92,9%) udává, že sociální služby nenarušují jejich denní režim. Svůj režim vnímá jako narušený pouze 7,1% respondentů.

Otázka 27: Dají se služby přizpůsobit Vašemu časovému režimu?

Tabulka 32: Možnost přizpůsobení služeb časovému režimu respondenta

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	6	5,3	10	8,9	42	37,1	49	43,3
Ne	0	0,0	0	0,0	3	2,7	3	2,7

Obrázek 27: Graf možnosti přizpůsobení služeb časovému režimu respondenta



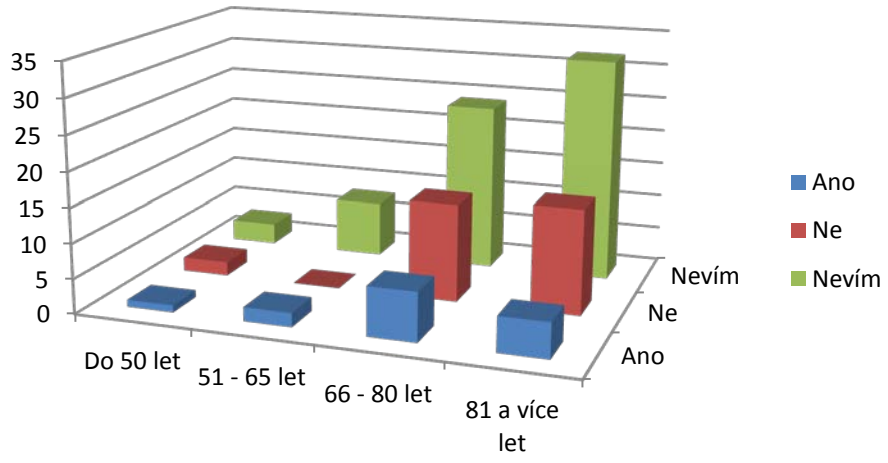
Sociální služby vnímá jako časově flexibilní 94,6% respondentů. Zbytek (5,4%) respondentů udává, že služby není možné přizpůsobit jejich časovému režimu.

Otázka 28: Důvěřujete soukromým službám, které poskytují sociální služby?

Tabulka 33: Důvěra v soukromé poskytovatele sociálních služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Ano	1	0,9	2	1,8	7	6,2	5	4,4
Ne	2	1,8	0	0,0	14	12,4	15	13,2
Nevím	3	2,7	8	7,1	24	21,2	32	28,3

Obrázek 28: Graf důvěry v soukromé poskytovatele sociálních služeb



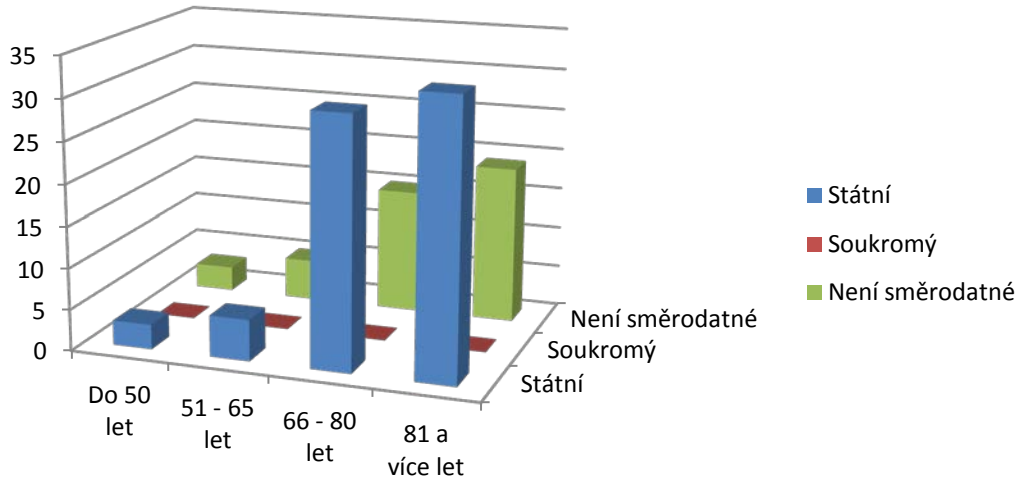
13,3% respondentů důvěřuje soukromým poskytovatelům sociálních služeb, naopak 27,4% respondentů jim nedůvěřuje. 59,3% seniorů neví, zda důvěřuje více soukromým nebo sociálním službám.

Otázka 29. Dali byste přednost spíše soukromému nebo státnímu poskytovateli sociálních služeb?

Tabulka 34: Preference soukromých nebo státních poskytovatelů sociálních služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Státní	3	2,7	5	4,4	30	26,4	33	29,3
Soukromý	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Není směrodatné	3	2,7	5	4,4	15	13,2	19	16,9

Obrázek 29: Graf preference soukromých nebo státních poskytovatelů soc. služeb



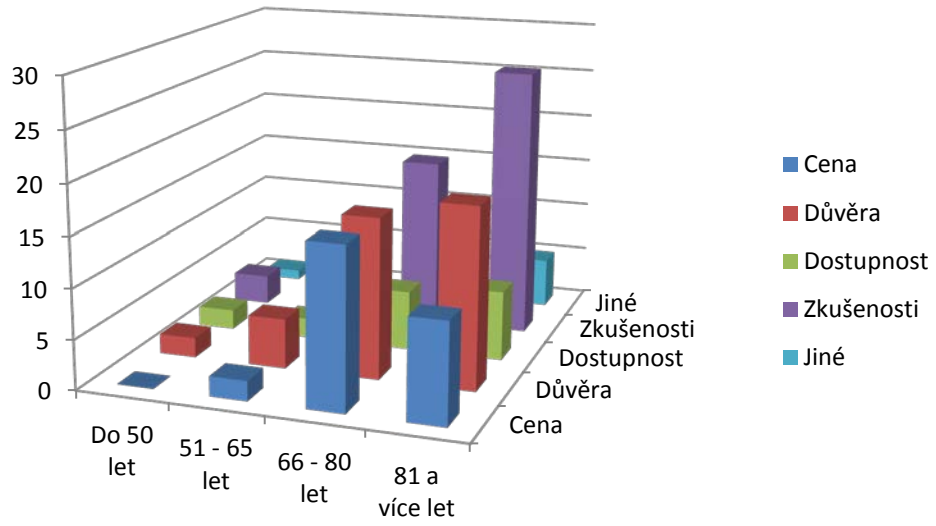
62,7% respondentů by dalo přednost státnímu poskytovateli sociálních služeb, pro zbytek respondentů (37,1%) to není směrodatné. Žádný respondent nepreferuje soukromé poskytovatele sociálních služeb.

Otázka 30: A z jakého důvodu (viz. předchozí otázka)?

Tabulka 35: Důvod preference státního nebo soukromého poskytovatele soc. služeb

Věk	*Do 50 let*		*51 – 65 let*		*66 – 80 let*		*81 a více let*	
	Četnost	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*	*Četnost*	*%*
Cena	0	0,0	2	1,8	16	14,2	10	8,9
Důvěra	2	1,8	5	4,4	16	14,2	18	15,9
Dostupnost	2	1,8	2	1,8	6	5,3	7	6,2
Zkušenosti	3	2,7	3	2,7	17	15,0	27	23,9
Jiné	1	0,9	2	1,8	2	1,8	5	4,4

Obrázek 30: Graf důvodů preference státního nebo soukr. poskytovatele soc. služeb



V této otázce zkoumám motivaci respondentů při volbě mezi státním a soukromým poskytovatelem sociálních služeb.

Nejvíce respondentů preferuje zkušenost (44,3%), pak důvěru (36,3%) a cenu (24,9%). Kritérium dostupnosti uvedlo pouze 15,1% respondentů.

V kolonce „*Jiné*“ se v různých obměnách nejčastěji vyskytovaly odpovědi „*důležité je co nabízejí*“, „*jaká je kvalita*“, „*podle péče a financí*“, „*vše je o lidech*“, „*spokojenost*“, jedna respondentka pak uvedla „*soukromou službu jsem ještě neměla*“.

Poznámky:

- 14 respondentů na tuto otázku neodpovědělo, zřejmě v souvislosti s volbou odpovědi „*není směrodatné*“ na předchozí otázku č. 29 - Dali byste přednost spíše soukromému nebo státnímu poskytovateli sociálních služeb?
- u této otázky uvedlo několik respondentů více možností najednou, například „*cena*“ a současně „*dostupnost*“, celková suma procentního vyjádření jednotlivých odpovědí (a také s přihlédnutím k předchozímu bodu) tedy netvoří 100%.

4.4 Vyhodnocení výzkumu

H1: Senioři hodnotí pobyt v domácnosti příznivěji než pobyt v zařízeních pro seniory

Jak ukazuje *Tabulka 9: Preference pobytu v domácnosti*, dává plných 84,9% respondentů přednost pobytu v domácnosti. Pouze 3,6% respondentů si myslí, že jim v domácím prostředí není lépe než v zařízení pro seniory a 11,5% respondentů není rozhodnuto.

Tabulka 10: Zvažování pobytu v Domově pro seniory vypovídá o tom, že 32,8% respondentů uvažuje do budoucna o pobytu v Domově pro seniory, naopak 30,9% o něm neuvažuje. Zbývajících 36,3% ještě není rozhodnutých, zřejmě kvůli nejistotě o budoucím vývoji své samostatnosti a zdravotního stavu. Většina nerozhodnutých (88% ze všech nerozhodnutých) přitom pochází z věkových skupin 66 – 80 a 81 a více let. Z odpovědí na otázku č. 4 (*Tabulka 9: Preference pobytu v domácnosti*) přitom vyplývá, že by 71,6% seniorů ve skupinách 66 – 80 a 80+ let dalo přednost setrvání v domácím prostředí, proto si myslím, že nerozhodnutí by raději setrvali v domácnosti, pokud jim to zdravotní stav a vývoj samostatnosti dovolí.

Také *Tabulka 11: Důvod preference sociálních služeb nad pobytem v domově pro seniory* potvrzuje příklon seniorů ke své domácnosti – nejčastějším důvodem, proč si respondenti vybrali pečovatelskou službu, je možnost setrvání ve svém domácím prostředí, tento důvod udalo 69 respondentů ze 113.

Na základě těchto výsledků proto hypotézu 1 považuji za potvrzenou.

H2: Většina klientů je s poskytovanými službami sociální péče spokojena

Tabulka 12: Spokojenost s kvalitou poskytovaných služeb potvrzuje jednoznačnou spokojenost respondentů s kvalitou sociálních služeb. Plně je spokojeno 98,2% respondentů, částečně 1,8%, vyloženě nespokojený nebyl žádný respondent.

Vysoká spokojenost panuje i s rozsahem služeb (*Tabulka 13: Spokojenost s rozsahem poskytovaných služeb*). Plnou spokojenost vyjádřilo 98,3%, částečnou spokojenost 1,8% a nespokojenost pouze 0,9 % respondentů.

Také s přístupem personálu jsou respondenti téměř bezvýhradně spokojeni (*Tabulka 17: Spokojenost s přístupem personálu*) - plně spokojeno je 99,2% respondentů.

Důvodem ke spokojenosti může být také to, že 92,9% respondentům čerpané služby nenarušují jejich denní režim (*Tabulka 31: Narušení denního režimu sociálními službami*), případně také to, že služby jsou časově flexibilní a dají se přizpůsobovat časovému režimu klienta (*Tabulka 32: Možnost přizpůsobení služeb časovému režimu respondenta*) – možnost časového přizpůsobení služeb udává dle této tabulky 94,6% respodentů.

Hypotézu 2 na základě těchto výsledků považuji za potvrzenou, spokojenost klientů se sociálními službami lze považovat za velmi vysokou.

H3: **Senioři nejsou dostatečně seznámeni s informacemi o sociální péči**

Informovanost klientů o službách se ukázala jako velice dobrá. 78,8% respondentů ví, o jaké služby mohou žádat a 15,9% respondentů má o rozsahu služeb alespoň částečné povědomí (*Tabulka 19: Znalost nároku na poskytování služeb*).

Podle *Tabulka 20: Znalost zdrojů informací o dostupných službách* si 77,7% respondentů dokáže opatřit informace o sociálních službách, přičemž tyto informace si nedokáže opatřit pouze 4,5% respondentů (zbytek vykazuje částečnou schopnost opatření informací).

Jako dostatečnou hodnotí svoji informovanost o sociálních službách z hlediska místa a času čerpání 84,1% respondentů (*Tabulka 21: Vlastní hodnocení míry informovanosti o službách*) a 86,8% respondentů se považuje za plně informované o podmínkách poskytování těchto služeb (*Tabulka 22: Znalost smluvních podmínek*).

Na základě zjištěných skutečností považuji hypotézu 3 za nepotvrzenou. Nepotvrdilo se, že by míra informovanosti klientů o sociálních službách byla nedostatečná.

H4: Sociální péče je pro seniory dostupnější než pobyt v zařízeních sociální péče

Pro seniory, kteří mohou mít částečné problémy s mobilitou, je dostupnost sociální péče důležitým faktorem. Pro 99,1% respondentů (*Tabulka 30: Jak respondent vnímá dostupnost služeb*) jsou služby rychle dostupné, aniž by museli čekat nebo dojíždět.

Podle *Tabulka 26: Dostupnost sociální péče* považuje služby za celkově dostupné 97,3% respondentů.

Na dostupnost se ale můžeme podívat také z finančního hlediska. Pokud jde o srovnání s pobytem v domově pro seniory, vnímá 64,5% respondentů pobyt v takovém zařízení jako

výrazně více zatěžující oproti pobytu v domácnosti s placenými sociálními službami (*Tabulka 29: Vnímá respondent pobyt v soc. zařízení jako vyšší zátěž než pobyt doma?*).

Většina respondentů (69%) přitom vnímá placené služby jako přiměřené svým možnostem (*Tabulka 28: Hodnocení cenové přiměřenosti placených sociálních služeb*). Jistým varováním ale je, že pro 38,2% respondentů (opět dle *tabulky 23*) sice služby cenově přiměřené jsou, ale s jistými obtížemi.

Po vyhodnocení výsledků dostupnosti sociálních služeb se přikláním k potvrzení hypotézy 4 – pobyt v domácnosti je pro seniory dostupnější než pobyt v zařízeních sociální péče.

H5: Senioři mají větší důvěru ke státním organizacím poskytujícím služby sociální péče než ke státním

Ukázalo se, že respondenti dávají výrazně přednost státním službám, případně pro ně není rozlišení na státní a soukromé služby směrodatné, ale jen malé procento důvěřuje soukromým sociálním službám. Podle *Tabulka 33: Důvěra v soukromé poskytovatele sociálních služeb* důvěřuje soukromým sociálním službám pouze 13,3% respondentů, zatímco 27,4% respondentů jim nedůvěřuje. Zajímavý je výsledek u možnosti „*nevím*“, kterou u této otázky zaškrtlo plných 59,3% respondentů. Částečnou odpověď dává *Tabulka 34: Preference soukromých nebo státních poskytovatelů sociálních služeb*, podle které není pro 37,1% respondentů členění na státní a soukromé poskytovatele směrodatné. Zatímco 62,7% respondentů podle této tabulky upřednostňuje státního poskytovatele sociálních služeb, je zarážející, že pro soukromého poskytovatele sociální péče se nevyjádřil **ani jediný respondent**.

Na základě zjištěných skutečností považuji hypotézu 5 za potvrzenou.

ZÁVĚR

Stáří je období života, ve kterém klesá schopnost člověka postarat se sám o sebe, což bývá často komplikováno samotou, která nastává po osamostatnění dětí či odchodu partnera. Ani současná doba, která je orientovaná na mládí, výkon a nezávislost starší generaci příliš nenahrává. Rodiny už tolik nedrží pohromadě jako v dřívějších dobách a senioři jsou tak často postaveni před dilema, zda jim jejich stav dovolí žít dál svým nezávislým a samostatným způsobem života jako dřív, pokud budou nuceni zůstat sami či s nemohoucím partnerem. Alternativou je pobyt v sociálním zařízení a odloučení od domácího prostředí.

Samostatnost může být snížena úrazem, nemocí nebo celkovou sešlostí organismu, ale přitom nemusí být natolik omezena, aby bylo nutné umístit seniora do specializovaného sociálního zařízení. Zde nastupuje významná role sociálních služeb, jejichž prioritním posláním je co nejvíce podporovat seniory v jejich samostatnosti a nabídkou svých služeb jim umožnit vést svůj dosavadní život tak, jak byli zvyklí.

Přirozenou touhou každého člověka je totiž žít a dožít doma, ve svém přirozeném prostředí, které důvěrně zná a ke kterému si buduje citový vztah mnohdy celý život. Vytržení z kořenů a umístění do neznámého prostředí plného cizích a někdy také nepřátelských lidí přitom může celkový stav a chřadnutí seniora jenom prohloubit, člověk se může v cizím domě plném cizích lidí cítit paradoxně více sám, než ve svém prázdném bytě, kde k němu ale každý předmět promlouvá svým příběhem a probouzí vzpomínky na krásné staré časy.

Alespoň takto jsem to vždy chápala na základě svých zkušeností a rozhovorů s klienty pečovatelské služby, ve které jsem působila jako sociální pracovnice. Své domněnky jsem se tedy rozhodla potvrdit výzkumem pro svoji bakalářskou práci.

V teoretické části své práce jsem se v první kapitole zabývala vlastními pojmy stáří a stárnutí a na stáří jsem se podívala z různých pohledů – biologického, sociálního a kalendářního. Popsala jsem vlastní proces stárnutí, zejména z pohledu zdravotního. Nakonec jsem se zabývala domácím prostředím seniora a pokusila jsem se identifikovat jeho přínosy, ale také nebezpečí a nástrahy. Druhá kapitola je věnována sociálním službám a popisu potřeb a samostatnosti seniora. Třetí kapitola je pak věnována pečovatelským službám v městě Brně se zvláštním důrazem na pečovatelskou službu v Židenicích, kde jsem prováděla výzkum.

V praktické části své bakalářské práce jsem prováděla výzkum metodou dotazníkového šetření. Vyplněné dotazníky jsem vyhodnotila, analyzovala a na základě prezentovaných výsledků jsem testovala stanovené hypotézy.

Výzkum potvrdil, že senioři dávají přednost pobytu v důvěrně známém prostředí své domácnosti (tuto variantu preferuje 84,9% respondentů výzkumu) a že sociální služby hrají zásadní roli v tom, že jim setrvání v tomto prostředí umožňují (82,2% respondentů je díky těmto službám samostatných plně, dalších 16,9% respondentů částečně).

Při ověřování hypotéz jsem také došla k závěru, že klienti jsou velice spokojeni s kvalitou i rozsahem poskytovaných služeb. Ukázalo se také, že respondenti jsou dobře obeznámeni s informacemi o poskytovaných službách a ví, kde si tyto informace mohou opatřit.

Potěšitelné je, že sociální služby jsou pro klienty dobře dostupné a minimálně městská část Brno – Židenice, kde jsem výzkum prováděla, je dobře pokryta sítí sociálních služeb.

Očekávala jsem důvěru seniorů ke státním organizacím, ale míra nedůvěry k soukromým poskytovatelům sociální péče mě překvapila – možná pramení z konzervativnosti klientů či nepříliš dobrého mediálního obrazu podnikatelských subjektů, které bývají ve zprávách často spojovány s podvodným jednáním (známá kauza „*šmejdů*“).

Cílem mé práce bylo zjistit, zda respondenti dávají přednost pobytu v domácnosti a zda jsou pro ně sociální služby přínosné. Chtěla jsem také vyhodnotit informovanost klientů o službách a spokojenost s jejich kvalitou, dostupností a rozsahem. Zajímal mě i pohled klientů na státní a nestátní poskytovatele sociálních služeb.

Na základě zjištěných skutečností tedy považuji cíle své bakalářské práce za naplněné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] *Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

[2] *Vyhláška č. 505/2006 Sb.,* kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska_505_2006.pdf

[3] *3. Komunitní plán sociálních služeb města Brna pro období 2013 – 2015*, Brno: Magistrát města Brna, Oddělení koncepce a plánování služeb, 2013, 144 s.

[4] *Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji*, Brno: Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje, 2013, 188 s.

[5] BRENNEROVÁ, L. *Formy poskytování sociálních služeb pro seniory v Týništi nad Orlicí*, Univerzita Pardubice, diplomová práce. 87 s.

[6] BRÍMOVÁ, P. *Soběstačnost seniorů v aktivitách denního života*, Brno: MU, 2010, Diplomová práce, 128 s.

[7] ČÍŽKOVÁ J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*, Olomouc: Ostravská univerzita, 2005, 171 s. ISBN 80-244-0629-2

[8] DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, Praha: Grada Publishing, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3

[9] GROLLOVÁ, E. a kol. *Bydlení seniorů*, Praha: Diakonie českobratrské církve evangelické , 2009, 72 s.

[10] HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, Praha: Gerontologické centrum, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8

[11] HROZENSKÁ, M. *Sociální péče o seniory*, Praha: Grada Publishing, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0

[12] HROZENSKÁ M. a kol. *Sociálna práca so staršími ludmi a jej teoreticko - praktické východiská*, Martin, SR: Osveta, 2008, 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3

[13] KALVACH, Z. a kol. *Geriatrie a gerontologie*, Praha: Grada Publishing, 2004, 864 s., ISBN 80-247-0548-6

[14] KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie*, Praha: Karolinum, 1997, 194 s., ISBN 80-7184-366-0

[15] KOZÁKOVÁ, Z., MULLER., O. *Aktivizační přístup k osobám seniorského věku*, Olomouc: 2006, 54 s. ISBN 80-244-1552-6

[16] LAMPOVÁ, Š. *Úloha rodiny při péči o seniora v domácím prostředí*, Brno: LF MU, 2011, 122 s. Bakalářská práce

[17] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, Praha: Grada Publishing, 1998, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0

[18] LAŠEK, J. *Sociální psychologie II*, Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2007, 142 s. ISBN 978-80-7041-968-7

[19] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0

[20] MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*, Brno: Masarykova Univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2

[21] PRŮŠA, L. a kol. *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., 2010, 244 s. SBN 978-80-7416-048-6

[22] PŘÍHODA, V. *Ontogeneze lidské psychiky*, Praha: SPN, 1974, 495 s.

[23] ŠTILEC, M. *Program aktivního života pro seniory*, Praha: Portál, 2004, 135 s. ISBN 80-7178-920-8

[24] VÁLKOVÁ M. a kol. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*, Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010, 83 s. ISBN 978-80-7421-021-1

[25] *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v jihomoravském kraji na období 2012 – 2014*, Jihomoravský kraj, odbor sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje, 2011, 77 s.

[26] SVOBODOVÁ, K. *Demografické stárnutí a životní podmínky seniorů v České republice*, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., 2010, 9 s.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DPS Dům s pečovatelskou službou

MČ Městská část

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

OECD Organisation for Economic Co-operation and Development

(Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)

PS Pečovatelská služba

WHO World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Graf pohlaví respondentů 53
Obrázek 2: Graf věku respondentů 54
Obrázek 3: Graf sdílení domácnosti 55
Obrázek 4: Graf preference pobytu v domácnosti 56
Obrázek 5: Graf zvažování pobytu v Domově pro seniory 57
Obrázek 6: Graf důvodů preference soc. služeb nad pobytem v domově pro seniory 58
Obrázek 7: Graf spokojenosti s kvalitou poskytovaných služeb 59
Obrázek 8: Graf spokojenosti s rozsahem poskytovaných služeb 60
Obrázek 9: Graf obeznámenosti s možností reklamace nekvalitních služeb 61
Obrázek 10: Graf hodnocení vlastní soběstačnosti díky poskytovaným službám 62
Obrázek 11: Graf hodnocení zvládání domácnosti bez pečovatelské služby 63
Obrázek 12: Graf spokojenosti s přístupem personálu 64
Obrázek 13: Graf - co by respondent změnil na poskytovaných službách 65
Obrázek 14: Graf znalosti nároku na poskytování služeb 67
Obrázek 15: Graf znalosti zdrojů informací o dostupných službách 68
Obrázek 16: Graf vlastního hodnocení míry informovanosti o službách 69
Obrázek 17: Graf znalosti smluvních podmínek 70
Obrázek 18: Graf zdrojů informací o sociálních službách 71
Obrázek 19: Graf počtu využívaných služeb 72
Obrázek 20: Graf znalosti podmínek pobytu v DPS 73
Obrázek 21: Graf dostupnosti sociální péče 74
Obrázek 22: Graf prvotního důvodu zahájení využívání pečovatelské služby 75
Obrázek 23: Graf hodnocení cenové přiměřenosti placených sociálních služeb 76
Obrázek 24: Graf - vnímá resp. pobyt v soc. zař. jako vyšší zátěž než pobyt doma? 77
Obrázek 25: Graf vnímání dostupnosti služeb respondentem 78
Obrázek 26: Graf narušení denního režimu sociálními službami 79
Obrázek 27: Graf možnosti přizpůsobení služeb časovému režimu respondenta 80
Obrázek 28: Graf důvěry v soukromé poskytovatele sociálních služeb 81
Obrázek 29: Graf preference soukromých nebo státních poskytovatelů soc. služeb 82
Obrázek 30: Graf důvodů preference státního nebo soukr. poskytovatele soc. služeb 83

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Podíl věkových skupin seniorů v hospodářsky vyspělých státech 16
Tabulka 2: Střední varianta předpokládaného vývoje střední délky života v ČR 17
Tabulka 3: Poměr seniorů k obyvatelstvu jednotlivých městských částí Brna 41
Tabulka 4: Zařízení statutárního města Brna a jejich sociální služby pro seniory 44
Tabulka 5: Nestátní organizace poskytující sociální služby pro seniory v Brně 45
Tabulka 6: Pohlaví respondentů 53
Tabulka 7: Věk respondentů 54
Tabulka 8: Sdílení domácnosti 55
Tabulka 9: Preference pobytu v domácnosti 56
Tabulka 10: Zvažování pobytu v Domově pro seniory 57
Tabulka 11: Důvod preference sociálních služeb nad pobytem v domově pro seniory 58
Tabulka 12: Spokojenost s kvalitou poskytovaných služeb 59
Tabulka 13: Spokojenost s rozsahem poskytovaných služeb 60
Tabulka 14: Obeznámenost s možností reklamace nekvalitních služeb 61
Tabulka 15: Hodnocení vlastní soběstačnosti díky poskytovaným službám 62
Tabulka 16: Hodnocení zvládání domácnosti bez pečovatelské služby 63
Tabulka 17: Spokojenost s přístupem personálu 64
Tabulka 18: Co by respondent změnil na poskytovaných službách 65
Tabulka 19: Znalost nároku na poskytování služeb 67
Tabulka 20: Znalost zdrojů informací o dostupných službách 68
Tabulka 21: Vlastní hodnocení míry informovanosti o službách 69
Tabulka 22: Znalost smluvních podmínek 70
Tabulka 23: Zdroje informací o sociálních službách 71
Tabulka 24: Počet využívaných služeb 72
Tabulka 25: Znalost podmínek pobytu v DPS 73
Tabulka 26: Dostupnost sociální péče 74
Tabulka 27: Prvotní důvod využívání pečovatelské služby 75
Tabulka 28: Hodnocení cenové přiměřenosti placených sociálních služeb 76
Tabulka 29: Vnímá respondent pobyt v soc. zařízení jako vyšší zátěž než pobyt doma? 77
Tabulka 30: Jak respondent vnímá dostupnost služeb 78
Tabulka 31: Narušení denního režimu sociálními službami 79

Tabulka 32: Možnost přizpůsobení služeb časovému režimu respondenta 80
Tabulka 33: Důvěra v soukromé poskytovatele sociálních služeb 81
Tabulka 34: Preference soukromých nebo státních poskytovatelů sociálních služeb 82
Tabulka 35: Důvod preference státního nebo soukromého poskytovatele soc. služeb 83

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník 97

Vážení respondenti,

s vědomím koordinátorky Pečovatelské služby, Marie Holíkové, si Vám dovoluji předložit k vyplnění následující dotazník.

Jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a tento dotazník je součástí mé připravované bakalářské práce na téma Péče o seniory žijící v domácím prostředí a funkce sociálních služeb.

Cílem tohoto dotazníku i mé bakalářské práce je zjistit, jaké je povědomí seniorů o sociálních službách, jaké služby čerpají a jak je hodnotí. Dále chci porovnat státní a nestátní organizace a také srovnat kvalitu života klientů v domě s pečovatelskou službou a seniorů žijících v domácím prostředí. Zajímá mě také dostupnost služeb sociální péče. Nastává nárůst nebo pokles významu a využívání sociálních služeb?

Prosím o pravdivé a úplné vyplnění dotazníku; nezabere to více než pár minut Vašeho času. Dotazník je plně anonymní a neobsahuje žádné osobní údaje. Po vyplnění jej prosím odevzdejte při další návštěvě pracovnice v sociálních službách, od které jste jej dostali.

Většina otázek obsahuje možnosti, zaškrtněte prosím vždy pouze jednu - tu, která je podle Vašeho názoru nejblíže skutečnosti. Pokud cítíte potřebu, můžete tuto odpověď doplnit také svým slovním komentářem.

Pokud budete mít k dotazníku jakékoliv otázky nebo nejasnosti, sdělte je pracovnici, od které jste dotazník dostali. Pokud by na dotazy nedokázala odpovědět sama, domluví moji návštěvu u Vás a já Vám ráda se vším poradím.

Velice Vám děkuji za ochotu při vyplnění tohoto dotazníku.

S přáním krásného dne
Kateřina Jílková

1. Jste muž nebo žena?

x muž **x** žena

2. Jaký je váš věk?

x 50 a méně **x** 51-65 **x** 66- 80 **x** 81 a více

3. V domácnosti žijete:

x sám **x** s partnerem **x** s dětmi **x** .....

4. Myslíte si, že je vám doma lépe než v domově pro seniory?

x ano **x** ne **x** nevím

5. Uvažujete do budoucna o domově pro seniory?

x ano **x** ne **x** nevím

6. Proč jste zvolili pečovatelskou službu do domácnosti místo pobytu v domově pro seniory?

x samostatnost **x** nezávislost **x** domácí prostředí

x nedostupnost domova pro seniory **x** stačí mi to **x** jiné.....

7. Jste spokojen/a s kvalitou poskytovaných služeb?

x ano **x** ne **x** částečně

8. Jste spokojen/a s rozsahem služeb?

x ano **x** ne **x** částečně

9. Víte, kde si můžete stěžovat na nekvalitní služby?

x ano **x** ne **x** nevím

10. Jste díky těmto službám soběstačný/á?

x ano **x** ne **x** částečně

11. Zvládl/a byste bez těchto služeb pobyt v domácnosti?

x ano **x** ne **x** částečně

12. Jste spokojeni s přístupem personálu poskytujícího pečovatelské služby?

x ano **x** ne **x** částečně

13. Co byste změnili na poskytovaných službách?

x cena **x** přístup personálu **x** rychlost **x** vstřícnost

x časovou přizpůsobivost **x** jiné ….....……

14. Víte o jaké služby můžete žádat?

x ano **x** ne **x** částečně

15. Víte jak získat informace o dostupných sociálních službách?

x ano **x** ne **x** částečně

16. Považujete informovanost o službách za dostatečnou (např. jak a kdy budou poskytovány)?

x ano **x** ne **x** částečně

17. Znáte smluvní podmínky (práva a povinnosti), za kterých jsou Vámi čerpané služby poskytovány?

x ano **x** ne **x** částečně

18. Odkud čerpáte informace o sociálních službách?

x rodina **x** úřady **x** přátelé **x** jiné (časopisy, televize, rozhlas…)

19. Kolik služeb u pečovatelské služby využíváte?

x 1-2 **x** 3-5 **x** 6 a více

20. Víte o možnostech a podmínkách pobytu v domě s pečovatelskou službou?

x ano **x** ne **x** částečně

21. Je pro vás sociální péče snadno dostupná?

x ano **x** ne **x** s obtížemi

22. Co Vás vedlo k začátku využívání služeb pečovatelské služby?

x nedostupnost domova pro seniory **x** osamocení **x** nemohoucnost

x jiné .....

23. Jsou placené soc. služby cenově přiměřené Vašim možnostem?

x ano **x** ne **x** s obtížemi

24. Byl by pro vás pobyt v sociálním zařízení výrazně vyšší zátěží než pobyt v domácnosti + placené služby?

x ano **x** ne **x** nevím

25. Jsou pro vás služby rychle dostupné nebo musíte dojíždět, případně čekat na příjezd poskytovatele služby?

x dobře dostupné **x** hůře dostupné **x** těžko dostupné

26. Narušují čerpané služby Váš denní režim?

x ano **x** ne

27. Dají se služby přizpůsobit Vašemu časovému režimu?

x ano **x** ne

28. Důvěřujete soukromým firmám, které poskytují sociální služby?

x ano **x** ne **x** nevím

29. Dali byste přednost spíše soukromému nebo státnímu poskytovateli sociálních služeb?

x státnímu **x** soukromému **x** není to pro mě směrodatné

30. a z jakého důvodu (viz předchozí otázka)

- např. cena, důvěra, dostupnost, dosavadní zkušenosti, ...