

Pražská vysoká škola psychosociálních studí



Stárnutí a stáří ze sociálně zdravotního hlediska

Radomíra Bednářová

vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2013

Prague college of psychosocial studies



**Ageing and old age from social and health
point of view.**

Radomíra Bednářová

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga
Dostálová, CSc.

Praha 2013

Anotace

Bakalářská práce se zabývá stárnutím a stářím ze sociálního a zdravotního hlediska. Vymezuje, jaké služby se poskytují seniorům v České republice, a zaměřuje se na domovy pro seniory, které byly zahrnuty do výzkumného šetření. V práci se popisuje, jaké sociální a zdravotní služby se mají poskytovat podle příslušného zákona v domovech pro seniory a jaká je realita - současná kvalita služeb a péče a podmínky pro jejich obstarávání. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou část, kde je popsáno stáří, stárnutí a sociální služby pro seniory a na praktickou část, v níž se výzkumným šetřením zkoumá skutečná úroveň zdravotní péče a sociální služby ve vybraných domovech pro seniory.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, sociální péče o seniory, zdravotní péče o seniory, domov pro seniory, sociální a zdravotní pracovníci

Abstract

The bachelor thesis deals with ageing and old age from social and health point of view. It describes services provided towards seniors within the Czech Republic and it is focused on senior homes which were included in the research. The project further describes social and health services in senior homes provided according to the relevant law and compares them with reality – current quality of services and care and conditions for their procurement. The bachelor thesis is divided into theoretical part describing ageing and social services for seniors, and practical part which, by means of the research method, looks into the real standards within health care and social services in selected senior homes.

Key words: ageing, old age, social care for seniors, health care for seniors, senior homes, social and medical workers

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením

MUDr. Olgy Dostálové, CSc. samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Dále prohlašuji, že odevzdaná písemná verze bakalářské práce a verze elektronická jsou totožné.

.....

Radomíra Bednářová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce MUDr. Olze Dostálové, CSc. a Mgr. Radomírovi Juříčkovi za cenné rady, náměty a vedení při vypracovávání bakalářské práce.

Radomíra Bednářová

OBSAH

ÚVOD	9
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	10
1.1 Stárnutí	10
1.1 Stáří.....	13
2 CHARAKTERISTIKA VYŠŠÍHO VĚKU	16
2.1 Tělesné transformace	16
2.1.1 Pohybová soustava	17
2.1.2 Kardiopulmonální systém	17
2.1.3 Trávicí systém.....	17
2.1.4 Pohlavní orgány a vylučovací systém.....	17
2.1.5 Kožní systém	18
2.1.6 Nervový systém.....	18
2.1.7 Smyslová soustava	18
2.1.8 Psychické transformace	19
2.2 Transformace v oblasti socializace.....	19
3 CHARAKTERISTIKA PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE Z HLEDISKA SOCIÁLNÍHO A ZDRAVOTNÍHO	23
3.1 Postavení seniorů a úloha státu.....	23
3.2 Role sociálního a zdravotního pracovníka v péči o seniory	24
4 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ PÉČE O SENIORY	27
4.1 Uzákoněná práva seniorů	27
4.2 Rozsah služeb, právní formy zařízení pro seniory.....	29

4. 2. 1	Domov pro seniory.....	31
4. 3	Kdo služby poskytuje a za jakých podmínek	32
5	VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	34
5. 1	Cíl výzkumu	34
5. 2	Zkoumaný soubor	34
5. 3	Etické aspekty výzkumného šetření.....	35
5. 4	Sebereflexe výzkumníka	35
5. 5	Metodologie výzkumu	36
5. 5. 1	Sledované parametry.....	37
5. 5. 2	Strukturovaný rozhovor	38
5. 6	Rozhovor v domově pro seniory zřizovaným církevní organizací Diakonie CČE.....	40
5. 6. 1	Sociální pracovník z domova ze zvláštním režimem	40
5. 6. 2	Sociální pracovník z domova pro seniory.....	41
5. 7	Rozhovor v domově pro seniory zřizovaným Zlínským krajem	42
5. 7. 1	Sociální pracovník	42
5. 7. 2	Zdravotní pracovník	44
5. 7. 3	Pracovnice v sociálních službách	45
5. 8	Domov pro seniory zřizovaný církevní organizací Charitou ČR.....	46
5. 8. 1	Sociální pracovník	46
5. 8. 2	Zdravotní pracovník	47
5. 9	Analýza rozhovorů	48
5. 10	Sběr dat z dokumentů.....	49
5. 11	Analýza dat získaných z dokumentů	50

5. 11. 1	Domovy pro seniory Diakonie.....	51
5. 11. 2	Domov pro seniory Podlesí	51
5. 11. 3	Charitní dům pokojného stáří Valašská Bystřice.....	52
5. 12	Pozorování	54
5. 13	Analýza pozorování.....	54
5. 13. 1	Rozsah poskytovaných služeb.....	54
5. 13. 2	Kvalita péče.....	54
5. 13. 3	Podmínky pro poskytování péče.....	55
5. 13. 4	Klienty preferované služby	56
5. 13. 5	Záznamy pozorování z Field notesu.....	57
5. 14	Shrnutí a interpretace.....	60
5. 15	Návrhy a doporučení.....	62
ZÁVĚR.....		64
SEZNAM LITERATURY		65
INTERNETOVÉ ZDROJE		68

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě své praxe v domovech pro seniory během prvního ročníku na vysoké škole. Stárnutí a stáří je etapou, kterou prochází každý člověk. Z demografického hlediska a ze statistických údajů vyplývá, že populace stárne, průměrný věk dožití se prodlužuje, bude tedy přibývat zájemců o bydlení v domovech pro seniory. Ve své práci se zabývám tím, jak vypadá současná realita v domovech, jakým směrem se ubírá poskytování sociálních služeb a zdravotní péče. Zajímá mě role státu, jak stát podporuje domovy pro seniory, a zda je rozdíl mezi poskytovanými službami v domovech pro seniory, kde zřizovatelem je stát a kde je zřizovatelem soukromý subjekt, konkrétně církevní organizace. Porovnávám vlastní zkušenosti dosažené během praxe s poznatky získané během studia.

V teoretické části se zabývám teoretickými názory z odborné literatury a vlastními poznatky o stárnutí a stáří. Analyzuji, jaký je mezi pojmy rozdíl a jaká péče se poskytuje seniorům ze zdravotně-sociálního hlediska. Zároveň definuji, jaké služby se ze zákona seniorům poskytují, a které služby se týkají domovů pro seniory.

V praktické části se zaměřuji na výzkumné šetření v domovech pro seniory, kde jsem zjišťovala podmínky pro poskytování sociálních služeb a zdravotní péče v jednotlivých zařízeních. Vybrala jsem si domovy s rozdílným zřizovatelem ve stejném kraji. Zkoumala jsem, jak zařízení vypadají, jaká je kvalita práce a podmínky pro práci sociálních a zdravotních pracovníků, kteří v domovech pro seniory pracují. Relevantní data jsem získala v předem připravených rozhovorech se sociálními a zdravotními pracovníky, z dokumentů, které popisují konkrétní fungování v domovech pro seniory a z pozorování.

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

1.1 Stárnutí

Stárnutí neboli involuce je proces doprovázející člověka celý život. Jeho manifestace je určována v průběhu času. Faktory ovlivňující stárnutí jsou věk, postupné zhoršování a opotřebování zdravotního stavu (aktivita enzymů MAO - rostoucí s věkem rapidněji - odbourává aminy, oslabuje psychickou energii, zvyšuje riziko deprese, pokles neurotransmitérů může navodit zhoršený nadhled). Významně se na stárnutí podílí genetická informace i negativní změny po adolescentním období. Stárnutí se dělí jednak na biologické (změna krevního tlaku, oční akomodace, snížený práh pro percepci zvuku, snížení výkonu v testu měřícímu rychlost, úbytek fyzické schopnosti), psychologické (úbytek fyzické aktivity souvisí s poklesem sebevědomí, zmenšenou adaptibilitou, sníženou pružností v přepínání pozorností, zhoršenou schopností zapamatování informací a jejich reprodukci) a sociální (ve schopnosti navazovat kontakty, rozvíjet je a uchovávat). Zhoršení uvedených funkcí může být způsobeno i zvýšenou vegetativní labilitou projevující se ve vyšším věku (HARTL a HARTLOVÁ, 2004; VÁGNEROVÁ, 2007).

Primární stárnutí, prvotní involuce lidské bytosti, je definováno jako „*změna organismu související s věkem*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 561). Je geneticky podmíněno a je to jedna z příčin interindividuálních rozdílů. Již od početí mají lidé ve své genetické informaci zakódovaný počátek a průběh stárnutí i pravděpodobnou délku života. DNA je nositelem genetické informace a ovlivňuje kvalitu a rychlost stárnutí v procesu mutací i standardních funkcí. Podle Hartla a Hartlové se projevuje s věkem např. řídnutím vlasů, kostí a úbytku svalové hmoty, což je možno shrnout pod kategorii univerzálního stárnutí, neboť od určitého věku se tyto a jiné projevy vyskytují u všech

lidí. Primární stárnutí souvisí s programovým, což znamená, že stárnutí je geneticky naprogramováno (HARTL a HARTLOVÁ, 2004; VÁGNEROVÁ, 2007).

Sekundární stárnutí je druhotný projev procesu postupné změny v organismu směřující k zániku. Podle Hartla a Hartlové je sekundární stárnutí pouze druhotným projevem samotného stárnutí a nemusí být nutně jeho důsledkem např. šedý zákal. Je podmíněno vnějšími vlivy. Na jedinci i prostředí bude záležet, jaké délky života se dožije. „*Exogenní zátěže modifikují v průběhu života fungování jednotlivých orgánových systémů, popřípadě i celého organismu*“ (VÁGNEROVÁ, 2007, s. 312). Aktuální stav může být horší, než je genetický předpoklad maximální délky života. Proces stárnutí je nerovnoměrný i v rámci jednoho organismu (HARTL a HARTLOVÁ, 2004; PACOVSKÝ, 1994).

Terciární stárnutí je třetí fáze stárnutí a je definováno jako rychlé změny v těle i na duši během umírání člověka (HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

Kaskádové stárnutí je pozvolná involuce člověka. Pomalu se objevují známky stárnutí, které se v průběhu věku mohou postupně zrychlovat a zapříčinit vážnější změny na tělesné, psychické i sociální úrovni (HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

Stárnutí probabilistické je pravděpodobné stárnutí, které se s velkou pravděpodobností dotkne téměř všech lidí, kteří se dožijí určitého věku, např. artróza (HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

Stárnutí je proces vlastního zhoršování tělesné i psychické kondice, rozmanitých schopností i sociálního statutu, který není zvratný ani odvolatelný. Věk padesáti let je považován za bod na časové ose života jedince, který je platným a definitivním počátkem stárnutí. Člověk si

uvědomuje svou nestabilitu v jistotě a riziko ztráty sociální pozice, získaných prostředků i citového zázemí, obavy ze selhání. Vše je zhoršuje dosavadní sebehodnocení a znejišťuje postoje k reorganizaci vlastního života. V tomto období přichází velká bilance vlastních možností, schopností a příležitostí, které člověk využil či nevyužil. Týká se to splnění společenských očekávání, výchovy dětí, vztahu s partnerem až po profesní postavení (VÁGNEROVÁ, 2007).

Domnívám se, že padesátý rok není možné obecně považovat za nezbytně nutný začátek stárnutí. Podle odborné literatury se různí věk stárnutí ve vztahu ke kalendářnímu věku a navíc ke stárnutí dochází postupně. Padesátý rok je pomyslným bodem, který může znamenat přesměrování životní cesty, bilancování a změnu svého života, ovšem podle mého názoru je mnoho vlivů (historických, sociálních, zdravotních, ekonomických, psychických, nepředvídatelných a náhlých změn aj.), které mohou zapříčinit změnu v hierarchii hodnot nezávisle na věku, nebo naopak nemusí ani k žádným změnám docházet.

Starší lidé jsou stále rostoucí částí světové populace. Vzrůst této populace má dalekosáhlé ekonomicko – politické důsledky pro osoby všech věkových kategorií. Starší lidé významně přispěli ke společnosti svými hmotnými i nehmotnými prostředky, ze kterých dodnes těží mladší generace. Prodlužování věku a nárůst počtu starších vytváří nové příležitosti (v komerční sféře, zaměstnanosti, sociálním systému, zlepšování veřejného prostoru atd.) pro individuální i společenský rozvoj. Zároveň ze sociální a hospodářské politiky vyplývá, že je třeba čelit negativnímu pohledu společnosti na stáří, který brání realizaci vlastních životních cílů seniorů a jejich důstojnosti, přístupu k financím a zlepšení blahobytu [vlastní překlad autorky této práce] (IFSW, 2008).

Stárnout znamená růst a zrát. Starý člověk žije v daném společenství déle a zná mnoho příběhů. Prožitý čas tříbí jeho názory a ovlivňuje celou jeho bytost (HOLMEROVÁ aj., 2007).

Zastávám názor, že stárnutí je proces, který nás všechny neovlivňuje jen negativně. Ze zkušenosti vím, že mezi námi žijí lidé, kteří dosáhli svého úspěchu po padesátém roce. Vybudovali prosperující firmy, kde zaměstnávají mladší i starší zkušenější zaměstnance. Díky nim se hranice produktivity věku posouvá. V osobní sféře mění svůj dosavadní způsob života. Jsou spíše než mladší generace klidnější, umírněnější, moudřejší a vědí více, co od života chtějí. Jsou však i tací, kteří odcházejí do důchodu z důvodu fyzicky náročného povolání kvůli zdravotním potížím.

1. 1 Stáří

Stářím je možno se zabývat z několika pohledů. Na světě zatím nebyla vytvořená jednotná definice tohoto pojmu. Stáří je pojato jako závěrečné období životního cyklu člověka, které se chronologicky aktuálně datuje od šedesátého pátého roku života lidského jedince. Jedná se o „*relativní vývojovou charakteristiku, jelikož s prodlužujícím se věkem se zvyšuje hranice, při které je jedinec označován jako starý*“ (GILLERNOVÁ aj., 2000, s. 69). V minulosti byl padesátiletý člověk označován starcem. Dnes je věková hranice posunuta, ale i individuálně hodnocena z hlediska různých věkových skupin. Záleží na skutečném stavu způsobeném vlivem procesu stárnutí jako zhoršování sluchu, zraku, chuti, čichu, adaptaci, úbytku sil, přibývání nemocí (GILLERNOVÁ aj., 2000; HARTL a HARTLOVÁ, 2004).

Člověk prožívající stáří, bývá označován různě. Stárnutím a stářím se zabývá vědní obor gerontologie. Je odvozen od pojmu geront (hanlivé označení ve významu stařec), v psychologii se objevuje senescent (což je archaické označení). Častým označením bývá důchodce, penzista což je spojeno se sociálním statutem týkajícím se odchodu do důchodu. Používá se také jednoduše „starý“. Jedná se spíše o nelichotivé označení. Ze sociálně - ekonomického hlediska je používán termín

postproduktivní věk. Správný odborný termín by měl být senior jako označení osoby starší šedesáti let (HARTL a HARTLOVÁ, 2004; HAŠKOVCOVÁ, 2010; KŘIVOHLAVÝ, 2011; STUART - HAMILTON, 1999).

Stáří je závěrečná fáze ontogenetického vývoje člověka. Má své specifické znaky, jimž se od předchozích fází liší, „*avšak „zabarvení stáří“ konkrétního člověka závisí na úhlu jeho pohledu*“ (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 59). Jedná se o jev somatický, psychický, sociální i spirituální. Náhled na stáří by neměl být pouze negativní. Naopak, stáří poskytuje skupinu pozitivních hodnot, které najdou uplatnění v rodinách, komunitách i v celé společnosti, díky jejich vstřícnosti, rozvážnosti, schopnosti pomoci, moudrosti a empatii (GRUSS aj., 2009; ZAVÁZALOVÁ aj., 2008).

Stáří je jev, který zaznamená každý člověk jakéhokoliv vzdělání při pohledu na starší osobu. Tělesné změny jsou v pokročilém věku znatelnější než psychické, kterých si spíše všimne partner, rodina i přátelé. Pro psychiku je důležité, jak stárnoucího člověka hodnotí jeho okolí i on sám sebe. I když se takový člověk snaží žít naplno, a konečnost ani poslední etapu svého života si nepřipouští, přesto stárne. (HAŠKOVCOVÁ, 2010; HOLMEROVÁ aj., 2007).

Je známo, že stoupá zájem o studium ve vyšším věku na univerzitách třetího věku, kde si posluchači nejen osvojují nové znalosti z různých oborů, ale zároveň také trénují svou paměť. Roste rovněž počet aktivních seniorů, kteří se zapojují do programů klubů důchodců, realizují sportovní aktivity, organizují společné poznávací zájezdy a jiné činnosti. Také komerční nabídky cestovních kanceláří, ubytovacích a stravovacích zařízení a kulturních institucí se více soustředí na seniory. Senioři se stávají významnou klientelou. To vše podporuje aktivní prožívání stáří.

Stáří je možno rozdělit podle jednotlivých modelů/věků z pohledu chronologického, biologického, sociálního, psychologického nebo psychosociálního.

Chronologický model je pouze informativní číslo uvádějící, jak je člověk starý. Rozděluje podle věku období stáří od šedesátého do sedmdesátého čtvrtého roku jako vyšší věk neboli rané stáří, od sedmdesátého pátého do osmdesátého devátého roku jako stařecký věk neboli sénium a od devadesátého roku a výše jako dlouhověkost. Přesto skutečné stáří je podle Haškovcové až od sedmdesátého pátého roku života. Věk nepříliš koreluje s ostatními ukazateli. Naznačuje stav průměrného člověka, ale ne příliš věrohodně (HAŠKOVCOVÁ, 2010; STUART – HAMILTON, 1999).

Biologický model stáří je soubor hodnocení tělesného zdraví a fungování jednotlivých orgánů či jejich degenerace. Během stáří přichází řada fyziologických změn, které jsou charakteristické pro stáří. (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008; KŘIVOHLAVÝ, 2011).

Psychosociální model stáří vypovídá o prožitcích seniora, které ho pozměnily vlivem společenského dění v jeho životě. To znamená to, co společnost od seniora očekává jako např. chování usedlé, ukončení zaměstnání a odchod do důchodu. Také jak starší člověk prožívá změny, které ovlivňují fyzické zdraví i sociální vztahy v životě člověka (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008; STUART – HAMILTON, 1999).

Je známo, že staří lidé, kteří dodržují pravidelný režim, zdravý životní styl, tělesně cvičí, procvičují mozek (luštěním křížovek, čtením literatury, zájmy), mají větší šanci zůstat v psychické i fyzické kondici oproti těm, kteří na život nadávají, všeho litují, bědují a ztrácí zájem o okolní svět a o sebe

2 CHARAKTERISTIKA VYŠŠÍHO VĚKU

Každá fáze života přináší specifické rysy. Převážně jsou tyto změny patrné po fyziologické stránce a psychické. Zároveň jako sekundární (neméně důležité) v oblasti sociální. Každá osoba staršího věku se mění. Často se ve výkladových slovnících v této souvislosti uvádějí převážně negativní změny, čímž se může jevit stáří jako zcela pochmurné a tíživé. Stáří však může být kvalitní a spokojené (PICHAUD aj., 1998).

2.1 Tělesné transformace

Na fyziologické úrovni se s věkem dostavují změny téměř ve všech systémech organismu, jako zpomalení a oslabení funkcí a úbytek biologických adaptačních mechanismů. Funkční změny se dějí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008; PACOVSKÝ, 1994).

Z vnějšího pohledu je patrné zmenšení postavy, typické držení těla, pomalá gesta i chůze, charakteristické rysy ve tváři jako špičatější nos, vystupující brada, zvětšování ušních boltců, svraštělá kůže, pokles horních víček a tváří a úbytek váhy (HAŠKOVCOVÁ, 2010; HOLMEROVÁ aj., 2007; VÁGNEROVÁ, 2007).

Staří není nemoc, ale v průběhu doby a vlivem nepříznivých podmínek přibývá nemocných seniorů. Tělesné změny bývají individuálně variabilní v důsledku času, rozsahu a závažnosti projevů. Osoby vyššího věku ohrožují větší počet různých (převážně chronických) onemocnění, tedy shrnuto pod jedním názvem, polymorbiditou/multimorbiditou (HOLMEROVÁ aj., 2007; VÁGNEROVÁ, 2007).

2. 1. 1 Pohybová soustava

Ve svalové soustavě je patrný úbytek svalové hmoty, vazivo je méně pružné, chrupavky tuhnou. V kostech dochází k jejich odvápnění, řídnou a stávají se křehčími. Pohyby jsou pomalé a snižuje se fyzická síla. Páteř se ohýbá a zaobluje, což je zapříčiněno atrofií meziobratlových plotének. Hladké svalstvo zůstává zachovalé až do dlouhověkosti (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008; HAŠKOVCOVÁ, 2010).

2. 1. 2 Kardiopulmonální systém

Dýchací soustava se častěji unaví, člověk se zadýchává. Funkce plic se snižuje, starší člověk přijímá méně kyslíku. Hrudí koš je menší. Klesá vitální kapacita plic i výskyt řasinkového epitelu v plicních cestách. Vyskytují se častěji infekce dýchacích cest. Srdeční chlopně neplní svou funkci, převodní systém srdeční je zpomalený. Srdce pumpuje menší objem krve a dochází ke sníženému průtoku krve ostatními orgány. Vápenatění cév způsobuje menší průtok krve. Cévy ztrácejí svou elasticitu, převážně zapříčiněnou vysokým krevním tlakem (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008).

2. 1. 3 Trávicí systém

V trávicím systému se snižuje množství trávicích šťáv. Jídlo se zdouhavěji rozkládá a vstřebává. Játra a slinivka břišní ztrácí své tempo a svalovina tlustého střeva se zpomaluje, což způsobuje zácpu a popř. bolesti v bederní krajině páteře (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008).

2. 1. 4 Pohlavní orgány a vylučovací systém

Přichází postupný útlum činnosti pohlavních žláz. U mužů se projevuje impotence a u žen nastává menopauza. Pružnost močového měchýře a

jeho kapacita klesá, čímž může dojít k inkontinenci. Ledviny selhávají v odstraňování odpadových látek (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008).

2. 1. 5 Kožní systém

Kůže přichází o svoji pružnost, svrašťuje se a ztenčuje. Vytváří se vrásky, vlasy šediví a řídnou a chlupy jsou silnější a někde řídnou, jinde houstnou. Projevuje se zvýšená pigmentace. Kožní barvivo utváří v kůži okrsky hnědých skvrn nebo naopak někde chybí na určitých částech těla (DESSAINTOVÁ, 1999).

2. 1. 6 Nervový systém

U nervové soustavy nerovnoměrně ubývá neuronů. Dochází k biochemickým změnám v neuronech, které ovlivňují rychlost převodu vzruchu. V mozku se usazuje patologická bílkovina - amyloid, což společně přispívá k demenci. U chůze a rovnováhy je patrná změna hlubokého cití. Sníží se odolnost k zátěži a projeví se neschopnost přizpůsobení na nové životní podmínky. Objevují se poruchy spánku a jeho kvalita i rozložení během dne. Starší lidé často špatně usínají, budí se během noci a spí přes den. *„Kardiovaskulární choroby společně s poklesem výkonu jednotlivých soustav obvyklým ve stáří mají neblahý vliv na korové funkce. Nejnápadnějším příkladem tohoto vlivu je záchvat (mozkové) mrtvice...“* (STUART – HAMILTON, 1999, s. 26).

2. 1. 7 Smyslová soustava

Ve stáří se zhoršuje vnímání, které slouží mozku jako nástroj kontaktu s okolím, což neumožňuje plně poznávat okolní svět. Zhoršuje se zrak, sluch, chuť, čich i hmat. Zmenšuje se množství receptorů umožňující vnímat polohu a pohyb našeho těla, pocity síly, tepla, chladu a tlaku. To je důvodem neodhadnutí situace a příčinou úrazů (STUART – HAMILTON, 1999).

2. 1. 8 Psychické transformace

Tělesné změny souvisí i s prožíváním a chováním staršího člověka a s jeho pozicí ve společnosti. Medicína se spíše zabývá potížími v tělesných orgánech než somatizací psychických problémů. Změny psychiky se mohou objevit v poznávacích schopnostech (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení). Projevují se snížením schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky, ze kterých pramení úzkost a strach, což vede k nejistotě. Senioři se bojí vyjít ven, setkávat se s druhými lidmi a jsou více ostražití a nedůvěřiví vzhledem ke sníženému vnímání. V pokročilejším věku se častěji objevují poruchy paměti a rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Vyskytují se duševní onemocnění a také je pozorován nárůst demencí, hlavně Alzheimerovy choroby. Staří lidé si často zachovávají moudrost, tedy krystalická inteligence zůstává, ale ztrácejí bystrost, kterou zprostředkovává fluidní inteligence. Obecně výzkumy ukazují, že předchozí zkušenost a trénink mohou napravit a udržet mozek v rychlosti zpracování informace (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008; STUART – HAMILTON, 1999).

Podle Eriksona, který se soustředil na fáze psychosociálního vývoje člověka od narození po stáří, je ve stáří hlavní spor a téma závěrečné krize integrity versus zoufalství. Je to fáze, kdy starý člověk bilancuje o způsobu svého života. Snaží se přijmout všechno, co mu život přinesl a dokázat se ztotožnit se sebou a svým životem a vyrovnat se se svými nedokonalostmi. V případě, že nedokáže přijmout pozitivní postoj, přichází negativní postoj, a to zoufalství nad svým prožitým životem a jeho nesmířením se (ERIKSON, 1997).

2.2 Transformace v oblasti socializace

Člověk je tvor společenský a v každém věku potřebuje společnost. Ve stáří se více váže na partnera, děti, vnoučata, příbuzné i bezprostřední

okolí. Centrem společenského vztahu je domov, místo kde se cítí dobře. Přesto si někteří starší lidé uvědomují, že jejich domov je příliš velký, nebo nemají finanční prostředky na jeho nájem, tak změní bydliště a přestěhovávají se do různých zařízení sociální péče. Není to lehké období. Senioři mohou cítit smutek z odchodu, který může být traumatizující. Mohou se propadnout do deprese a pomýšlet či uskutečnit sebevraždu (PICHAUD, 1998).

Starší člověk si uvědomuje, že stárí se nevyhnutelně blíží. Přichází bilancování vlastního života i postoje ke světu. Přestává se tolik soustředit na výkon a svou kariéru, ale stále se snaží udržet své profesně společenské postavení. Svou pozornost přesouvá na realizaci dosud nenaplněných vnitřních potřeb (jako starání se o vnoučata, cestování nebo zahradničení). Zároveň se zaměřuje na svou minulost (VÁGNEROVÁ, 2007).

Na začátku stárí hrají sociální faktory významnou roli. Na životních podmínkách, na bydlení, příbuzných, finančním rozpočtu i životních krizích z předchozího způsobu života závisí průběh stárnutí každého jedince. Starší člověk více vnímá úbytek energie, pocit nepohody aj., což ho přinutí k přehodnocení svých situací a redukci zájmů, aktivit a k přijetí kompromisů, čímž přichází postupné smíření s realitou stárnutí. Snaží se najít smysl svého života a pochopí, že je třeba zaměřit se na to, co je významné, naučit se těšit se z toho, co je možné a zůstalo a akceptovat možnosti a změny (FREIOVÁ aj., 1982; VÁGNEROVÁ, 2007).

Kromě uvědomění si svých vlastních hodnot přichází změna sociální role - orientace na rodinu. Svou identitu opírá o to, kam a ke komu patří, tedy příslušnost k určitým lidem, sociální skupině a místu. Rodina a hlavně partner zaujímá nezastupitelné místo a je pro staršího člověka důležitější než dříve (SRNEC, 1982; VÁGNEROVÁ, 2007).

Haškovcová zdůrazňuje, že partnerský vztah je velice důležitý, pojí se se sexuálním životem. U mužů i u žen po přechodu sexuální vzrušení klesá. Senzitivita pohlavních orgánů a sekrece není jako v mladším věku, takže se mohou vyskytnout občasné bolesti u žen. Klesá počet orgasmů, ale je významné vědět, že sexuální intimita rozhodně se stárnutím po šedesátém roku života automaticky nekončí, jak kolují mýty ve společnosti. Starší lidé nejsou bezpohlavní druh. Jedná se o naprosto běžný vztah v mladém i seniorském věku, v případě že to partnerům vyhovuje (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Součástí identity seniora je teritorium, tj. místo, kde žije a s kým žije, kterou může ztratit odchodem do ústavního zařízení, což se obvykle negativně projeví i na jeho identitě (VÁGNEROVÁ, 2007).

Postoj nynější společnosti ke starším lidem se mění spíše záporně. Většinou se zastává názor, že stáří je období, když člověk již není významný, ztrácí svou cenu na trhu práce a naopak potřebuje a vyžaduje péči ostatních. Senior začíná být nepřínosný pro společnost, neboť mládí se podporuje, vyhledává se z hlediska výkonu a energie. K tomuto obrazu přispívá i médii pokřivený pohled na současnou společnost a trendy. Ageismus je postoj vyjadřující názory takovéto společnosti na starší lidi. Jedná se o diskriminaci starších osob (HAŠKOVCOVÁ, 2010; VÁGNEROVÁ, 2007).

Soudím, že dnešní cesta, která vede k diskriminaci starších osob, škodí nám všem. Mládí není všechno a ti, co jsou dnes mládí, také zestárnou. Velký vliv na vytváření zkresleného obrazu seniorů mají média. Můj názor je, že fyzicky krásný může být i starý člověk, protože fyzickou krásu ovlivňuje naše psychická krása, to, jak se cítíme a hodnotíme sami sebe. Taktéž se domnívám, že pohled společnosti na stáří je příliš negativní. Jsou oblasti, kde dochází k postupným pozitivním změnám vůči seniorům. Příkladem může být přibývání denních a týdenních stacionářů, zlepšování kompenzačních pomůcek, péče o pacienty

v nemocnicích a uživatele sociálních služeb, zájmové oblasti, seznamovací kanceláře pro starší, dovolené, výlety a lázeňské procedury zaměřené na starší populaci, časopisy a odborné publikace orientující se na čtenáře staršího věku, donedávna televizní pořad, vzdělávání seniorů na univerzitách třetího věku, počítačové kurzy a kurzy jazyků...

Sociální změny u starších lidí jsou podmíněny určitým vzděláním, sociokulturním prostředím, obdobnými sociálními zkušenostmi. Vliv na sociální změny má rovněž zatížení makrosociálními traumaty a stresy v průběhu života. Na změnách se mohou podílet očekávání a postoje společnosti, které ovlivní chování a postoje seniorů, jež mohou mít žádoucí nebo nežádoucí důsledky (VÁGNEROVÁ, 2007).

Křivohlavý definuje sociální změny v tabulce, kde uvádí, jak je život seniorů jiný po odchodu do důchodu. Senioři mají více volného času, který mohou využít pro záliby, odpoutávají se od zaměstnání, stanovují si svůj čas sami, mají čas pro sebe, jsou ve větším klidu, osobnostně dozrávají a stanovují si svoje cíle s ohledem na duševní plánování, uvolnění a umění žít. Mění se identita, více pátrají po tom, kým jsou. Mění se okruh lidí, se kterými přicházejí do styku [sousedé, zájmová společenství] (KŘIVOHLAVÝ, 2011).

3 CHARAKTERISTIKA PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE Z HLEDISKA SOCIÁLNÍHO A ZDRAVOTNÍHO

„Sociální rozvoj, lepší životní podmínky a pracovní podmínky, pokroky v medicíně a prosazování základních i sociálních práv vedou v hospodářsky vyspělých zemích nejen k tomu, že méně lidí dnes umírá předčasně v dětství nebo ve středním věku, ale také k lepšímu funkčnímu zdraví a k lepší kvalitě života ve stáří než kdykoliv dříve“ (ČEVELA aj., 2012, s. 143).

3. 1 Postavení seniorů a úloha státu

Po odchodu do důchodu je role seniora méně aktivní, proto se považuje za neaktivního a jeho zdravotní charakteristiky odpovídají involuci orgánů (ztráta funkčních schopností, polymorbidita, postupná nesoběstačnost). Proto se skupina lidí v důchodu pojímá jako homogenní skupina, která odebírá významnou část financí na zajištění prostředků sociální a zdravotní péče. Ztrácí se jiný možný pohled na seniory jako na individuality, kteří naplňují svůj čas smysluplnými alternativními způsoby činnosti (JANEČKOVÁ, 2010).

Za posledních šedesát let rapidně vzrostl počet starých lidí, tedy jedná se o inflaci stáří, což vede k myšlence vytvořit prostor na úrovni státní, regionální, krajské i místní pro realizaci kvalitních služeb na základě individuálních plánů v péči o seniory (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

Souhlasím, že by se měly služby zkvalitnit a převést zodpovědnost na menší regionální uskupení. Bohužel dodnes v naší společnosti zaostává propracovanost a koordinace plánů na zkvalitnění těchto služeb. Malé finanční podpory státním a nestátním neziskovým sektorům, velké množství zájemců a klientů o služby a malá kapacita

zaměstnanců, korupce a nerovné příležitosti pro všechny jsou příčinami, proč se na sociální služby nedostává. Navíc média se zaměřují daleko více na show business, než na potřeby starší generace, proto se podstatně lépe podporují oblasti jako například sport nebo zábava.

3. 2 Role sociálního a zdravotního pracovníka v péči o seniory

Když se ocitne člověk v péči sociálního nebo zdravotního odborníka pro nemoc, právem předpokládá, že mu bude poskytnuta profesionální péče, kde se bere ohled na jeho důstojnost, respektuje a neodsuzuje se. Ne vždy se však tak děje. Důvody mohou být různé např. nedostatečné znalosti, mnoho pracovních úkonů a málo času nebo syndrom vyhoření. To vše se negativně může odrazit na kvalitě provedených služeb a na celkové devalvaci lidské důstojnosti (ROHANOVÁ, 2007).

Sociálně - zdravotní péče sebou nese několik kritických bodů při práci se seniory. Neexistuje přesná hranice mezi zdravotní péčí a sociální prací. K střetávání dochází obzvláště ve zdravotnických zařízeních a v sociálních službách. Proto role sociálních pracovníků a zdravotníků by měla být vykonávána souběžně. Rovněž sociální změna (hlavně na úrovni přerušení vztahů) odchod do důchodu, změna bydlení atd. by měla být pod ochranou a vlídným dohledem sociálního pracovníka, aby se klient lépe adaptoval na nové podmínky prostředí a zachoval si své zdraví i kvalitu života (jedná se o jeho autonomii, zachování soukromí a zároveň sociální inkluzi). Sociální pracovník by měl svou práci provádět kvalitně v rámci zachování zdraví klienta, ale jeho práce by se neměla pouze soustřeďovat na výkony, výsledky a hodnoty bez partnerského vztahu a lidského přístupu mezi odborníkem a klientem. Měla by tu být akceptace zhoršených možností klienta (komunikační sníženost vlivem nemocí), dodání jistoty a bezpečí, vzbuzení důvěry a zprostředkovávání

kontaktem s vnějším světem. Práce s klientem není často práce s ním samotným, ale i s jeho rodinou a komunitou, kam náleží (ROHANOVA, 2007; JANEČKOVÁ, 2010).

Základem práce se seniory je správná komunikace založená na třech faktorech: chtít, umět a moci. Pracovník chce komunikovat, porozumět se, být aktivní, naslouchat, respektovat identitu pacienta a získat informace ve prospěch klienta. Klient chce pomoci, sděluje své potřeby a problémy. Pracovník umí správně komunikovat, přizpůsobuje řeč schopnostem a možnostem klienta (zesílení hlasu a položení hlasu níže při taktním ověření nedoslýchavosti, opakování důležitých informací, zpomalení aj.) a klient nemusí užívat zvláštních komunikačních dovedností. Moci znamená překonat bariéru zhoršeného vnímání, chápání, zraku, sluchu i orientace na straně klienta a přizpůsobení se podmínkám klienta (HOLMEROVÁ aj., 2007; JANÁČKOVÁ a WEISS, 2008).

Uvedené názory odborníků považuji za ideál pro práci sociálního pracovníka. Bohužel realita je někde jinde. Během své praxe jsem potkala mnoho vynikajících sociálních a zdravotních pracovníků, kteří se snažili poskytnout maximální komfort klientům, ale vnější okolnosti nejsou natolik příznivé, aby byly znát výsledky jejich práce. V práci se totiž věnují více klientům najednou, nestíhají, nemají čas ani na svůj oběd, dostávají malé finanční ohodnocení.

Výzkumy v zahraničí dokazují, jak důležitá je péče zdravotníka a pečovatele. Podle průzkumu se ukazuje, že starší lidé potřebují péči a to především v domovech, které by se měly být upřednostňovat před lůžkovými zařízeními. Rovněž by neměli zůstat osamoceni a měl by se jim zprostředkovat kontakt s okolím, proto zvýšený počet stížností na provedené služby, samota ve vyšším věku má vliv na kratší délku života [vlastní překlad autorky této práce] (HELLSTRÖM a HALLBERG, 2001).

Jako významné hodnotím výsledky výzkumu Příhodové v moravskoslezském kraji, protože je možné jejich zobecnění. Výzkumem bylo zjištěno, že sociální pracovníci, kteří pracují na odděleních se seniory, spojují stáří se zhoršením zdravotních podmínek a mají tendence podhodnocovat možnost zlepšení jejich pohyblivosti. Senioři podle jejich názoru spoléhají na pomoc rodiny a rodina by se měla o seniora postarat. Na názor seniorů se již neptají, avšak vyzdvihují, že je především třeba zachovat autonomii seniorů a že přehnaná péče je opět narušením jejich života (PŘIHODOVÁ, 2004).

Mám za to, že tento výzkum ukazuje na nevhodnou systémovou strukturu pobytových zařízení. Jestliže zaměstnanci hodnotí svou práci negativně a nevěří ve zlepšení a udržení fyzického i psychického stavu klienta a podhodnocují jeho stav, je pravděpodobné, že klientům není poskytována služba podle jejich přání a potřeb. Umístěním v zařízení dojde často k přerušení styku s rodinou a se společností. Klient je vytržen ze známého prostředí. Stává se, že se mu neposkytne dostatečná pomoc a podpora k překonání této nelehké situace od personálu, což může být z důvodu časových, prostorových, finančních i geografických.

4 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ PÉČE O SENIORY

4.1 Uzákoněná práva seniorů

Cílová skupina seniorů má nárok ze sociálního pojištění na dávky v podobě starobního důchodu, který se čerpá z důchodového pojištění a poskytuje se ze základní platové výměry a z procentní výměry. Má nárok na nemocenské pojištění. V případě zdravotních komplikací stát poskytuje invalidní důchod a v případě úmrtí partnera vdovský a vdovecký.

„Základním hmotněprávním předpisem, který upravuje nároky na důchody ze základního důchodového pojištění, způsob stanovení výše důchodů a podmínky pro jejich výplatu, je zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti dnem 1. ledna 1996“ (MPSV, 2005).

Ze systému sociální ochrany starší generace pobírají důchodové pojištění a o jeho přiznání rozhoduje Česká správa sociálního zabezpečení. Nárok na důchod má občan České republiky po dosažení důchodového věku (před rokem narození 1936 u mužů je důchodový věk 60let a u žen 53let a více, kde se zohledňuje počet narozených dětí a u osob narozených po roce 1936 se hranice pro důchodový věk zvyšuje podle roku narození a u žen podle věku a počtu narozených dětí), a. když získal potřebnou dobu pojištění (MPSV, 2005).

Dávky pro osoby se zdravotním postižením podle zákona č. 329/2011 Sb. se poskytují osobám se zdravotním postižením určeným ke zmírnění sociálních důsledků a k podpoře jejich sociálního začleňování do společnosti. O dávkách rozhoduje Úřad práce České republiky. Mezi tyto druhy dávek patří příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku, přičemž příspěvek na mobilitu je určen osobám se sníženou

mobilitou, orientací a je nutno ji dopravovat nebo se dopravuje a není v pobytovém zařízení podle zákona o sociálních službách. Příspěvek na zvláštní pomůcku je vyplácen pro osoby se zdravotním, sluchovým, pohybovým nebo nepříznivým zdravotním stavem. Vyplácí se příspěvek na péči, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvkem na péči se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci. Posuzuje se stupeň závislosti, které je stanoveno vyšetřením ošetřujícího lékaře a sociálním šetřením (LEJSAL, 2013).

Většina služeb podle dnešního modelu je nastavena tak, že se čeká, až si ji klient vyhledá sám, protože poskytovatelům se finance odčerpávají s každým příchodem nového klienta, proto je pro ně ekonomicky nevýhodné rozšiřovat svou kapacitu. Poskytovatel však může rozhodnout o nepřijetí uchazeče do domova pro seniory pouze, když je plná kapacita nebo ze zdravotních důvodů uchazeče. Zatím není vyjasněná ani role veřejné správy (LEJSAL, 2013).

K základním podporám seniorů by zvláště měla patřit důstojná výše starobního důchodu, umožňující postarat se o sebe.

K základním podporám seniorů by zvláště měla patřit důstojná výše starobního důchodu, umožňující postarat se o sebe.

K základním podporám seniorů patří:

- přiměřená výše starobního důchodu,
- kompaktní systém subvenčních opatření služeb zaměřující se hlavně na podporu života v komunitě,
- vhodněji upravené veřejné prostředí pro lepší pohyblivost, orientaci a dostupnost
- poskytování a zlepšování technologických prostředků pro seniory

- rozvoj programů a plánů, které mají za cíl úspěšné stárnutí a zlepšování aktivního života i ve vyšším věku
- vzájemná solidarita mezi mladšími a staršími generacemi
- zlepšování a kontrolování kvality zařízení, které jsou určené pro seniory (LEJSAL, 2013; ČEVELA, 2012).

4. 2 Rozsah služeb, právní formy zařízení pro seniory

V České republice se na péči o starší generaci podílejí na dva hlavní rezorty. Prvním je Ministerstvo práce a sociálních věcí, které zajišťuje ochranu občanů formou ústavní sociální péče, domovů pro seniory a pečovatelské služby. Naopak Ministerstvo zdravotnictví má na starosti péči o osoby vyžadující zdravotní péči v nemocnicích na odděleních dlouhodobé péče, zajišťuje geriatrické sestry a agentury home care (ČEVELA, 2012).

„Cílem všech sociálních služeb a zdravotních zařízení pro seniory je zkvalitnění jejich života, zachování zdraví, soběstačnosti, integrace do společnosti i v případě zhoršení zdravotního stavu a nechání doma“ (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 50).

Sociální služba je činnost nebo soubor činností podle zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sociální služby pro seniory se dělí na terénní, ambulantní a pobytové. Senioři dochází do center denních služeb, denních či týdenních stacionářů, domovů pro seniory, tísňových linek, poradenství (Zákon č.108/2006 Sb, 2007).

Seniorům by se měly poskytovat služby z hlediska aktuálních potřeb seniorů, se zohledněním prevence, důrazem na včasnou diagnostiku, funkční hodnocení, vhodnou a včasnou léčbu, rehabilitaci, doléčení a koordinaci služeb komunitního typu (HOLMEROVÁ aj., 2007).

Podle zákona 108/2006 o sociálních službách udává paragraf 35, že jsou určeny služby, které pomáhají seniorům se soběstačností a sebeobsluhou, s chodem domácnosti, zajištění stravování, bydlení, ošetřování, poskytnutí informací, zprostředkováním kontaktu s okolím a s domáháním vlastních práv a zájmů (MPSV, 2005).

Mezi služby patří osobní asistence. Jedná se o terénní službu při snížené soběstačnosti a obsluze sama sebe. **Pečovatelská služba** zajišťuje pomoc seniorům v domácnosti s péčí o sebe, chod domácností nebo zprostředkování kontaktu s okolím. **Tísňová péče a telefonická krizová pomoc** zprostředkují nepřetržitou distanční péči, elektronickou komunikaci a telefonickou pomoc seniorům vystaveným stálému ohrožení na životě nebo při zhoršení zdravotního stavu. Mezi tísnovou péčí patří např. Život 90 nebo anonymní bezplatná linka seniorů Elpida 800 200 007. **Denní stacionáře a týdenní stacionáře** poskytují ambulantní péči a pomáhají při běžných úkonech v péči o seniora, zprostředkování kontaktu s okolím, terapeutickou činností a aktivizační, vzdělávací činnosti. **Domovy pro seniory** poskytují ubytování, stravu, pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Domovy jsou určeny pro lidi, kteří jsou odkázáni na stálou pomoc jiné fyzické osoby. **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních** jsou obdobou předchozích zařízení, jen jsou určeny pro osoby vyžadující lůžkovou péči, kteří nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení, než jim bude zajištěna jiná služba ke kvalitnímu zajištění jejich potřeb. **Sociálně aktivizační služby** pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou ambulantní a terénní a pomáhají před sociální ekluzí. Náplní je zprostředkování kulturního dění ve společnosti, sociální

terapeutické činnosti a právní informace (ZÁKON č.108/2006 Sb, 2007; HOLMEROVÁ aj., 2007).

Starší člověk i rodina jejich seniora mohou využít **sociálního a odborného poradenství**, kde se dozví důležité informace týkající se seniorů od možnosti trávení volného času až po kontakty na poskytovatele služeb v jejich okolí i v celé České republice. Rodinám, které se starají o seniora nepřetržitě, je k dispozici služba v podobě odlehčovacích služeb a rehabilitačních center, které zajistí seniorovi dohled a péči po dobu odpočinku, dovolené aj. nepřítomnosti starajících se příbuzných (ZÁKON č.108/2006 Sb, 2007; KONÍČEK, 2008-2009).

Kromě sociálních služeb se poskytuje seniorům lůžková péče v nemocnicích. Jsou hospitalizováni jako pacienti na odděleních dle povahy jejich základních chorob (onkologické oddělení, interní, chirurgické atd.), na geriatrických odděleních k posouzení funkčního stavu a diagnostiky pacienta, nebo na odděleních následné péče pro pacienty s potřebou doléčit se, zrehabilitovat a zlepšit soběstačnost (HOLMEROVÁ aj., 2007)

4. 2. 1 Domov pro seniory

Domov pro seniory je prostor, kde se seniorům poskytuje ubytování, strava, pomoc při zvládání běžných úkonů při péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Domovy jsou určeny pro lidi, kteří mají sníženou soběstačnost, zejména díky pokročilému věku a jsou odkázáni na stálou pomoc jiné fyzické osoby (ZÁKON č.108/2006 Sb, 2007).

Domovy důchodců, dříve tzv. domovy odpočinku, jsou domovy, které zajišťují materiální a sociální zabezpečení, kde se současně rozvíjí i zdravotní péče (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

„Domov důchodců je trvalým pobytovým zařízením režimového typu, které slouží starším občanům, kteří nejsou schopni žít samostatně pouze s občasnou dopomocí, ale potřebují pomoc, péči a dohled po většinu dne“ (HOLMEROVÁ aj., 2007, s. 40).

Domovy pro seniory nikdy nenahradí vlastní bydlení, rodinu, důstojné stáří až do definitivního konce. Naše snaha by měla směřovat ke zdokonalování pečovatelských služeb, home care, osobní asistence, poradenství pro příbuzné pečující o seniory a k rozšiřování domácí i mobilní paliativní péči. Je třeba uchovávat rodinné tradice a upevňovat rodinné vztahy, zamezit zbytečné diskriminaci starších lidí ze strany médií a podporovat ty, kteří se o své blízké starají. Na starší osoby bychom měli nahlížet s úctou a respektem a v našich očích by měli být jako ti, kteří mnoho prožili a jsou schopni vyprávět mnoho příběhů (ČEVELA aj., 2012).

Na základě poznatků ze své praxe vím, že vizitkou kvalitního domova pro seniory nejsou pouze dobré služby, ale i personál a jeho vystupování, prostředí, reklama, reference, možnost uzpůsobit pokoj podle klientových požadavků, ceník služeb, zařízení a vybavení domova.

4.3 Kdo služby poskytuje a za jakých podmínek

Sociální služby poskytují obce a kraje, které se starají o jejich rozvoj a zajištění optimálních podmínek k jejich realizaci. Služby, které není schopen poskytnout stát, zaplňují nestátní neziskové organizace a fyzické osoby předkládající různorodé spektrum služeb nebo zřizovatelem i je Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV, 2005).

Služby se poskytují buď zcela bezplatně, za částečnou úhradu nebo jsou plně hrazeny klientem. Mezi bezplatné služby patří sociální poradenství, telefonická krizová pomoc, služby následné péče a sociálně aktivizační služby pro seniory. Za úhradu se poskytují pobytové služby (týdenní stacionáře, domovy pro seniory atd.) a za částečnou úhradu výkony při práci se seniory (pečovatelská služba, osobní asistence atd.). Dlouhodobá péče je hrazena v nemocnicích ze zdravotního pojištění (HOLMEROVÁ aj., 2007; MPSV, 2005).

Můj názor je, že finanční podpora ze strany státu není dostatečná. Dochází ke zkracování dotací, příspěvků a rostou nároky na administrativu a plnění standardů, které předepisují pouze formální stránku naplně pracovních úkonů, ale ne individuální a osobní přístup ke každému klientovi.

Zrušil se monopol státu, který v naší zemi do nedávné doby převládal. Hlavní roli začaly přebírat obec a kraj a hlavně nestátní subjekty poskytující služby, které stát nezabezpečoval dostatečně nebo vůbec. Mezi výhody soukromých subjektů patří jejich flexibilita a soustřeďují se na služby, které stát vnímá jako malé. Mezi naše největší nestátní neziskové organizace nabízející služby seniorům, patří Diakonie a Charita (POPELKOVÁ a CHYTIL, 2004).

5 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjištění rozsahu a úrovně služeb poskytovaných v domovech pro seniory ve Zlínském kraji z pohledu sociálních a zdravotních pracovníků v těchto zařízeních. Výzkumem se dále zjišťuje, co služby ovlivňuje, jak se na nich podílí stát a jak by se mohlo poskytování služeb zlepšit, jak hodnotí pracovníci podmínky pro poskytování služeb z hlediska možností prostorových, finančních, personálních, času a potřeb. Dále se výzkumné šetření zabývá tím, jaké konkrétní úkony provádějí v domovech pro seniory jednotliví sociální a zdravotní pracovníci, tedy jaká je jejich náplň práce.

Hypotézy

H1: Služby v domovech pro seniory neodpovídají možnostem daným legislativou.

H2: Stát se nepodílí na zajišťování služeb v domovech pro seniory dostatečně.

H3: V domovech pro seniory je poskytována základní zdravotní péče a sociální služba (na nadstandardní služby senioři těchto zařízení nedosáhnou).

5.2 Zkoumaný soubor

Výzkumný soubor tvoří sociální a zdravotní pracovníci v domovech pro seniory ve Zlínském kraji. Probandi byli zaměstnanci domovů pro seniory, které jsou zřizovány krajem a ve správě sociálních služeb Vsetín a domovů pro seniory, které zřizují církevní organizace Charity Česká republika a Diakonie Českobratrské církve evangelické. Výzkumného šetření se zúčastnily celkem čtyři domovy pro seniory,

sedm pracovníků (z toho tři sociální pracovníci, dva zdravotní pracovníci a jeden pracovník sociálních služeb). Průměrný věk je 39 roků, sociální pracovníci mají vysokoškolské vzdělání, zdravotní personál má středoškolské vzdělání.

5. 3 Etické aspekty výzkumného šetření

Při výzkumném šetření jsem se snažila získat poznatky o sociálně zdravotní péči v domovech pro seniory ze Zlínského kraje. V rámci výzkumu jsem oslovila několik sociálních a zdravotních pracovníků pracujících v domovech pro seniory, abych získala názory a mohla stanovit cíle svého výzkumu. Při šetření jsem byla osobně v domovech, kde byli nakloněni mému výzkumnému šetření. Ocenila jsem jejich vstřícný přístup k odpovědím na mé otázky. Byla jsem si vědoma jejich časově náročné, složité a zodpovědné profese. Jedním z hlavních požadavků některých sociálních a zdravotních pracovníků byla diskrétnost vůči zaměstnavateli, zaměstnancům a hlavně klientům, proto některé rozhovory jsou zcela anonymní a já jsem vázaná slibem mlčenlivosti.

Všem probandům jsem na úvod sdělila, kdo jsem, a co zjišťuji ve výzkumném šetření. Upozornila jsem je, že účast na výzkumu je dobrovolná, nehodnotím jejich znalosti, způsob práce a nezneužiji jejich výpovědi,

5. 4 Sebereflexe výzkumníka

Mému výzkumnému šetření předcházela teoretická odborná příprava zkoumající danou problematiku a vypracování teoretické části bakalářky. Na základě svého studia jsem zpracovala výzkumné šetření v domovech pro seniory. Analyzovala jsem data z terénního výzkumného šetření a porovnávala s teorií a znalostmi ze studia. Kromě výpovědí z rozhovorů jsem si mohla prohlédnout domovy pro

seniory a realizovala jsem v nich pozorování. Rovněž jsem od pracovníků v domovech obdržela další data, která jsem srovnávala s těmi, které jsem našla sama. Měla jsem možnost mluvit s klienty a využila jsem vlastní poznatky z odborné praxe, kterou jsem měla v Domově pokojného stáří ve Valašské Bystřici a v Charitě Rožnov pod Radhoštěm poskytující pečovatelskou a ošetřovatelskou službu seniorům. Praxe mi poskytly hlubší vhled do problematiky poskytované sociální a zdravotní péče seniorům, uvědomění si složitosti sociálně zdravotního systému a pochopení souvislosti s poskytováním služeb. Zúčastnila jsem se konference (téma bylo Sociální péče a starší věk aneb co by měl vědět geropsycholog).

Během výzkumného šetření jsem se snažila o objektivní náhled na fungování domovů pro seniory bez vlastního zaujetí a předpojatého názoru, i když si uvědomuji, že subjektivní pohled nelze zcela vytěsnit. Připravila jsem si takový postup, abych co nejméně ovlivnila celé výzkumné šetření.

Byla jsem si po celou dobu výzkumného šetření vědoma, že svým šetřením zasahuji do chodu jednotlivým domovů pro seniory a mým záměrem bylo minimalizovat možné ohrožení klientů i zaměstnanců domovů pro seniory.

5. 5 Metodologie výzkumu

Výzkumné šetření jsem vedla v terénu. Jedná se o terénní šetření založené na rozhovoru se sociálními a zdravotními pracovníky, sesbírání dat, pozorování a na introspektivním zjištění prostředí, kde se opírám o vlastní zkušenosti a znalosti založené na podílení se ve výzkumném šetření. Dále jsem provedla analýzu získaných dat a následně jsem uskutečnila interpretaci výsledků.

Ve výzkumném šetření jsem užila při empirickém šetření kvantitativní a kvalitativní metody. Kvantitativní část je vyhodnocení numerických podkladů a porovnání nezávisle proměnných a kvalitativní část se zaměřuje na informace a získaná data a prozkoumání jejich platnosti a určení cíle.

Metody užití při výzkumu:

- terénní šetření (kde jsem získala informace od probandů),
- analýza získaných dat, které jsem obdržela z dokumentů od probandů,
- pozorování,
- komparace získaných údajů z míněných výpovědí probandů a dokumentace.

Všechny shromážděné informace jsem získala z osobního kontaktu na místě šetření při rozhovoru se sociálními pracovníky a zdravotním personálem, z reklamních letáčků a brožurek a z veřejně dostupných webových stránek domovů pro seniory od března do dubna v roce 2013. Rozhovory s probandy jsem nahrávala na diktafon nebo mi byly poskytnuty v elektronické podobě. Odpovědi v rozhovorech byly pořízeny se souhlasem probandů. Připravené otázky pro strukturovaný rozhovor byly pro všechny zúčastněné stejné. Další informace mimo rozhovor jsem obdržela od sociálních a zdravotních pracovníků, nebo z dokumentů zapůjčených v zařízeních nebo z internetu. V těchto dokumentech jsem se především zaměřila na služby a práci s klienty domova pro seniory.

5. 5. 1 Sledované parametry

Ve svém výzkumu jsem se řídila svými zkušenostmi z dřívější doby:

„Pro výzkum jsem stanovila parametry, které měly být sledovány. Setřídila jsem je obsahově a rozdělila do kategorií. U každého parametru jsem rozhodla, zda (a jak) je možné jej zachytit v zaznamenaných údajích. Každý parametr jsem identifikovala za pomoci alespoň jedné z výzkumných metod. Pokud to bylo možné, identifikovala jsem parametry oběma metodami. Výsledky získané různými metodami jsem poté analyzovala, srovnala a zhodnotila“ (BEDNÁŘOVÁ, 2012, s. 44).

Kategorie	Parametry	Rozhovor s probandem	Dokumenty	Pozorování
Sociální a zdravotní péče v domovech pro seniory	Rozsah sociální péče v domovech pro seniory (dále DS)	Ano	Ano	Ano
	Rozsah zdravotní péče v DS	Ano	Ano	Ano
	Kvalita péče	Ano		Ano
	Podmínky pro poskytování péče	Ano	Ano	Ano
Služby poskytované v domově pro seniory	Srovnání praxe s legislativou	Ano	Ano	
	Nadstandardní služby v DS	Ano	Ano	
	Klienty preferované služby	Ano		Ano
Podpora služeb státem, krajem	Rozsah podpory	Ano	Ano	
	Návrhy na zlepšení	Ano	Ano	
	Jaká by měla být podpora	Ano	Ano	

5. 5. 2 **Strukturovaný rozhovor**

Strukturovaný rozhovor je jedním z hlavních metodologických postupů při získávání informací od probandů z domovů pro seniory ve Zlínském kraji v jednotlivých zařízeních s jiným poskytovatelem služeb. Jedná se

o metodu empirického šetření, kde se formou otevřených dotazů z předem vytvořených otázek, na které mi dotazovaní odpovídali, dozvídám odpovědi. Uvedení údajů je se souhlasem probandů. Data, která by mohla porušit anonymitu probandů, jsou pozměněná.

Otázky pro rozhovor byly následující:

1. Podporuje stát dostatečně sociální a zdravotní péči v domovech pro seniory? Co by se případně mělo zlepšit?
2. Jak hodnotíte podmínky pro svou práci v domově pro seniory (z hlediska prostorových podmínek, personálního zajištění, času, potřeb, financí)?
3. Jaké služby poskytujete v rámci své profese v domově pro seniory?
4. Které služby v domově pro seniory realizujete v největším rozsahu? (Uveďte, prosím, konkrétně!)
5. Co senioři ze sociálně – zdravotního hlediska potřebují nejvíce?

Z otázek lze vyzorovat, že se zaměřují na sociálně - zdravotní péči a služby v domovech pro seniory, na poskytované služby pro klienty konkrétního domova pro seniory a klienty upřednostňované služby.

Otázky vznikly na základě obsahu teoretické části, vlastní zkušenosti během praxe v Domově pokojného stáří ve Valašské Bystřici a z dat získaných z dokumentů. Rozhovor jsem se snažila vést v příjemném prostředí bez rušivých elementů. Poskytla jsem dostatek času a prostoru na odpovědi. Někdy jsem podrobněji rozváděla své otázky, aby dotazovaní správně pochopili, oč v otázce jde, a tím byla i zajištěna přesnější interpretace.

5. 6 Rozhovor v domově pro seniory zřizovaným církevní organizací Diakonie CČE

5. 6. 1 Sociální pracovník z domova ze zvláštním režimem

Stát přispívá, reguluje a kontroluje, bez jeho zásahů se nelze obejít, neboť tak je nastavený systém fungování neziskových organizací. Zdravotní pojišťovny proplácejí jen část vykázaných úkonů, což by se rozhodně mělo zlepšit. Jednání s pojišťovnami jsou zdlouhavá a často nedůstojná, přesto jsou jejich požadavky nekompromisně nastaveny. Rozsah služeb pracovníků v sociálních službách, jejich kvalita a pravidla jsou stanovená zákonem. Sociální pracovník uvádí, že jemu se zákon 108 jeví jako přehledný a dostatečný. Samozřejmě se v praxi prolínají nejrůznější právní předpisy. Domov čekají změny, které vypadají, že nebudou k lepšímu, protože se předpokládá snížení finanční podpory za zvýšeného tlaku na kvalitu poskytovaných služeb.

V práci dotazovaný poukazuje na svou spokojenost a vyzdvihuje spolupráci s paní vedoucí, spolupracovníky a církevním zaměstnavatelem. Práci hodnotí jako smysluplnou, i když je vyčerpávající. Vyšší finanční ohodnocení by bylo vítané. Sociální pracovník poskytuje služby sociálního a právního poradenství interně i externě. Vede depozita, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím formou doprovázení (osobní asistence), aktivizace, pastorece, fotodokumentace. Služby jsou bezplatné.

Domov poskytuje velkou podporu a pomoc v soběstačnosti za přispění socializace, zdravotní péče a různých metod aktivizace např. ergoterapie, kanisterapie, felinoterapie, muzikoterapie, arteterapie, reminiscence, validační techniky, tréninku paměti a kognitivních funkcí.

Podle názoru sociálního pracovníka klienti domova potřebují prioritně zabezpečit základní potřeby a teprve až pak zajistit sociální a duchovní potřeby.

5. 6. 2 Sociální pracovník z domova pro seniory

Stát, stejně tak jako v ostatních oblastech, dostatečně nepodporuje sociální a zdravotní péči. Každoročně se krátí dotace, nevytváří se podmínky pro zřizování nových služeb, to, co funguje, se ruší a vytváří se něco, co seniorům přináší pouze starosti (S karty) apod.

Domov bude letos rekonstruován, změní se i prostory, přibude více lůžek (asi 10), bude více možností pro vyžití uživatelů, ale z důvodu krácení financí od státu si domov nemůže dovolit potřebný počet personálu (pečovatelek, uklízeček atd.)

V rámci své profese poskytuje zprostředkování kontaktů se společenským prostředím aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí atd.

Služby v domově se poskytují podle individuálního plánu, který sestavují podle potřeb každého uživatele, takže žádná služba není upřednostňována v největším rozsahu.

Ze sociálního hlediska senioři potřebují kontakty se společenským prostředím. Ze zdravotního stanoviska všeobecně by senioři nejen v domově potřebovali více informací (na což mají nárok, např. kde a jakým způsobem požádat o příspěvek na péči), ale možná by uvítali větší zájem ze strany některých praktických lékařů. Všeobecně mají velké doplatky na léky, inkontinenční pomůcky a pod, což je také finančně velmi zatěžuje.

5. 7 Rozhovor v domově pro seniory zřizovaným Zlínským krajem

5. 7. 1 Sociální pracovník

Prostorově podmínky jsou výhodné pro setkávání uživatelů ve velkých chodbách, kde udržují v rámci možností společenské kontakty. Celkově se jedná o starší budovu, kdy dveře nemají správný rozměr a obdobně. Lidé se musí překládat na pojízdné vozíky nebo křesla. Při vytvoření projektů dalších domovů je lepší využít nových poznatků a zkušeností od lidí z praxe. Personálně je domov pracovně velmi nedostatečně saturován a je vyžadována rozsáhlá administrativa, kterou by podle názoru sociálního pracovníka bylo možné zjednodušit, ale o to úřední zájem není. Sociální služby se plánují individuálně jako součást standartu a metodicky jsou řízeny sociálními pracovníky a dále se domlouvají v rámci propracované sítě, kde informace se dostávají na oddělení přes koordinátory, následně ke klíčovému pracovníkovi a pak ke klientovi. Tak získávají zaměstnanci rychle zpětné vazby od uživatelů a dochází ke vzájemné spolupráci. Je ale pravda, že tento systém je složitější na práci.

V současné době domov směřuje spíše k sociální péči než zdravotní, jako důvod je uváděn, že doma uživatel také nebude mít zdravotníka celou dobu k dispozici. Proto by se měli posílit pracovníci v sociálních službách a ubrat zdravotních pracovníků (sester). Na jednotlivých odděleních je staniční sestra, zdravotní pracovník, pracovníci v sociálních službách a uklízečky a dochází lékaři. V budoucnu by řízení zajišťovala vrchní sestra, která by organizovala zdravotní sestry, a oddělení by řídili koordinátoři, kteří by měli pod sebou pracovníky v sociálních službách a zodpovídali by za sociální sektor. Tento model je výhledově možný. Zaměstnanců by bylo třeba více, ale finance nejsou k dispozici a kapacitně by bylo dobré navýšit stav aspoň o jednoho aktivizačního pracovníka na oddělení. K dispozici je i pár

dobrovolníků. Proband má srovnání se stáží v Rakousku. Pracovníků v sociálních službách by bylo vhodné mít na oddělení o dva či tři víc.

Na oddělení je 50 a někdy více uživatelů. Celková kapacita pro uživatele je 221 míst. Z toho je vyčleněno 18 míst pro domov se zvláštním režimem. Práce sociálního pracovníka je náročná. Pracovník musí mít široké spektrum kontaktů, zkušeností, musí umět vyjednávat s pojišťovny, českou správou, zařizuje zbavení způsobilosti a musí mít přehled jak zařídit úhrady, zprostředkovat spojení s realitní kanceláří, se soudy, řešit ohlášení úmrtí, objednávání novin. Pokud je třeba, zajišťuje důchod či hospitalizaci a pracuje s počítačem, zjišťuje, co se událo během dne atd. Uživatelé mají vlastní výbor uživatelů. Pořádají setkání, kde projednávají své názory a potřeby. Sociální pracovník uvádí, že času mnoho není, aby se mohli věnovat více uživatelům. Finance získávají na základě statistik a jejich vyhodnocení v KISSOS systémech podle podílu příspěvku lidí na péči k celkovému počtu, podle toho, jak jsou vysoké náklady či pokrytí kapacity domova. Na základě toho se dotace rozdávají. Finance domov získává od státu dotacemi, od klientů za ubytování, stravu, péči, dále státní příspěvek na péči a dary, které jsou spíše zanedbatelné. Sociální pracovník poskytuje sociální služby, např. zařizuje s uživateli nástup a potřeby kolem něho, oznamuje úmrtí atd.

Domov v největším rozsahu poskytuje služby, které nařizuje zákon a vyhlášky (od ubytování, úklid, praní atd.). Jinak služby se poskytují individuálně podle stupně závislosti, ale snaha je vést uživatele k soběstačnosti a samostatnosti. Uživatelé potřebují podle sociálního hlediska kontakt a to hlavně s rodinou, ale ne vždy je to možné, dále kontakt s personálem, s dalšími uživateli, setkávání s nimi a uspokojivý verbální kontakt.

5. 7. 2 Zdravotní pracovník

Stát nedostatečně podporuje sociální a zdravotní péči. Demotivující je, že zaměstnanci často slyší, jak nejsou peníze, a pokud jako sestry nebudou více vydělávat, budou postavené do funkce pracovníka v sociálních službách. Rozhodně by bylo zapotřebí více financí a tím zvýšit počet pracovníků v zařízení. Zdravotník uvádí, že má pocit, že o jejich zařízeních rozhoduje ten, kdo vůbec neví, o čem jejich práce je. Chybí prostory, jednolůžkové pokoje, které by měly být prioritou, finance chybí na každém kroku.

Podmínky pro zdravotní personál nejsou vhodné. Vedení jim často sděluje, že sestra v domově pro seniory není důležitá. Důležitá je pozice sester jen tehdy, pokud zařízení vydělává. Domovy pro seniory bez zdravotních sester fungovat nemohou. Mnohdy suplují i práci lékařů. V minulosti měla jejich práce smysl a to jen proto, že v popředí stál člověk. Argument vedení, že doma člověk zdravotní sestru taky nemá po ruce, neobstojí, protože právě proto většina seniorů přichází do těchto zařízení.

V rámci své profese poskytuje především ošetrovatelskou péči (aplikace injekcí, podávání léků, odběry krve apod.), pokud je potřeba musí pomoci i v provozu, pohladit, potěšit, zahrát si nějakou hru, třeba i zazpívat. Nezbytným předpokladem pro práci je obrovská míra empatie a porozumění, dostatek času na klienta a dovolit mu stanovit si vlastní priority. Součástí práce je zejména snaha zachovat klientovi největší množství kontaktů, udržení a podpora zdraví, rozvoj soběstačnosti, mírnění utrpení a zajištění klidného stáří. Většinu času však tráví zdravotničtí pracovníci u počítače, kde vyplňují plány péče, realizace svých výkonů a atd. Tím není zcela naplněn lidský přístup ke klientům, protože je časově omezen.

5. 7. 3 Pracovnice v sociálních službách

Nemůže zhodnotit, jestli je podpora státu dostačující, ale financí nikdy není dost. Důležitý je personál a toho není také dostatek, dobrovolníků je málo, dříve byla dobrá civilní vojenská služba. Mladí muži pomáhali s neodbornými činnostmi jako koupání, ale věnovali se seniorům. Optimální počet zaměstnanců na oddělení by bylo 7 - 6 pracovníků v sociálních službách (dále PSS) (kvůli dovoleným, nemocenským a péči o seniory).

Po prostorové stránce je domov nevyhovující, hodně zastaralý, např. není možné pohodlně vyjet s lůžkem. Poskytuje se zdravotní péče v domově, dochází lékař a psychiatr jednou týdně, je tam kantýna, jednou týdně dochází dobrovolnice. Nakupuje lidem, kteří se nedostanou z domova. Mají aktivizační pracovníky, kteří každý měsíc pořádají program (masopust, šachové turnaje, čtení na pokoji). V největším rozsahu poskytují péči o klienta (ranní, polední a večerní úprava, roznášení jídla, koupání, pedikúru) a dochází pedikérka, kadeřnice. Nově se zavedlo individuální plánování. Dříve se v domově starali celoplošně o klienty, dnes individuálně. Každý PSS má na starosti 5 - 6 lidí na oddělení jako klíčový pracovník (zjišťují jejich potřeby, přání atd.).

Ze sociálně hlediska potřebují nejvíce pohládit, povzbudit a kontakt s obyvateli a hlavně s rodinou. Ze zdravotního hlediska nastal velký posun, domnívá se, že je zde poskytován veliký komfort. Doporučila by i vlastním příbuzným.

5. 8 Domov pro seniory zřizovaný církevní organizací Charitou ČR

5. 8. 1 Sociální pracovník

Stát nepodporuje dostatečně domovy pro seniory. Stát přiděluje příliš nízké dotace. Mělo by se zlepšit vyšší přispívání státu. Třeba možnost rozdělit domovy pro seniory na dvě kategorie:

Nízkopříjmové, kde by se poskytovaly základní služby pro nízkopříjmovou populaci, kde by byla z 90 % účast státu a z 10 % od účastníků.

Vysokopříjmové, kde by byla možnost nabízet nadstandardní péči a služby, které by byly poskytovány za vysoký poplatek.

Podmínky pro svou práci nemá příznivé. Z prostorového hlediska nemá svou kancelář, kde by byla možnost se potkávat s klienty, a dost často se stává, že sociální pracovník má kumulovanou funkci i jako vedoucí stravování a i jinými funkcemi. Po finanční stránce vnímá, že je profese ohodnocena vysoce podprůměrně, na to, že má několik let praxi v oboru a má vystudovanou vysokou školu.

V rámci své náplně práce poskytuje aktivizační služby, základní sociální poradenství, rovněž zajišťuje komunikaci se společenským prostředím, pořádá různě zaměřená odpoledne. Vyřizuje záležitosti s úřady, lékaři. Bohužel k funkci sociálního pracovníka v tomto domově patří i funkce vedoucího stravování, na tuto funkci však nemá sociální pracovník patřičné vzdělání, proto sestavuje společně s vrchní sestrou jídelníček, objednávky pečiva a jídla. Taktéž jednou za týden obstarává nákupy pro klienty.

V největším rozsahu realizují služby aktivizační jako trénování paměti a společná odpoledne na různá témata – reminiscence, taktéž tvoření dle různých ročních období.

Nejvíce senioři potřebují menší doplatky na léky, zabezpečení bezpečného prostředí pro klidné a důstojné stáří, neustále pracovat na udržení alespoň částečné soběstačnosti, zachovat vazby s rodinou, přáteli, kamarády, které mají.

5. 8. 2 Zdravotní pracovník

Myslí si, že zdravotní a sociální péči v domovech stát podporuje nedostatečně. Stačí se jen podívat např. na rozpočet (dotace) na letošní rok. Ty jsou srovnatelné s rokem loňským, nicméně jejich kapacita nyní citelně vzrostla. Může poukázat i na skutečnost, že stát je tlačí k tomu, aby se do domovů přijímali hlavně lidé s nejvyšším stupněm závislosti, to aby splnili potřebné kolonky. Ví, že jsou tady hlavně pro tyto lidi, kteří jejich péči potřebují nejvíce, ale realita, při počtu zaměstnanců, kterou mají, není v jejich silách zvládnout péči o 26 ležících klientů. Péči dobrou a kvalitní.

Podmínky pro svou práci hodnotí velice kladně. Pracuje v nových a funkčních prostorech. Nebere-li v potaz jen materiální zajištění, myslí si, že stále spadají do kategorie zaměstnanců, kteří jsou ochotní, spolehliví a do své práce zapálení. Tuto práci musí mít člověk rád.

V domově pro seniory poskytují služby jako ubytování, stravu nebo pomoc při jejím zajištění, s tím souvisí i nákup s donáškou. Dále pomoc při osobní hygieně, při zvládání běžných úkonů v péči o vlastní osobu, zprostředkují kontakt s okolím např. kadeřnice, pedikérka. Nabízí doprovod a pomoc při vyřizování úředních záležitostí, u lékaře atd. Nedílnou součástí jsou i aktivizační činnosti, v této oblasti si myslí, že mají ještě hodně co dohánět.

Celkově jejich pomoc hodnotí tak, že se snaží pomáhat lidem v tom, co už nejsou schopni zvládat bez cizí pomoci.

Snaží se, aby lidé měli dostupnou zdravotní péči, pokud to bere ze svého postoje.

5. 9 Analýza rozhovorů

Sociální a zdravotní pracovníci v zařízeních zřizovaných krajem hodnotí podmínky pro svou práci jako nevyhovující. Kritizují nedostatek pracovníků, tedy špatné personální zajištění práce. V důsledku toho nemají na klienty dostatek času a nemohou jim věnovat více individuální péče. Omezuje se také jejich komunikace s klienty.

V domovech nabízejí služby v souladu s dokumenty zařízení a platnou legislativou. Služby však nemohou podle svých výpovědí v domovech pro seniory dosahovat vysoké kvality, kterou stanoví stát. Stát (ani kraj) neumožňuje zajistit celkový rozsah služeb, většinou pouze kontroluje dokumentaci, uděluje sankce a snižuje finanční dotace domovům pro seniory.

V domovech se podle odpovědí z rozhovorů od sociálních a zdravotních pracovníků nejvíce realizuje základní sociální a zdravotní péče. Na nadstandardní péči a služby nejsou dostatečné finance, čas, personál, prostor a vybavení. Domovy mají zastaralé vybavení, nedostatek materiálu.

Probandi si myslí, že senioři nejvíc potřebují mít pocit, že je o ně postaráno, pocit jistoty, aby se mohli na ně (jako zaměstnance) spolehnout a vědět, že tu nejsou sami v těžkých situacích. Každý senior je individuální a očekává trochu něco jiného. Problémem je, že pracovníci jsou časově vytížení a nemohou se jim věnovat podle jejich potřeb ani podle svých představ.

Sociální a zdravotní pracovníci v zařízeních zřizovaných nestátními neziskovými organizacemi hodnotí svou práci jako prospěšnou, cítí se být motivováni k pomoci a podpoře seniorů, považují to za své poslání.

Podmínky pro práci v jednom ze zařízení hodnotí jako dobré, ve druhém zařízení je nepovažují dobré. Také by ovšem přivítali větší podporu státu (finanční prostředky). Vybavení mají jejich domovy kvalitní, stále se doplňuje.

Vedle základních zdravotních a sociálních služeb poskytují řadu terapeutických aktivit, kulturních, zájmových a pracovních programů. Organizují výlety, společenská setkání.

Pracovníci domovů zřizovaných NNO zdůrazňují osobní přístup ke klientům, potřebu empatie, komunikaci a podporu sociálních kontaktů. Zdůrazňují, že klienti potřebují nejvíce právě sociální kontakty, komunikaci a individuální přístup.

5. 10 Sběr dat z dokumentů

Při sběru dat jsem získávala informace z veřejně dostupných dokumentů domovů pro seniory ve Zlínském kraji, z dokumentů, které se zabývají stárnutím a stářím ze sociálně – zdravotního hlediska v domovech pro seniory v České republice.

Sesbírala jsem data, která slouží k posouzení zdravotní a sociální péči v jednotlivých zařízeních, kde jsou uvedeny údaje informační, statistické a velikostní.

Data jsou získána z terénního šetření, z dokumentů (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2012-2014 a Akčního plánu rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro rok 2013) a webových stránek domovů pro seniory a z oficiálních webových stránek úřadu Zlínského kraje.

5. 11 Analýza dat získaných z dokumentů

Ve Zlínském kraji, tak jako ve vyspělých zemích, dochází k prodlužování průměrného věku dožití obyvatel a podle statistik se bude zvyšovat podíl seniorů starších 65 let, což zvýší poptávku po sociálních službách zaměřených na tuto sociální skupinu. V současné době jsou senioři druhou nejpočetnější skupinou, které se poskytují sociální služby. Celkový počet uživatelů domovů pro seniory ve Zlínském kraji je 2712 (ke dni 31. 12. 2011) a průměrný počet seniorů se podle roku 2009 - 2010 pohyboval kolem 91 500. V současné době došlo ke zvýšení kapacity domovů pro seniory a transformaci lůžek na základě otevření dvou domovů se zvláštním režimem. V některých domovech došlo ke snížení počtu lůžek a k „nárůstu úvazků v přímé péči, a tím pádem velmi nízký pokles nákladů, který neodráží snížení kapacit. Většina poskytovatelů sociálních služeb předpokládala při stejné či nižší kapacitě shodný či vyšší počet úvazků, Příčinou je zvýšený stupeň závislosti u stávajících uživatelů. Počet uživatelů bez příspěvků a v I. stupni závislosti klesl o 103, naopak počet uživatelů ve zbývajících stupních závislosti vzrostl o 129. Tato skutečnost ale zcela neodpovídá úhradám od uživatelů, především pokud se týká příspěvku na péči, který vzrostl pouze o 435 000 Kč. Plánované úhrady od uživatelů jsou nepřímo úměrné nárůstu počtu uživatelů ve vyšším stupni závislosti. Poskytovatelé sociálních služeb předpokládajíc v roce 2011 pokrytí nákladů – díky poklesu dotace ze státního rozpočtu, Zlínského kraje i nízkým úhradám od uživatelů z ostatních zdrojů, resp. Rozdíl je uváděn jako „chybějící zdroje““ (ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ KRAJSKÉHO ÚŘADU ZLÍNSKÉHO KRAJE, 2012, s. 48; ČSÚ, 2012).

Mezi hlavní akční plány pro rozvoj Zlínského regionu patří humanizace pobytových služeb pro seniory směrem ke zvýšení kvality poskytovaných sociálních služeb a přeměna sociálních služeb

zaměřující se na lépe odpovídající potřeby uživatelů (ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ KRAJSKÉHO ÚŘADU ZLÍNSKÉHO KRAJE, 2012).

5. 11. 1 Domovy pro seniory Diakonie

Zřizovatelem obou domovů, které se zúčastnily výzkumného šetření, je církevní organizace Diakonie ČCE ve Zlínském kraji jako právní subjekt. Domovy se zaměřují na pobyt osob starších 27 let. Věnují se i osobám s vážnými zdravotními problémy (demence jako Alzheimerovskou aj.). V obou domovech je nepřetržitý provoz. Kapacita domovů je 20 a 32 lůžek (LANŽHOTSÁ, 2011; DIAKONIE ČCE, 2010).

Metodou práce je zabezpečit uspokojení základních potřeb, udržet vlastní životní styl a v důstojnosti prožít stáří. Metoda je založena na vypracování individuálního plánu potřeb každého uživatele a zajištění míry soběstačnosti. Sociální a zdravotní pracovníci zajišťují všechny životní potřeby podle sjednané smlouvy. Od poskytnutí osobní hygieny přes aktivizační a terapeutické činnosti po zprostředkování společenského kontaktu. Rovněž mezi jejich služby patří bazální stimulace, což je pedagogicko - ošetrovatelský koncept založen na vnímání, komunikaci a pohybových schopnostech. V obou domovech jsou celkem tři sociální pracovníci a sedm sester (LANŽHOSTKÁ, 2011; DIAKONIE ČCE, 2010).

5. 11. 2 Domov pro seniory Podlesí

Domov pro seniory se nachází na hlavní silnici mezi Valašským Meziříčím a Vsetínem. Zaměřuje se na osoby, které vzhledem k vysokému věku, zdravotnímu stavu a sociální situaci nejsou schopni se o sebe starat a nemohou žít ve svém přirozeném prostředí. Posláním je posilování soběstačnosti, aktivity a samostatného rozhodování seniorů. Jeho zřizovatelem jsou Sociální služby Vsetín,

příspěvková organizace (DOMOV PRO SENIORY PODLESÍ, 2012; HOLČÁKOVÁ, 2011).

Cílem je poskytování kvalitních sociálních služeb personálem na profesionální úrovni individuálním uživatelům. Cílová skupina jsou senioři od 60 let. Provoz funguje nepřetržitě. Kapacita domova je 203 lůžek a úhrada za služby je ve výši, jak stanoví zákon dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálním zabezpečení v platném znění v návaznosti na vyhlášku c. 505/2006 Sb., v platném znění (HOLČÁKOVÁ, 2011).

Domov pro seniory poskytuje služby jako ubytování, stravování, pomoc při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a vše v souladu se zákonem. Zároveň metoda práce je ošetrovatelská, rehabilitační a fyzioterapeutická a naplňování individuálních plánů u klientů (HOLČÁKOVÁ, 2011).

5. 11. 3 Charitní dům pokojného stáří Valašská Bystřice

Dům pokojného stáří ve Valašské Bystřici byl založen roku 1992. Byl prvním charitním domem na Moravě. Jeho posláním je poskytnout bezpečné prostředí pro klidné stáří bez obav. Jeho poskytovatelem je

církevní organizace Charita Valašské Meziříčí jako právnická osoba (LIŠKA, 2012; CHARITA VALAŠSKÁ BYSTŘICE, 2010).

Cíle a provoz zařízení

Dům pokojného stáří si klade za cíl podporu původního životního stylu seniorům (se sníženou schopností) v útočišti, který slouží místo

původního domova. Snaží se zachovat a respektovat jejich zvyklosti a zvláštnosti a je určen pro seniory od 65. roku a výše. Provoz Charitního domu funguje nepřetržitě a je přizpůsoben potřebám a možnostem uživatele. Kapacita domova je 26 lůžek. Úhrada za služby je získána z úhrady za pobyt a z příspěvku na péči. Úhrada za pobyt se skládá z ubytování, stravování a péče. Cena se pohybuje za od 150 Kč za den na lůžko a za celodenní stravování je cena na den 110 Kč (LIŠKA, 2012; CHARITA VALAŠSKÁ BYSTRICE, 2010).

Zaměstnanci domova spolupracují s rodinou, blízkými a známými osobami uživatele na základě jeho přání. V případě zájmu klienta je zvána rodina, blízcí a známi na různé akce, zejména oslavy narozenin, svátků a různé kulturní programy. Metoda práce je individuální vytvoření plánu služeb podle požadavků uživatele služeb. Plán je písemně dokumentován a aktualizován aspoň jednou za půl roku. Dům se může pochlubit bývalou pečovatelkou (toho času na důchodě), která byla nominována na cenu Pečovatelka roku, pravidelně uděluje Diakonie ČR, kde obsadila v celorepublikové „konkurenci“ druhou příčku (LIŠKA, 2012; CHARITA VALAŠSKÁ BYSTRICE, 2010).

Poskytované služby

Dům pokojného stáří poskytuje tyto služby: ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Nad rámec těchto základních činností poskytuje pomoc při uspokojování duchovních potřeb uživatelů. Klienti jsou ubytováni v jednolůžkových pokojích, někteří dvoulůžkových, přičemž každý klient si může svou místnost vybavit vlastním nábytkem (CHARITA VALAŠSKÁ BYSTRICE, 2010).

V domově pracuje jeden sociální pracovník, tři zdravotní sestry, deset pečovatelek (LIŠKA, 2012).

5. 12 Pozorování

Pozorování patří mezi významné metody výzkumu. Pozorováním je možné popsat, co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč.

Připravila jsem metodiku pro pozorování – co se bude sledovat v souladu se stanovenými parametry, dobu pozorování, opakovaná pozorování pro ověření zkoumaného parametru, formu zapisování a postup při vyhodnocení. Pozorování nepůsobilo rušivě a má přítomnost byla pracovníky akceptována.

Přestože mé pozorování bylo nestrukturované, hlavním prostředkem pro konečnou analýzu byly terénní poznámky (Field notes) toho, co jsem si během své praxe zaznamenala, co jsem viděla, slyšela, prožila, jak jsem vnímala chování, vyjadřování, gesta a dialogy jednotlivých účastníků v terénu, kde a jak událost probíhala.

5. 13 Analýza pozorování

5. 13. 1 Rozsah poskytovaných služeb

Pozorováním bylo zjištěno, že rozsah poskytovaných sociálních a zdravotních služeb odpovídá službám deklarovaným v dokumentech domovů pro seniory. Bylo pozorováno, že služby jsou v souladu s požadavky stanovenými v legislativě.

5. 13. 2 Kvalita péče

Bylo pozorováno, že kvalita zdravotní a sociální péče splňuje základní požadovanou úroveň ve všech domovech pro seniory. Mezi jednotlivými

domovy jsou však zřetelné rozdíly v materiálním vybavení a v prostorových podmínkách, také v přístupu pracovníků. Nejlepší podmínky pro poskytování sociální a zdravotní péče se zjistily v zařízení vsetínské Diakonie. Ostatní zařízení přizpůsobují kvalitu péče svým možnostem. To se projevuje také na kvalitě práce zaměstnanců.

Dále se zjistilo, že na kvalitu péče má vliv počet seniorů v zařízení. Ve velkém zařízení (DS Podlesí) nemají pracovníci dostatek prostoru pro individuální práci s klienty. Péče byla zajišťována, chybělo více osobního přístupu a zájmu. V menších zařízeních je preferován osobní přístup, komunikace, více motivačních programů (které doplňují zdravotní a sociální péči).

5. 13. 3 Podmínky pro poskytování péče

Pozorováním bylo ověřeno, že ve všech zařízeních jsou zajištěny základní personální, materiální a prostorové podmínky pro sociální a zdravotní péči.

Byly pozorovány rozdíly v materiálním vybavení mezi domovy zřizovanými krajem a nestátními neziskovými organizacemi (dále NNO). Domovy zřizované NNO mají lepší materiální vybavenost a to rozsahem i kvalitou. Jako příklad uvádím vybavení vozidly – zařízení zřizované NNO mohou pravidelně vozit své klienty na různé výlety, na programy, také na zdravotní vyšetření, domovy zřizované krajem tyto mají tyto možnosti omezeny a při komunikaci se zdravotním zařízením jsou většinou odkázány na jejich sanitní vozy.

Totéž platí pro prostorové podmínky. V domově zřizovaném krajem ve Vsetíně nejsou společenské prostory vhodné pro setkávání seniorů, ti se setkávají většinou pouze v úzkých chodbách na oddělených patrech. Ve velkém zařízení zřizovaném krajem v Podlesí jsou společenské prostory v jiné budově, což snižuje dostupnost pro imobilní klienty.

Konají se tam pouze jednorázové akce, chybí pravidelný sociální kontakt, podmínky a programy pro rozvíjení sociálních kompetencí. Kvalitnější podmínky pro sociální péči mají zařízení zřizované NNO. Jsou lépe prostorově vybaveny a sociální péče, včetně programů pro seniory, je rozsáhlá a systematická.

Zdravotní péče je všech zařízeních srovnatelná, splňuje předepsaný rozsah. Rozdíly jsou ovšem v přístupu ke klientům, v aktivitě pracovníků při zajišťování zdravotní péče. Samozřejmě není možné zobecnit tvrzení, že pracovníci zařízení zřizovaných krajem jsou necitliví a nezajímají se o klienty. Bylo však pozorováno, že někteří z nich nepřístupují ke klientům individuálně, působí unaveným dojmem a v době pozorování nebyli v případě zdravotních potíží klientů nijak iniciativní. Pozorování v domovech zřizovaných NNO naopak přineslo poznatky o individuálním přístupu pracovníků, větším zájmu o klienty a snaze pomáhat.

Rozdíly mezi domovy zřizovanými NNO a krajem byly pozorovány v personálních podmínkách. Počty pracovníků jsou srovnatelné, stejně tak jejich vzdělání. V domovech zřizovaných NNO jsem zaznamenala více empatie, vstřícnosti, nadstandardní sociální péče, soustavně individuální práce s klienty, také pořádání pravidelných motivačních programů a zájmových aktivit, které u klientů upevňují sociální dovednosti, rozvíjejí komunikaci a zabraňují pocitu samoty a izolovanosti. Při pozorování v zařízeních zřizovaných krajem jsem výše uvedené postrádala.

5. 13. 4 Klienty preferované služby

Ve všech zařízeních byl pozorováním zjištěn zájem klientů především o zdravotní služby. Zajímá je přítomnost lékaře, dostupnost odborných vyšetření, zajištění léků, rehabilitační cvičení a masáže.

Klienti se více zajímají rovněž o kadeřnické služby, manikúru a pedikúru.

Lucidní a mobilní klienti mají zájem o kulturní programy, možnost setkávání, pracovní aktivity, výlety, společenské akce a zábavu.

Pozorováním bylo zjištěno, že kulturní programy a společenské aktivity více vyžadují klienti domovů zřizovaných NNO. Uvedené zjištění považují za důsledek systematické práce sociálních pracovníků.

5. 13. 5 Záznamy pozorování z Field notesu

Pondělí 25.3.

Podlesí (zřizováno krajem)

Klientů je mi dnes líto, posedávají na chodbě, dívají se z okna, venku je příšeří, prší. Je to nuda, nikdo s nimi nemluví. Sestra prošla patrem dvakrát za odpoledne.

Paní Blanka – *„tak je to tady pořád, není co dělat, víte, nechce se mi v jednom kuse dívat na ty blbosti v televizi....“*

Pan Josef – *„tak tady sedíme a mluvíme pořád o tom stejném. Kdybych mohl pořádně chodit, tak pojedu do města, je tady smutno...“*

Sobota 29.3.

Podlesí (zřizováno krajem)

Zase mám pocit smutku, lítosti. V 18 hod. zhasla světla (nějaký výpadek elektřiny, možná porucha) – je téměř tma, babičky volají, že se jim chce na záchod a bojí se úrazu. Sestra přináší svíčku.

Sestra – *„nemáme peníze na baterky, musíme svítit svíčkami, my nemáme peníze na nic...“*

Paní Anna – *„sestřičko, já se bojím, že svíčka to tady zapálí... a mně to nestačí, nevidím, jak se dostanu do koupelny?...“*

Sestra – „řekněte to paní vedoucí, já nemůžu nic, řekli by mi, ať odejdu, když se mi to nelíbí...“

Úterý 26.3.

Vsetín (zřizováno Diakonií)

Venku sněží, ale tady je útulno, všechna světla svítí – krásné lustry. Jídelna je spojená s kuchyní, sestry chystají jablkový závin, babičky strouhají jablka, zpívají, nějaký děda vaří čaj ve velkém hrnci. Sestry zpívají s klienty, dobrá nálada. Potom si povídají o pečení, spolupracují na přípravě jídla. Je mi příjemně.

Paní Božena – „sestřičko, tady to voní jako na Vánoce, už jsem dlouho nepekla, nezkusíme zítra vánočku?...“

Sestra - paní...., vzpomenete si na recept? Říkala vaše dcera Barunka, že jste do nich něco přidávala a chutnaly úplně jinak...“

Pan Antonín – „sestřičko, do čaje by to chtělo trochu rumu, ten asi nemáte...“ (smích)

Středa 27.3.

Bystřice (zřizováno Charitou)

Všichni sedí ve společenské místnosti, vnímám pohodu, klid. Vzpomínají na své dětství, líbí se mi, že to sociální pracovnice koordinuje, každý se dostane k řeči, každý mluví bez časového omezení, občas se odmlčí, nikdo nikam nespěchá. Jsou spolu, cítím sdílení, to je fajn.

Paní Anastázie – „ já jsem měla těžké dětství, bydleli jsme na pasekách, to bylo všude daleko. Ale vzpomínám ráda, byly to krásné roky.... Já jsem zapomněla, kolik jsem měla sourozenců, to je hrozné...“ (zkouší je vyjmenovat, nejde to).

Sestra - „To nevádí, já si kolikrát ani nevzpomenu, kam jsem dala klíče, nic si z toho nedělejte, vzpomenete si jindy, potom mi to řeknete,

ano?...“ (Mám ze sestřiny reakce radost, uklidnila babičku, sdílí s ní zapomnětlivost, to je prima).

Čtvrtek 4.4.

Vsetín (zřizováno Diakonií)

Dnes mají babičky a dědečkové ruční práce – vyrábějí papírové ozdoby. Dělí se o práci – někteří stříhají a lepí, jiní pak ozdoby barví. Pohoda, úsměvy. Paní Marie zpívá valašské písničky.

Po svačině změna, paní Marii není dobře, stupňují se bolesti břicha.

Sestra – *„ničeho se nebojte, pan doktor tady bude za chvíli...“* (drží klientku za ruku, hladí ji po tváři)

Po vyšetření lékařem sestra – *„už tady bude vaše Maruška, pojedeme na vyšetření do nemocnice. Nebojte se, pojedete s Vámi, nebudeme volat sanitku, pěkně pojedeme naším autem, to je lepší, prášek vám zabere, bude vám dobře...“* (Hladí ji. Jsem dojatá, moc se mi líbí přístup sestry, klientku uklidňuje, je s ní ve fyzickém kontaktu, stále opakuje, že dcera už brzy přijde).

Pátek 5.4.

Vsetín (zřizováno Diakonií)

Je to menší panelák, pokoje jsou jedno lůžkové. Je tady příjemné teplo, hodně světla, jsem trochu stísněná z chodeb. Na konci chodby sedí v křesílku klient, nepřítomně se dívá z okna. Po chodbě se prochází klientka. Přichází sestra.

Pan Alois (sedící v křesle) – *„sestřičko, sestřičko, chtěl jsem se vás zeptat...“*

Sestra – *„teď si s vámi nemůžu povídat, nemám čas. Snědl jste ty léky? Já se podívám...“*

Odejde, po návratu z pokoje ke klientovi – *„vy jste ty léky nesnědl, to není možné, snězte to, prosím...“* (podává mu je a odchází).

Jsem trochu rozmrzelá, nezdálo se mi to jako nejvhodnější odpověď.
Dědy je mi líto

5. 14 Shrnutí a interpretace

V domovech pro seniory se poskytují služby podle zákona 108/2006 a zdravotní péče podle individuálních potřeb klientů. Převážně se služby zaměřují na poskytování základní péče o uživatele/klienty. Základním cílem služeb v domovech pro seniory je vedení klienta k soběstačnosti, samostatnosti a pomoc při obsluze, kterou nezvládá sám. Na základní péči navazují v domovech zprostředkované kulturní akce, výlety, aktivizační činnosti (jako soutěže, výtvarné činnosti atd.). Následně se pečuje o jejich sociální a duchovní potřeby. Rozdíl je v rozsahu sociálních služeb a péče o duchovní potřeby klientů. Ze srovnání zařízení zřizovaných NNO a zařízení zřizovaných krajem lépe vychází zařízení NNO. V těchto zařízeních je sociální práce více komplexní, nezabývá se pouze základními sociálními službami, akcentuje soužití, sociální kompetence, sdílení, obnovu nebo rozvíjení komunikativních dovedností.

Zdravotní péče je ve všech domovech, které se zúčastnily výzkumného šetření, zajišťována v souladu s legislativou a dokumenty jednotlivých zařízení. Je to především základní zdravotní péče, pro realizaci nadstandardních zdravotnických služeb nejsou v zařízeních vhodné podmínky. Specializované zdravotní služby zajišťují jednotlivá zařízení mimo vlastní prostory – ve spolupráci s institucemi zdravotní péče. Zařízení NNO jsou aktivnější při zajišťování doplňkových zdravotních služeb, více umožňují jejich využívání klienty (včetně dostupnosti vlastní dopravou).

Poskytování služeb je materiálově, prostorově, personálně i časově omezeno. Finanční prostředky pro domovy se získávají z dotací od kraje, příspěvkem na péči, úhradou některých služeb uživatelem a od

dárců. Domovy zřizované NNO ve srovnání s domovy zřizovanými krajem lépe využívají čerpání finančních prostředků z grantů, výzev a především z projektů podporovaných Evropským sociálním fondem. Jsou v úsilí o získávání finančních prostředků aktivnější.

Z analýzy rozhovorů, dokumentů a z pozorování vyplývá, že stát a kraje nepodporují domovy pro seniory dostatečně. Zkracují jim finanční dotace a tím je do značné míry limitují. Odráží se to v poskytování služeb a v kvalitě péče o seniory. Nedostatek finančních prostředků negativně ovlivňuje vybavení zařízení investičním i neinvestičním majetkem. Některé domovy jsou zrekonstruovány (především ty, které zřizují NNO) nebo se na rekonstrukci připravují. Rekonstrukce se ovšem zpomalují, odkládají nebo omezují, přičemž hlavní příčinou je právě nedostatek finančních prostředků.

Personální obsazení není dostatečné, což se odráží na kvalitě a podmínkách poskytovaných služeb. Sociální a zdravotní pracovníci podle svých vyjádření přesto věnují maximální úsilí o dosažení komfortu pro klienty. Všichni se shodují v tom, že v domovech by bylo třeba více pracovních sil. Shodují se, že dříve se mohli více věnovat klientům. Klienti potřebují lidský přístup, vstřícnost a pocit blízkosti, nejen dokonalý servis. Především na základě pozorování je možné konstatovat, že přístup ke klientům, celkové klima v zařízení a také nabízené aktivity jsou kvalitnější v zařízeních zřízených NNO. Práci sociálních a zdravotních pracovníků v zařízeních zřizovaných krajem nelze však hodnotit pouze kriticky. Jejich pracovní, personální a prostorové podmínky jsou s ohledem na počty seniorů nedostatečné a nemotivující.

Ověření hypotéz

H1: Služby v domovech pro seniory neodpovídají možnostem daným legislativou. Tato hypotéza byla potvrzena.

H2: Stát se nepodílí na zajišťování služeb v domovech pro seniory dostatečně. Tato hypotéza byla potvrzena.

H3: V domovech pro seniory je poskytována základní zdravotní péče a sociální služba (na nadstandardní služby senioři těchto zařízení nedosáhnou). Tato hypotéza byla potvrzena jen částečně. (Domovy pro seniory nemají kapacitu, prostor, čas a dostatečné finance poskytovat nadstandardní služby v domovech, které jsem navštívila, přesto domov se zvláštním režimem je financován z podpor a od sponzorů i od uživatelů natolik, že jsou schopni zajistit nadstandardní služby: individuální aktivizaci, rehabilitaci, fyzioterapii, kosmetiku, manikúru, felinoterapii atd.)

5. 15 Návrhy a doporučení

Na základě výsledků výzkumného šetření navrhuji a doporučuji následující:

- Především je třeba zajistit dostatek finančních prostředků na posílení počtů pracovníků v domovech pro seniory a na zvýšení jejich mezd. Považuji to za základní předpoklad pro zkvalitnění práce sociálních a zdravotních pracovníků. Zvýší se tak jejich motivovanost, jejich pracovní prostředí bude méně stresující, protože budou mít víc času na práci a na osobní kontakt s klienty. Finanční prostředky a stabilitu jejich přidělování by měl zajistit stát a zřizovatel.
- Doporučuji vytvořit systém profesního vzdělávání pracovníků domovů pro seniory. Je třeba, aby byl dlouhodobý a aby reflektoval potřeby seniorů, společenský vývoj – především vývoj péče o staré lidi. Navrhuji do vzdělávání zařadit poznatky z psychologie (s využitím v praxi), rozvoj komunikativních dovedností pracovníků v domovech pro seniory, specifika

sociální práce se seniory, asertivní chování, odolnost proti stresu a syndromu vyhoření. Pro vedoucí pracovníky domovů doporučuji zařadit do vzdělávání problematiku vyhledávání zdrojů, donátorů, výzev a projektů.

- Doporučuji nastavit v kraji pravidla pro komunikaci mezi domovy pro seniory a to bez ohledu na to, kdo je zřizuje. Je potřebné zajistit sdílení poznatků z práce, výměnu zkušeností, vzájemnou podporu a pomoc. Z této komunikace je třeba vyloučit konkurenční chování.
- Navrhuji, aby si domovy navzájem poskytovaly supervizi.
- Navrhuji umožnit stáže pracovníků v jiných zařízeních.
- Doporučuji aktivnější přístup k prezentaci služeb domovů pro seniory na veřejnosti (v této souvislosti by bylo vhodné vypracovat pro domov plán public relations, včetně časového harmonogramu). Prezentaci považuji za potřebnou nejen ke zvýšení informovanosti veřejnosti o životě seniorů v domovech, ale také pro vyhledávání zdrojů.

ZÁVĚR

K vypracování bakalářské práce mně především pomohly moje zkušenosti z praxe, kterou jsem absolvovala před třemi lety v domově pro seniory zřizovaným NNO. Na základě výsledků ze své bakalářské práce jsem zjistila, že se sice poskytují služby a péče v souladu se zákonem, ale nedostatečné finanční dotování domovů státem se negativně projevuje v péči o seniory.

Finance jsou hlavním limitujícím faktorem, který neumožňuje dostatečnou saturaci personálním obsazením, finanční ohodnocení zaměstnanců, prostorové, časové a materiální zabezpečování služeb.

Na nadstandardní péči při podmínkách, jaké jsou v domovech, nemohou senioři reálně dosáhnout ze svých důchodů. Přesto domovy zřizované církevními organizacemi poskytují vyšší kvalitu péče o seniory. Ze šetření vyplynulo, že církve poskytují nejen základní péči, ale starají se i o uspokojování sociálních a duchovních potřeb klientů.

Zajištění dostatečného finančního obnosu by se projevilo na navýšení počtu personálu, zvýšení platu, možnostech odměn, pořádání pravidelných školení a seminářů zaměstnanců v oblasti odolnosti proti stresu, syndromu vyhoření, komunikačních dovedností, došlo by k vyšší motivovanosti zaměstnanců. Toto vše by pozitivně ovlivnilo péči o seniory, zkvalitnění služeb a celkové atmosféře v domovech.

Pro mne byla významným poznatkem z práce, který mě překvapil, nízká informovanost veřejnosti o základních sociálních a zdravotních službách a životě seniorů v domovech.

Bakalářská práce mě obohatila o nové praktické i teoretické znalosti v oblasti poskytování sociálních a zdravotních služeb v domovech pro seniory.

SEZNAM LITERATURY

BALTES, P. B. Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In: Peter GRUSS, ed. *Perspektivy stárnutí*. Přel. Lucie SIMONOVÁ. Praha: Portál, 2009, s. 11-26.

BEDNÁŘOVÁ, R. *Specifika sociální práce v Javorníku a okolí*. Bakalářská práce. Praha, 2012. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. 80 s. Vedoucí: Mgr. Radomír Juříčka.

ČEVELA, R., KALVACH, Z. a ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

DESSAINTOVÁ, M. P. *Nezačínajte stárnout*. Přel. Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-255-6.

ERIKSON, Erik H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Přeložil Jiří ŠIMEK. 11 svazek. Praha: NLN, 1997. ISBN 80-7106-291-X.

FREIOVÁ, E. Jak stárne společnost. In: Josef WOLF. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982, s.187-228.

GILLERNOVÁ, I. aj. *Slovník základní pojmů z psychologie*. Praha: Fortuna, 2000, s. 69. ISBN 80-7168-683-2.

HARTL, P. a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 561, 562. ISBN 80-7178-303-X.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I. aj. *Vybrané kapitoly z geriatric a gerontologie*. 3. přepr. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-254-0179-8.

JANÁČKOVÁ, L. a WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In: Oldřich MATOUŠEK ed. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, s.163-194.

KLEVETOVÁ, D. a DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.

LEJSAL, M. Sociální péče a starší věk aneb co by měl vědět geropsycholog. *Českomoravská psychologická společnost*. Praha, březen, 2013.

ODBOR SOCIÁLNÍCH VĚCÍ KRAJSKÉHO ÚŘADU ZLÍNSKÉHO KRAJE. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2012-2014*. Zlín: Graspo, 2012.

PACOVSKÝ, V. *Geriatric*. Praha: Scientia medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

PICHAUD, C. aj. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

POPELKOVÁ, R. a CHYTIL, O. Mapy sociálních služeb pro seniory v moravskoslezském kraji. In: Dana SÝKOROVÁ, ed. *Anatomie ve stáří*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostrava, 2004, s. 209-220.

PŘEHNAL, J. *Návrh koncepce oboru geriatric*. Praha: ČGGS ČLS JEP, 2001.

PŘÍHODOVÁ, A. Autonomie seniorů pohledem sociálních pracovníků. In: Dana SÝKOROVÁ, ed. *Anatomie ve stáří*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostrava, 2004, s. 78-92.

ROHANOVÁ, E. Důstojnost člověka v ošetrovatelské péči a v sociálních službách. In: Iva HOLMEROVÁ aj. *Vybrané kapitoly z geriatric a gerontologie*. 3. přepr. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, s. 29-48.

SRNEC, J. Psychologie stárnutí. In: Josef WOLF. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982, s. 127-186.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

INTERNETOVÉ ZDROJE

ČESKO. Zákon č. 108/2006 ze dne 14. Března 2007 o sociálních službách. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/9>

ČSÚ. *Počet uživatelů (klientů) sociálních služeb – ČR, kraje – 2011* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012 [cit. 2013- 03- 28]. Dostupné z http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/3201-12-r_2012-3b0

DIAKONIE ČCE. *Domovy pro seniory* [online]. Praha: Vizus, 2010 [cit. 2013- 03- 28]. Dostupné z <http://www.diakonie.cz/nase-sluzby/vsechny-sluzby/domovy-pro-seniory/>

HELLSTROM Ylva and I.R. HALLBERG. *Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life* [online]. Kalskrone: Blackwell Science, 2001 [cit. 2013-03-08]. Dostupné z [http://www.bth.se/fou/forskinforsekningsinfo.nsf/7172434ef4f6e8bcc1256f5f00488045/56879b58c1e902ecc1256e290043b904/\\$FILE/artikel.1.pdf](http://www.bth.se/fou/forskinforsekningsinfo.nsf/7172434ef4f6e8bcc1256f5f00488045/56879b58c1e902ecc1256e290043b904/$FILE/artikel.1.pdf)

HOLČÁKOVÁ. *Popis realizace poskytovaných služeb* [online]. Praha: Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2013 [cit 2013-03- 29]. Dostupné z <http://iregistr.mpsv.cz/>

CHARITA VALAŠSKÁ BYSTRICE. *Charitní dům pokojného stáří* [online]. 2010, [cit. 2013-03-24]. Dostupné z <http://www.valbystrice.charita.cz/charitnidum.html>

IFSW. *Ageing and older adults* [online]. Salvador de Bahia: [s. n.], 2008 [cit. 2013-03-9]. Dostupné z <http://ifsw.org/policies/ageing-and-older-adults/>

KONÍČEK, J. *Sociální služby* [online]. Praha: Život 90, 2008-2009 [cit. 2013-03-9]. Dostupné z <http://www.zivot90.cz/106-kontakt/122-adresa>

LANŽHOTSÁ, P. *Popis poskytovaných služeb* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z

<http://iregistr.mpsv.cz/>

LIŠKA. *Popis poskytovaných služeb* [online]. Praha: Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2011 [cit. 2013-03-29]. Dostupné z

MPSV ČR. *Důchodové pojištění* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/3>

MPSV ČR. *Sociální služby* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/9>

SOCIÁLNÍ SLUŽBY VSETÍN. *Domov pro seniory Podlesí* [online]. Vsetín, 2010 [cit. 2013-03-30]. Dostupné z <http://www.socialnisluzbyvsetin.cz/index.php?page=pod>

ZAVÁZALOVÁ Helena aj. *Jak žijí posluchači Univerzity třetího věku?* [online]. Bratislava: Slovenská gerontologická a geriatrická společnost, 2008 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z <http://www.geriatria.sk/files/geriatria/Geriatria20083.pdf#page=29>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Radomíra Bednářová

Studijní program: Zdravotně sociální péče

Studijní obor: Zdravotně – sociální pracovník

Název práce: Stárnutí a stáří ze sociálně zdravotního hlediska

Počet stran (bez příloh): 69

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 25

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 14

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2013

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Radomíra BEDNÁŘOVÁ

Obor studia: Zdravotně-sociální pracovník

Název práce: **Stárnutí a stáří ze sociálně zdravotního hlediska**

Vedoucí práce: MUDr.Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 69

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 25 + 14 internet.

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

		X		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Hodlá se autorka angažovat i dále v této problematice a jakým způsobem?

Jak autorka zpětně hodnotí praktickou část své práce a co by udělala event. jinak?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Výběr tématu je velmi vhodný a aktuální v současné době. Autorka přistupovala ke své bakalářské práci velmi odpovědně, spolupráce s ní byla velmi uspokojivá. Z textu je patrné, že nemá k tématu formální vztah, ale uplatňuje při něm své zkušenosti. V teoretické části se zabývá podrobně somatickým stavem seniorů, ale i jejich psychickým stavem a neopomíjí ani širší kontexty týkající se podpory státu a současné legislativy. Praktická část se pak věnuje interviewu s osobami, které o seniory pečují v domovech. Zvláště se autorka věnuje rozhovoru se sociálními pracovníky a se zdravotnickými pracovníky. Autorka se také zabývá problémem péče o seniory konkrétně ve zlínském kraji a její analýza je dokladem toho, že uvedenou problematiku vnímá jak zevně, tak zevnitř. Literatury použité k práci má autorka dostatek a citace jsou správné. Autorka provedla souhrn všeobecně platných přístupů a názorů na problematiku a doplnila ji i vlastními názory.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

velmi dobře, pokud po obhajobě se rozhodně komise pro výborně, nemám námitek

Datum, podpis:
18. 5.2013


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Radomíra Bednářová

Obor studia: Zdravotně-sociální pracovník

Název práce: *Stárnutí a stáří ze sociálně zdravotního hlediska*

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 69

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznam literatury: 25

Počet internetových zdrojů: 14

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost,

0				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		X		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké možnosti má sociální pracovník v tom, aby výrazně přispěl ke zlepšení situace
v institucích pro staré občany?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Volba tématu je velmi aktuální jak obecně, tak i pro studovaný obor.

Teoretická část zpracovává zvolenou problematiku v očekávané šíři, autorka prokázala, že umí pracovat s literaturou a kapitoly mají logickou návaznost. Také si všímá úlohy sociálního pracovníka ve vztahu ke zpracovávané oblasti společenského života.

Praktická část se zabývá strukturovaným rozhovorem s pracovníky Diakonie CČE poté, co byl podán podrobnější přehled o činnosti tohoto zařízení. Náměty, které na závěr práce autorka předkládá, jsou přínosné, i když ne zcela originální.

Po stránce zpracování literatury a správnosti citací není námitek. Po formální stránce jen upozornění, že internetové zdroje se nepíše na zvláštní stránku, ale přímo pod literaturu.

Práce působí dojmem orientovanosti autorky v dané problematice a její angažovaností.

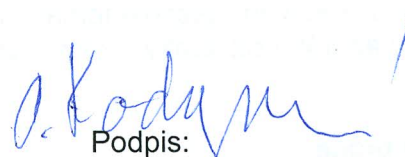
Doporučení k obhajobě: doporučuji.

Navrhovaná klasifikace:

Velmi dobře, podle úrovně obhajoby i výborně.

Datum:

15.5.2013


Podpis:
PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.