

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ



Pečovatelská služba jako nástroj důstojného života

Ivana Fialová

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Praha 2011

PRAGUE COLLEGE OF PSYCHOSOCIAL STUDIES



Domiciliary Services as an Instrument for a Dignified Life

Ivana Fialová

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Kateřina Šámalová

Praha 2011

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Pečovatelská služba jako nástroj důstojného života“ vypracovala samostatně a použila jen informační zdroje, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

.....

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Kateřině Šámalové za trvalý zájem, ochotu, trpělivost, vstřícný přístup a cenné rady, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce.

OBSAH

Úvod.....	4
Teoretická část.....	6
1 Vymezení pojmů	6
1.1 Pojem: stáří.....	6
1.2 Pojem: stárnutí.....	8
1.3 Pojem: zdravotní postižení	9
1.4 Pojem: sociální služba	11
1.5 Pojem: pečovatelská služba.....	13
2 Historie poskytování sociální služby.....	15
2.1 Historie sociálních služeb.....	15
2.1.1 Počátky sociální péče.....	15
2.1.2 Sociální péče v samostatném Československu	17
2.1.3 Období druhé světové války a sociální služba.....	18
2.1.4 Poválečné období v sociální službě (1945 – 1948)	19
2.1.5 Sociální péče v období 1948-1989	19
3 Pečovatelská služba	22
3.1 Vývoj a význam pečovatelské služby	22
3.2 Legislativa sociálních služeb do 31. 12. 2006.....	25
3.3 Význam zákona č. 108/2006 Sb.	25
4 Cílové skupiny pečovatelské služby	31
4.1 Senioři.....	31
4.1.1 Stárnutí a stáří	31
4.1.2 Demografie stárnutí a stáří.....	33

4.1.3	Postoje společnosti ke stárnutí a seniorům	35
4.1.4	Potřeby seniorů	38
4.2	Osoby se zdravotním postižením	40
4.2.1	Typologie zdravotního postižení	42
4.2.2	Specifika osob se zdravotním postižením a jejich potřeby....	44
4.2.3	Pohled společnosti na osoby se zdravotním postižením.....	45
4.2.4	Inkluze a integrace osob se zdravotním postižením	46
5	Sociální služby poskytované seniorům a lidem se zdravotním postižením.	49
5.1	Ústavní péče a domy pro seniory	49
5.2	Stacionáře	52
5.3	Domácí péče, pečovatelská služba	53
	PRAKTICKÁ ČÁST	57
6	Informace o regionu	57
6.1	Pohled do minulosti i současnosti regionu	57
6.2	Pečovatelská služba v regionu Milevsko	59
6.3	Předmět výzkumu	62
6.4	Cíle výzkumu	62
6.5	Stanovení předpokladů	63
6.6	Objekt výzkumu	63
6.7	Technika sběru dat.....	65
6.8	Strategie výzkumu	66
6.9	Výsledky a interpretace výzkumu	66
6.9.1	Zdroje informovanosti uživatelů pečovatelské služby	67
6.9.2	Využitelnost služeb pečovatelské služby.....	68

6.9.3	Hodnocení pečovatelské služby z pohledu uživatelů	71
6.9.4	Čerpání příspěvku na péči a jeho využitelnost	75
6.10	Diskuse.....	77
ZÁVĚR.....		81
Seznam použitých zdrojů		84
Přílohy		87

ÚVOD

Při své pedagogické praxi se každý den setkávám s problematikou pečovatelské služby. Toto téma je ve společnosti stále aktuální a dotýká se tedy i života žáků na střední zdravotnické škole. V rámci zajištění praxe našich žáků již několik let prověřuji a ověřuji dostupnost pečovatelské služby v regionu Milevsko, kde je i mé bydliště a proto se tato problematika stala tématem mé diplomové práce.

Není novinkou, že s prodlužujícím se věkem přibývá osob nemocných a zdravotně postižených. Tito lidé se musejí potýkat s každodenními svízelnými situacemi, a pečovatelská služba představuje pomoc, která umožňuje kvalitní a důstojný život v prostředí důvěrně známém, ve vlastním domově.

Moje diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem se v první kapitole zabývala vysvětlením klíčových pojmů práce dle uvedené literatury. Druhá kapitola je věnována historickému vývoji sociálních služeb na našem území. Ve třetí kapitole věnuji pozornost pečovatelské službě a zákonu o sociálních službách. Čtvrtá kapitola popisuje problematiku seniorů a osob se zdravotním postižením, kteří jsou zároveň nejčastějšími uživateli pečovatelské služby. Další kapitola se zabývá porovnáním jednotlivých typů sociálních služeb poskytovaných seniorům a osobám se zdravotním postižením.

V úvodu praktické části popisuji region Milevsko a sociální služby, které jsou zde poskytovány seniorům a osobám se zdravotním postižením. Pomocí mnou vypracovaného dotazníku jsem získala informace od samotných uživatelů pečovatelské služby. Po zpracování dotazníků jsem získala odpovědi na otázky týkající se úrovně a využití pečovatelské služby v regionu Milevsko.

Diplomová práce by měla pomoci pochopit význam pečovatelské služby v životě seniorů a osob se zdravotním postižením. Cílem práce je zjistit úroveň a využití pečovatelské služby v regionu Milevsko.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení pojmů

1.1 Pojem: stáří

Stáří – sénium (z latinského senex = stařec)- je označení pro poslední etapu ontogenetického vývoje v životě člověka. Jedná se o projev a důsledek involučních změn probíhajících různou rychlostí a s výraznou interindividuální variabilitou. Na charakteru stáří se podílí řada faktorů, např. zdravotní stav, životní styl, vlivy sociální, ekonomické a psychické (KALVACH aj., 2004).

HAŠKOVCOVÁ (1990, s. 59) píše: *„Stáří je přirozeným obdobím lidského života. Vztahuje ho také k ostatním životním etapám, k dětství, k mládí a k době zralosti. Stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však více patrné až v pozdějším věku.“*

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, tedy přirozeného průběhu života a je důsledkem i projevem geneticky podmíněných involučních procesů. Stárnutí znamená celoživotní proces. Stáří není chorobou a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí (MÜHLPACHR, 2004).

Stáří je podmíněno věkem jedince a zároveň spojeno s řadou významných sociálních změn. Mezi nejčastější patří osamostatnění dětí a penzionování.

Stáří rozdělujeme z hlediska:

- biologického - hypotetické označení míry involučních změn obvykle spojených se změnami způsobenými chorobami typickými pro vyšší věk
- sociálního - období vymezené kombinací sociálních změn nebo splněním určitého kritéria např. penze, které je spojeno se změnou sociální role, životního způsobu a ekonomického zajištění
- kalendářního - dosažení stanoveného věku, od něhož se obvykle nápadněji projevují involuční změny (JAROŠOVÁ, 2006).

Pojem stáří vyvolá u mnohých z nás negativní pocity. Uvědomíme si, že nás může čekat nemoc, samota, umírání a smrt. Je proto vytěšňováno na okraj vědomí společnosti. Člověk se musí vyrovnat se změnami, jako jsou odchod do důchodu, odchody dětí z domova, vnoučata, biologické změny, smrt partnera nebo vrstevníků, změny bydlení, eventuálně pobyt ve zdravotnickém či sociálním zařízení. Stáří může být přijímáno konfliktně. V našich představách je to obávané období, ale pouze zdánlivě vzdálené (JAROŠOVÁ, 2006).

Je na nás, jestli dokážeme přehodnotit pohled na stáří a chápání stáří jako konečné životní etapy. Stáří může trvat stejně dlouho jako mládí či dospělost, proto si zaslouží pozornost státní sociální politiky (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ, 2008).

KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ (2008, s. 11) dále uvádějí: „*Stáří není konec života, teprve smrt přináší konec života.*“.

1.2 Pojem: stárnutí

Stárnutí (senescence) je proces, který se projevuje chátráním tělesné schránky a snižováním efektivity a účinnosti fungování organismu. Stárnutí se dá těžko časově ohraničit. Domníváme se, že u člověka by stárnutí začínalo již od puberty. Přirozené stárnutí je určeno souhrnem faktorů genetických a vlivy prostředí. Stejně jako stáří, tak také stárnutí se týká sféry biologické, psychologické a sociální (JAROŠOVÁ, 2006).

Encyklopedický slovník (1993, s. 1037) stárnutí definuje takto: *“Stárnutí je přirozená degradace organismu po dovršení vývojové fáze (dospělosti, zralosti).“*

Proces stárnutí je zákonitým a přirozeným jevem pro každého z nás. Jde o přirozený fyziologický proces. Stárnutí přináší s sebou řadu změn, které se promítají do zdravotního stavu člověka (HAŠKOVCOVÁ, 1989).

Stárnutí (gerontogeneze, involuce) je přirozený a biologicky zákonitý proces. V průběhu stárnutí se snižují adaptační schopnosti a zároveň ubývají funkční rezervy organismu. Tento proces začíná od početí a narození jedince (KALVACH aj., 2004)

Doslovně KALVACH aj. (2004, s. 67) uvádějí, že v širším smyslu je stárnutí: *„Univerzální proces, který postihuje živou hmotu.“*

„Stárnutí je přechodná vývojová etapa mezi dospělostí a stářím, přičemž strukturální a funkční změny v něm vzniklé jsou regresivní, nevratné a neopakují se. Stárnutí je tedy cestou ke stáří“ (PACOVSKÝ 1990, s. 12).

Podle TOMEŠE (2005, s. 25): *„Populační stárnutí je přirozený, cyklický a konečný proces“.*

1.3 Pojem: zdravotní postižení

V Psychologickém slovníku (1993) je definováno zdravotní postižení jako: „*Dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však nepříznivý dopad zdravotního postižení zmírnit soustavou promyšlených opatření*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2004, s. 442).

Ve Slovníku sociální práce uvádí Matoušek definici zdravotního postižení (disability) jako: „*Postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat* (MATOUŠEK, 2003, s. 271). Dále autor jmenuje hlavní, běžně používané, kategorie zdravotního postižení: „*Postižení sluchu, postižení zraku, poruchy řeči, komunikace, postižení mentální, postižení pohybového ústrojí, postižení duševní poruchou.*“*U jednotlivého člověka se mohou vyskytovat v různých stupních a různých kombinacích. V platných českých zákonech existuje několik nepropojených vymezení zdravotního postižení, která se opírají o zbývající schopnost postiženého občana k soustavné výdělečné činnosti*“ (MATOUŠEK, 2003, s. 271).

Světová zdravotnická organizace schválila v roce 1980 přesnější Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a znevýhodnění (WHO, 1980).

Poškození, vada (Impairment) je definováno jako jakákoliv ztráta nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce. Poškození je způsobeno poruchou v určitém tělesném orgánu nebo funkčním systému a vzniká jako následek onemocnění nebo poranění. Má negativní dopad na fyzické, kognitivní a emocionální projevy člověka.

Postižení (Disability) : Jakékoliv omezení nebo ztráta (vyplývající z vady) schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které jsou pro lidskou bytost považovány za normální. Jde o široký pojem, který může mít své projevy tělesné (na jednotlivých částech těla) a také může mít důsledky v sociálním životě svých nositelů.

Znevýhodnění (Handicap): Nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro tohoto jedince vzhledem k (věku, pohlaví, sociálním a kulturním činitelům) normální.

V českém právním řádu se pojem osoba se zdravotním postižením objevil v Zákonu o zaměstnanosti (zákon č. 453/ 2004 Sb.). Předěšlé právní úpravy užívaly pojmy občan se změněnou pracovní schopností a občan se změněnou pracovní schopností s těžším postižením.

Další okruh osob se zdravotním postižením upravuje zákon o zaměstnanosti (zákon č. 453/2004 Sb.), ve kterém se uvádí, že: „*Osoby se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou:*

- *orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni*
- *orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni*
- *rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými.“*

1.4 Pojem: sociální služba

Sociální služby jsou definovány zákonem o sociálních službách jako soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (Zákon č.108/2006 Sb.).

Pojem sociální služba je podle TOMEŠE (2001) používán v těchto souvislostech:

- Jako druh sociální péče poskytované konáním (službou) státní (obecní) instituce ve prospěch jiné osoby
- Šířeji jako činnosti (výkony) ve prospěch občanů poskytované soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí
- Jako sociální práce (odborná činnost profesionálních pracovníků) ve prospěch lidí v sociální nouzi.

Sociální služby mohou být vytvářeny v sociálním pojištění nebo pomocí systému sociálních podpor a sociální pomoci. TOMEŠ (2001, s. 29) dále uvádí že: *„se služby poskytují místo peněžitých dávek tam, kde je to sociálně efektivnější.“*

Sociální služby se mohou být poskytovány bezplatně, či za peníze.

Sociální služba je činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodłużují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení.

Základní druhy a formy sociálních služeb jsou:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence

Sociální služby zabezpečují pomoc při péči o vlastní osobu, zajišťují stravování, ošetřování, ubytování, pomáhají zajistit chod vlastní domácnosti, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, poskytují informace, pomáhají při prosazování práv a zájmů (zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb.).

Dále zákon o sociálních službách uvádí, že sociální služba je činnost nebo soubor činností, jimiž se zabezpečuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení (Zákon č. 108/2006Sb.).

Sociální služby jsou všechny služby, poskytované oprávněným uživatelům a jejich cílem je zvýšení kvality klientova života (MATOUŠEK, 2003).

Dle TOMEŠE (2001, s. 30): „*Služby sociální péče zahrnují zejména pečovatelskou službu, kluby důchodců, osobní asistenci, chráněné bydlení, ústavní péči.*“

Sociální služby mohou být poskytovány dlouhodobě, mají spíše charakter pečovatelský, nebo intervenčně, kdy je poskytnuta první pomoc s krátkodobým účinkem. Sociální služby nemusí být vždy státem poskytovány, ale stát je povinen dohlížet na dodržování zákonů a „*dodržovat lidskou důstojnost*“ (MATOUŠEK, 2001, s. 178).

Sociální služby jsou významnou aktivitou státu, samosprávy i nestátních subjektů. Tyto sociální služby pomáhají řešit problémy jednotlivců, rodin a skupin občanů. Kozlová dále uvádí: „*Sociální služby jsou poskytovány občanům, kteří je potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku a kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat tíživou sociální situaci nebo nepříznivé poměry*“ (KOZLOVÁ, 2005 s. 18).

1.5 Pojem: pečovatelská služba

Pečovatelská služba patří mezi služby sociální péče, je to jedna z forem systému primární péče. Je zaměřena na zdravotní a sociální problémy občanů všech věkových skupin (VUČKOVÁ, 1997).

Pečovatelská služba je nejrozšířenější formou terénních sociálních služeb. Občanům může být poskytována v jejich domácnostech nebo v domech s pečovatelskou službou, ve střediscích osobní hygieny, domovinkách či v jídelnách pro důchodce (KOZLOVÁ, 2005).

MALÍKOVÁ (2011, s. 45) uvádí, že: „*Pečovatelská služba je také terénní služba poskytovaná seniorům, osobám se zdravotním postižením a někdy i rodinám s dětmi. Pečovatelskou službu provádějí pečovatelé tak, že pomáhají potřebným jedincům v péči o sebe a o domácnost.*“

Poskytování těchto služeb napomáhá k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony. Pečovatelská služba je nejrozšířenější terénní sociální službou (VÍTOVÁ, 2010).

Péče v domácím prostředí má pro klienta značné výhody, protože může žít ve svém prostředí, kde se vyrovnává se stářím, nebo nemocí. Nepůsobí na něj stres z jiného prostředí, nové situace a neznámé osoby. Lůžková forma pečovatelské služby je zaměřena na ochranu a návrat zdraví s důrazem na udržení soběstačnosti a potlačení invalidizujících následků nemoci na co nejmenší míru (VUČKOVÁ, 1997).

Terénní pečovatelská služba pomáhá udržet starého člověka v jeho domácím prostředí, pomáhá mu v integraci do společnosti a v neposlední řadě mu pomáhá zachovat jeho dobrou fyzickou kondici a aktivitu (MATOUŠEK, 2005).

Podle Tomeše (TOMEŠ, 2001 s. 183) : *„Pečovatelská služba prodlužuje období relativně nezávislého života a oddaluje nebo případně i vylučuje nutnost komplexního ústavního zaopatření.“*

2 Historie poskytování sociální služby

2.1 Historie sociálních služeb

2.1.1 Počátky sociální péče

Na území našeho státu jsou zaznamenány zmínky o počátcích organizované pomoci potřebným již ve středověku. Pomoc zajišťovala církev a řeholní řády a jejich cílem byli hlavně chudí lidé, nemocní, staří, sirotci, mrzáci a slepci .

V době epidemií, hladomorů a válek se pomoci dostávalo hlavně těm, kteří přišli o rodinu. Ve 13. století byla tato péče poskytována v zařízeních jako například chudobince, starobince a sirotčince, a která spravovaly nejen církevní, ale i městské organizace. Postupně vznikala i péče o potřebné v terénu. Měla hlavně charitativní a laický charakter. Nejvíce byly rodinám postižených poskytovány hmotné dary, ošacení a strava. Rodina zajišťovala laickou péči o svého rodinného příslušníka. Ze středověku se nám zachoval pojem bekyně (VÍTOVÁ, 2010).

VÍTOVÁ (2010, s.19) objasňuje pojem bekyně takto: *„Na sklonku středověku fungovaly také spolky nábožensky založených žen, které se staraly podobně jako řádové sestry o nemocné, sirotky a odložené děti. A tyto ženy se nazývaly bekyně.“*

Ve středověku byl však nejvíce využívaný způsob získávání prostředků prošení almužny od domu k domu, žebrání. Stále zůstával největší podíl péče na rodinách. V 18. století dochází k většímu rozvoji domácí terénní péče. V této době bylo hodně zanedbávaných dětí, na které upnula svou péči a pozornost Marie Terezie (VÍTOVÁ, 2010).

VÍTOVÁ (2010,s.20) uvádí zásluhy císařovny Marie Terezie takto: „*Za vlády Marie Terezie se terénní sociální péče orientovala též na zanedbávané děti, kterých bylo v té době velké množství. Císařovna vybudovala školskou soustavu a nutila rodiče zanedbávaných dětí pod hrozbou sankce tyto posílat do tkalcovských škol.*“

S rozvojem školství dochází také k rozvoji péče o chudé a nemocné. Podle domovského práva z roku 1863 měla obec povinnost zajistit péči o své potřebné. Pomoc byla hlavně peněžní a naturální. Obce měly ve vlastnictví starobince nebo pastoušky, kam mohly umístit své potřebné. V této době byla sociální péče poskytována spíše formou represivní (VÍTOVÁ, 2010).

VÍTOVÁ(2010,s.21) popisuje příklad represe takto: „ *Umísťování osob do institucí typu chudobinců či donucovacích pracoven bylo často pod tlakem státních orgánů.*“

V 19. století se v Čechách stále zřetelněji prosazovala zásada, že veřejná péče má být připoutána k domovské obci a úzce spjata s domovským právem. Toto vyjádřil říšský zákon č. 18/1862. Zásada, že péče se poskytuje jen chudým s domovským právem, byla v českých zemích provedena v obecní chudinské péči až v roce 1868. Výše uvedeným zákonem byla chudinská správa s konečnou platností prohlášena za část veřejné obecní správy (TOMEŠ, 2001).

Koncem 19. století nastávají významné změny ve vzdělávání, které jsou ovlivněny vznikem první ošetřovatelské školy v Praze v roce 1874. Na jejím vzniku měly podíl české spisovatelky Karolína Světlá a Eliška Krásnohorská. Tak dochází i k rozvoji laické domácí péče, kde se uplatňuje ošetřovatelství (KAFKOVÁ, 1992).

2.1.2 Sociální péče v samostatném Československu

Mezníkem v historii pečovatelské služby je vznik samostatného Československa v roce 1918. Mladý stát se musel postarat o mnoho potřebných po skončení 1. světové války. Poválečná situace vyžadovala systematické řešení sociálních problémů. Sociální péči zajišťovaly veřejnoprávní instituce, soukromé i církevní. Tato doba si vynutila vznik Ministerstva sociální péče, zákonů o komplexním pojetí sociální péče a začalo fungovat též sociální pojištění (VÍTOVÁ, 2010).

VÍTOVÁ(2010,s.21) objasňuje význam vzniklých zákonů takto: „*Zákony daly základ veřejné sociální péči a komplexnímu pojetí sociální péče.*“

V roce 1919 došlo na našem území k založení Československého červeného kříže. Jeho první předsedkyní se stala dcera tehdejšího prezidenta Alice Masaryková. Organizace se zasloužila o vznik pečovatelské služby a domácí ošetrovatelské péče. Pečovatelská služba byla poskytována dobrovolně. Situace si vyžádala vznik nových škol, nejen ošetrovatelských, ale i sociálních. Stav v sociální péči v té době dosahoval vysoké úrovně také pro své kvalitní sociální zákony (VÍTOVÁ, 2010).

Národní společnosti červeného kříže si kladly otázku, zda po ukončení 1. světové války se má jejich činnost zastavit, nebo má pokračovat. Zvítězilo přesvědčení, že má i v míru červený kříž uplatnění a byla ustavena liga červených křížů jako světová unie s cílem pracovat na poli sociálně zdravotním (KAFKOVÁ, 1992).

Úkolem ligy červených křížů bylo, podle KAFKOVÉ (1992,s.55): „*Povznést úroveň ošetrovatelství a podporovat odborné školení ošetrovatelek.*“

Autoritu Československého červeného kříže posilovalo jméno předsedkyně dr. Alice Masarykové. Své nejdůležitější cíle viděl Československý červený kříž ve zdravotní výchově a v boji proti nemocem. Při organizování

úkolů v našem nově vzniklém státě pomáhala vydatně americká mise zdravotníků, kterou k nám zásluhou dr. Alice Masarykové vyslala liga červených křížů. Dobrovolná sociální péče se začala velmi rozvíjet. Členy byly nejrůznější podpůrné a ochranné spolky pečující o studentstvo, o děti i staré občany. Ruku v ruce s těmito spolky, v nichž značné místo zaujímal péče o chudé, se rodilo sociální ošetřovatelství (KAFKOVÁ, 1992).

Zásluhy dcery prezidenta Masaryka popisuje VÍTOVÁ (2010, s. 22) následovně: *„Alice Masaryková se zasloužila o vzdělávání sociálních pracovníků. Nejdříve šlo o desetitýdenní kurz, později o roční studium na ženské vyšší škole pro sociální péči. Toto studium bylo později rozšířeno na dva roky a škola přejmenována na Vyšší školu sociální péče.“*

Organizaci vzdělávání a uplatnění absolventů v této převratné době popisuje KAFKOVÁ (1992, s. 56) takto: *„V Praze byla v roce 1918 na podzim otevřena jednoletá vyšší škola sociální. Absolventi pracovali v poradnách, v péči o mládež, v úřadovnách Československého červeného kříže, jako tajemníci humanitárních spolků, výchovných ústavů a jinde.“*

Aktivitu absolventek Vyšší školy sociální péče vypořádá MATOUŠEK (2007, s. 124) následovně: *„Aby absolventky získaly zázemí a oporu pro svou činnost, založily - po vzoru zahraničních kolegyně - profesní spolek pod názvem Organizace absolventek VŠSP.“*

2.1.3 Období druhé světové války a sociální služba

Období druhé světové války přerušilo fungování již vybudovaného a dobře organizovaného systému sociální péče. Po německé okupaci území již okleštěné České republiky byl v roce 1940 rozpuštěn Československý červený kříž a majetek zabaven, jeho členové pozatýkáni a často nelidsky vězněni. Mnozí však pomáhali potřebným v ilegalitě. Kontinuita terénní péče byla přerušena (VÍTOVÁ, 2010).

Jak se projevila pomoc pracovníků v ilegalitě v tomto těžkém období, popisuje VÍTOVÁ(2010,s.23) takto: „*Pomáhali v oblastech, které byly bombardovány, nebo při epidemii skvrnitého tyfu.*“.

2.1.4 Poválečné období v sociální službě (1945 – 1948)

Zpočátku se projevoval vliv prvorepublikové sociální politiky a tradice charitativní sociální péče. Tento směr však brzy přerušila socialistická vláda a nastalo období poválečných změn, které bylo spojeno se znárodněním majetku. Došlo k odsunu německého obyvatelstva a přišla peněžní reforma (VÍTOVÁ , 2010).

Zvýšil se vliv státu na přerozdělování majetku, tím se snížil počet velmi majetných občanů a klesl počet velmi chudých lidí (MATOUŠEK, 2007).

Pečovatelskou službu opět zajišťoval převážně Československý Červený kříž, spolky a charitní organizace. Pomoc se orientovala na oblast osobní hygieny, výpomoc v domácnosti a při vaření. Byla obnovena odborná příprava ošetřovatelek. Po roce 1948 ztratil však Československý Červený kříž svoji samostatnost (VÍTOVÁ, 2010).

2.1.5 Sociální péče v období 1948-1989

V socialistickém Československu se zcela změnila sociální politika státu. Problémy jako chudoba a nezaměstnanost byly problémy kapitalismu, kterým nebyla věnována pozornost. Stát na sebe přebral veškerou zodpovědnost za sociální zabezpečení obyvatelstva. Péče byla závislá na státních úřadech, které ji financovaly i řídily. V padesátých letech převzal stát všechna zařízení sociální péče, které doposud provozovala církve. Pečovatelská služba byla spravována státní zdravotní správou, která se omezila na péči o nemocné osamělé občany. V socialistické společnosti se očekávalo, že bude navždy odstraněna chudoba, sociální problémy a nezaměstnanost. Nebylo přípustné, aby v této společnosti

někdo potřeboval sociální pomoc. Realita však byla jiná a postupně vyvstávala potřeba většího množství vyškolených pečovatelek (VÍTOVÁ , 2010).

Redukci sociální péče v padesátých letech popisuje MATOUŠEK (2007, s. 142) takto: „*V první polovině padesátých let pokračovala redukce sociálních služeb, které byly předávány (často násilně, vyháněním řeholnic) z rukou charitativních či dobrovolnických pod přímé řízení státu.*“

V šedesátých letech bylo postupně obnovováno sociální školství i sociální péče. V této době bylo řízení a organizace pečovatelské služby svěřeno odborům sociálního zabezpečení okresních národních výborů .

V sedmdesátých letech byla pečovatelská služba hodnocena jako důležitá a nezbytná pro společnost, měla jasné vymezení komu, v jakém rozsahu a za jakých podmínek bude poskytována.

Byly poskytovány takzvané služby doplňkové péče:

- poradní pomoc
- pečovatelská služba
- stravování
- věcná pomoc
- peněžité příspěvky
- kulturní služby

Služby byly sociálně potřebným občanům poskytovány bezplatně. Pečovatelkou službu vykonávaly jednak dobrovolné pečovatelky, ale i pečovatelky z povolání. Konkrétní náplň byla například: denní nákupy, úklid domácnosti, praní prádla, stlaní lůžek, dopomoc s hygienickou péčí, ale některé výkony byly i ošetrovatelské například podávání léků. V této době nemusely mít pečovatelky odborné vzdělání, jejich práci kontrolovala vrchní sestra pečovatelské služby (VÍTOVÁ , 2010).

V roce 1975 byl vydán zákon O sociálním zabezpečení č. 121/1975 Sb., který vymezoval a řídil činnost pečovatelské služby. V roce 1976 řízení pečovatelské služby převzaly okresní ústavy sociálních služeb. V této době začala výstavba domů s pečovatelskou službou, kterých bylo během deseti let postaveno v republice na 130. V těchto domech vznikla střediska osobní hygieny a po celou pracovní dobu zde byla přítomna pečovatelka z povolání. Domy s pečovatelskou službou byly v kompetenci místních národních výborů.

V osmdesátých letech se dále sociální péče rozvíjela a vznikaly sociálně – právní školy. V rámci pečovatelské služby vznikly takzvané domovinky pro seniory. Rodina, která se chtěla starat o svého seniora, proto uvítala tento typ zařízení, které fungovalo jako školka pro seniory. Na konci osmdesátých let bylo postaveno na 280 domů s pečovatelskou službou. Pečovatelky musely splňovat povinné kvalifikační vzdělání. V těchto letech se velmi rozšířil počet osob, které přijímaly pečovatelské služby (VÍTOVÁ, 2010).

3 Pečovatelská služba

3.1 Vývoj a význam pečovatelské služby

Pečovatelská služba prošla vývojem od sousedské výpomoci k moderní sociální službě, která pracuje s moderními technologiemi. Dříve službu nebo pomoc zajišťovala rodina nebo dobrá sousedka, dnes tuto službu poskytují pečovatelky s potřebnými znalostmi a dovednostmi. S přijetím nového zákona o sociálních službách se museli poskytovatelé vyrovnat s povinností uzavírat s klienty nové typy smluv, projít akreditací a standardizovat kvalitu služeb. Profil pečovatelské služby se individualizoval. Služba je pokud možno poskytována takzvaně na míru klientovi.

Po roce 1989 dochází k dalším změnám, hlavně ve vzdělávání v sociální oblasti, byla založena Asociace vzdělavatelů v sociální oblasti. Nastává období rozvoje pečovatelské služby. Vznikla Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. V dalších letech byla pečovatelská služba nejrozšířenějším druhem terénní sociální služby. Činnost v této oblasti obnovily církevní i nestátní neziskové organizace.

Pečovatelskou službu čerpaly osoby staré, nebo těžce zdravotně postižené ve svých domácnostech nebo v domech s pečovatelskou službou, mohly ji ale v odůvodněných případech čerpat i děti, poskytována byla za úplatu. Pečovatelky tak mohly pomáhat například s chodem domácnosti tam, kde se narodily tři a více dětí najednou. V této době byla nejčastěji poskytovanou službou donáška nebo dovoz obědů. Od roku 2003 řídí pečovatelskou činnost obce (VÍTOVÁ, 2010).

Formování sociální práce jako oboru v současnosti popisuje MATOUŠEK (2007, s. 153) následovně: *„Disciplína dohání měnící se společnost, ve které se objevují nové problémy a problémy známé mění svůj význam. Tyto problémy je třeba nejen evidovat, analyzovat, ale je nutné hledat nové metody jejich řešení.“*

Terénní pečovatelská služba je služba, jejímž hlavním záměrem je umožnit, aby klient mohl setrvat tam, kde se cítí být doma, kde má svou rodinu, přátele, známé, prostě ve svém prostředí. Cíl pečovatelské terénní služby je poskytovat takovou službu v rozsahu, který zachovává v maximální možné míře dosavadní způsob života. Rodina je však součástí této péče, nemá být vytěsněna, aby nedošlo k zpretrhání přirozených sociálních vazeb. Nejčastěji je pečovatelská služba poskytována osobám v jejich přirozeném prostředí. Poskytování této služby v domech s pečovatelskou službou je bráno také, jako kdyby byla služba poskytována v domácnosti. Pečovatelská služba je o lidech v jejich přirozeném prostředí. Terénní služba řeší individuální situaci klienta, pečovatelská spíše dlouhodobou péči. Ambulantní pracoviště jsou například střediska osobní hygieny.

Pečovatelská služba respektuje tyto principy:

- důstojnost klienta
- zachovává mlčenlivost
- respektuje právo na soukromí klienta
- individuální přístup ke klientovi
- respekt ke svobodné volbě klienta

V mnoha obcích jsou provozovány domy s pečovatelskou službou, které nabízejí typ sociálního bydlení. V těchto domech jsou soustředěny služby pro seniory, ale nejedná se o seniorská ghetta, jsou zde například doplňkové služby, jako je kadeřnictví, pedikúra, restaurace, rehabilitace. Není cílem naší společnosti seniory izolovat, ale začlenit je do kolektivu. Cílem je zviditelnění služby v terénu, rozšíření dostupnosti na celý týden, aktivizace lidí v seniorském věku, dodávání jen opravdu skutečné podpory.

Je potřeba intenzivní komunikace s uživateli, aby mohlo docházet k aktuálním přizpůsobením služeb potřebám klientů. Vzhledem k rostoucímu počtu zastoupení seniorů v populaci bude neustále vyvstávat otázka zajištění služeb a jejich financování. Aktivní přístup pečovatelské služby ke svým klientům, zejména seniorům, může vést k aktivnímu začlenění seniorů do populace k přijímání stáří seniorem tak, že nejde pouze o pasivní stav. Vzhledem k demografickému vývoji, který odhaluje nárůst počtu seniorů, bude třeba služby rozvrhnout a poskytnout všem potřebným (VÍTOVÁ, 2010).

V České republice patří pečovatelská služba mezi základní službu sociální péče, zároveň mezi jednu z nejdéle realizovaných terénních sociálních služeb. Pohled na demografickou studii nás vede k nutnosti rozvoje této služby do budoucna. Tato forma péče je navíc stále přirozenější, ale i finančně méně náročnější, nežli je institucionalizovaná forma péče. Lze usuzovat, že v budoucích letech bude pomoc v běžných aktivitách potřebovat až dvojnásobný počet seniorů. Pro seniory a osoby se zdravotním postižením patří mezi základní nástroje sociální pomoci sociální poradenství, dávky sociální pomoci a služby sociální péče. Trendy v péči o seniory jsou založeny na principu subsidiarity a snaze o přesun péče z institucí do domácího prostředí. Subsidiarita znamená, že každý má povinnost pomoci sám sobě. Pokud toto nelze, musí mu pomoci jeho rodina, a pokud nemůže pomoci ani rodina, tak se obrací o pomoc na stát. Význam pečovatelské terénní služby spočívá v posílení a udržení člověka v jeho domácím prostředí, jeho integraci do společnosti a zachování dobré kondice.

Důležitá je provázanost zdravotnických a sociálních služeb. Kvalitní péče o staré občany, které může být nástrojem pečovatelská služba, vede k tomu, že více seniorů zůstává aktivních, žijí ve svém přirozeném prostředí a účastní se života v komunitě. (MATOUŠEK, 2005)

3.2 Legislativa sociálních služeb do 31. 12. 2006

Právní úprava služeb sociální a také pečovatelské péče vycházela do roku 2006 ze zákonů, které byly přijaty v osmdesátých letech minulého století. Na služby sociální péče bylo pohlíženo odlišným způsobem a to především v oblasti svobodného rozhodování jedince. Vztahy mezi poskytovateli a klienty fungovaly v praxi na paternalisticko – direktivním přístupu. Novelizace přinášely pouze dílčí úpravy, další změny již nebyly možné bez nové právní úpravy (TOMEŠ, 2001).

3.3 Význam zákona č. 108/2006 Sb.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách byl připravován dlouho, téměř 13 let. Přinesl revoluční změny v systému sociální péče, pro některé poskytovatele a pro jejich zaměstnance také změny těžko stravitelné. Přijetí nového zákona bylo zcela jistě nutností, ale bylo patrné, že přinese i řadu problémů. Nejvýznamnější okruh obtíží nastal například v inspekci kvality sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb žádali podrobnou metodiku, jak zákonu porozumět. Bylo tak zcela jasné, že situace si vyžádá úpravy a zpřesnění novelizacemi. Novelizací byly tak upraveny akreditační podmínky vzdělávacích zařízení a byla vyřešena otázka dalšího povinného vzdělávání pracovníků poskytovatelů (par. 111 a par. 116 odstavec 9)

Zákon č.108/2006 Sb. přinesl do systému sociální péče zásadní změny. Smyslem nového zákona bylo vytvoření prostředí pro rozvoj změn ve vztazích mezi klientem a poskytovatelem. Nové vztahy byly založené na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, individuálním přístupu, spolupráci mezi poskytovateli, uživateli a jejich rodinami. Cílem této spolupráce byla mobilizace uživatele k převzetí spoluzodpovědnosti za svou situaci a odstranění naprosté závislosti na sociální službě.

Zákon klade důraz na respekt k základním lidským právům, lidské důstojnosti klienta sociálních služeb. Paragraf 2 tohoto zákona formuluje základní zásady:

- bezplatné sociální poradenství pro každého
- zachování lidské důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům a oprávněným zájmům
- individuální přístup
- aktivizace samostatnosti
- podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí
- rovnoprávnost, dobrovolnost.

Na základě těchto zásad byly vytvořeny Standardy kvality poskytování sociálních služeb. Zákon přinesl především tyto novinky:

- příspěvek na péči
- registrace poskytovatele
- fyzické osoby jako poskytovatelé
- smlouva o poskytování sociálních služeb
- standardy kvality sociálních služeb
- inspekce poskytování sociálních služeb

Zákon nově pojmenoval nebo dal nový obsah následujícím mechanismům. Pojem bezmocnost je nyní nahrazen pojmem „ stupeň závislosti“ a je řazen do 4 stupňů. Jsou jasně vymezeny základní a nadstandardní služby, stanoveny odborné předpoklady pro výkon sociálních činností, nově je upravena působnost

státních orgánů při poskytování a kontrole sociálních služeb, poskytovatelé sociálních služeb, kteří jsou zřizováni státem, získali více odpovědnosti, ale rovněž více autonomie.

V paragrafu 7 nového zákona je jasně vymezeno užívání příspěvku na péči. Dříve byl tento příspěvek nazýván bezmocností. Zákon vymezuje stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Závislost je zde rozdělena do čtyř stupňů – I. lehká závislost, II. středně těžká závislost, III. těžká závislost, IIII. úplná závislost.

Jedná se o sociální dávku, která slouží klientovi k zajištění (nákupu) služeb sociální péče nezbytných pro jeho potřeby. Příspěvek dostává uživatel přímo podle stupně závislosti a má sloužit k obstarání sociálních služeb. Klientovi je tento příspěvek přiznán na základě žádosti, kterou doporučuje správa sociálního zabezpečení a o výši příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou pravomocí.

Zcela nově je stanovena registrace poskytovatele sociálních služeb. Smyslem tohoto nařízení je zabezpečit, aby ten, kdo se chce stát poskytovatelem sociálních služeb, doložil, že splňuje zásadní podmínky hygienické, technické, personální, materiální a odborné, které jsou pro poskytování sociálních služeb nezbytné.

Kvalita dodržování sociálních služeb je ošetřena ve standardech, jde o soubor kritérií, kterými je definována úroveň poskytování sociálních služeb. Stát pomocí inspekce kvality ověřuje plnění podmínek, které stanoví zákon 108/2006 Sb. Stát se stává garantem kvality poskytované péče, pokud by organizace nespĺňovala stanovené podmínky, je zde možnost odebrání registrace.

Nejtypičtější změnou nového zákona je Smlouva o poskytování sociálních služeb. Tato smlouva zaručuje rovnost obou partnerů, na jedné straně poskytovatele a na straně druhé uživatele, vztah mezi těmito partnery je vztahem mezi zákazníkem a prodávajícím.

Hlavním cílem bylo vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb osob, které byly oslabeny v jejich prosazování. Zákon vychází z principu solidarity ve společnosti a podporuje princip rovných příležitostí pro všechny.

Zákon o sociálních službách zabezpečuje základní rámec k zajištění potřebné pomoci a podpory. To jsou takové činnosti, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti. Cílem zákona je podpora procesu sociálního začlenění a sociální soudržnosti.

Pomoc má být:

- dostupná - územně, typově, informačně a ekonomicky
- efektivní - má vyhovovat potřebě člověka, nikoliv systému
- kvalitní – způsob a rozsah musí odpovídat současnému poznání a možnostem společnosti
- bezpečná – zabezpečena tak, aby neomezovala práva a zájmy osob
- hospodárná – zabezpečena tak, aby veřejné i osobní výdaje použité na poskytnutí pomoci v maximální míře pokrývaly objektivní rozsah potřeb

V současnosti upravují poskytování sociálních služeb a dávek tyto zákonné normy:

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění
- vyhláška č. 182/1991 Sb., v platném znění
- zákon č. 109/2006 Sb., který mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách
- zákon č. 110/2006Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění
- zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, v platném znění

Zákon č. 108/2006Sb. přinesl do oblasti sociálních služeb mnoho změn. Od ledna 2007 museli poskytovatelé plnit nové povinnosti. Tato právní úprava dala vzniknout moderní, fungující a žádané pečovatelské službě. Pro poskytování pečovatelské služby vzešla ze zákona zcela nová pravidla. Nové pojetí sociálních služeb, nové formy, nové podmínky pro poskytování, nový způsob financování.

Dnešní pojetí pečovatelské služby je zaměřeno především na profesionalitu, kvalitu, individuální přístup, respekt k právům uživatele a prevenci sociálního vyloučení (ZÁKON 108/2006 Sb.).

Sociální služby vykonávají jejich poskytovatelé. Pokud tuto pomoc poskytuje rodina, není tato činnost považována za sociální službu. Trendem v poskytování sociálních služeb je zabezpečit pro cílové skupiny co nejširší nabídku péče a pomoci. Člověku, který může být ohrožen sociálním vyloučením, umožňují sociální služby participovat na každodenním životě společnosti. Nově nastavený systém umožňuje, aby poskytovatel přesněji vymezil rozsah služeb

a uživatel mohl vybrat takového poskytovatele, který mu nabídne co nejvhodnější službu. Zákon nově umožňuje kombinaci různých druhů sociálních služeb a rodinné podpory.

4 Cílové skupiny pečovatelské služby

4.1 Senioři

Senioři tvoří početnou skupinu osob, která přijímá sociální služby. KALVACH (2010, s. 309) uvádí: „*Senioři tvoří velmi různorodou věkovou skupinu, která se výrazně liší zájmy, vzděláním, sociálním statutem, ekonomickou situací, rodinnou situací, zdravím, funkční zdatností, životním postojem i samotným věkem.*“

4.1.1 Stárnutí a stáří

Projevem stáří je změna postoje, chůze, výrazu obličeje. Ubývá svalová hmota a síla, zpomaluje se psychomotorické tempo, zhoršuje se paměť a smyslové vnímání (KALVACH aj., 2004).

V dnešní době považujeme za počátek stáří věk 65 let a od 75 let věku hovoříme o vlastním stáří. Jde o projev involučních změn, které jsou ovlivňovány nejen prostředím, zdravotním stavem a životním stylem, ale i sociálně ekonomickými vlivy (KALVACH aj., 2004).

RHEINWALDOVÁ (1999, str. 8) píše: „*Skutečnost, že s přibývajícím věkem nám přibývá nemocí, není nevyhnutelný úděl stáří, ale výsledek našeho života a životního stylu. Žádné studie nedokázaly, že hlavní příčinou nemocí je faktor stáří.*“

Stárnutí a změny, které během tohoto období lidského života nastávají, se projevují ve všech znacích osobnosti člověka. Tedy v oblasti biologické, psychické i sociální.

4.1.1.1 Biologie stárnutí a stáří

Tělesné (biologické) změny jsou charakterizovány zpomalením a oslabením většiny regulačních funkcí. Snižuje se adaptabilita a odolnost k zátěžím. Velmi výrazné změny postihují pohybový aparát. Dochází k úbytku svalové hmoty a k poklesu svalové síly, degenerativním procesům kloubů, změnám termoregulace, zhoršuje se činnost smyslových orgánů (zrak, sluch, chuť, čich, hmat), zpomaluje se psychomotorické tempo. Tím, že ubývá celková tělesná voda, člověk vizuálně vypadá, jako by byl vysušený. Snižuje se průtok krve důležitými tělesnými orgány. (PACOVSKÝ, 1994, s. 23).

4.1.1.2 Psychické stárnutí a stáří

V psychických změnách u seniorů jsou velké individuální rozdíly. Velkou roli hraje osobnost každého jedince. Integrita osobnosti bývá zachována, ale mění se dílčí schopnosti. Obecně můžeme psychické změny ve stáří charakterizovat jako zpomalení psychomotorického tempa. Vlivem těchto změn se mohou měnit i potřeby člověka. Změny na smyslových orgánech způsobí, že se senioři například hůře orientují v prostředí. Ukládání nových informací je pro seniora těžší, protože dochází ke změnám paměti, hlavně se snižuje všípivost a výbavnost. Změny poznávacích funkcí se odrážejí ve snížené schopnosti adaptability a flexibility. Zpomaluje se řeč, snižuje pozornost. Všechny psychické změny neznamenaají nutně zhoršení stavu seniora. Senioři jsou často trpělivější, mají pochopení pro jednání vrstevníků, větší stálost v mezilidských vztazích a názorech. (PACOVSKÝ, 1994, s. 24).

4.1.1.3 Sociální stárnutí a stáří

Velkou sociální změnou je pro seniora odchod do důchodu. Mění se tím jeho role v lidské společnosti. Odchod do důchodu přináší také změnu ekonomického zajištění a následně finanční potíže. Pro někoho může mnoho volného času znamenat problém, jak tento čas vyplnit a najít nový životní smysl. Velkou a těžkou změnou je pro seniora ztráta blízkého člověka, mnohdy

životního partnera. Dochází k pocitům osamělosti a opuštěnosti, může nastat takzvaná sociální izolace. Člověk v tomto věku, pokud není schopen zajistit péči o svou osobu a svou domácnost, musí změnit svůj domov. Následné stěhování může být velkou zátěží pro seniora. Změny, které ho postihují a reakce na ně jsou samozřejmě ovlivněny také osobností člověka, reakcí jeho rodiny a blízkého okolí.

Pojem sociální stáří zahrnuje rizika seniorů, mezi které zařazujeme zhoršenou adaptaci na odchod do důchodu a ztrátu společenského programu i prestiže. Pensionování je spojeno s poklesem životní úrovně. Dále se sociální stáří promítá do poklesu soběstačnosti, vzniku a prohlubování osamělosti. Setkáváme se se známkami věkové segregace a diskriminace. (KALVACH aj., 1997).

Míra spokojenosti ve stáří závisí mimo jiné i na tom, jak se člověk dokáže vyrovnat s redukcí sociálních a osobních vztahů. (USDIN a HOFLING, 1978)

PICHAUD a THAEREAUOVÁ (1998, str. 14) uvádějí: *„Stáří však nepředstavuje nutně jenom úpadek. Dokážeme totiž mnohé procesy slábnutí a úpadku zpomalit a někdy zcela zastavit. V každém věku může člověk něco získávat a vyvíjet se. A v každém věku může být také konfrontován se ztrátami, strádáním a s ranami. V průběhu celého života, od narození až do smrti, dělá člověk pokroky, vyrovnává se se ztrátami, nedostatky, truchlí nad ztrátou někoho drahého, a jen tak může žít naplno.“*

4.1.2 Demografie stárnutí a stáří

Český statistický úřad udává, že počty seniorů v České republice rostou. Podle propočtů by v roce 2030 mohlo být 2,31 miliónů osob starších šedesáti let, zatímco v roce 2008 jich bylo 1,49 miliónů. Stáří se tedy týká nás všech.

Světová zdravotnické organizace (WHO) rozděluje lidský život na tato období:

- střední věk 45 – 59 let
- rané stáří 60 – 74 let
- vlastní stáří 75 – 89 let
- dlouhověkost 90 a více let

Organizace spojených národů zvolila pro vymezení termínu stáří věkovou hranici 65 let. Jako seniora můžeme tedy označit člověka po dovršení 65 let věku. Toto období bývá dále charakterizováno odchodem do důchodu.

Stárnutí populací je součástí demografické revoluce (KALVACH aj.,2004). Ve společnosti přibývá seniorů:

- relativně (poklesem natality)
- absolutně (prodlužováním střední délky života)
- v pokročilém stáří (v prodlužování života ve stáří)

Střední délka života vyjadřuje celkově úmrtnost populace. Udává počet let, které má naději prožít osoba x-letá při úmrtnosti ve sledovaném období. Střední délka života mužů je trvale nižší než střední délka života žen.

Podle Českého statistického úřadu se předpokládá, že průměrná délka života u mužů (nyní ve věku 45-74 let) bude - do roku 2020 - 76,9 let a u žen (nyní ve věku 45-74 let) 80,6 let (KALVACH aj., 1997).

4.1.3 Postoje společnosti ke stárnutí a seniorům

Mnozí z nás si nechtějí připustit, že stárí se jednou bude týkat i jich. Pojem stárnutí a stárí je všeobecně vnímán spíše negativně. Nejen pro mnoho mladých lidí, ale i lidí středního věku je stárí v nedohlednu, nezajímají se o tuto problematiku. V našich představách je stárí něco, co je sešlé, nepoužitelné a nemohoucí. Jde však o proces přirozený a fyziologický.

Náš pohled na stárí se utváří celý život. Roli v něm hrají zkušenosti v rodině, postoje společnosti ke starým lidem. Stárí může být vrásčité, špatně pohyblivé, ošklivé, ale i moudré, shovívavé, plné pochopení. Stárí nemusí znamenat jenom úpadek, člověk může stále něco získávat, vyvíjet se. Vztah ke stárí se významně formuje v rodině, velkou roli zde hrají pro dítě rodiče. Dítě vidí, jak staří lidé vypadají, slyší, co se o nich říká, často cítí rozpor. Záleží na rodičích, jakou interpretaci viděnému a slyšenému v emotivní rovině dají. Člověk se nerodí se vztahem ke stárí, ten se v průběhu života mění a ovlivňuje ho výchova (HAŠKOVCOVÁ, 1990).

Stárí je dnes přijímáno konfliktně. Od šlechetných vlastností připisovaných starým lidem se odvíjí představa idylického stárí. Na druhé straně je stárí chápáno jako synonymum marnosti, útrap všeho druhu, strádání, nemocí a bolesti. Mezi základními dvěma typy představ se rozprostírá celá řada mezistupňů. Vztah ke starým lidem a k vlastnímu stárí se utváří v průběhu života každého z nás.

Předsudky (ve vnímání stárnutí a stárí) ve společnosti ovlivňují zpětně kvalitu života seniorů v České republice. Mezi hlavní předsudky se řadí nemocnost, vrásčitost, pokles duševních a fyzických schopností, duševní choroba, zbytečnost, sociální izolace a v neposlední řadě i chudoba (HAŠKOVCOVÁ, 1990).

TOŠNEROVÁ (2002, str. 15) uvádí: „*Osoby vystavené předsudkům a diskriminaci mohou přijímat skupinový záporný obraz a chovat se tak, jak tomu odpovídá negativní stereotyp. Může to znamenat, že redukuje společenskou činnost, nehledají vhodné lékařské ošetření, nebo přijímají chudobu, postoj se obrací vůči sobě samotnému.*“

Pokud používáme stereotypní vzor chování k určité věkové kategorii, pak hovoříme o ageismu. Tento pojem vznikl v 60. letech 20. století ve Spojených státech. Konkrétně se jedná o věkovou diskriminaci, zahrnující systém předsudků nevýhodných pro daný věk. Výraz je odvozen z anglického slova age – věk (stáří), v češtině nemáme rovnocennou náhradu, proto užíváme tento počestěný anglický pojem.

Podle KALVACHA (2010, s. 309) : „*Stereotypizace stáří, podoba „typického seniora“, je tak často negativní, nebezpečně ageistická.*“ Podle tohoto pohledu na seniora je člověk líčen jako nemohoucí, který zatěžuje rodinu a státní rozpočet i obce. Diskriminace se projevuje širokým spektrem fenoménů (například otevřená averze, vyhýbání se kontaktu nebo naopak nadměrná podpora). Ageismus také může posloužit jako ochrana mladších osob před přemýšlením o věcech, ze kterých mají strach (např. smrt, nemoc aj.). Významným zdrojem ageismu se stává současná demografická situace, kdy seniorů je mnoho a jejich populace roste. Vnímání stáří ovlivňují hodnotové konflikty a mezigenerační rozdíly. Ageistické postoje se mohou vyskytovat i v sociální a ošetrovatelské péči, pokud se senioři hodnotí stereotypně jako homogenní masa jedinců s neduhy a potížemi. Profesionálové, kteří pečují o seniory, mohou jejich problémy paušalizovat na všechny dlouhověkové osoby (TOŠNEROVÁ, 2002).

Nejvýznamnější příčiny postojů ageismu u profesionálů jsou:

- vzdělávání je stále více zaměřeno na péči o nemocné seniory
- většina profesionálů pracuje se seniory vyžadujícími pomoc
- všichni profesionálové, stejně jako laická populace jsou pod mediálním tlakem, který preferuje mládí, výkon a ke stáří má ambivalentní postoje

V moderní společnosti hovoříme o strachu ze stáří. Pokud chceme předcházet věkové diskriminaci, musí poskytovatelé sociálních služeb správně hodnotit reálné možnosti seniora. Musíme si ale připustit, že věková diskriminace existuje. Je třeba odhalit tyto tendence a začít s nimi bojovat. Každý z nás, pokud bude mít štěstí, se může dožít stáří (POKORNÁ, 2010).

Člověk v tomto věku nemusí být příjemcem sociální služby. Pečovatelská služba zahrnuje péči o ty seniory, u kterých dochází k poklesu soběstačnosti. Většinou jde o situace, které jsou způsobeny sociálními nebo zdravotními faktory. Pro seniory je velice důležité, aby sociální a zdravotní péče byla vzájemně provázána, protože zdravotní a sociální problémy tento věk doprovázejí. Tuto péči využívají například lidé vyššího staršího věku, lidé po propuštění z hospitalizace, osaměle žijící, dlouhodobě nemocní, lidé žijící v nevyhovujících bytech aj. Pokud člověk není schopen uspokojovat své každodenní potřeby, mění se pro něj výrazně kvalita života.

MAUROIS (1994, str. 149), uvádí: „*Umění stárnout je umění bojovat proti chorobám stáří a navzdory nim učinit z konce našeho života šťastné období. Celkem jsou dva způsoby jak stárnout. První je nestárnout. Je to způsob lidí, kteří se uchránili před stárnutím činností. Druhým způsobem jak dobře stárnout je smířit se stářím. Stáří může být věkem klidu a odevzdání, a tím i štěstí.*“

4.1.4 Potřeby seniorů

Pokud se budeme zabývat potřebami seniorů, musíme si nejprve potřeby definovat.

Potřebu můžeme definovat jako stav nedostatku či nadbytku něčeho. Pocit žízně nás nutí naplnit tuto potřebu, vzniká motivace k uspokojení a člověk se napije, potřeba je uspokojena. Toto je velmi jednoduchý příklad. V lidském životě platí, že člověk nejprve uspokojuje potřeby, které všeobecně řadíme mezi základní neboli fyziologické a potom teprve potřeby vyšší. Potřeby člověka můžeme rozdělit na potřeby základní neboli fyziologické (například příjem potravy, vylučování) a vyšší neboli sekundární (láska, bezpečí, jistota).

Americký psycholog Abraham Maslow (1908 – 1970) se zabýval otázkou lidských potřeb, jejichž uspokojování má vliv na tělesné a duševní zdraví jedince. V roce 1943 sestavil pyramidu lidských potřeb. Na jejím základě leží potřeby tělesné, na které navazují potřeby vyšší:

- fyziologické potřeby: dýchání, voda, potrava, vyměšování, spánek,...
- potřeba jistoty a bezpečí
- potřeba lásky, přátelství, sounáležitosti
- potřeba uznání, ocenění
- potřeba seberealizace

Toto je pyramida lidských potřeb, tedy i potřeb starých lidí.

KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ (2008, s. 57) uvádějí: „*Vágnerová, 2000 rozděluje lidské potřeby do šesti skupin:*“

- potřeba stimulace správnými podněty
- potřeba smysluplného světa
- potřeba plánovat činnosti v denním rytmu a čase se sebou a s druhými
- potřeba jistoty sociální role a pozice ve společnosti
- potřeba identity a uznání vlastního „já“ sebou samým i druhými
- potřeba otevřené budoucnosti – naděje, perspektivy

Je důležité, abychom si připomněli, že příjem informací je vždy doprovázen příjemným nebo nepříjemným prožitkem. Ve stáří dochází vlivem vývojových změn ke snížení smyslových funkcí a tím i ke snížení potřeby dostatečné informace a orientace v životě. Senior musí dostávat informace, kterým dokáže porozumět.

Potřeba smysluplného světa znamená, že dokážeme získávat poznatky a využívat je ke svému prospěchu. Musíme se naučit žít ve svém těle a zároveň v souladu se svým okolím. Změny ve stáří mají vliv na životní rytmus, starý člověk má zakořeněny určité činnosti, na kterých nechce nic měnit. Těžko přijímá změny, proto potřebuje podporu okolí a pochvalu. Každý člověk, tedy i starý, potřebuje, aby někam patřil. Ve stáří probíhá mnoho změn v oblasti sociálních rolí, dochází ke ztrátám, které jsou mnohdy velmi těžce přijímány. Senior potřebuje, aby dokázal mít svůj život pod kontrolou a mohl si rozhodovat o svých denních činnostech. Každý z nás touží po tom, aby se mohl na něco těšit, o něco usilovat. Starý člověk se těší i na drobnosti všedního dne. Senior potřebuje lidskou blízkost a sociální účast. Cílem sociální a pečovatelské služby je úcta k druhému člověku (KLEVETOVÁ a DLABALOVÁ 2008).

Vznik potřeby je vázán na stav nedostatku nebo nadbytku něčeho. Neuspokojená potřeba nás motivuje k chování, jehož cílem je vzniklou nerovnováhu uspokojit. Pokud nejsou potřeby dlouhodobě uspokojovány, vzniká stav frustrace.

Jaké má potřeby stárnoucí člověk? Jsou to - pevné zdraví, materiální a finanční zabezpečení, uznání a pocit, že má kolem sebe lidi, kteří ho mají rádi.

4.2 Osoby se zdravotním postižením

Definice zdravotního postižení jsou stále velmi nejednotné.

Jak uvádí MATOUŠEK (2005, s. 89) v naší republice: *„Existuje několik desítek klasifikačních přístupů, které jsou v některých případech nesouměřitelné či nekompatibilních (např. vymezení zdravotního postižení pro účely dávek státní sociální podpory versus pojetí zdravotního postižení pro účely povinné školní docházky).“*

Situace a stavy jsou často nesouměrné z hlediska hloubky a závažnosti postižení.

Zákon č. 108/2006 Sb. vymezuje zdravotní postižení jako: *„ tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“*

Podle Světové zdravotnické organizace jde o částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost či více činností, které je poruchou nebo dysfunkcí orgánu.

Ve 20. století se začínaly ozývat stále silněji hlasy, které žádaly přesnější užívání terminologie v souvislosti se zdravotním postižením. Jak uvádí MATOUŠEK (2005), Světová zdravotnická organizace v roce 1980 schválila Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a hendikepů. Tato klasifikace přinesla přesnější přístup. V současné době je užívána revidovaná verze.

Podle MATOUŠKA (2005, s. 91) je používaná terminologie následující:

- *postižení (impairment) jsou problémy týkající se tělesných funkcí a tělesných struktur*
- *tyto problémy mohou být příčinou omezení v činnostech (aktivity limitations), na této úrovni je důsledek popisován z hlediska jednotlivce*
- *mohou být také příčinou omezení ve společenských aktivitách (participation restrictions), čímž jsou označovány důsledky širší, sociální*

Postoj jedince i společnosti k osobám se zdravotním postižením je výrazem tolerance k odlišnosti, vyspělosti, respektu individuality i lidské kvality.

Problém je v tom, že člověk se zdravotním postižením je často chápán a vnímán jako „postižený“. Toto vnímání je nejen na straně majority, ale často je přejímáno i samotnými lidmi s postižením. To může mít za následek, že zdravotní postižení se stává hlavním identifikačním znakem jedince, které negativně ovlivňuje osobnost člověka (MATOUŠEK, 2005).

4.2.1 Typologie zdravotního postižení

KRHUTOVÁ aj. uvádějí (2005, s. 18): „*Nejběžnějším a nejobvyklejším způsobem vnitřní diferenciaci zdravotně postižených je model dle převládajícího zdravotního postižení:*“

- Postižení tělesné
- Postižení mentální a duševní
- Postižení zrakové
- Postižení sluchové
- Postižení řečové
- Postižení kombinované
- Postižení civilizačními chorobami

Každý člověk vnímá své postižení různým způsobem. Velkou roli hraje závažnost postižení a také doba, kdy k postižení došlo. Z hlediska času a doby vzniku dělíme postižení na vrozená a získaná.

Dalším dělením dle charakteru může být postižení orgánové a postižení funkční. Příčinou orgánového postižení může být vývojová vada, nemoc či úraz. Funkční postižení vzniká v důsledku narušení sociálních vztahů mezi jedincem a jeho prostředím, jde o poruchu funkce orgánu bez poškození struktury orgánu. (MATOUŠEK, 2005).

VÁGNEROVÁ (2004, s. 161) uvádí: „*Zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému.*“ Podle Vágnerové je dobré rozlišovat primární a sekundární postižení, která mají jinou etiologii.

„Primární postižení zahrnuje chorobné změny, které představují omezení v oblasti předpokladů k rozvoji normálních funkcí. Sekundární změny vznikají jako důsledek působení nejrůznějších zejména psychosociálních faktorů, které mohou být určitým způsobem závislé na existenci primárního postižení.“
(VÁGNEROVÁ 2004, s. 161).

Tělesné postižení klienta bychom mohli charakterizovat jako velkou emocionální zátěž nejen pro samotného klienta, ale i pro jeho rodinu. Protože můžeme tvrdit, že pohyb je základní lidskou potřebou (MLÝNKOVÁ, 2010).

Mentální postižení definuje MATOUŠEK (2005, s. 111) takto: *„Jedná se o souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností. Jde o lidi, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci.“* Duševní postižení může znamenat různou poruchu funkce mozku a může mít velkou škálu projevů (MLÝNKOVÁ, 2010).

U postižení zraku hraje velkou roli doba, kdy k poruše došlo. Podle toho může být také velmi rozdílný přístup jedince k svému postižení. Člověk, který přijde o zrak během života, ať už v důsledku nemoci či úrazu, tak zpravidla přistupuje ke svému postižení hůře a vyrovnání se s tímto stavem trvá déle. Ten, kdo je nevidomý od narození, přijímá postižení jako fakt a učí se s ním vyrovnávat už od dětství (MLÝNKOVÁ, 2010).

Pro každého člověka je postižení náročná životní situace, která zatěžuje, zvyšuje stres a může působit řadu konfliktů.

Jedinec se učí vnímat osoby se zdravotním postižením v interakcích sociálního prostředí, ve kterém se ocitá. Je velmi umožnit vzdělávání zdravotně postiženým osobám již na základním a středním stupni. Pro takto postižené občany je třeba vytvářet prostředí bez bariér, která jim umožní snazší cestu ke vzdělání.

4.2.2 Specifika osob se zdravotním postižením a jejich potřeby

Pokud budeme pátrat po tom, jaké potřeby mají lidé s postižením, tak dojdeme ke zjištění, že jejich potřeby jsou téměř shodné s potřebami zdravých lidí. Lidé se zdravotním postižením mohou mít při uskutečňování svých potřeb potíže. Jedinec pro své funkční nebo orgánové postižení nemůže některé ze svých potřeb realizovat obvyklým způsobem.

Neuspokojování lidských potřeb může vést od frustrace a deprivace až k narušení harmonického vývoje osobnosti člověka (NOVOSAD, 2000).

MATOUŠEK (2005, s. 90) uvádí: *„Zdravotně znevýhodnění lidé potvrzují, že nestojí o soucit, nechtějí být pouze obsluhováni v sebelepších ústavech a nemocnicích. Stejně jako všichni ostatní lidé chtějí žít ve společnosti nejbližších tam, kde se narodili, vést normální osobní i rodinný život, žít ve vlastním bytě, mít zaměstnání, rozhodovat sami, jak trávit čas.“*

Někdy se setkáváme s terminologií „speciálních potřeb“, nebo „zvláštních potřeb“. Tyto pojmy mohou vzbuzovat dojem, že člověk se zdravotním postižením má jiné, mimořádné potřeby. Opak je ale pravdou. Tito lidé mají stejné potřeby jako všichni ostatní.

Lidské potřeby mají individuální charakter. Jedinec s vadou zraku, sluchu nebo jinou vadou může mít problém realizovat své potřeby právě kvůli svému postižení.

Toto znamená, že postižený člověk může k realizaci své potřeby potřebovat pomoc, ale není to nějaká „zvláštní pomoc“, nýbrž soubor postupů a opatření, které pomohou s naplněním zcela přirozené potřeby jedince (MATOUŠEK, 2005).

4.2.3 Pohled společnosti na osoby se zdravotním postižením

VÁGNEROVÁ uvádí (2004, s. 189): „*Postoje společnosti k postiženým lidem bývají odmítavé či ambivalentní, často vycházejí z nedostatku porozumění jejich problémům.*“

Kvalita soužití mezi majoritou a lidmi se zdravotním postižením je dána postojem majority vůči členům společnosti, kteří se nějakým způsobem odlišují. Liší se svým tělesným nebo psychickým stavem. Postoj společnosti k postiženým jedincům odráží její vyspělost. Pohled na jedince s postižením je i v současné době ovlivněn emocemi, které převládají nad racionalitou. Tento postoj je způsoben nedostatkem informací o postižení a přejímáním myšlenkových stereotypů (VÁGNEROVÁ, 2004).

Tato problematika byla v minulosti tabuizována, proto se laikům dostávalo jen velmi málo informací o problémech, možnostech a omezeních lidí se zdravotním postižením.

Podle VÁGNEROVÉ (2004, s. 189): „*Bývají handicapovaní předmětem soucitu, protože je potkalo neštěstí, vesměs zcela bez vlastního zavinění. Zároveň mohou vzbuzovat hrůzu i odpor, protože symbolizují něco negativního, čemu je lépe se vyhnout.*“

Často z neznalosti a nejistoty nevíme, jak se máme k postiženému chovat, stydíme se.

Pokud chápeme zdravotní postižení jako ohrožení, bývají postoje k takto postiženým lidem spíše negativní. Uvědomujeme si vlastní zranitelnost a ohrožení, které si stejně jako smrt nechceme připustit.

Setkáváme se s tendencí ke generalizaci postojů k postiženým lidem, tyto postoje pramení z neznalosti, předsudků a neinformovanosti.

VÁGNEROVÁ (2004, s. 191) uvádí: „*Handicapovaní lidé bývají nejen podceňováni, ale často i zneužíváni, stávají se snáze obětí různých forem násilí, včetně domácího.*“ Proto jsou velmi důležité postoje společnosti, neboť mohou ovlivnit zpětně reakce lidí s postižením, nežádoucí projevy mohou posilovat a zároveň stimulovat. Postoj společnosti může ovlivnit i to, jak osoba se zdravotním postižením vnímá svůj defekt, jak je pro něj zatěžující a omezující (VÁGNEROVÁ, 2004).

4.2.4 Inkluze a integrace osob se zdravotním postižením

Cílem pomoci poskytované osobám se zdravotním postižením - je kompenzace negativních důsledků plynoucích z postižení a vyrovnávání příležitostí. Vytváření podmínek pro život osob zdravotně postižených v jejich běžném sociálním prostředí je podmínkou jejich seberealizace ve všech oblastech života.

MATOUŠEK (2005, s. 97) uvádí: „*Integrace i inkluze jsou procesy, které usilují o plnohodnotný společný život hendikepovaných i zdravých jedinců s respektováním jejich individuálních schopností a možností rozvoje.*“

Ve společnosti se zvyšuje podíl zdravotně postižených jedinců. To je dáno jednak vrozenými, dědičnými dispozicemi a jednak zvyšujícím se počtem úrazů a nemocí. V neposlední řadě také pokrokem lékařské vědy, která dává šanci na přežití i postiženým novorozencům.

NOVOSAD (1997, s. 9) uvádí: „*Pojmem sociální integrace chápeme jako proces rovnoprávného společenského začleňování specifických – minoritních skupin – do výchovně vzdělávacího pracovního procesu a do života společnosti. Integrita příslušníků minority, tedy zdravotně postižených i seniorů, je nejvyšším stupněm socializace jedince, kterou definujeme jako schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje.*“

Integrace je vždy oboustranný proces. Velkou roli zde hrají postoje zdravých i nemocných a jejich chování. Jde o náročný proces, ke kterému musíme postiženého člověka motivovat. Integrace má různé stupně. Nejdůležitější a zcela základní integrací rozumíme přijetí postiženého jeho vlastní rodinou. Rodina hraje základní roli v tom, jak postiženého přijímá, hodnotí jeho postižení, a jak se chová. Pokud je tento postoj vyrovnaný a adekvátní, tak se vytváří základ pro úspěšné zvládnutí dalších stupňů integrace (NOVOSAD, 1997).

NOVOSAD (1997, s. 9) rozlišuje čtyři základní stupně socializačního procesu:

- *„Integrace je plným začleněním a splynutím postiženého se společností*
- *Adaptace je o něco nižší stupeň socializace, a charakterizujeme ji jako schopnost handicapovaného jedince přizpůsobit se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám.*
- *Utilita označuje již jen sociální upotřebitelnost postiženého jedince, jehož vývoj je značně omezen.*
- *Inferiorita je označována jako nejnižší stupeň socializace, pro niž je typická sociální nepoužitelnost a vyčlenění (totální izolace) ze společnosti.“*

Termín inkluze je vyšším pojmem, znamená spíše lidskou filozofii, kdy jedinec se rodí do společnosti, která ho dokáže přijmout takového, jaký je, do společnosti, kde je normální být jiný.

Podle MATOUŠKA (2005, s. 97): *„Termín inkluze znamená zahrnutí, náležitosti k celku. Inkluze znevýhodněných by měla být součástí hodnotového systému a osobním přesvědčením každého z nás.“*

Dnes není výjimkou, že jsou zdravotně postižení integrováni do školního kolektivu svých zdravých vrstevníků. Děti se obohacují navzájem. Zdravé děti se naučí bez problémů komunikovat s postiženými, poznání je totiž zbavuje strachu, pohrdání.

5 Sociální služby poskytované seniorům a lidem se zdravotním postižením.

5.1 Ústavní péče a domy pro seniory

Seniorská populace je velmi různorodá a podle toho by měl být přístup k bydlení seniorů individuální. Měl by respektovat přání každého seniora nebo jeho rodiny a vycházet z možností konkrétního člověka. Bydlení stárnoucího člověka by mělo podle KALVACHA (2010, s. 312) splňovat tyto podmínky: *“Být včleňující, neizolované, neodlehle, bezproblémově dostupné.”* Je velice důležité myslet na adaptační mechanismy starého člověka. Při stěhování do nového prostředí může dojít až k takzvanému syndromu z přemístění, který se projevuje zmateností a poruchami chování. Tento stav může trvat i dva roky. Změnu prostředí může provázet rovněž syndrom zanedbávání sebe i svého příbytku (KALVACH, 2010).

Sociální a zdravotní péči nelze oddělovat, protože sociální problémy doprovázejí často problémy zdravotní a naopak. Úkolem sociální péče je podpora maximální soběstačnosti jedince

Ústavní péče poskytuje komplexní zaopatření seniorů a osob se zdravotním postižením. TOMEŠ (2001, s. 186) říká: *„Ústavní péče obsahuje ubytování, poskytování stravy, ošetrovatelské a zdravotní péče, rehabilitace možností pro přiměřené společenské aktivity.“*

Služby sociální péče jsou poskytovány seniorům a osobám se zdravotním postižením v zařízeních sociální péče. Seniořem se rozumí osoba, která má věk rozhodný pro přiznání starobního důchodu.

Domovy důchodců - neboli domovy pro seniory - jsou jednou z forem ústavní péče. Jsou určeny pro ty, kteří mají trvalé změny zdravotního stavu a vyžadují komplexní péči. Tato péče nemůže být zajištěna pomocí rodiny v domácím prostředí seniora a nemůže ji poskytovat ani terénní pečovatelská

služba. Do domova důchodců mohou být též umístěni senioři, kteří z vážných důvodů toto umístění potřebují. Pokud však zdravotní stav občana vyžaduje léčbu a zdravotnické ošetřování, nemůže být umístěn v domově důchodců (KALVACH aj., 2004).

Přijetí seniora do domova důchodců probíhá na základě písemné žádosti. Pokud jde o státní zařízení, podává se žádost o přijetí na příslušný spádový sociální odbor. Pokud se jedná o nestátní zařízení, je žádost podávána přímo v tomto zařízení. Do těchto zařízení mohou být přijaty i manželské páry. Sociální služby poskytované manželským párům v pobytových zařízeních patří mezi nejčastěji poskytované varianty v rámci rodinných vztahů. V některých případech, pokud jsou splněny zákonné podmínky, mohou být služby poskytovány i jiným rodinným příslušníkům (rodič, dítě, sourozenci). (MALÍKOVÁ, 2011)

Poskytovatel sociálních služeb je vázán smluvním principem podle zákona o sociálních službách. Podle MALÍKOVÉ (2011, s. 66): *„Záměrem je, aby o lidech a jejich potřebách nebylo rozhodováno, ale aby se oni sami stali účastníky sjednání podmínek poskytované služby.“*

Služby poskytované v těchto zařízeních jsou zejména bydlení, strava, úklid, zdravotní a rehabilitační péče, kulturní a rekreační péče.

V domovech pro seniory je rovněž možný vznik samostatných ošetrovatelských oddělení, kde jsou ošetřovány osoby upoutané na lůžko a vyžadující ošetrovatelskou péči.

V domovech důchodců mohou být zřizována oddělení pro denní nebo přechodný pobyt, který je v rámci respitních služeb. Délka tohoto pobytu obvykle nepřekračuje tři měsíce.

Za pobyt v tomto zařízení obyvatel hradí částku, kterou tvoří tři položky: bydlení, strava a služby. KALVACH aj. uvádějí: (2004, s. 499) *„Po zaplacení*

celé úhrady za pobyt musí klientovi zůstat minimální zůstatek. Ten činí od 1. 1. 2001 při celoročním pobytu 696 Kč měsíčně.“

Dalším typem ústavní péče jsou ústavy pro zdravotně postižené občany a ústavy sociální péče pro mládež, které mají stanovenou věkovou hranici pro pobyt na 26 let. Služby poskytované v těchto zařízeních zahrnují tyto oblasti: práci, bydlení, volný čas.

V ústavu sociální péče tráví klienti většinu svého času. Platí zde pevný provozní řád, který musí klienti dodržovat. Ústavy sociální péče se snaží, aby služby, které poskytují, vycházely vstříc potřebám uživatelů. Snaží se nacházet pro klienty přiměřené pracovní uplatnění do budoucna, které odpovídá jejich možnostem. Pomáhají také – pokud je to možné – s pozvolným přechodem do forem chráněného bydlení (MATOUŠEK, 2005).

Pobyt v ústavních zařízeních s sebou přináší i zátěž a rizika. Příčinou jsou zejména změna prostředí, nové prostory, neznámí lidé, narušení dosavadních mezilidských vazeb a ohrožení soukromí. Může také docházet k omezenému kontaktu s vnějším světem a v neposlední řadě se může negativně projevit nevhodné jednání personálu. Velkým stresorem může být změna prostředí, vzhledem ke ztížené adaptaci ve stáří. V zařízeních, kde je nezbytné respektovat režim, se stírá osobnost klientů. Život ve skupině na jedné straně a potřeby klienta na straně druhé mohou vést k rozporu. Zájem o individuální potřeby klientů je nástrojem prevence negativních jevů spojených s dlouhodobým pobytem v těchto zařízeních (KALVACH aj., 2004).

Přestěhování do domova důchodců může být vnímáno jako projev nezájmu nebo neochoty dětí postarat se o rodiče (REBOUL, 1992).

Od personálu, který v ústavech pracuje, se vyžaduje profesionalita, tak zároveň lidský přístup. V ústavních zařízeních bývá omezeno klientovo

soukromí, je to daň za pobyt v ústavu. Každý obyvatel ústavního zařízení je nucen se přizpůsobovat nejen chodu a řádu, ale také ostatním spolubydlícím.

Při dlouhodobém pobytu v ústavním zařízení je klient ohrožen vznikem hospitalismu. MATOUŠEK (1999, s. 118) uvádí: „*Hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní“ život.*“ Hospitalismus se může projevovat zhoršenou schopností komunikace, nezájmem o okolní svět a lidi, návratem do předchozího vývojového stadia, ale také hledáním náhradního uspokojení jako je přejídání nebo nadměrný spánek či opakované automatické pohyby. (MATOUŠEK, 1999).

5.2 Stacionáře

Stacionáře poskytují denní či pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.

Služby poskytované v těchto zařízeních obsahují tyto základní činnosti: Pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu, pomoc při péči o osobní hygienu nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, vzdělávací a výchovné činnosti, pomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při obstarávání osobních záležitostí.

TOMEŠ (2001) uvádí, že smysl denních zařízení je hlavně tam, kde péči sice zabezpečuje rodina, ale z důvodu pracovního vytížení se nemůže o svého člena rodiny starat během dne. Výhodou těchto zařízení je život v soukromí a možnost získat kvalifikovanou sociální službu.

„Denní pobyty se nejčastěji organizují jako: (TOMEŠ, 2001, s. 184)

- *Denní pobyty pro zdravotně postižené děti nebo dospělé*
- *Denní pobyty pro důchodce*
- *Denní pobyty pro bezdomovce*
- *Kluby důchodců“*

Kluby důchodců je typ zařízení, které umožňuje trávit volný čas lidem s podobnými problémy. Řeší pocit samoty a izolace starých lidí. Důchodce si často z ekonomických důvodů nemůže dovolit trávit volný čas v restauracích a podobných zařízeních. V prostředí klubů důchodců se vytváří komunita a rozvíjí se svépomocné aktivity (TOMEŠ, 2001).

5.3 Domácí péče, pečovatelská služba

Zvyšování počtu osob vyššího věku a prodlužování délky života ve stáří a s tím spojené období, kdy starý člověk potřebuje pomoc a péči, si vyžádalo rozvoj terénních zdravotnických a sociálních služeb. Smyslem takto poskytované péče by měla být vhodná kombinace ústavní a domácí péče. Velmi důležitou roli zde hraje dostatek informací o poskytovaných službách. Mnoho lidí neví o možnostech poskytovaných služeb. V povědomí mnoha lidí je jen existence domovů důchodců. KALVACH aj. (2004, s. 467) uvádějí:

„Informovanost starých osob i jejich rodin o možnostech a podmínkách péče v jednotlivých zařízeních je nedostatečná. Zdravotní a sociální péči o staré občany není možno od sebe oddělovat.“

Cílem domácí péče je snaha o udržení dobré fyzické kondice a aktivity seniora nebo osoby se zdravotním postižením.

Terénní péče musí dobře monitorovat staré lidi. Právě oni neumějí nebo nechťejí signalizovat své potřeby. Nutné je sledovat osaměle žijící občany, chudé, ale i: „*dvojice silně závislých křehkých starých lidí.*“ (MATOUŠEK, 2005, s. 172) Pečovatelská služba může být poskytována v domácnosti starého nebo zdravotně postiženého občana. Jde hlavně o případy, kdy dochází ke snížení soběstačnosti v základních úkonech, jako osobní péče, péče o výživu, či o domácnost.

TOMEŠ (2001, s. 183) říká, že: „*Pečovatelská služba prodlužuje období relativně nezávislého života a oddaluje, případně i vylučuje nutnost ústavního zaopatření.*“ Klient stále žije ve svém bytě, tento může být součástí domu s pečovatelskou službou. Velmi důležité je, že zřizovatel těchto bytů a domů nese zodpovědnost pouze za stanovené služby.

Pokud staří lidé nebo osoby se zdravotním postižením žijí v hůře vybavených bytech, nebo jsou tyto služby nedostupné z jiných důvodů, mohou využít střediska osobní hygieny, kterými jsou rovněž domy s pečovatelskou službou vybaveny. Součástí těchto středisek může být pedikúra, manikúra, ale i kadeřnictví. Služby poskytují kvalifikované sociální pracovníce.

Pečovatelská služba může být poskytována rovněž rodinám s dětmi, pokud tam dojde k sociální události, jakou může být například nemoc rodičů. Za těchto okolností mohou být děti ubytováni, dokud se sociální situace nevyřeší (TOMEŠ, 2001).

S přijetím nového zákona o sociálních službách 108/2006 se tato péče vymezila jako terénní a ambulantní s danými základními činnostmi.

Pečovatelská služba poskytuje tyto základní činnosti:

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

O zavedení pečovatelské služby žádá sám občan, nebo jeho rodina, sociální pracovníce nebo zdravotníci. Míru soběstačnosti žadatele posuzuje ošetřující lékař. Každá žádost je posuzována individuálně na odboru sociálních věcí, ten se také vyjadřuje ke způsobu, jakým bude služba placena. Pokud je pečovatelská služba poskytována v domácnosti uživatele, tak je poskytována v pracovních dnech od 7 do 17 hodin. Podle potřeby dochází pečovatelka do domácnosti jednou až dvakrát denně.

Součástí pečovatelské služby, jak již bylo zmíněno, je rovněž poskytování středisek osobní hygieny a dopravní služba, která slouží k rozvozu obědů, k hromadným nákupům potravin a k rozvozu prádla či dopravě osob. Pokud spolupracuje navzájem pečovatelská služba s ošetřovatelskou, jde vždy o výhodnou spolupráci pro klienta (KALVACH aj., 2004).

Další formu individuálního bydlení seniorů představují domy s pečovatelskou službou. Pro seniory je tato forma bydlení velmi žádaná. Domy s pečovatelskou službou zřizují městské úřady. V těchto domech jsou zřizovány střediska osobní hygieny, prádelna, ordinace lékaře, jídelna, často i klub důchodců.

Bydlení v domech s pečovatelskou službou má pro obyvatele tato pozitiva: je zajištěno soukromí klientů, kvalitní bydlení, možnost zapojení se do společenských aktivit. Obyvatelé mají dekret na malometrážní byt a nájemné platí obvyklým způsobem.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Informace o regionu

6.1 Pohled do minulosti i současnosti regionu

Region Milevsko se rozkládá na ploše 434 km². Nachází se na severovýchodním okraji Jihočeského kraje. Od Prahy je vzdálen necelých 100km, 60km od Českých Budějovic, 25km od Písku a 20km od Tábora.

Nejstarší doklady o přítomnosti lidí na zdejším území pocházejí z pozdní doby kamenné.

Významným datem ve vývoji kraje bylo založení premonstrátského kláštera v Milevsku roku 1184. Ve středověké historii je jeho význam v regionu naprosto dominantní. Dalším rozvojem prošlo Milevsko ve 14. a 15. století. Kraj byl v 15. století významným dějištěm husitského hnutí. Také Milevský klášter, který doposud prosperoval, byl husity v roce 1420 vypleněn. Po ukončení husitských válek klášter přichází do rukou Rožmberků a poté Švamberků .

Zlom v poměrně příznivém sociálním a ekonomickém vývoji regionu přišel v období třicetileté války. Došlo k úbytku obyvatelstva a ke stagnaci ve vývoji ekonomiky regionu.

Na začátku 19. století patřil region k nejchudším českým krajům. Typická byla málo produktivní zemědělská výroba, slabá tradice řemeslná a špatná dopravní dostupnost. Toto bylo následkem masového vystěhovalectví z regionu, zejména do USA.

Významný byl rok 1889, kdy byla otevřena železniční trať Tábor – Písek. V roce 1868 vznikl okres Milevsko, který byl zrušen až v roce 1960 v rámci územně správní reformy. K oživení kulturního národního dění v kraji došlo koncem 19. století.

Do života lidí zasáhla 1. světová válka v letech 1914 - 1918. Po jejím skončení a vyhlášení republiky se stala zlomem v hospodářském životě regionu pozemková reforma, která parcelovala velkostatky. Docházelo ke zproduktivnění zemědělství, kraj se začal elektrifikovat, rozvíjelo se živnostenské podnikání.

Během 2. světové války však došlo k vyhlazení početné židovské menšiny. Obec Bernartice zažila na konci války velké krveprolití a ztrátu lidských životů. Nástup komunistického režimu přinesl perzekuce pro sedláky a útlak církve. Současně přišlo rozhodnutí o „industrializaci regionu“.

Také padesátá léta 20. století přinesla změny. Významným se stalo otevření Závodů na výrobu vzduchotechnických zařízení v roce 1950. Závod byl již v roce 1960 největším výrobcem těžké vzduchotechniky v celé ČSSR. Rozšířila se textilní a potravinářská výroba. V 60. letech se díky těmto změnám měnil charakter kraje. Došlo k přesunu obyvatelstva do měst a k vylidňování venkova. Současně se rozvíjelo místní školství. Region se stal významným centrem cestovního ruchu (Povltaví).

V poslední době kraj sužují problémy. K radikálním změnám v našem kraji došlo během uplynulých dvaceti let. Tím, že byly zrušeny některé podniky, se zvýšila nezaměstnanost. Lidé jsou nuceni za prací dojíždět do větších měst a nemají již tolik času na své blízké.

Do Svazku obcí Milevska patří 31 obcí. V regionu má dominantní význam město Milevsko. Je největším sídlem oblasti, soustřeďuje se zde více než polovina pracovních příležitostí regionu. Je zde poliklinika, základní i střední školství, sportovní zařízení, dům kultury a také obchodní zázemí. V dalších sedmi střediskových obcích jsou koncentrovány výrobní a obslužné funkce. Počet obyvatel regionu klesá, na konci 90. let došlo ke stárnutí populace. Příčiny jsou pokles porodnosti a rozsáhlá migrační ztráta mladších ročníků. Je všeobecně známé, že podíl seniorů v populaci se v posledních 50 letech zvýšil.

6.2 Pečovatelská služba v regionu Milevsko

V našem regionu je největším poskytovatelem sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením organizace Sociální služby Města Milevska (SSMM). Vznikla v roce 2002, jako příspěvková organizace s právní subjektivitou. Její hlavní náplní je zajištění služeb sociální péče nejen pro občany Milevska, ale i pro občany obcí, které jsou členy Svazku obcí Milevska. Na hospodaření organizace přispívá zřizovatel, město. Největší zájem v obcích je hlavně o zajištění stravy, nákupy a pochůzky. Hlavně v zimním období je pečovatelka někdy jediným člověkem, se kterým za celý den člověk ze vsi promluví. Zřídka se vyskytne i případ zajištění komplexní péče o domácnost – štípání dříví, donáška topiva a topení.

Pečovatelská služba v našem regionu se neomezuje jen na dovoz obědů, ale je komplexní péčí o seniory a jejich domácnosti. Důvodem komplexní péče je často u seniora začínající demence a následná neschopnost zvládat běžné denní situace. Mnohdy potřebuje rodina pomoci i v době, kdy se k ní vrací starý člověk po propuštění z nemocnice. V tomto případě je velice důležité propojení zdravotní a sociální péče.

Poskytování pečovatelské služby vytváří široké pole pro výkon sociální práce. Je velice důležité, aby práce a jednotlivé úkony byly prováděny s lidským přístupem. Bylo by špatné zajistit péči o člověka a o domácnost, a přitom si nevšímat jeho osobní situace.

Pečovatelská služba v regionu Milevsko je poskytována obyvatelům v domech s pečovatelskou službou, které jsou dva v Milevsku, dále v obcích Sepekov, Bernartice, Nadějkov, Jistebnice, Kovářov a v obcích Hrejkovice a Laštovice, kde jsou chráněné byty. Dále občanům Milevska a občanům obvodů dalších 21 samostatných obcí regionu. Počet klientů, kteří mají platnou smlouvu, byl v březnu 2011 celkem 406.

V Milevsku jsou dva domy s pečovatelskou službou. Celková kapacita je 116 bytů, tj. při plně obsazené kapacitě 159 osob. Domy s pečovatelskou službou jsou zázemím a základnou i pro pečovatelskou službu poskytovanou v terénu. Výhodou této formy poskytované služby je nesporně život klienta v jeho vlastním prostředí. Nedochází k přetrhání sociálních vazeb, nezanedbatelná je také nižší finanční náročnost pro klienta. Rodina je schopna postarat se ve spolupráci s pečovatelskou službou o svého člena. Někteří obyvatelé domu s pečovatelskou službou by nebyli schopni bez pomoci pečovatelek si samostatně zajistit základní životní potřeby, jde o integraci obyvatel s lehčím mentálním postižením nebo stavy začínající demence.

Samozřejmostí domu s pečovatelskou službou je i přítomnost sociální pracovnice, která zajišťuje volnočasové aktivity. Zároveň je poradkyní a řešitelkou problémů klientů. Sociální pracovnice má v náplni práce poradenství pro obyvatele domu s pečovatelskou službou. Pomáhá jim orientovat ve vlastních právech, povinnostech a nárocích.

Sociální služby Města Milevska mají rovněž detašovaná pracoviště v obci Bernartice, Sepekov, Jistebnice, Nadějkov, Kovářov. Tyto obce vybudovaly domy s pečovatelskou službou v rámci občanské vybavenosti. V obci Bernartice je DPS od roku 2002. Disponuje 27 byty pro obyvatele – seniory obce. Denně je zde přítomna pečovatelka, která je zaměstnancem SSMM. Ta zajišťuje a organizuje vše potřebné pro poskytování sociálních služeb – od místního šetření a přípravy rozhodnutí o poskytování pečovatelské služby až po vyúčtování provedených úkonů.

Obec Sepekov otevřela svůj dům s pečovatelskou službou v roce 2004. V domě je také 27 bytů. Na základě smlouvy se Sociálními službami města Milevska je zde poskytována obdobně jako v Bernaticích pečovatelská služba.

V obci Kovářov slouží dům s pečovatelskou službou již od roku 1997 a má sedm jednopokojových bytů.

Obec Nadějkov provozuje dům s pečovatelskou službou od roku 2003 a je zde 12 bytových jednotek s dostupnou pečovatelskou službou.

V obci Jistebnice slouží obyvatelům dům s pečovatelskou službou od roku 1995, v domě je 19 bytových jednotek se zajištěnou pečovatelskou službou.

Obec Lašovice získala čtyři byty se zajištěnou podporou pečovatelské služby rekonstrukcí bývalé školy.

Obec Hrejkovice vybudovala v roce 2005 pět bytů chráněného bydlení, kde se nachází i sauna a prádelna, které slouží i občanům obce.

Spolupráce s Milevskou organizací je pro obce výhodná. Větší poskytovatel má větší zkušenosti i možnosti.

V roce 2004 byl v Milevsku otevřen nový dům s pečovatelskou službou, který je zároveň stavebně propojen se stávajícím domem pro seniory. Toto uspořádání umožňuje poskytování sociálních služeb v těsné návaznosti, každý byt je totiž propojen přes telefonní linku, v případě akutní potřeby, s personálem domova. Mimo pracovní dobu pečovatelské služby, pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu obyvatele, tak zajistí péči zaměstnanci domova. Obyvatelé domu s pečovatelskou službou jsou s touto službou spokojeni a v případě potřeby ji využívají.

V Milevsku se zajištění pečovatelské služby snaží co nejvíce přiblížit potřebám klienta. Neplatí zde, že pečovatelská služba znamená pouze poskytování a zajištění stravy. Pečovatelská služba se snaží přiblížit současným evropským trendům, které usilují o podstatně širší rozsah péče o seniory. Toto je možné hlavně v domě s pečovatelskou službou, kde je návaznost na personál domova pro seniory. Pro malé obce je toto neřešitelný problém.

Pečovatelská služba spolupracuje při řešení zdravotních a sociálních problémů klientů s praktickými lékaři (www.socsluzbymilevsko.cz).

6.3 Předmět výzkumu

Na základě předchozí teoretické části, ve které jsem se zaměřila na popsání základních termínů a faktů o sociálních službách, se výzkumná část zaměřuje na konkrétní a měřitelné údaje o využívání pečovatelských služeb v regionu Milevsko. Do výzkumu byli zařazeni klienti využívající služeb, které nabízí organizace Sociální služby Města Milevska. Prováděný výzkum je z hlediska sociologického výzkumem kvantitativním. Využito bylo dotazníku, jako metody získávání informací od respondentů. Sledovaným výzkumným souborem jsou uživatelé sociálních služeb pobytových i terénních, lidé seniorského věku, ale i lidé se zdravotním postižením. Toto dělení nebylo významné z hlediska samotného výzkumu. Významné údaje se týkaly samotné využitelnosti a dostupnosti nabízených služeb a následným hodnocením z pohledu klientů.

6.4 Cíle výzkumu

Cílem výzkumné části diplomové práce je monitoring pečovatelské služby v příspěvkové organizaci zřízené za účelem zajištění sociálních služeb především pro seniory a osoby se zdravotním postižením v regionu Milevsko. Organizace zajišťuje poskytování sociálních služeb terénních, ambulantních a pobytových. Úkolem bylo také ověřit rozsah, úroveň, finanční náročnost a dostupnost poskytované sociální služby. Dalšími úkoly bylo zjistit jak je využívána a hodnocena terénní pečovatelská služba, zda jsou klienti příjemci příspěvku na sociální péči a zda tento příspěvek využívají na pořízení pečovatelských služeb nebo je příspěvek využíván na zajištění jiných služeb. Současně se výzkum zaměřoval na kvalitu a profesionalitu poskytovaných služeb.

Prováděný výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním, používající deduktivní metody (DISMAN, 2006). K dosažení stanoveného cíle a ověření hypotézy byla použita dotazníková technika sběru dat.

6.5 Stanovení předpokladů

Pro zjištění cílů diplomové práce jsem si stanovila tři zásadní hypotézy – předpoklady. Díky těmto předpokladům jsem vytvořila krátký dotazník pro klienty pečovatelské služby. Zpracováním vyplněných otázek se naplní cíl diplomové práce a jednotlivé hypotézy budou hodnoceny jako pravdivé či nepravdivé.

1. hypotéza: Předpokládám, že uživatelé, kteří nejsou obyvateli domu s pečovatelskou službou, nejčastěji čerpají službu – dovážka obědů, pečovatelské služby jsou pro ně finančně dostupné a přístup pracovníků hodnotí jako vstřícný a profesionální.

2. hypotéza: Předpokládám, že uživatelé, kteří žijí v domě s pečovatelskou službou, nejčastěji čerpají službu – pomoc při zajištění chodu domácnosti, službu hodnotí jako finančně dostupnou a přístup pracovníků hodnotí jako vstřícný a profesionální.

3. hypotéza: Předpokládám, že klienti pečovatelské služby, kteří jsou příjemci příspěvku na péči v prvním stupni závislosti, využívají v péči o svou osobu kombinaci pečovatelských služeb a pomoci rodiny a vyhovuje jim rozsah úkonů, které pečovatelská služba poskytuje.

6.6 Objekt výzkumu

Sledovaným výzkumným souborem jsou klienti pečovatelské služby, kteří žijí v regionu Milevsko. Soubor je charakteristický tím, že se jedná o seniory a osoby se zdravotním postižením s potřebou občasné nebo trvalé pomoci, kdy rodinní příslušníci nejsou schopni tuto pomoc zajistit vlastními silami. Objektem výzkumu byli senioři a osoby se zdravotním postižením, kteří jsou obyvateli domu s pečovatelskou službou, ale rovněž klienti, kteří žijí ve svých domácnostech. Předmětem výzkumu bylo zjistit, jaké služby klienti nejčastěji využívají a zda jsou spokojeni s rozsahem a úrovní nabízených služeb. Předmětem výzkumu bylo rovněž zjistit, zda je pečovatelská služba důstojnou

službou pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Data byla získána v příspěvkové organizaci Sociální služby Města Milevska, která je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb v tomto regionu. Zpracováním dostupných podkladů bylo zjištěno, že ve výše uvedeném regionu, kam spadají obce Sepekov, Bernartice, Kovářov, Jistebnice a Nadějkov, využívá pečovatelskou službu 406 klientů. V těchto obcích jsou domy s pečovatelskou službou. Počty klientů jsou aktuální ke dni 31. března 2011.

Z celkového počtu 406 klientů pečovatelské služby se zúčastnilo výzkumu 102 respondentů, což je přibližně jedna čtvrtina z celkového počtu uživatelů. Ze získaných informací vyplynulo, že dotazováno bylo 35 mužů, což je 34% a 67 žen, což je 66% z celkového počtu dotazovaných.

Z výzkumu vyplynulo, že 67 uživatelů (66%) žije v domě s pečovatelskou službou a 35 (34%) není obyvatelem domu s pečovatelskou službou.

Pro přehlednost jsem vytvořila tabulku znázorňující rozvrstvení klientů podle věku. Stanovila jsem věkové rozmezí méně než 60 let a pro další věkové rozdělení patnáctiletou periodizaci podle WHO. Klienti starší 90 let tvoří jednu kategorii respondentů.

Tabulka č. 1

Přehled počtu klientů a procentuální vyjádření zastoupení jednotlivých věkových kategorií

	méně než 60	60 - 74	75 - 90	více než 90	celkem
počet klientů	2	35	61	4	102
vyjádření v %	2,0%	34,3%	59,8%	3,9%	100%

Z údajů zpracovaných v tabulce vyplývá, že uživatelé pečovatelské služby jsou nejvíce zastoupeni ve věkové kategorii 75 – 90 let.

6.7 Technika sběru dat

Jako techniku sběru dat jsem vybrala formu dotazníků, která patří mezi nejběžnější metodu získávání informací. Dotazníkem lze získat informace od velkého počtu jedinců, jde o efektivní metodu s malými náklady (DISMAN, 2006). Dotazníkem jsem mohla oslovit vyšší počet klientů. Otázky v dotazníku jsem zvolila jednoduché, aby neodradily oslovené respondenty z řad seniorů a vyplnění dotazníku nebylo pro ně zátěží časovou i psychickou.

Respondenti byli požádáni o pravdivé vyplnění a po vypracování následovalo i poděkování za spolupráci. V úvodu dotazníku byl dotazovaným vždy vysvětlen jeho účel. Dotazník byl stručný, byly voleny jasné formulace otázek, kterých bylo celkem položeno 12. Otázky směřovaly nejenom na základní údaje o klientovi (věk, pohlaví), ale i na oblast využívání jednotlivých úkonů v rámci pečovatelské služby poskytované v regionu Milevsko. Otázky rovněž směřovaly ke zjištění, zda pečovatelská služba je dostupná po stránce finanční, a provozní. Také byly otázky zaměřeny na to, zda je chování pracovníků pečovatelské služby z pohledu klientů profesionální, zda je rozsah nabízených služeb dostačující a jak se uživatelé pečovatelské služby o této službě dozvěděli. V závěru zjišťuje dotazník, jestli jsou klienti příjemci příspěvku na péči a jak tento příspěvek využívají.

V empirické studii byla použita dotazníková metoda sběru dat. V dotazníku bylo použito dvanáct otázek (příloha 1). Otázky byly voleny otevřené a uzavřené. Otevřených otázek byly položeny tři a uzavřených devět. Úvodní otázky číslo jedna a dvě byly identifikační, zjišťovaly věk a pohlaví respondentů. Otázka číslo čtyři byla také otázkou identifikační, která zjišťovala, zda jsou klienti obyvateli domu s pečovatelskou službou či nikoliv. Do kategorie identifikačních otázek patří též otázka číslo jedenáct, která zjišťovala nejenom, zda jsou klienti příjemci příspěvku na péči, ale zároveň v jakém stupni závislosti. Otázka číslo tři patřila mezi otázky otevřené, která zjišťovala, kde respondenti získali informace o pečovatelské službě. Dalšími otevřenými otázkami byly

otázky číslo šest a dvanáct, které dávaly dotazovaným možnost se vyjádřit, jaké konkrétní úkony pečovatelské služby každodenně využívají a k čemu klienti využívají příspěvek na péči. Uzavřená otázka číslo pět dala možnost vyjádřit obecnou využitelnost nabízených služeb. Zbývající otázky číslo sedm, osm, devět a deset byly zaměřeny na hodnocení poskytovaných služeb z pohledů uživatelů sociálních služeb. Výzkumné šetření bylo provedeno v období od poloviny února do konce března roku 2011.

6.8 Strategie výzkumu

Při sběru dat ve výzkumné části jsem využila vstřícnosti pracovníků Pečovatelské služby města Milevska, kteří pomohli dotazníky doručit klientům. Dále se velice ochotně zapojili do vybírání vyplněných dotazníků. Výše uvedeného jsem využila z důvodu velké nedůvěry seniorů a ostatních uživatelů pečovatelské služby vůči neznámým osobám. I pracovníkům pečovatelské služby byl vysvětlen účel a smysl zjišťovaných dat.

Z celkového počtu 406 klientů byl vybrán reprezentativní vzorek celkem 150 respondentů. Tento kvótní výběr byl náhodný. Návratnost byla 102 dotazníků, což je 68%.

Sběr dat probíhal v období od 15. 2. 2011 do 31. 3. 2011.

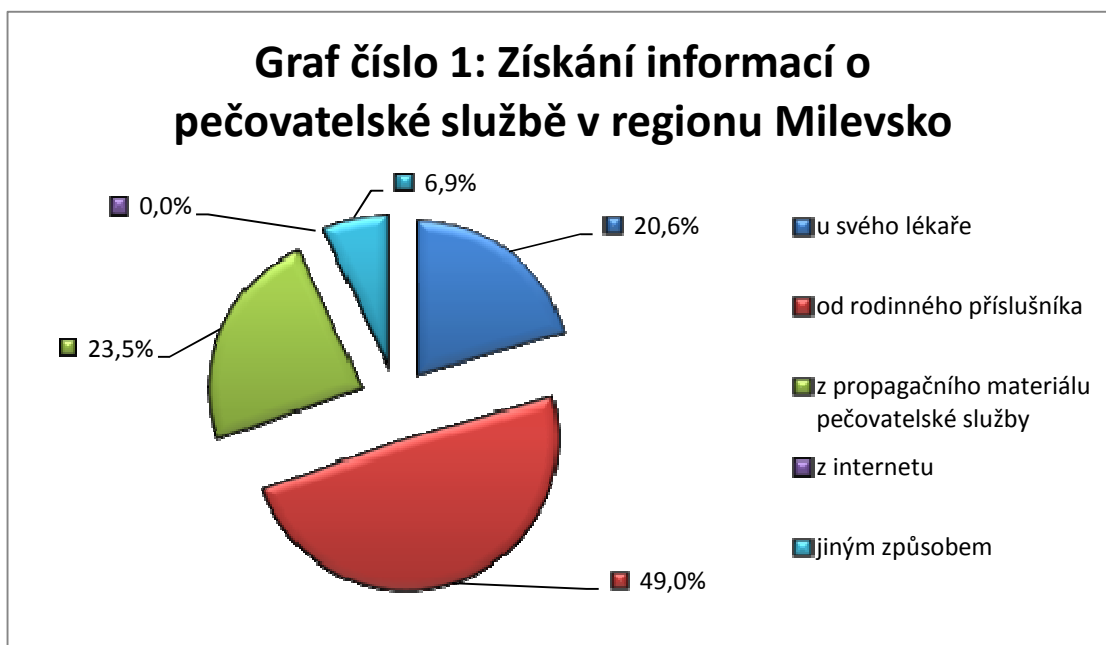
6.9 Výsledky a interpretace výzkumu

Vyplněné dotazníky byly odevzdány v předem dohodnutém termínu a to v množství 102. Návratnost nebyla stoprocentní, což bylo nejspíše způsobeno zdravotním stavem některých klientů i jejich neochotou sdělovat informace ze svého soukromí. Na návratnost mělo pozitivní vliv působení pracovníků pečovatelské služby na klienty, kteří jsou s klienty v každodenním kontaktu a nedůvěru dokázali v mnoha případech odstranit.

6.9.1 Zdroje informovanosti uživatelů pečovatelské služby

Pro zjištění zdrojů informovanosti uživatelů o pečovatelské službě, byla respondentům položena otázka, kde získali informace o pečovatelské službě v regionu Milevsko. Nabídnuty byly tyto odpovědi: od svého lékaře, od rodinného příslušníka, z propagačního materiálu pečovatelské služby, z internetu a jiným způsobem. U odpovědi jiným způsobem měli dotazovaní možnost vypsát konkrétní odpověď, čehož ale nikdo nevyužil.

Z výsledků vyplývá, že nejčastěji informace získali klienti od rodinného příslušníka. Takto odpovědělo 50 klientů, což je 49,0% z celkového počtu. Z propagačního materiálu pečovatelské služby získalo informace 24 dotazovaných, což je 23,5%. Jako třetí nejčastější zdroj informací byl uveden ošetřující lékař, a to v 21 odpovědích, což je 20,6%. Internet jako zdroj nevedl nikdo z klientů. Jiným způsobem získalo informace 7 klientů, což je 6,9% z celkového počtu respondentů.



Z výsledků lze usuzovat na rezervy v oblasti informovanosti obyvatelstva o tom, co obnáší pečovatelská služba. Tyto výsledky by mohly být inspirací pro organizaci Sociální služby Města Milevska, jak lépe nebo dostupněji informovat o pečovatelské službě širokou veřejnost.

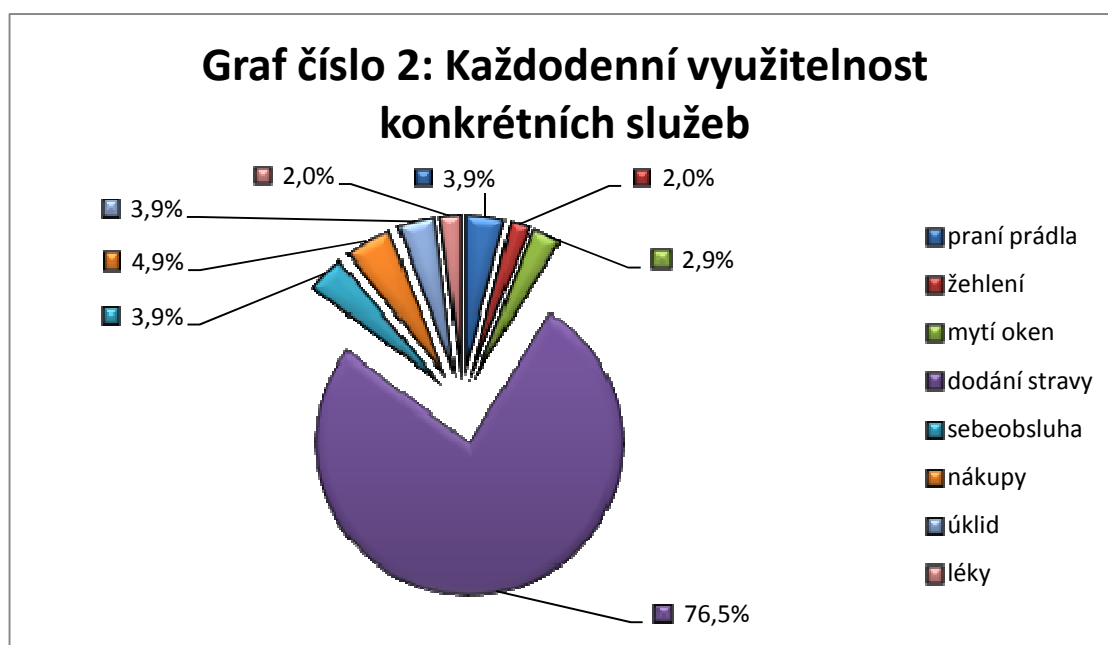
6.9.2 Využitelnost služeb pečovatelské služby

Klientům byly položeny dvě otázky. V první byl dán dotaz na využitelnost nabízených služeb tedy využitelnost nabízených úkonů pečovatelské služby. Respondentům byly dány na výběr následující odpovědi: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí pomoci při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování se společenským prostředím. Dotazovaní měli na výběr nejenom výše uvedené možnosti, ale i frekvenci využívání úkonů, a to: pravidelně, občas, nevyužívám. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 2. Z výše uvedených odpovědí vyplynulo, že nejčastějším úkonem, který klienti pravidelně využívají, je poskytnutí pomoci při zajištění stravy. Tuto odpověď uvedlo 73 dotazovaných, což je 71,6%.

Naopak služba pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu je využívána pouze 2 klienty pravidelně, což jsou 2%. Další dotaz byl směřován na úkony, které jsou využívány občas. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím využije občas 20 klientů, což je 19,6%. Naopak pouze 2 klienti občas využijí službu pomoc při osobní hygieně. Dále jsem se zajímala, které úkony klienti nevyužívají. Služeb, které klienti nevyužívají, je více, ale 25 respondentů, což je 24,5%, odpovědělo, že nevyužívá službu – pomoc při osobní hygieně. Naopak pouze 2 klienti uvedli, že službu – poskytnutí pomoci při zajištění stravy nevyužívají vůbec.

Z výsledků vyplývá, že služba - pomoc při zajištění stravy, je využívána klienty nejčastěji. Tuto službu, jak vyplynulo z dotazníků, využívají všichni klienti, kteří nejsou obyvateli domu s pečovatelskou službou. Respondenti hodnotí službu jako finančně dostupnou. Organizace poskytuje dovážku oběda včetně zapůjčení a přemytí jídlonoše za 17 korun za jednu porci jídla.

Následující otázka zjišťovala, který úkon klienti využívají pravidelně každý den. Dotazovaní uváděli následující odpovědi: praní prádla, žehlení, zajištění stravy, sebeobsluha, zajištění nákupu, úklid domácnosti, mytí oken, zajištění léků. Četnost vyjadřuje následující graf.



Z grafu vyplývá, že každodenně nejvíce využívanou službou je pomoc při zajištění stravy. Takto odpovědělo 78 respondentů, což je 76,5 %. Nejméně každodenně využívanou službou je žehlení a nákup léků. Takto odpověděli vždy 2 klienti, což jsou 2%.

Z odpovědí dále vyplynula zajímavá skutečnost, že klienti, kteří nejsou obyvateli domu pečovatelskou službou, využívají nejvíce službu – pomoc při zajištění stravy, takto odpovědělo všech 35 dotazovaných, což je 34%. Dále 2 klienti uvedli, že využívají službu – nákup, ale jeden pouze v zimním období.

Naopak klienti, kteří jsou obyvateli domu s pečovatelskou službou, využívají i ostatní úkony, které jsou uvedeny v grafu č. 2. Nejvíce z ostatních služeb, jak vyplývá z výzkumu, je využívána služba nákupy a to v 4,9% . Běžný nákup do 5 kilogramů je poskytován za finanční hotovost dvacet korun.

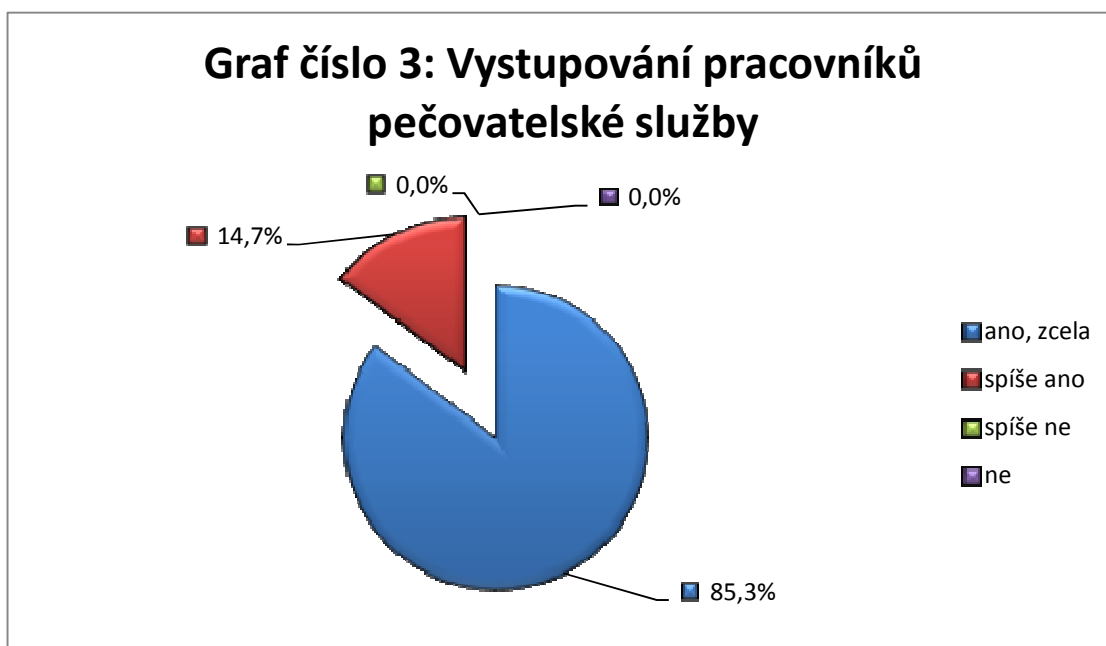
Tabulka č. 2

Využitelnost nabízených úkonů pečovatelské služby

	pravidelně	občas	nevyžívám
pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu	1,9%	6,8%	18,3%
pomoc při osobní hygieně	9,1%	1,9%	24,5%
poskytnutí pomoci při zajištění stravy	71,6%	6,8%	1,9%
pomoc při zajištění chodu domácnosti	19,8%	7,8%	16,3%
zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	3,9%	19,6%	14,2%

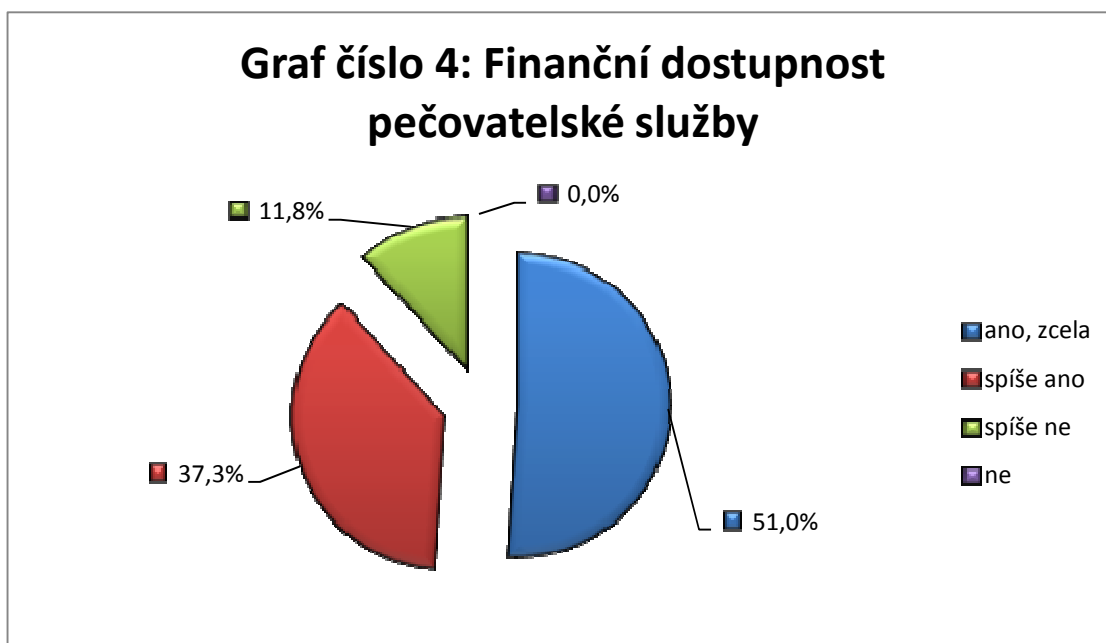
6.9.3 Hodnocení pečovatelské služby z pohledu uživatelů

Ke zhodnocení pečovatelské služby z pohledu uživatelů byly použity následující otázky, formou konstatování: vystupování pracovníků pečovatelské služby je vstřícné a na profesionální úrovni, pečovatelská služba je pro mne finančně dostupná, pracovní doba pečovatelské služby mi vyhovuje a rozsah úkonů nabízených pečovatelskou službou je pro mne dostačující. Následné odpovědi nabídly možnosti ano zcela, spíše ano, spíše ne a ne.

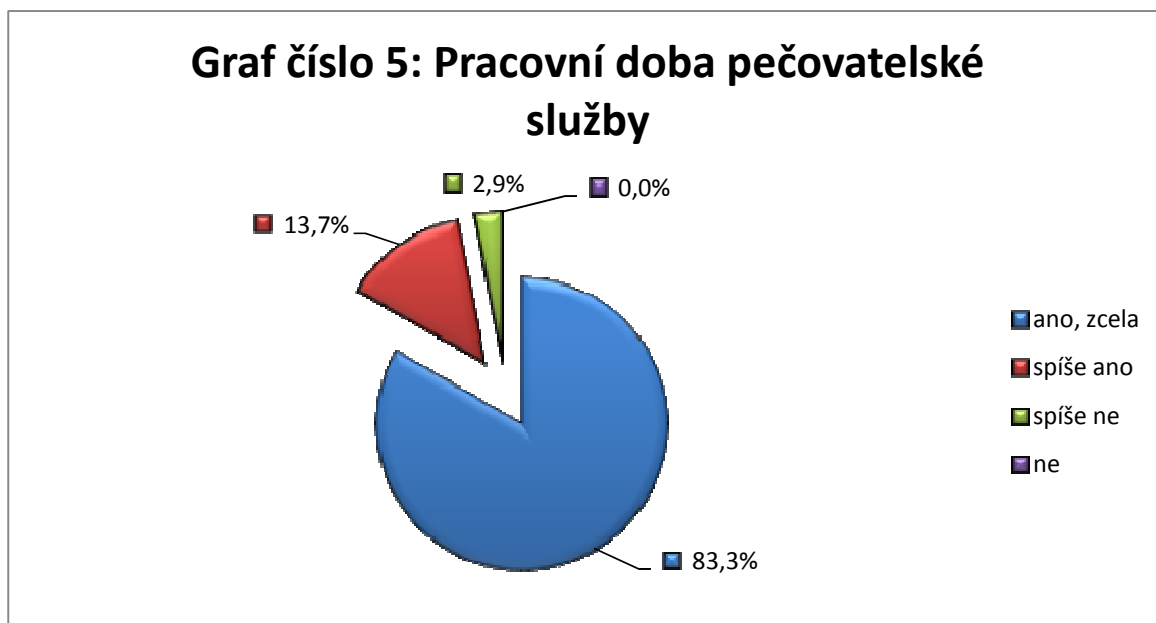


Z výsledků vyplývá, že 87 uživatelů (85,3%) je zcela spokojeno s vystupováním pracovníků pečovatelské služby. Tento výsledek je jistě pro poskytovatele pečovatelské služby pozitivní, mohl by posloužit k propagaci pečovatelské služby u veřejnosti.

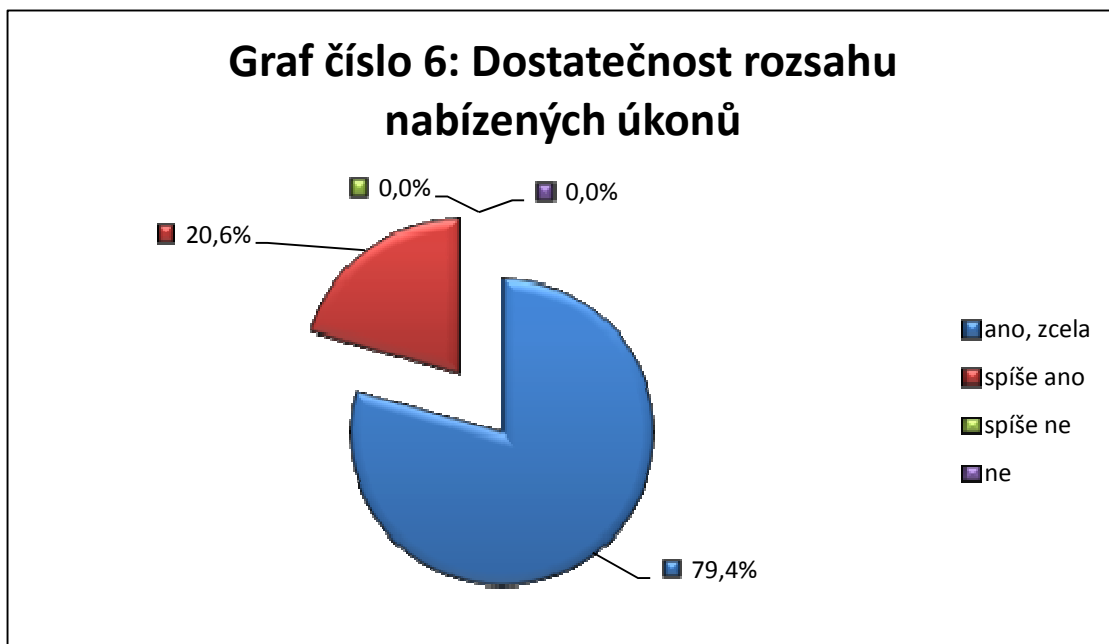
Další otázky zjišťovali finanční dostupnost poskytovaných služeb pro klienty. Z výsledků vyplynulo, že 52 klientů (51,0%) považuje pečovatelskou službu za zcela finančně dostupnou. Dalších 38 klientů (37,3%) odpovědělo spíše ano, pouze 12 klientů (11,8%), že je pro ně pečovatelská služba spíše nedostupná. Žádný respondent nevedl, že pečovatelská služba je pro něj finančně nedostupná. Většina respondentů uvádí, že služba je finančně dostupná, přesto jsou některé nabízené služby téměř nevyužívány.



Další otázky zjišťovaly, zda klientům vyhovuje pracovní doba pečovatelské služby. Respondenti měli na výběr z odpovědí: ano, zcela, spíše ano, spíše ne a ne. Výsledky ukázaly na skutečnost, že pracovní doba pečovatelské služby zcela vyhovuje 85 respondentům (83,3%) a pouze 3 klienti (2,9%) uvedli, že jim spíše pracovní doba nevyhovuje.

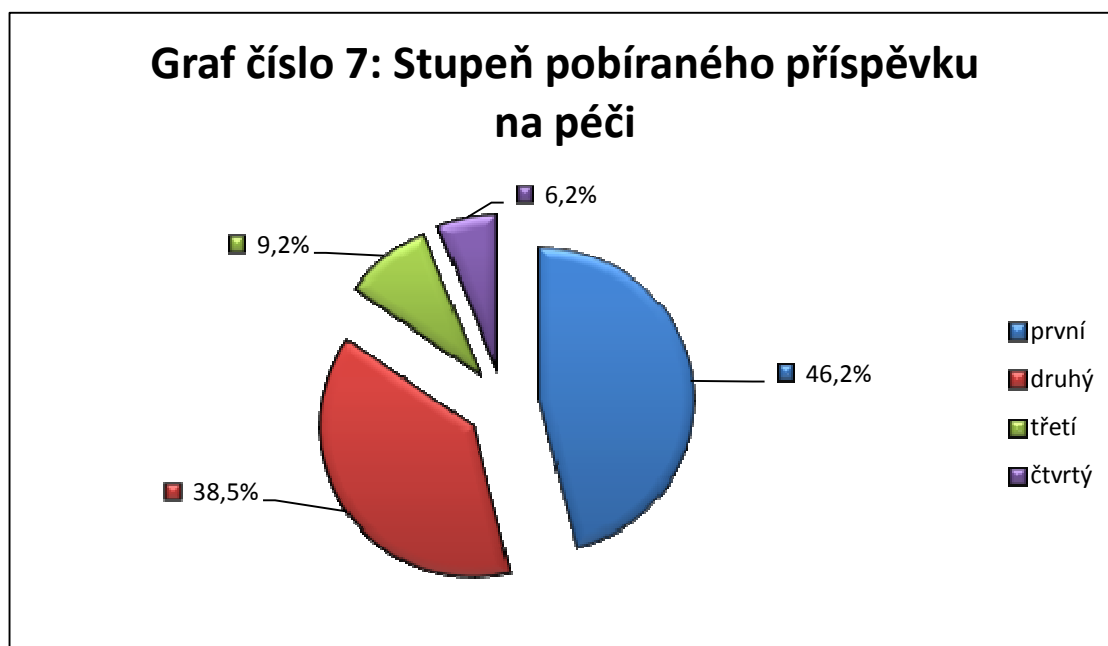


I rozsah úkonů, které nabízí pečovatelská služba, uživatelům převážně vyhovuje. Odpověď - ano, zcela uvedlo 81 respondentů (79,4%) a nikdo neodpověděl spíše ne a ne. Pouze se v 21 případech (20,6%) vyskytla odpověď spíše ano.

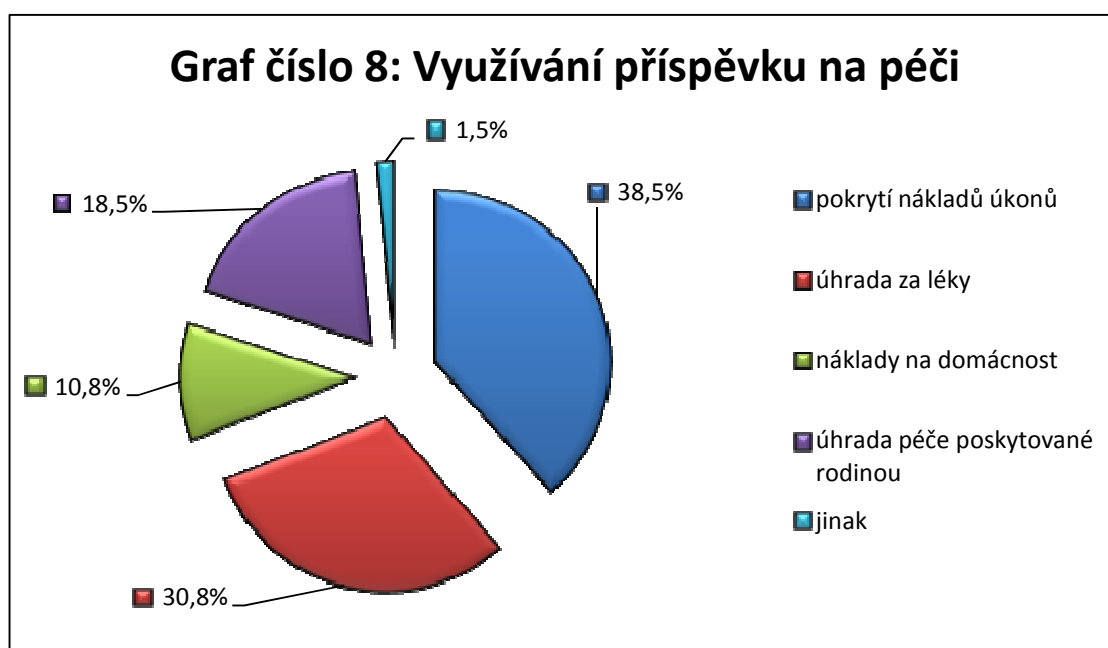


6.9.4 Čerpání příspěvku na péči a jeho využitelnost

Z celkového počtu 102 respondentů pobírá 65 klientů příspěvek na péči v různém stupni závislosti. Příspěvek prvního stupně závislosti pobírá 30 klientů, což je 46,2% z 65 klientů, kteří příspěvek pobírají. Druhý stupeň 25 dotazovaných (38,5%), třetí stupeň 6 klientů, což je 9,2% a čtvrtý stupeň 4 klienti, což je 6,2% z celkového počtu 65 klientů pobírajících příspěvek.



Následně mne zajímalo jakým způsobem je příspěvek využíván. Výsledky dotazování ukázaly na skutečnost, že 25 respondentů (38,5%) využívá příspěvek na pokrytí nákladů úkonů pečovatelské služby, 20 klientů na úhradu za léky (30,8%), 12 klientů na úhradu péče poskytované rodinou (18,5%), 7 respondentů (10,8%) používá příspěvek na domácnost. Jeden klient (1,5%) uvedl odpověď jinak, ovšem již neuvedl jak.



6.10 Diskuse

Cílem výzkumné části diplomové práce bylo hodnocení pečovatelské služby v regionu Milevsko. Úkolem bylo také ověřit rozsah, úroveň, finanční náročnost a dostupnost poskytované sociální služby. Dalšími úkoly bylo zjistit jak je využívána a hodnocena terénní pečovatelská služba, zda jsou klienti příjemci příspěvku na sociální péči a zda tento příspěvek využívají na pořízení pečovatelských služeb nebo je příspěvek využíván na zajištění jiných služeb. Současně se výzkum zaměřoval na kvalitu a profesionalitu poskytovaných služeb.

Ke zjištění výzkumných cílů byla použita dotazníková technika se dvanácti otázkami. Dotazníkem bylo osloveno 150 respondentů, návratnost dotazníků byla 68%, což je 102 dotazníků.

Zpracování dotazníků přineslo poznatky o spokojenosti klientů s poskytovanou pečovatelskou službou, o její využitelnosti, finanční dostupnosti. Dotazník rovněž zjišťoval, zda klienti jsou příjemci příspěvku na péči a jak tento příspěvek využívají. Zodpovězené dotazníky potvrdily či vyvrátily hypotézy, které byly stanoveny na začátku práce.

První hypotézou byl předpoklad, že uživatelé, kteří nejsou obyvateli domu s pečovatelskou službou, čerpají nejčastěji službu – dovážku obědů, že jsou pro ně pečovatelské služby finančně dostupné a přístup pracovníků hodnotí jako vstřícný a profesionální. Ze zpracování dotazníků vyplývá, že z celkového počtu 102 respondentů je 34%, tedy 35 klientů, kteří nejsou obyvateli domu s pečovatelskou službou a všichni využívají dovážku obědů každý den, všichni respondenti uvedli, že služba je pro ně zcela, nebo spíše ano finančně dostupná, rovněž přístup pracovníků hodnotí jako vstřícný a profesionální.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že tuto hypotézu můžeme potvrdit.

Druhou hypotézou byl předpoklad, že uživatelé, kteří žijí v domě s pečovatelskou službou, čerpají nejčastěji službu - pomoc při zajištění chodu domácnosti, službu hodnotí jako finančně dostupnou a přístup pracovníků jako vstřícný a profesionální. Z celkového počtu respondentů jich 65 žije v domě s pečovatelskou službou, což je 66% z celkového počtu dotazovaných. Z nabízených služeb poskytovaných pečovatelskou službou nejčastěji využívají zajištění stravy. Z výzkumu vyplývá, že využitelnost nabízených služeb je pestrá, ale přesto u naprosté většiny převládá již zmiňovaná služba, a to zajištění stravy. Všichni dotazovaní jsou spokojeni nejenom s finanční dostupností nabízené služby, ale i s profesionalitou a chováním poskytovatelů sociálních služeb.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že tuto hypotézu nemůžeme potvrdit.

Třetí hypotéza předpokládala, že klienti pečovatelské služby, kteří jsou příjemci příspěvku na péči v 1. stupni závislosti, využívají v péči o svou osobu kombinaci pečovatelských služeb a pomoci rodiny a vyhovuje jim rozsah úkonů, které pečovatelská služba poskytuje. Výzkumem bylo zjištěno, že z celkového počtu uživatelů pobírá příspěvek na péči 65 respondentů, z tohoto počtu je 30 klientů v prvním stupni závislosti, což činí 47% z 65 klientů, kteří uvedli, že příspěvek pobírají. Příspěvek využívají na pokrytí úkonů pečovatelské služby a na úhradu léků. Klienti dále uvedli, že jsou spokojeni s rozsahem úkonů poskytovaných pečovatelskou službou. Hypotéza předpokládala odlišné využití příspěvku.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že tuto hypotézu nemůžeme zcela potvrdit.

Zmapováním nabídky a využitelnosti sociálních služeb v regionu Milevsko byl zjištěn zajímavý údaj, a to, že informace o pečovatelské službě v regionu Milevsko získávají klienti ve většině případů od rodinného příslušníka. Takto odpovědělo 50 dotazovaných, což je 49,0% z celkového počtu 102 respondentů. Zde je velká rezerva v možnostech jak nabízet pečovatelskou

službu v regionu Milevsko. Zdroj - rodinný příslušník, nelze považovat za zcela odpovědný a profesně fundovaný. Zde by se mohl poskytovatel sociálních služeb zaměřit na větší propagaci svých služeb hlavně mezi laickou veřejností. Cílové skupiny, tedy senioři a osoby se zdravotním postižením, informace o pečovatelské službě mají, avšak někdy neznají dobře její podstatu a možnosti, které nabízí.

Velké rezervy ve vědomostech o pečovatelské službě jsou mezi soběstačnými lidmi. Každý den můžeme v ulicích města potkat vozy patřící pečovatelské službě, které jsou opatřeny nápisem: „ S námi nejste sami.“ Málokdo však tuší, jaké možnosti tato služba nabízí.

Výsledky výzkumu naznačily spokojenost klientů. Tyto výsledky by mohly být publikovány v místním tisku, aby i široká veřejnost měla více dostupných informací o tom, co znamená pojem pečovatelská služba v praxi. Některé informace, plynoucí z výzkumu by mohly být použity na informační letáky pečovatelské služby.

Z dotazníků dále vyplynula zajímavá skutečnost, a to, že respondenti využili dotazníků i k ventilování svého osobního příběhu a ke sdělování informací, které nebyly součástí položených otázek. Poukazuje to na skutečnost, že uživatelé pečovatelské služby chtějí sdělovat mnohé informace a využívají k tomu jakoukoli příležitost. Je ovšem pravda, že otevřenost mohla souviset i s tou skutečností, že dotazníky byly prezentovány pracovníky sociální služby, které respondenti dobře a dlouho znají. Tato skutečnost, ale opět naznačuje, že chování a vystupování pracovníků pečovatelské služby je na profesionální úrovni, jistě je to dobrá vizitka poskytovatele sociální služby.

Zjišťování využitelnosti příspěvku na péči, přinesla zajímavé zjištění. Klienti nejvíce tento příspěvek používají na pokrytí služeb nabízených pečovatelskou službou, ale zároveň velice často, a to ve 20 případech, což je 31% z celkového počtu příjemců příspěvku na péči, je využit příspěvek na pokrytí úhrady za léky. Léčiva jsou drahá, a proto je logicky část příspěvku konzumována na jejich úhradu.

V současné době kdy je snaha přesunovat dlouhodobou péči o seniory do domácího prostředí, je velmi důležité zveřejňovat informace o možnostech, které pečovatelská služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením představuje. Každý člověk, pokud to jeho životní situace umožňuje, chce strávit svůj život ve svém domácím prostředí. Zde je a v budoucnu jistě bude pečovatelská služba nepostradatelná. Proto je velmi důležité, aby i lidé mladšího a středního věku měli dostatek informací o pečovatelské službě, která je nástrojem důstojného života.

Výzkum by se mohl v budoucnu více zaměřit na klienty v terénu, na jejich postoje a potřeby a tyto výsledky následně použít ke zlepšení služeb

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo přiblížit čtenářům problematiku pečovatelské a sociální služby a zjistit hodnocení pečovatelské služby v regionu Milevsko z pohledů jejích uživatelů.

V teoretické části jsem na úvod vysvětlila klíčové pojmy, které se přímo zvoleného tématu týkají, a to stáří, stárnutí, zdravotní postižení, sociální a pečovatelská služba. Dále jsem rozpracovala historii sociálních služeb, legislativu pečovatelské a sociální služby, demografický vývoj stárnutí a stáří. Pozornost byla věnována hlavním cílovým skupinám pečovatelské služby, kterými jsou senioři a osoby se zdravotním postižením. Byly postoje společnosti k výše uvedeným skupinám obyvatelstva. Nemalá část byla věnována sociálním službám poskytovaných právě těmto spoluobčanům.

V úvodu praktické části jsem přiblížila čtenářům region Milevsko, jeho minulost i současnost a pečovatelskou službu, která je v tomto regionu poskytována.

Stanovila jsem tři hypotézy, díky kterým se mi podařilo sestavit jasný a stručný dotazník pro cílovou skupinu respondentů, kteří byli náhodně vybráni a jsou uživateli pečovatelské služby v regionu Milevsko. Počet dotazníků byl stanoven na 150, což je přibližně 1/3 všech uživatelů. Návratnost dotazníků nebyla stoprocentní, činila 102 dotazníků.

Zpracované výsledky dotazníků poskytly odpovědi na otázky týkající se využívání pečovatelské služby a spokojenosti jejích uživatelů. Díky zpracování získaných odpovědí byla jedna stanovená hypotéza potvrzena a dvě hypotézy nepotvrzeny.

Potvrzena byla hypotéza, že uživatelé, kteří nejsou obyvateli domu s pečovatelskou službou, čerpají nejčastěji službu – dovážku obědů, že jsou pro ně pečovatelské služby finančně dostupné a přístup pracovníků hodnotí jako vstřícný a profesionální.

Nepotvrzeny zůstaly předpoklady, že uživatelé, kteří žijí v domě s pečovatelskou službou, čerpají nejčastěji službu - pomoc při zajištění chodu domácnosti, a dále, že klienti pečovatelské služby, kteří jsou příjemci příspěvku na péči v 1. stupni závislosti, využívají v péči o svou osobu kombinaci pečovatelských služeb a pomoci rodiny. Klienti čerpají nejčastěji službu zajištění stravy a příspěvek na péči užívají i pokrytí nákladů na léčiva pro svou osobu.

Průzkum poukázal na zajímavou skutečnost, která odráží aktuální rozložení obyvatelstva v seniorském věku, a to, že převládají uživatelé ženského pohlaví.

Počet příjemců je vyšší v kategorii příspěvků prvního stupně, což je odrazem skutečnosti, že pečovatelská služba je především určena občanům, kteří jsou v základních sebeobslužných oblastech co nejvíce soběstační, nevyžadují trvalou ošetrovatelskou a lékařskou péči.

Výsledky ukázaly, že využitelnost příspěvku se vztahuje nejenom na zajištění samotné pečovatelské služby, ale v nemalé míře i na zajištění samotného zdravotního stavu, tedy pokrytí nákladů na léky. Poukazuje to na fakt, že úhrady za léky tvoří nemalou část nákladů, které klienti vynakládají na zajištění svých potřeb.

Výsledky výzkumu mohou být užitečné především pro poskytovatele pečovatelské služby. Ukázalo se velmi podstatné, že poskytovatelé mají důvěru svých klientů. Z tohoto se mohou poskytovatelé poučit a zaměřit se na aktuální problémy respondentů a následně zlepšit a rozvíjet poskytované služby. Tento fakt povede i k následné spokojenosti uživatelů pečovatelské služby. Zcela určitě by povědomost o pečovatelské službě měla být součástí přípravy na důstojné stáří.

Závěry se týkají jen regionu Milevsko, nelze je zobecňovat, což také nebylo cílem této práce.

Zpracováním dotazníků byly ověřeny hypotézy a naplněn cíl diplomové práce.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

LITERATURA

Encyklopedický slovník. Praha: Odeon, 1993, s. 221,861,1037. ISBN 80-207-0438-8.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. s. 404, 442. ISBN 80-7178-303-X

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

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

KAFKOVÁ, V. *Z historie ošetrovatelství*. Brno: IDVPZ, 1992. ISBN 80-7013-123-3

KALVACH, Z. aj. *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Z. aj. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. Bydlení seniorů z pohledu lékaře. In HORECKÝ, J. (ed.). *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Rudi, 2010, s. 309-314. ISBN 978-80-904668-0-7

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

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

KRHUTOVÁ, L. aj. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1168-7.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4. (2. vydání)

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

MAUROIS, A. *Umění žít*. Přel. J. Teyssler. Praha: Brána, 2004. ISBN 80-7243-200-1.

- MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelství I. díl*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.
- PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Přel. A. Kozlíková. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- POKORNÁ, V. *Vývojové poruchy učení v dětství a dospělosti*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-773-2.
- REBOUL, H. *Vieillir, project de vie*. Paris: Challet, 1992.
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
- TOMEŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 2001. ISBN 80-86484-00-9.
- TOŠNEROVÁ, T. *Ageizmus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0.
- USDIN, G., HOFLING, CH. K. *Aging: the Process and the People*. New York: Brunner/ Mazel, 1978. ISBN 0-8763-0178-2.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÍTOVÁ, M. Milníky vývoje terénní péče v ČR do roku 2006. In HORECKÝ, J.(ed.). *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Rudi, 2010, s. 19-28. ISBN 978-80-904668-0-7
- VUČKOVÁ, J. *Ošetřovatelství I*. Praha: Fortuna, 1994. ISBN 80-7168-151-2
- Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
Zákon č. 453/2004 Sb. O zaměstnanosti

INTERNETOVÉ ZDROJE

Ageismus. Wikipedia, přístupné na adrese: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Ateizmus>

Komunitní plán rozvoje sociálních služeb 2004. Dostupné z <http://www.Milevsko-město.cz/vismo/dokumenty>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha I	Dotazník.....	1
Příloha II	Veřejný závazek.....	4

Dobrý den,

jmenuji se Bc. Ivana Fialová a jsem studentkou magisterského studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií v Praze. Ke své závěrečné (diplomové) práci potřebuji získat informace o pokrytí a úrovni pečovatelské služby v regionu Milevsko. Prosím Vás touto cestou o vyplnění níže uvedeného dotazníku. Informace z něho získané budou použity jen v mé diplomové práci, vyplnění je zcela anonymní a dobrovolné. Velmi děkuji za vyjádření Vašeho vlastního názoru.

1. Pohlaví:

muž žena

2. Věk:

méně než 60

60 – 74

75 – 90

více než 90

3. Informace o pečovatelské službě v regionu Milevsko jsem získal(a):

- u svého lékaře
- od rodinného příslušníka
- z propagačního materiálu pečovatelské služby
- z internetu
- jiným způsobem, jakým (vypište)

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

4. Jsem obyvatelem domu s pečovatelskou službou:

ano ne

5. Z úkonů pečovatelské služby využívám (doplňte jak často):

	pravidelně	občas	nevyžívám
pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu			
pomoc při osobní hygieně			
poskytnutí pomoci při zajištění stravy			
pomoc při zajištění chodu domácnosti			
zprostředkování kontaktu se společenským prostředím			

6. Z výše uvedených úkonů využívám každý den tuto konkrétní službu (vypište)

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

7. Vystupování pracovníků pečovatelské služby je vstřícné a na profesionální úrovni:

ano, zcela spíše ano spíše ne ne

8. Pečovatelská služba je pro mne finančně dostupná:

ano, zcela spíše ano spíše ne ne

9. Pracovní (provozní) doba pečovatelské služby mi vyhovuje:

- ano, zcela spíše ano spíše ne ne

10. Rozsah úkonů nabízených pečovatelskou službou je pro mne dostačující:

- ano, zcela spíše ano spíše ne ne

11. Jsem příjemce příspěvku na péči:

- ano ne nevím

pokud ano, jaký stupeň:

- první druhý třetí čtvrtý

12. K čemu využíváte příspěvek na péči:

- k pokrytí nákladů úkonů pečovatelské služby
 úhrada za léky
 poplatky nákladů domácnosti
 na úhradu péče poskytované rodinou
 jinak, jak (vypište)

Sociální služby Města Milevska

příspěvková organizace

5. května 1510, 399 01 Milevsko, IČ

75000750

1. Poslání pečovatelské služby

1.1. Poskytovat a zajišťovat především seniorům a zdravotně postiženým podporu a pomoc, takovým způsobem a v takovém rozsahu, aby mohli zůstat i nadále ve svém domově a zachovat si tak soukromí, navyklý způsob života i společenské zázemí, na které jsou zvyklí, a zároveň snaha o minimalizaci prohlubování závislosti na poskytované službě.

1.2. Poskytovat uživatelům pravidelnou podporu pomoc a péči. Ve spolupráci s rodinou, podle aktuální potřeby a individuální dohody i podporu, pomoc a péči celodenní.

2. Cíle poskytované služby

2.1. Podporovat udržení nebo znovuoobnovení fyzické i psychické soběstačnosti u klientů.

2.2. Umožnit klientům v co největším rozsahu zapojit se do běžného života společnosti.

2.3. Zajistit klientům důstojné prostředí a zacházení.

2.4. Podporovat běžný způsob života klientů a vytvářet příležitosti uplatňovat svou vlastní vůli.

2.5. Podpora jednání na základě vlastních rozhodnutí, aby klienti mohli být sami sebou a bylo jim umožněno prožít aktivní a důstojný život, tak jak si přejí a jak jim to jejich psychický, zdravotní stav a aktuální situace umožňuje.

3. Principy poskytované služby (zásady)

3.1. Zajištění ochrany práv a chráněných zájmů klientů.

3.2. Respektování práva na soukromí, zachování důstojnosti a diskrétnosti v přístupu ke klientům.

3.3. Respektování práva na přiměřené riziko.

3.4. Podpora samostatného rozhodování s porozuměním důsledkům takového rozhodnutí.

3.5. Podpora samostatnosti a soběstačnosti uživatelů.

3.6. Zajištění individuálního přístupu – uznání a respektování jedinečnosti osobnosti, rovný nediskriminující přístup.

3.7. Pružné přizpůsobování individuálním potřebám uživatelů.

4. Cílová skupina

4.1. Podpora a pomoc je určena:

»»»»»Seniorům a osobám se zdravotním postižením, kteří z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, chronického onemocnění a zdravotního postižení mají sníženou soběstačnost a potřebují pravidelnou podporu nebo pomoc jiné fyzické osoby, která ji umožní zůstat ve svém vlastním domácím prostředí, využívat běžně dostupné zdroje se současnou podporou vlastní rodiny nebo přátel.

»»»»»Osobám, které se ocitly v dočasně nepříznivé sociální situaci, již nejsou schopny řešit vlastními silami ani za pomoci rodiny.

»»»»»Rodiny s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

4.2. Podpora a pomoc není určena:

»»»»»Plně soběstačným seniorům.

»»»»»Seniorům, kteří potřebují stálou lékařskou péči nebo specializovanou péči psychiatrickou.

»»»»»Seniorům závislým na alkoholu nebo jiných drogách.

»»»»»Seniorům s nepřizpůsobivým a konfliktním jednáním.

5. Uspokojování žadatelů o poskytování sociální služby – pečovatelská služba

5.1. Obyvatelé bytů v Domech s pečovatelskou službou.

5.2. Občané s trvalým bydlištěm v Milevsku.

5.3. Občanům dalších obcí na základě uzavřených dohod o zajišťování pečovatelské služby organizací Sociální služby Města Milevska.

5.4. Občané s trvalým bydlištěm v obcích v územním obvodu Úřadu obce s rozšířenou působností v Milevsku.

6. Rozsah poskytované služby

6.1. Podpora, pomoc a péče je poskytována denně v rozsahu potřebném pro zajištění individuálních potřeb jednotlivých uživatelů služby.

6.2. Služba je poskytována kvalifikovaným a motivovaným týmem pracovníků.

6.3. Při poskytování služby je kladen důraz na využívání nových poznatků v oblasti sociálních služeb, dodržování zásad dobré a bezpečné praxe.

6.4. Podporujeme návaznost na veřejné služby, spolupráci s rodinou a dalšími poskytovateli sociálních služeb. Pečovatelská služba je osobní sociální služba, která se poskytuje formou terénní nebo ambulantní ve vymezeném čase v přirozeném sociálním prostředí (domácnostech) nebo v zařízení sociálních služeb tak, aby bylo naplněno definované poslání.

Anotace

Pečovatelská služba jako nástroj důstojného života

Tato diplomová práce se zabývá problematikou péče o seniory a osoby se zdravotním postižením v regionu Milevsko. Výběr tématu byl ovlivněn zvyšujícím se počtem seniorů v populaci a péčí poskytovanou pečovatelskou službou. Práce se zabývá nabídkou, rozsahem a úrovní pečovatelské služby v regionu Milevsko. Teoretická část popisuje problematiku stárnutí a stáří, potřeby seniorů a osob se zdravotním postižením a nabídku sociálních služeb pro tyto občany. Dále je zde představen zákon o sociálních službách. Výzkumná část hodnotí poskytování pečovatelské služby v regionu. Ke zjištění výzkumných cílů bylo použito techniky dotazníku, kterými byli osloveni uživatelé pečovatelské služby v regionu. Zpracováním dotazníku byly zodpovězeny jednotlivé výzkumné otázky, ověřeny hypotézy a naplněny cíle diplomové práce. Výsledky šetření ukázaly, že pečovatelská služba v regionu může být opravdu nástrojem důstojného stáří.

Klíčová slova

- Stáří
- Stárnutí
- Sociální služby
- Pečovatelská služba

Abstract

Domiciliary Services as an Instrument for a Dignified Life

This thesis deals with the issue of the care for seniors and handicapped people in the Milevsko region. The choice of the theme was influenced by a growing number of seniors in our population and the care provided by domiciliary services there. The paper is concerned with the offer, range and level of domiciliary services in the Milevsko region. The theoretical part deals with the issue of ageing process, old age, seniors and handicapped people's needs and the offer of the social services for these people. The social services law is presented as well. The research part evaluates providing of the domiciliary services in the region. A method of a questionnaire was used to find out the objectives of the research. The questionnaire addressed to the users of the domiciliary services in the region. By processing the questionnaire the research questions were answered, the hypothesis verified and the aims of the thesis fulfilled. The results of the research demonstrated that the domiciliary services in the region can really be an instrument for a dignified life in old age.

Key words

- Old age
- Process of ageing
- Social services
- Domiciliary services

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Ivana Fialová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce, navazující
magisterské studium - kombinované

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou
psychoterapii

Název práce: Pečovatelská služba jako nástroj důstojného života

Počet stran bez příloh: 87

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů české literatury a pramenů: 32

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Rok dokončení práce: 2011

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Bc. Ivana FIALOVÁ**

Obor studia: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Pečovatelská služba jako nástroj důstojného života

Vedoucí/oponent práce: PhDr. Kateřina Šámalová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

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

		2		
--	--	---	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jakým dalším směrem by se na základě výsledků empirické části práce mohla vyvíjet pečovatelská služba v regionu Milevsko?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Hlavním tématem předložené diplomové práce je služba sociální péče – pečovatelská služba poskytovaná zejména seniorům a osobám se zdravotním postižením. S ohledem na současné demografické charakteristiky evropské populace, přetrvávající proces deinstitucionalizace a ostatní proměnné vyplývající z odklonu od residenční péče považují zvolené téma za bezesporu nosné a zasluhující si pozornost, kterou mu autorka této práce věnovala.

Diplomová práce je tradičně rozdělena na část teoretickou a praktickou. V rámci teoretické části nabízí studentka ucelený a přehledný výklad jednotlivých dílčích tematických úseků úzce spjatých s pečovatelskou službou – základní pojmy, historie služby, cílové skupiny, ostatní formy podpory a služeb atd. Předmětem empirické části práce je pak hodnocení pečovatelské služby poskytované klientům v regionu Milevsko. Autorka zpracovává zvolené výzkumné téma z perspektivy dalšího možného zkvalitňování této sociální služby.

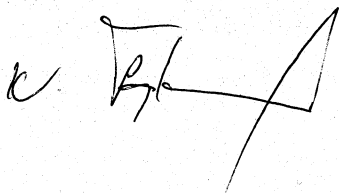
Jednoznačně kladně hodnotím aktivní přístup studentky po celou dobu zpracování diplomního tématu a skutečnost, že autorka vycházela ze svých dosavadních zkušeností na tomto poli sociální práce. Diplomantka pravidelně konzultovala jednotlivé úseky práce, respektovala doporučení vedoucího práce a ostatních konzultantů.

Práce splňuje veškeré nároky kladené na diplomovou práci a jednoznačně ji **doporučuji** k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: V Praze 30. srpna 2011



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponentky diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Ivana Fialová**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **Pečovatelská služba jako nástroj důstojného života**

Oponentka: Mgr. Magdalena Koťová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 36

1	2	3	4
---	---	---	---

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)

	X		
--	---	--	--

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

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

Metody práce

Vhodnost 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, originalita)

	X		
--	---	--	--

Naplnění cílů práce

	X		
--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

X			
---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X		
--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad,
použitelnost
výsledků v praxi

	X		
--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

	X		
--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké jsou nedostatky v oblasti sociálních služeb v regionu Milevsko?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Diplomová práce Ivany Fialové je psána vcelku čtivě, stylistická úroveň textu je přijatelná, vyjadřování je spíše přímočaré, místy neobratné (např.: *s prodlužujícím se věkem přibývá osob; Sociální služby se mohou být* - str. 11...). Některá tvrzení jsou poněkud tautologická, například: „*Stáří je podmíněno věkem jedince*“ - str. 7.

Autorce vytýkám následující nešvary: chybějící či přebytečné mezery a čárky (namátkou: str. 10, 24, 25...), místy problematické formátování textu (např. str. 11), občasné hrubé chyby (otázky zjišťovali - 72). Některé citace by si zasloužily úpravu: (ZÁKON 108/2006 Sb.). V textu je často odstavec tvořen jednou větou, což není příliš šťastné.

Z obsahového hlediska je práce informativní, osobně bych uvítala pouze hlubší vhled do popisované problematiky, zamyšlení se nad širším kontextem pojednávaných jevů, uvedení vlastních názorů autorky, originálnější myšlení. Příkladem poměrně vágního tvrzení, které nesměruje k postižení komplexnosti dané problematiky, mohou být například tyto věty: „*Uvědomíme si, že nás může čekat nemoc, samota, umírání a smrt. Je proto vytěšňováno na okraj vědomí společnosti*“ (rozuměj: stáří). Je v naší kultuře téma stáří vytěšňováno pouze z tohoto důvodu?

Autorka mimo jiné píše: „*Domníváme se, že u člověka by stárnutí začínalo již od puberty*“. Začínalo by? Tudiž nezačíná? Od jakého věku tedy hovoříme o stárnutí?

Autorka práce přistupovala k sepisování textu evidentně velice poctivě, pokusila se nastínit danou problematiku komplexně. V textu práce se možná i z tohoto důvodu některé informace, dle mého názoru zbytečně, opakují (například definování stáří a stárnutí v úvodu práce a v kapitole o sociálních službách atp.). V rámci definování klíčových slov předkládá autorka mnoho definic, neposkytuje však čtenáři jejich komparaci, kritické zhodnocení apod.

Velmi oceňuji evidentní snahu o pečlivé „*lege artis*“ vypracování empirické části práce. Mám však několik připomínek. Uvítala bych, kdyby autorka hned v úvodu textu nastínila zaměření výzkumné sondy namísto uváděných „*informací o regionu*“. V rámci této podkapitoly též postrádám citace. Odkud autorka čerpá předkládané informace? Postrádám uvedení metody výběru respondentů. Za slabinu empirické části práce považuji ne příliš přehledné a jasné interpretace některých dat (například u grafu číslo 3). Autorka zde uvádí množství otázek, z koláčového grafu pak není jasné, jaké odpovědi vlastně zaznamenává (mimo jiné je z formulací vyskytujících se v textu patrné zaměňování výrazů „*otázka*“ a „*konstatování*“). Ocenila bych i hlubší zamyšlení či kritický komentář týkající se získaných dat. Z textu pro mne též není jasné, jak přesně autorka postupovala při zamítání či potvrzování hypotéz - jaké statistické metody například použila?

Z koncepčního hlediska není diskuse diskusí, ale interpretací dat. V textu práce diskuse chybí. Seznam použité literatury je vzhledem k tématu práce adekvátní, uvítala bych pouze doplnění citací internetových zdrojů dle norem.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis:

