

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Problematika terénní pečovatelské služby v regionu Hlinsko

Marcela Chudá

vedoucí práce: Mgr. Hana Masáková

Praha 2011

Prague college of psychosocial studies

The issue of street care services in the region Hlinsko

Marcela Chuda

Thesis Supervisor: Mgr. Hana Masakova

Prague 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala zcela samostatně a s využitím pramenů a literatury uvedené v seznamu.

V Praze dne 30. 4. 2011

Motto

„ Nikdo se nezajímá o to, zda bude žít dobře, ale každý jen o to, zda bude žít dlouho. I když každý má ve své moci žít dobře, žít dlouho nikdo.“ (L. A. Seneca)

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce paní Mgr. Haně Masákové za metodické a odborné vedení, podněty a hodnocení při zpracování této práce.

Anotace

Cílem diplomové práce zaměřené na problematiku terénní pečovatelské služby v regionu Hlinsko, bylo zjistit zda úkony prováděné terénní pečovatelskou službou v domácím prostředí, pomáhají seniorům a zdravotně postiženým osobám ke zkvalitnění života. V rámci výzkumného kvalitativního šetření, byla využita data získaná z řízených rozhovorů s nápovědou a na dokreslení byly využity kazuistiky vybraných respondentů. Výsledky naznačily odlišnosti, které potvrdily oba výzkumné přístupy. Bylo potvrzeno, že terénní pečovatelská služba má v systému sociální péče o zdravotně postižené a seniory své nezastupitelné místo.

Klíčová slova:

Byty v domech s pečovatelskou službou (DPS), domácí hospicová péče, léčebna dlouhodobě nemocných (LDN), pečovatelská služba (PS), sociální služba, stárnutí, stáří, terénní pečovatelská služba.

Annotation

The aim of the thesis focused on the issue of street care services in the region Hlinsko was conducted to determine whether acts of outreach nursing in the home, helping elderly and disabled persons to improve the quality of life. The qualitative survey research was used data from interviews conducted with the help and to illustrate the use of selected case reports have suggested differences respondentů. Results indicated differences, which confirmed the two research approaches. It was confirmed that the street care service has a system of social care for the disabled and seniors a unique place.

Keywords

Apartments in nursing homes (PCA), home hospice care, hospice, home care services, social services, aging, old age, care outreach service.

Obsah:

ÚVOD	5
1. VYMEZENÍ ZKOUMANÉ OBLASTI A KLÍČOVÉ POJMY	7
1.1 Klíčové pojmy	7
1.2 Historie terénní péče.....	10
1.2.1 Rozvoj terénní péče v období do 1. světové války.....	10
1.2.2 Terénní péče po roce 1918	11
1.2.3 Terénní péče po II. světové válce	12
1.3 Cílová skupina pečovatelské služby	12
2. PEČOVATELSKÁ SLUŽBA – SPECIFIKA, FORMY POSKYTOVÁNÍ.....	14
2.1 Historie a současnost pečovatelské služby	14
2.1.1 Historie pečovatelské služby	14
2.1.2 Současnost pečovatelské služby	15
2.1.3 Historie sociální péče v regionu Hlinecko.....	16
2.2 Koncepty poskytování a financování pečovatelské služby	17
2.2.1 Obec a pečovatelská služba	18
2.2.2 Nový model poskytování pečovatelské služby	19
2.3 Pečovatelská služba v systému sociálních služeb, její specifika .	20
2.3.1 Definování a dělení sociální služby.....	20
2.3.2 Zajištění péče v domácnostech.....	21
2.3.3 Sociální péče v domech s pečovatelskou službou	22
2.3.4 Poslání a cíl pečovatelské služby	23
2.4 Organizace pečovatelské služby	24
2.4.1 Pracovníci pečovatelské služby	25
2.5 Faktory ovlivňující podobu sociálních služeb.....	27
2.5.1 Demografické změny ve společnosti.....	27
2.5.2 Bydlení pro lidi ve vyšším věku	28
2.5.3 Optimální nastavení péče pro seniory	29
3. SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	32
3.1 Rozdělení sociálních služeb.....	32
3.2 Vybrané modely sociálních služeb	35
3.2.1 Domy s pečovatelskou službou	35
3.2.2 Domovy pro seniory	36

3.2.3	Residenční bydlení	38
3.3	Zákon o sociálních službách	41
3.3.1	Příspěvek na péči a dostupnost sociálních služeb	42
3.4	Nabídka sociálních služeb pro uživatele pečovatelské služby	48
3.4.1	Využívání pečovatelské služby uživateli.....	51
4.	EMPIRICKÁ ČÁST	53
4.1	Projekt výzkumu	53
4.1.1	Určení problému	53
4.1.2	Přehled literatury	54
4.1.3	Metodologie.....	54
4.1.4	Stanovení výzkumného problému a výzkumných otázek	56
4.2	Výzkumná zpráva.....	57
4.2.1	Průběh výzkumu	57
4.2.2	Sběr dat	58
4.2.3	Interpretace výsledků výzkumu.....	58
4.2.4	Krátké kazuistiky z oblasti pečovatelské služby	70
4.3	Závěr a diskuse	75
	ZÁVĚR	78
5.	SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY	80
6.	SEZNAM TABULEK	83
7.	SEZNAM GRAFŮ	84
8.	SEZNAM PŘÍLOH	85

Úvod

Koncem devatenáctého a v celém dvacátém století se velmi rychle rozvíjela lékařská věda a její kvalita. Dříve bylo zcela běžné, že lidé, ač relativně zdraví, umírali okolo svého čtyřicátého věku života. Jak uvádí Rabušic (2002) demografická křivka ukazuje, že populace v české republice stárne. Dle statistického šetření ČSÚ jsou v současné době senioři starší 65 let zastoupeni 14% z celkové populace ČR a předpokládá se, že v roce 2030 bude z celkového počtu obyvatel ČR 23% seniorů ve věku 65let a přibližně 6,5% obyvatel starších 80 let. (Rabušic, 2002)

Kvalita života seniorů se v současnosti zlepšila, ale zároveň s tím se časově prodloužila doba poskytování zdravotní a sociální péče. Současná společnost sice věnuje pozornost tomuto fenoménu, ale je limitovaná, nejen personálně ale především finančně. Organizování sociálních služeb všeho druhu potřebuje stále více kvalifikovaných pracovníků a tyto služby jsou stále dražší. Jednou z mnoha možností jak zkvalitnit život seniorů a osobám se zdravotním postižením, je poskytovat péči doma s pomocí rodiny a dalších sociálních služeb a tím přispívat ke zvýšení ztrácející se soběstačnosti. Kozlová (2005) uvádí, že služby poskytované v domácnosti mají největší potenciál nabízet komplexní pomoc, která je strukturovaná podle aktuální situace klienta. Takovou péči lze označit za přirozenější, více naplňující potřeby klientů a z pohledu veřejných rozpočtů též za méně finančně náročnou, ve srovnání s institucionalizovanou formou péče. (Kozlová, 2005)

Téma práce jsem si zvolila na základě čtyřleté praxe v pečovatelské službě a v domech s pečovatelskou službou, kde jsem pracovala nejprve jako sociální pracovníce a později vedoucí dvou sociálních služeb; terénní pečovatelské služby a centra denních služeb pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Během této doby jsem byla svědkem vlivu působení osobností pracovníků na osobnost klientů, při poskytování úkonů pečovatelské služby.

Cílem práce je zjistit, zda úkony péče terénní pečovatelské služby mohou přispět ke zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením, seniorů a eliminují dopady, které plynou z fyzické a psychické nesoběstačnosti.

Dílními cíly si ověřit, zda pečovatelská služba může pomoci seniorům a osobám se zdravotním postižením, k lepšímu trávení života, podpoření jejich vlastních zdrojů; fyzických i mentálních.

Diplomová práce má kromě úvodu a závěru čtyři hlavní části, kapitoly. V první části je souhrn teoretických poznatků z historie terénní péče, cílová skupina a klíčové pojmy. Ve druhé části je popsána historie a současnost pečovatelské služby, její specifika, formy poskytování, koncepty a financování pečovatelské služby. Ve třetí části práce rozpracovávám systém sociálních služeb, legislativu, využívání a dostupnost sociálních služeb v souvislosti s výší příspěvku na péči. Ve čtvrté kapitole práce zpracovávám a shrnuji empirické poznatky získané výzkumem předem stanovené problematiky.

1. Vymezení zkoumané oblasti a klíčové pojmy

1.1 Klíčové pojmy

Byty v domech s pečovatelskou službou

Podle kolektivu autorů (2010) jsou „*Pečovatelské byty určeny osobám s omezenou schopností pohybu a orientace v důsledku vysokého věku nebo zdravotního stavu; jedná se o byty v domech zvláštního určení, ve kterých musí být zajištěno poskytování sociální služby podle individuálních potřeb nájemců s důrazem na posilování jejich autonomie a soběstačnosti při zachování soukromí. Všechny pečovatelské byty musí splňovat stavebně technické podmínky upravitelného bytu, který bez dalších stavebních úprav může sloužit osobám s omezenou schopností pohybu a orientace, tj. zejména osobám postiženým pohybově, zrakově, sluchově, mentálně, osobám pokročilého věku. Cílovou skupinu tvoří osoby, které kromě nízkých příjmů doloží, že jejich snížená soběstačnost je způsobená věkem, zdravotním stavem, kdy snížená soběstačnost je hodnocena minimálně I. Stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách.*“ (Kolektiv autorů, 2010)

Domácí hospicová péče

Hospicová péče je určena především pro klienty s onkologickým onemocněním, s různým druhem nevléčitelných onemocnění, většinou v terminálním stádiu onemocnění. Domácí hospicová péče je zajišťována týmem zdravotnických a nezdravotnických pracovníků; lékař zdravotní sestra, pečovatelka a dobrovolníci. Zdravotní tým se stará o zdravotní stav klienta, pečovatelky a dobrovolníci pomáhají rodině v péči o blízkého, mohou zajišťovat nákupy, pomáhat s úklidem, hygienou, oblékáním, zajistit dozor u klienta v době nepřítomnosti rodiny. Pro klienta je důležitá přítomnost, klidné a laskavá péče jeho blízkých a to, že je ve svém domácím prostředí.

Léčebna dlouhodobě nemocných (dále jen LDN)

Jedná se o následnou lůžkovou péči a rozumí se tím poskytování zdravotní péče při pobytu na lůžku pacientům, u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění nebo akutního zhoršení chronického onemocnění, anebo ke stabilizaci zdravotního stavu a jejichž zdravotní stav vyžaduje další léčení nebo dlouhodobé ošetřování na lůžku. Ošetrovatelskou péči si lze představit jako soubor činností zaměřených na udržení a podporu zdraví, zajištění základních zdravotních potřeb a rozvoj soběstačnosti. Zcela jistě sem také patří zmírňování bolestí, chronicky a nevyléčitelně nemocných. Těžiště péče, kromě zmiňované rehabilitace spočívá v běžných denních činnostech, jako je aplikace léčebných přípravků, zajištění odborných vyšetření, každodenní hygienická očista a podávání stravy pacientům ošetrujícím personálem. V průběhu pobytu na oddělení se lze ve spolupráci s oddělením domácí péče a sociálních pracovníků připravit na případné řešení svízelné sociální péče po propuštění domů.

Sociální služba

Sociální službou se podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozumí činnost nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sociální služby jsou poskytovány lidem nacházejícím se v nepříznivé sociální situaci, např. z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu nebo sociálně znevýhodněného prostředí. Sociální služby umožňují vést běžný způsob života s přihlédnutím k zachování lidské důstojnosti osob. Poskytovaná pomoc v rámci sociálních služeb musí vycházet i z individuálně určených potřeb klientů, musí je vést k samostatnosti a motivovat je k aktivním činnostem. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Stárnutí

„Involuce je proces, který se projevuje změnami v průběhu času, vlivem věku, je doprovázen nejen úbytkem fyzické výkonnosti, která může mít vliv na sebevědomí, ale i zmenšenou adaptabilitou; probíhá u každého jedince rozdílně.“

(Hartl a Hartlová, 2000, s. 402)

Stárnutí úspěšné

„Snaha seniorů o zdravý život, začlenění do veřejně prospěšné činnosti, vytváření pozitivních vztahů k okolí a vzájemného pochopení mezi mladou a starou generací; rozhodující je aktivita, úspěšné pěstování nejrůznějších činností; pokud je součástí také učení, mívá nejsilnější motivační účinky.“(Hartl a Hartlová, 2000, s. 561)

Stáří

„Konečná etapa genetického trvání života; dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je doporučena 15letá periodizace stáří: a) rané stáří 60-74 let, b) vlastní stáří 75-89 let, c) dlouhověkost 90 a více let.“ (Hartl a Hartlová, 2000, s. 562)

Terénní pečovatelská služba

„Terénní pečovatelskou službu můžeme nazvat péčí domácí (home care), zdravotní; ošetrovatelské a sociální služby se poskytují klientovi v domácím prostředí, v místě jeho bydliště, nahrazuje nemocniční péči; pod vedením psychiatra ji v případě psychiatrických pacientů mohou zabezpečovat odborné psychiatrické sestry, sociální pracovnice a agentury, case manager.“ (Hartl a Hartlová, 2000, s. 562)

1.2 Historie terénní péče

V historických pramenech se dočteme, jak uvádí Matoušek (2001), že organizovaná pomoc potřebným na našem území sahá až do středověku. V té době tyto instituce zakládaly církve, spolky nábožensky založených žen a řeholní řády. Pomáhalo se chudým, nemocným, starým, zmrzačeným, sirotkům a slepcům. Dostávalo se pomoci všem potřebným, kteří v důsledků hladomorů, epidemií a válek přišli o své nejbližší příbuzné, rodiny. Nemůže-li fungovat rodina jako nejstarší model péče, nastupuje organizovaná terénní nebo institucionální forma péče. První zmínky o organizované terénní péči pocházejí již ze 13. století. Terénní péče měla v tomto období smíšený charakter, pomáhalo se od hmotné pomoci, laickou péčí až po jednoduché ošetrovatelské úkony. Nejosvědčenějším způsobem získání pomoci bylo žebrání tzv. „prošení almužny“ chození od domu k domu. Tradiční péče o staré lidi měla kdysi především charitativní charakter. V prvopočátku se starali především bohatí jedinci, světští, církevní. Péče o staré lidi se prováděla v rámci rodiny a starosti, které s tím byly spojené, ležely dlouhou dobu mimo horizont společenského dění. Když rodina nestačila, nemohla nebo nechtěla pečovat, staří lidé propadali na periferii lidského společenství. Stávali se viditelným břemenem, nebylo je možné s ohledem na vzrůstající počet přehlédnout. Živořili v nedůstojných podmínkách, potulovali se a žebrali. Posléze umírali hladem, podchlazením, ve špíně. Budili odpor i soucit. (Matoušek, 2001)

1.2.1 Rozvoj terénní péče v období do 1. světové války

Velmi rozšířeným způsobem získávání pomoci bylo i nadále žebrání. Městské rady dělily žebráky na místní a přespolní a žebrání bylo povoleno jen na vyhrazených místech. K největšímu rozvoji terénní péče podle Matouška dochází až od poloviny 18.století, kdy došlo k mnoha kvalitativním změnám v oblasti péče o

chudé. V domácnostech starých a nemocných pomáhaly řeholní sestry, ale stále největší podíl péče ležel na rodině. Byl založen chudinský ústav, za Marie Terezie se orientovala péče na zanedbávané děti, kterých bylo v té době velké množství. V té době vybudovala císařovna školskou soustavu a nutila rodiče zanedbávaných dětí pod hrozbou sankce, chodit do tkalcovských škol. Za vlády Josefa II pod vlivem osvíceneckých reforem bylo zřízeno mnoho nových zdravotnicko-sociálních institucí, vybudoval nalezince pro nemanželské a opuštěné děti. Josef II vydal v roce 1863 „Pravidla direktivná“, která podporovala rozvoj ústavních forem péče, která se stala také základem veřejného chudinství. Základem novodobého systému péče o chudé, staré, nemocné a handicapované se stalo tzv. „domovské právo“ z roku 1863. Forma pomoci byla naturální nebo peněžní. Jednou z forem pomoci bylo umístění do obecní instituce; starobince, chudobince nebo zajištění bydlení v obecním domku – pastoušce.

Až do konce 19. století měla sociální péče často represivní charakter; umísťování osob do chudobinců, donucovacích pracoven bylo často pod tlakem státních orgánů. Koncem 19.století také dochází k rozvoji laické domácí péče, uplatňují se prvky ošetrovatelské péče, dochází k rozvoji vzdělanosti v oboru ošetrovatelství, v Praze byla založena první ošetrovatelská škola jak uvádí Matoušek (2005).

1.2.2 Terénní péče po roce 1918

Vznik samostatného státu, jak dále uvádí Matoušek (2005) byl historickým mezníkem a pro sociální péči. Širokou skupinou potřebných po I. Světové válce byly vdovy, sirotci po vojácích, váleční veteráni, invalidé. Velkou skupinou byli i nezaměstnaní, nemajetní, kteří přežívali v nelidských podmínkách, provizorních příbytcích a byli ohroženi na zdraví. Tato situace již vyžadovala systematické řešení. Sociální péče byla v této době zajišťována veřejnoprávními institucemi a doplňována institucemi církevními a soukromými. V tomto období byly zakládány

mnohé dobrovolnické organizace s cílem pomoci chudým, nemocným a handicapovaným. Vzniklo ministerstvo sociální péče a zákony daly základ veřejné sociální péči a komplexnímu pojetí sociální péče, začalo fungovat sociální pojištění, které plnilo svůj význam v době nemoci, stáří, invaliditě.

1.2.3 Terénní péče po II. světové válce

V tomto období začal poskytování péče zajišťovat Československý červený kříž a další charitativní organizace a spolky. Péče byla zaměřena na pomoc v domácnosti, vaření, a pomoc v oblasti osobní hygieny. Československý červený kříž obnovil i odbornou přípravu ošetřovatelek, samaritánů a působil jak v oblasti sociální, tak zdravotní. Po únorovém převratu v roce 1948 však ČČK ztratil svoji samostatnost a závislost a byl zařazen mezi společenské organizace a začleněn do jednotné Národní fronty a výnosem Ministerstva zdravotnictví byl pověřen organizováním ošetřovatelské a zdravotní služby. (Matoušek, 2005)

1.3 Cílová skupina pečovatelské služby

Stanovení cílové skupiny vychází ze zákona o sociálních službách, podle § 40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tj. osobám které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, osobám jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Sociální služba je poskytnuta vymezené cílové skupině s přesnou specifikací okruhu osob.

- Senioři
- Osoby s chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením, které jsou příjemci invalidního důchodu
- Rodina, ve které se narodilo současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let věku

Lze mít stanovenou i negativní cílovou skupinu, která stanovuje okruh osob, které sice splňují kritéria pro poskytování sociální služby, ale z nějakého vážného důvodu jim nemůže být služba poskytnuta. Jde např. o zájemce o službu ohrožující sám sebe a okolí, pro akutní nebo nestabilizovanou duševní nemoc nebo závislost na návykových látkách. Zájemci chybí základní sociální návyky. V negativní cílové skupině může být i skutečnost, že služba není poskytována těm, kteří ji fakticky nepotřebují, nemají sníženou soběstačnost.

Pečovatelská služba je většinou poskytována v domácnosti klienta, případně ambulantně, ve střediscích osobní hygieny. Na byty s pečovatelskou službou se pohlíží jako na samostatné domácnosti, výhodou je, že je pečovatelka na dosah po celou pracovní dobu.

Pečovatelská služba poskytuje pomoc při péči o vlastní osobu a domácnost. Podle zákona můžeme podrobněji rozepsat na tyto úkony:

Pomoc při zvládnání úkonů o vlastní osobu

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu

Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy

Pomoc při zajištění chodu domácnosti

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Fakultativní úkony

Při poskytování služby se vychází ze základních zásad uvedených v § 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zachování lidské důstojnosti

Podpora rozvoje samostatnosti

Motivace

Individuálně určené potřeby

Aktivní působení

Posilování sociálního začlenění

Dodržování lidských práv a základních hodnot

2. Pečovatelská služba – specifika, formy poskytování

2.1 Historie a současnost pečovatelské služby

2.1.1 Historie pečovatelské služby

V padesátých letech 20. století po převratu, jak se dále historií zabývá Matoušek (2001), převzal stát veškerou sociální ochranu a sociální zabezpečení všeho obyvatelstva. Sociální péče byla v této době plně závislá na státních úřadech a byla jimi i financována. V padesátých letech převzal stát i všechny domovy a charitativní ústavy, v té době provozované převážně církvemi. V roce 1952 převzala rovněž pečovatelskou službu státní zdravotní správa a omezila ji na péči o osamělé a přestárlé občany. O pět let později organizování pečovatelské služby a plnění zdravotnických a sociálních úkonů zajišťoval Československý červený kříž, jako společenská organizace začleněná do Národní fronty. Sociální péče byla v této době vnímána jako okrajová oblast, která není příliš potřebná a byla redukována převážně na poskytování peněžních dávek. Více byla zdůrazňována zdravotní a ošetrovatelská péče, takže došlo k přesměrování do oblasti zdravotnictví. Obyvatel potřebujících sociální péči bylo velké množství, proto se koncem padesátých let se vytvořil sbor vyškolených profesionálních pečovatelek. Převážná většina péče o staré a nemocné osoby zůstávala na rodinách a sousedské výpomoci. (Matoušek, 2001)

Pozitivním trendem šedesátých let, jak popisuje Arnoldová (2002), byl větší zájem o staré osoby, rozvoj geriatric, gerontologie a začínají se objevovat nové trendy v přístupech o staré lidi. Poptávka o pečovatelské služby stoupala, a od roku 1968 provoz a organizování pečovatelské služby bylo převedeno na odbory sociálního zabezpečení okresních národních výborů. V sedmdesátých letech spadalo sociální zabezpečení do působnosti ministerstva práce a sociálních věcí a poskytování pečovatelské služby se začalo řídit zákonem o sociálním zabezpečení. Prováděcí vyhláškou k tomuto zákonu byly jasně stanoveny podmínky

poskytování pečovatelské služby. Ministerstvo práce a sociálních věcí vydávalo metodické pokyny k poskytování pečovatelské služby. Jednalo se o služby poskytované starým lidem v jejich domácnostech a ze zákona se poskytovaly tzv. služby doplňkové péče, kdy se poskytovala poradní pomoc, pečovatelská služba, stravování, věcná pomoc, peněžité příspěvky, kulturní potřeby. Tyto služby se sociálně potřebným občanům poskytovaly zdarma. Poskytování pečovatelské služby se od roku 1975 řídilo zákonem č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení. Významná organizační změna v řízení pečovatelských služeb přišla v roce 1976 kdy vznikaly okresní ústavy sociálních služeb které přebíraly řízení a provozování i služeb pečovatelských. (Arnoldová, 2002)

V sedmdesátých letech začala výstavba domů s pečovatelskou službou, jak popisuje Arnoldová (2002), domy zřizovaly místní a městské národní výbory. V domech s pečovatelskou službou musela být zajištěna po celou dobu pracovní doby minimálně jedna pečovatelka z povolání. Sociální práce se začala více rozvíjet v osmdesátých letech, fungovaly sociálně-právní školy. Rozvíjela se pečovatelská služba, vznikaly domovinky pro seniory. Pečovatelská služba zaznamenala v osmdesátých letech velký rozvoj a rozšířil se i počet osob, kterým byla poskytována.

2.1.2 Současnost pečovatelské služby

Po listopadu 1989 došlo v celé společnosti k rozsáhlým změnám a změnila se i sociální politika státu. V devadesátých letech docházelo k prudkému rozvoji sociálních služeb, ke změnám legislativy v této oblasti. Deset let vznikal nový zákon o sociálních službách. Po roce 1989 se sociální služby stále řídily zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 182/1991 Sb., které už nevyhovovaly a brzdily rozvoji sociálních služeb. Došlo k rychlému návratu ke vzdělání v sociální práci na vysokoškolské úrovni a k reformě středoškolského

vzdělávání. Pečovatelská služba byla již nejrozšířenějším druhem terénní sociální služby. (Arnoldová, 2002)

Jak uvádí kolektiv autorů (2010) v publikaci Pečovatelská služba v České republice, v současné době sociální služby procházejí procesem transformace. Změny v pojetí sociálních služeb vycházejí především z důrazu na práva a povinnosti každého občana v České republice. Sociální péče, která je zajišťovaná státem, se proměnila v široké spektrum nabídek sociálních služeb. V současné době jsou sociální služby poskytovány ve větší míře i nestátními neziskovými organizacemi, církví, samosprávou krajů a obcí i soukromými osobami. Celé pojetí sociálních služeb ovlivnila také politika Evropské unie se svým programem proti chudobě a sociálnímu začleňování. Důraz je kladen na poskytování takových sociálních služeb, které dbají na dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb, zajišťují důstojný život a směřují k sociálnímu začleňování osob. Naplňováním principů sociálního začleňování je podporován běžný způsob života osob. Poskytovatelé vytvářejí pro uživatele podmínky, aby mohli žít obvyklým způsobem života. Cílem sociálních služeb je zajistit takovou míru podpory, která vede k samostatnému a důstojnému způsobu života. V procesu poskytování sociálních služeb se udála zásadní změna, kde poskytovatel společně s uživatelem uzavírají smlouvu o poskytování sociálních služeb. Tím jsou stanovena základní práva a povinnosti obou smluvních stran. Poskytovatel – konkrétně sociální služba, vychází z potřeb klienta a společně s klientem vytváří individuální plán. Sociální služby se profesionalizují. Zákon o sociálních službách stanovuje povinnosti poskytovatelů, další požadavky se odvíjí od standardů kvality sociálních služeb. (Kolektiv autorů, 2010)

2.1.3 Historie sociální péče v regionu Hlinecko

Z omezených a dostupných zdrojů, které získal a popsal kolektiv autorů (2009) v publikaci Hlinsko, má sociální péče v Hlinsku svou dlouholetou tradici.

Více ověřených, písemných zdrojů jsem k tématu historie sociální péče na Hlinecku nezískala.

V roce 1836 byl zde založen městský chudobinec, kde bylo postaráno o dvacet šest nejchudších občanů. Otevření chudobince provázela velká slavnost s hostinou, kdy nastávající obyvatelé chudobince obsluhovali sami městští radní. V témže roce zde začal praktikovat první lékař. V roce 1905 byl postaven hlinecký sirotčinec a opatrovna a v roce 1936 dům „Masarykova liga proti tuberkulóze“, kde se nacházelo zázemí pro okresní péči o mládež, Masarykova liga proti TBC, Československý červený kříž a ochranu matek a dětí. Na začátku sedmdesátých let byla v Hlinsku zavedena pečovatelská služba, která se starala o přestárlé, fyzicky neschopné občany, kteří neměli nikoho z rodiny, kdo by o ně pečoval. (Kolektiv autorů, 2009)

2.2 Koncepty poskytování a financování pečovatelské služby

Kolektiv autorů v publikaci Pečovatelská služba v ČR (2010) uvádí že, konceptem poskytování pečovatelské služby je myšleno její pojetí, koncepce. Současná podoba poskytování pečovatelské služby je dána dlouhým historickým vývojem, politikou státu, vzděláváním pracovníků a čerpáním zahraničních zkušeností. Na vývoji pečovatelské služby se podílí i komunitní plánování a tvorba střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb na úrovni jednotlivých krajů.

2.2.1 Obec a pečovatelská služba

V rámci společenských změn, zrušením okresních úřadů v roce 2002 a právní úpravou sociálních služeb vzniklo několik modelů pečovatelských služeb v obcích s rozšířenou působností; popisuje kolektiv autorů v publikaci Pečovatelská služba v ČR (2010).

1. Obec je sama registrovaným poskytovatelem pečovatelské služby a plní všechny povinnosti, poskytovatele, které vycházejí ze zákona o sociálních službách. Pečovatelská služba se zajišťuje na území obce nebo na celém území obce s rozšířenou působností, která je pro uživatele dostupnější.
2. Obec je zřizovatelem příspěvkové organizace či jiné právnické osoby, jejímž prostřednictvím zajišťuje poskytování pečovatelské služby na území své obce.
3. Obec je zřizovatelem právnické osoby, která zajišťuje nejen pečovatelskou službu, ale i další sociální služby na území obce. Jedná se často o ústavy sociálních služeb, centra sociálních služeb.
4. Obec zadává poskytování pečovatelské služby na území své obce jiným registrovaným poskytovatelům, například církevním právnickým osobám, nestátním neziskovým organizacím, privátním poskytovatelům
5. Na území obce působí několik registrovaných poskytovatelů pečovatelské služby a obec finančně podporuje poskytování pečovatelské služby všech poskytovatelů, např. podle počtu uživatelů.

2.2.2 Nový model poskytování pečovatelské služby

Nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1.1. 2007 přinesl pro poskytování pečovatelské služby nová pravidla, uvádí kolektiv autorů (2010). Změny se týkaly pojetí sociálních služeb, forem, podmínek pro poskytování, změnil se způsob jejich financování. Pro poskytovatele pečovatelské služby to znamená nové vymezení této služby jako terénní a ambulantní. Základní činnosti jsou povinnou nabídkou poskytovatele, kterou lze doplnit celou škálou fakultativních činností, které zvýší atraktivitu nabízené služby. Zákonem je definován i okruh osob pro kterou je služba určena. Zákon a prováděcí vyhláška určuje pravidla a maximální výši úhrady za úkony pečovatelské služby. Důležitá je participace obcí na financování pečovatelské služby na jejich území. Jak dále uvádí kolektiv autorů, řešením do budoucna by bylo podnikání v sociálních službách, kdy budou moci poskytovatelé sociálních služeb pomocí velké škály fakultativních a doplňkových činností generovat zisk, který použijí k rozvoji své služby.

Vyzkoušeným a osvědčeným modelem poskytování pečovatelské služby je kombinace domácí ošetrovatelské péče v kombinaci s pečovatelskou službou. Nabízí-li poskytovatel domácí ošetrovatelskou péči je schopen lépe vykrýt individuální potřeby uživatele služby a uživatele není nutno hospitalizovat a vytrhovat z domácího prostředí.

Nové koncepty domácí péče by měly zahrnovat jak sociální, tak zdravotní složky služeb. V našich podmínkách je rozšířený model založený na poskytování široké nabídky sociálních služeb, které jsou doplněny o úkony domácí, ošetrovatelské a hospicové péče. (Kolektiv autorů, 2010)

2.3 Pečovatelská služba v systému sociálních služeb, její specifika

V této podkapitole přiblížím poslání pečovatelské služby, její význam v systému sociálních služeb pro seniory, identifikování zřizovatelů služby a objasnění, kdo jsou zaměstnanci, jaká je jejich náplň práce, a kdo jsou uživatelé pečovatelské služby.

2.3.1 Definování a dělení sociální služby

Podle slovníku NASW (Národní asociace sociálních pracovníků) jsou sociální služby *„aktivity zaměřené na podporu zdraví a tělesné i duševní pohody lidí. Soustřeďují se na pomoc lidem k větší soběstačnosti, prevenci závislosti, posilování rodinných vztahů, obnovu úspěšného sociálního fungování jednotlivců, rodin a skupin.“*

Matoušek (2001) definuje sociální služby jako jeden z důležitých nástrojů sociální politiky. Sociální služby chápe jako služby krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti. (Matoušek, 2001)

Konkrétněji sociální služby definuje Musil (2004), který je označuje termínem *„služby sociální péče, což jsou konkrétní, v praxi existující komplexy činností, které při práci na konkrétním místě a s konkrétními klienty přispívají k realizaci záměrů sociálních pracovníků.“* (Musil, 2004)

Podle Matouška (2007) sociální služby dělíme podle jejich zřizovatele do dvou základních skupin. První skupinou jsou státní a obecní služby a druhou skupinou jsou nestátní. (Matoušek, 2007)

Další dělení vychází ze zákona o sociálních službách; může být podle jejího charakteru, např. podle délky trvání, na krátkodobé a dlouhodobé, podle způsobu poskytování, na domácí - terénní, ambulantní a ústavní – pobytové.

Pobytovou službou se rozumí služba spojená s ubytováním uživatele v zařízeních sociálních služeb, za ambulantními uživateli dochází do zařízení sociálních služeb, a terénní je poskytována tam, kde člověk žije - v jeho domácím přirozeném prostředí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

2.3.2 Zajištění péče v domácnostech

Jak uvádí Vohradníková a Rabušic (2004), obecnou snahou je umožnit seniorům setrvat, pokud je to jen trochu možné, v jejich vlastní domácnosti, v jejich původním prostředí. Vzhledem ke snižující se soběstačnosti, potřebují samostatně bydlící senioři v některých oblastech výpomoc a asistenci. Tu mohou poskytovat nejen rodinní příslušníci a osoby blízké, ale především terénní pečovatelská služba, která je nejčastěji žádanou službou v rámci systému sociálních služeb využívaných seniory a její četnost se neustále zvyšuje.

Podle výzkumu Kuchařové, mezi seniory žijících v domácnostech využívá pečovatelskou službu 11 % z nich. Jako nejčastěji přijímaná služba se potvrdil dovoz obědů, tuto službu využívá 9 % uživatelů, jedná se zde o uspokojení základní potřeby, zajištění teplé stravy nejméně jedenkrát denně, kterou rodinní příslušníci, vzhledem k vlastnímu zaměstnání a velkému vytížení, nemohou zajistit. Tato služba je pro člověka důležitá již v tom, že umožňuje setrvat v prostředí svého domova. Druhou nejčastěji poskytovanou službou jsou nákupy potravin a praní prádla, která tvoří zhruba 3 %. Většina uživatelů, pokud využívá pečovatelskou službu, si objednává pouze jednu službu, méně často dvě. Pečovatelskou službu využívají s podobnou frekvencí muži i ženy. Rozhodujícím faktorem je především rodinné zázemí, typ domácnosti a její složení. Z osaměle žijících uvedlo její využívání 20 % seniorů, žijících s partnerem 6 % osob. Pečovatelská služba má v České republice relativně dlouhou tradici, v průběhu let se však výrazně zvýšil kvantitativní rozsah poskytované pomoci a kvalita

poskytované péče. Jestliže v roce 1970 počet osob, kterým byla poskytnuta pečovatelská služba, odpovídal 1,7 % všech seniorů starších 70 let, tak v roce 2000 už to bylo 11,6 %. (Vohradníková a Rabušic, 2004)

2.3.3 Sociální péče v domech s pečovatelskou službou

Zvláštní a velmi žádanou formu sociální péče, umožňující zachování autonomie v podobě individuálního bydlení v kombinaci s poskytováním nejrůznějších služeb, představují domy s pečovatelskou službou. Součástí těchto zařízení bývají střediska osobní hygieny, prádelny, jídelny, společenské místnosti, kluby seniorů. Je zde poskytována pečovatelská služba; pracovní doba a rozsah této služby závisí na zřizovateli a především na zájmu a potřebách uživatelů.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní službou poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi. Osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální, životní situaci a pro svůj nepříznivý zdravotní stav si nemohou bez podpory a pomoci druhé osoby zajistit základní životní potřeby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb tyto základní činnosti. Podle zákona o sociálních službách se poskytují tyto úkony péče:

1. pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
2. pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
3. poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
4. pomoc při zajištění chodu domácnosti,
5. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Podle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb. se pečovatelská služba poskytuje občanům v jejich domácnostech včetně domácnosti v domech s pečovatelskou službou, v zařízeních pečovatelské služby. Pečovatelská služba se poskytuje za úhradu. Pečovatelská služba se s výjimkou nákladů poskytnutou v rámci základních činností uvedené v § 40 odst. 2 písm. c) poskytuje bez úhrady:

1. rodinám, ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí,
2. účastníkům odboje (Zákon č. 255/1946 Sb. Zákon č.462/1919 Sb.)
3. osobám, které jsou účastny rehabilitace podle zákona č. 119/1990 Sb., o soudní rehabilitaci, ve znění pozdějších předpisů,
4. osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru,
5. pozůstalým manželům, (manželkám) po osobách uvedených v písmenech b) až d) starším 70 let.

2.3.4 Poslání a cíl pečovatelské služby

Jak uvádí Čámský a Krutilová (2008), za hlavní poslání pečovatelské služby je považováno nabídnout všem uživatelům cestu ke spokojenému životu a klidnému stáří v jejich přirozeném sociálním prostředí. Pečovatelská služba by měla uspokojit klientovi fyzické, psychické a sociální potřeby a pomoci tak udržet jeho sociální fungování, rovnováhu mezi klientem a jeho sociálním prostředím. Práce s uživatelem by měla být zaměřena na podporu jeho individuálních schopností tak, aby si uživatel mohl své potřeby zajišťovat v co největší možné míře sám.

Cílem terénní pečovatelské služby je poskytnout takovou pomoc a podporu, která umožní uživatelům zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí domova.

Umožnit uživatelům využívat místních dostupných služeb s přihlédnutím na jejich individuální potřeby a přání, podporovat rodinné a další sociální vazby. Poskytované služby jsou odborné, zajišťují bezpečnost klienta, kladou důraz na udržení a rozvíjení jejich důstojného života. Pečovatelskou službu poskytují kvalifikovaní pracovníci v domácnostech uživatelů a ve středisku osobní hygieny. Poskytovatelé nejsou povinni zajistit naplnění všech osobních cílů uživatelů, ale vytváří podmínky a informují uživatele tak, aby byl sám co nejvíce schopen aktivizovat své vlastní zdroje a přirozené vztahy. Může nabídnout fakultativní služby a za finanční příspěvek zajistit uživateli odvoz k vybrané službě nebo odborníkovi. V rámci individuálního plánování může s uživatelem vytipovat možné zdroje podpory z okolí, například zprostředkovat uživateli doprovod dobrovolníka nebo stážisty. (Čámský a Krutilová, 2008)

2.4 Organizace pečovatelské služby

Podle Barkera (2003), ve slovníku sociální práce vydaného NASW, lze organizace nebo zařízení, jež poskytují sociální služby označit za sociální agentury. Tyto agentury se vyznačují tím, že je někdo spravuje a jsou vybaveny lidským kapitálem, který zahrnuje profesionální sociální pracovníky, (skoro) profesionály i jiné specifické profese. Agentury poskytují specifický okruh služeb vybrané populační skupině, která je ohrožena nebo zasažena specifickým sociálním problémem. Financování sociálních agentur probíhá z více zdrojů, což znamená, že finance mohou být čerpány například z příspěvků místních samospráv a zároveň z dobročinných příspěvků, vládních dotací, poplatků od klientů apod. Organizace mají jednoznačné stanovy, které určují, jakým klientům budou poskytovat služby a jaké metody při tom budou využívat.

Do kategorie sociální agentura je možné zařadit i pečovatelskou službu. Je to totiž organizace, která byla vytvořena za účelem pomáhat osobám se sníženou soběstačností, hlavně pak starým lidem. Jsou zde profesionálové, vedoucí PS,

pečovatelky i jiné profese; řidič, uklízečka. Charakteristické pro pečovatelskou službu je i vícezdrojové financování. Finance jsou obvykle získávány prostřednictvím dotací příslušných městských nebo krajských samospráv a státních správ, od klientů, většina služeb je zpoplatněna, od soukromých sponzorů, církví apod. (Barker, 2003)

2.4.1 Pracovníci pečovatelské služby

Klíčový pracovník

Standardy kvality sociálních služeb, kritérium 5 b) stanovuje, že poskytovatel má pro plánování průběhu poskytování sociální služby a hodnocení naplňování osobních cílů pro každého uživatele služeb určeného pracovníka.

Kolektiv autorů ve své publikaci Standardy kvality (2008) popisuje, že v praxi se setkáváme s dvojitým pojetím klíčového pracovníka. Pokud je v popředí vztah pracovníka s uživatelem, jde spíše o důvěrníka. V případě zdůraznění odborné způsobilosti se jedná spíše o case managera. Je důležité si uvědomit, jaký význam má pro člověka jeho klíčový pracovník, ten za kterým mohou kdykoliv zajít, rozumí mi, umí pro mě zprostředkovat pomoc. Klíčový pracovník má určité kompetence, které jsou tvořeny především vědomostmi, dovednostmi a postoji, zná zásady plánování služby.

Pracovníci v sociálních službách

Pečovatelskou službu poskytují pracovníce v sociálních službách; pečovatelky, kterým se u nás bohužel nedostává profesionálního statusu. Mají většinou základní vzdělání doplněné absolvováním kvalifikačního akreditovaného kurzu pracovník v sociálních službách, což je v současnosti dostačující předpoklad pro výkon tohoto povolání

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách lze pečovatelky označit za pracovníky v sociálních službách.

Veškeré činnosti v pracovní době vykonává v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění. Dodržuje prováděcí vyhlášky, spolupodílí se na tvorbě standardů kvality sociálních služeb a aktivně je naplňuje.

Dodržuje principy etického kodexu pracovníka v sociálních službách.

Sociální pracovník

Předpokladem pro výkon povolání sociálního pracovníka je podle zákona o sociálních službách způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Odbornou způsobilostí k výkonu sociálního pracovníka je vyšší odborné vzdělání zaměřené na sociální práci a sociální pedagogiku, speciální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitativní a sociální činnost nebo vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče nebo speciální pedagogika.

Do odborných způsobilostí patří také absolvování 200 hodin akreditovaných vzdělávacích kurzů a pět let praxe, pokud má pracovník vysokoškolské vzdělání v jiném oboru, než je výše uvedené. Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování služeb ve zdravotnických zařízeních ústavné péče má také sociální pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu. (Kolektiv autorů, 2008)

2.5 Faktory ovlivňující podobu sociálních služeb

2.5.1 Demografické změny ve společnosti

Podle Hantraise (1999), z přednášky na mezinárodní konferenci, patří mezi nejzávažnější změny, které ovlivňují situaci v sociálních službách, stárnutí populace. Silné ročníky z 60. let se pomalu blíží k důchodovému věku a procento lidí ekonomicky aktivních začíná klesat. Stárnutí jde v ruku v ruce s úbytkem populace. V Evropské unii by měl počet lidí začít klesat v roce 2010, kdy počet zemřelých převyší počet narozených. Takový vývoj zvyšuje poptávku po pracovních silách. Je méně lidí v produktivním věku, kteří mohou pracovat, a jejich daňové zatížení je větší, musí zaplatit více do pojišťovacích systémů, aby zachovali solidaritu se vzrůstající populací lidí ve věku neproduktivním.

S demografickými změnami souvisí i stoupající náklady na zdravotní a sociální péči. Dosud největší objem péče zajišťovala rodina. Změna v rodinné struktuře významně omezuje její kapacitu se postarat o členy, kteří to již potřebují. Tyto změny spočívají v oslabování sociálních pout a v rostoucím individualismu. Týkají se poklesu velikosti rodin a domácností, páry mají méně dětí, pod jednou střechou už nežije několik generací, jako tomu bývalo dříve. Možnosti rodiny postarat se o své starší blízké se i nadále snižuje se vzrůstající účastí žen na trhu práce.

S demografickými změnami souvisí i náklady na zdravotní a sociální péči. Největší objem sociální péče doposud zajišťovala rodina, ale změny, které probíhají v rodinné struktuře, velmi výrazně omezuje její kapacitu se postarat o její stárnoucí členy. Ve společnosti roste individualismus a oslabují se sociální pouta. Rodiny a domácnosti se zmenšují, rodí se méně dětí a generace žijí většinou odděleně. Zaznamenáváme vývojové změny fungování rodinné solidarity; nové formy partnerského soužití, výchova dětí mimo manželství, páry stejného pohlaví, osamělí rodiče.

Česká republika stále patří k zemím s nejvyšším podílem pobytových zařízení sociální péče. Trendem v ostatních zemích evropské unie je naopak deinstitucionalizace služeb sociální péče, tj. snaha poskytovat maximum možné sociální péče v přirozeném prostředí klientů. Služby jsou zaměřeny na podporu udržení běžného způsobu života klientů pomocí terénních a ambulantních sociálních služeb. Nový zákon o sociálních službách tento trend podporuje a již se péče začíná pomalu měnit. (Hantrais, 1999)

2.5.2 Bydlení pro lidi ve vyšším věku

Shromažďováním zkušeností a výzkumem v gerontologii, jak uvádí Wolf (1982), máme k dispozici návrhy na lepší bydlení pro lidi ve vyšším věku. Člověku ve stáří bychom měli umožnit, aby co nejdéle žil ve svém přirozeném prostředí, ve vlastním bytě, zachoval si kontakt s dětmi, příbuznými a ostatními lidmi. Je rozhodující, aby se mohl člověk ve stáří účastnit ekonomického a společenského života. Každý jedinec by měl mít možnost žít smysluplně. V tomto období života už člověk nezvládá některé úkony péče o vlastní osobu, domácnost, proto je důležité poskytování pomoci při zajištění provozu domácnosti, péče o vlastní osobu a lékařskou a ošetrovatelskou pomoc v jejich bytech. Vzhledem k omezené mobilitě starých lidí je potřeba pamatovat na odstraňování architektonických bariér. Vysoké procento starých lidí je schopno si vést samostatnou domácnost, proto většina z nich může žít samostatně v běžných bytech nebo v bytech s určitými úpravami. Tato příznivá skutečnost vytváří předpoklady pro základní podmínku spokojenosti života ve stáří, pro samostatnost a možnost žít ve svém přirozeném prostředí. Dobře organizovaná a pravidelná pomoc starým lidem v jejich bytech výrazně snižuje potřebu institucionálních zařízení. Toto řešení je ekonomicky výhodnější a humánnější. (Wolf, 1982)

Složité situace vznikne, jak píše Pacovský (1990), je-li v rodině nemocný, nesamostatný a na rodině závislý starý člověk. Péče o starého nemocného člověka v rodině nebo s pomocí rodinných příslušníků je možná, pouze při současném splnění tří základních podmínek:

1. aby rodina o nesoběstačného člověka chtěla pečovat,
2. aby o něj pečovat mohla,
3. aby to uměla.

Pacovský (1990) uvádí, že je především důležitá motivace, která k převzetí náročné péče vede. Je dána morálními kvalitami rodiny, procesem rodinné výchovy, žebříčkem hodnot. Péče se nedá nařídit, musí být eticky motivována a také s pochopením přijímána. Profesionální služby, které by tuto zátěž zmírnily, jsou omezené. Prvořadým úkolem je, aby se rodině od společnosti dostalo takové podpory, aby péči o starého člověka měla usnadněnou. Jde také o to, aby rodina pečovat uměla, obvykle nedokáže zajistit základní potřeby. Jsou však i situace mnohem náročnější a rodina potřebuje od lékaře nebo zdravotnického pracovníka podporu a poučení. (Pacovský, 1990)

2.5.3 Optimální nastavení péče pro seniory

Měli bychom uznávat a respektovat stáří, nebrat ho jako nežádoucí a mnohdy obávaný fenomén, ale jako normální součást života a období, kdy se stále rozvíjí lidská osobnost. Starší lidé jsou platnými a cennými členy lidského společenství, které by bez jejich přispění nemělo všechny potřebné dimenze. Starší lidé se podíleli a podílejí na vytváření společenských zdrojů a mají také proto nezpochybnitelné právo na jejich nediskriminované využívání. Starší lidé mají právo na důstojnost svého života, a to také a zejména v situaci nesoběstačnosti

způsobené chorobou, zdravotním postižením či chronickou nemocí. Starší lidé se stejně tak jako všichni občané lidské společnosti mohou svobodně a nezávisle rozhodovat o tom, kde a jak budou žít, zda budou pracovat, kdy odejdou ze zaměstnání a budou se věnovat jiným činnostem. Měli by mít možnost žít v takovém prostředí, které je pro ně bezpečné a je přizpůsobené jejich potřebám. Starší lidé by měli mít možnost využívat péči a ochranu rodiny a komunity v souladu se systémem kulturních hodnot, který je vlastní jejich společnosti. Potřebují zdravotní péči, která jim umožní zachovat či navrátit optimální možnou úroveň fyzické a duševní pohody, zabrání nemoci či ji oddálí, a sociální a právní pomoc, která jim pomůže zajistit jejich autonomii, ochranu a péči.

Kolektiv autorů dále uvádí (2008), že komunitou rozumíme obec, více obcí, městskou část a podobně. Co je třeba učinit na úrovni komunity - vytvořit podmínky pro bydlení zdravých seniorů i těch, kteří mají určitá zdravotní omezení. Zajistit dostupnost občanských služeb seniorům, dostatek informací a snadný přístup k těmto službám tak, aby senioři nebyli v jejich využívání diskriminováni. Pro akutně či chronicky nemocné či méně soběstačné seniory zajistit systém služeb, který bude zahrnovat nejen péči lékaře, ale také integrovaný a vzájemně komunikující systém domácích služeb; pomoc a ošetrovatelskou službu v domácnosti, rehabilitaci, sociální práci, respitní péči, poskytování kompenzačních pomůcek, nouzové volání a signalizaci, podpůrné programy pro pečující rodiny, osobní asistenci. Další potřebnou formou péče jsou denní centra pro seniory i možnost krátkodobého či dlouhodobého ošetřování mimo domácnost. Tyto služby mohou obce zajistit s využitím kapacit rodin, občanů a poskytovatelů, ať již soukromých či jiných, některé služby může zajistit několik komunit společně. Klíčová je však zodpovědnost obce za zajištění těchto služeb a kvalifikovaná organizace těchto služeb s ohledem na potřeby občanů (case management).

Péči o seniory jsme si zvykli rozdělovat na péči zdravotní a sociální, potřeby seniorů samostatných jsou velmi často natolik komplexní, že je třeba zajistit nejen oba typy služeb, zdravotní i sociální, ale zejména zajistit jejich

návaznost a propojenost. To je zatím největším problémem, protože dosavadní systém zdravotnictví a sociální péče propojený není, a to ani v této potřebné oblasti. V poslední době dochází v organizacích spíše k oddálení zdravotnických a sociální služeb, než k jejich propojení. V běžné praxi se setkáváme se situací, kdy staří lidé jsou příliš nemocní na to, aby jim stačili pouhé sociální služby, ale problematika jejich zdravotního stavu a soběstačnosti je natolik dlouhodobá, že s nimi zdravotnictví již nepočítá, protože v tomto systému není nikterak řešena otázka dlouhodobých pobytů. Kromě praktického lékaře zná naše současná zdravotnická legislativa ještě jeden z důležitých pojmů, jedná se o domácí péči, pro kterou se z málo pochopitelných důvodů vžilo i u nás anglické synonymum „home care“, a to i přesto, že český termín domácí péče je správný a zcela výstižný. Jedná se o zdravotnickou činnost kvalifikovaných zdravotních sester, které ji vykonávají v domácnostech pacientů. Nejčastějšími poskytovateli této péče jsou agentury domácí péče, tato péče může však být také součástí komplexu služeb gerontologických center, některých nemocnic a podobně. (Kolektiv autorů, 2008)

3. Systém sociálních služeb

3.1 Rozdělení sociálních služeb

Význam sociálních služeb spočívá v jejich integrativním působení, jež umožňuje lépe a důstojněji žít osobám, které by jinak měly vážné problémy nebo by byly ze společnosti vyloučeny. Zvyšuje jejich nezávislost a samostatnost při rozhodování o svém životě. Sociální služby mají napomáhat také rozvoji vztahů v komunitě a v neposlední řadě přispívají při vytváření nových pracovních míst. Zatímco některé služby sociální péče jsou zahrnuty v dosavadní legislativě, zejména služby sociální intervence i další moderní formy péče v legislativě chybějí. Nejsou sice zakázány a mohou se "ukrýt" pod jiné formy činnosti, nicméně je třeba konstatovat, že jejich existence je vždy založena a podmíněna určitou iniciativou buď osob či nestátních subjektů, které se snaží tyto služby zajistit i v tomto legislativním vakuu.

Současný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozlišuje v péči o seniory následující formy péče:

Pečovatelskou službu

Zajišťuje samostatně žijícím seniorům určité úkony, které potřebují pro chod své domácnosti (rozvoz obědů, úklid, nákup, vyprání prádla apod.)

Služby sociální intervence

Cílem těchto služeb je integrovat klienta v jeho domácím nebo co možná nejpřirozenějším prostředí a napomáhat jeho začlenění do společnosti.

Základní poradenství

Poskytování základních informací o právech a povinnostech občanů, jejich nárocích vyplývajících z právního systému a o dostupných službách v oblasti péče o seniory. Tuto roli plní např. poradny Klubu seniorů, občanské sdružení Život 90, Svaz tělesně postižených ČR apod.

Odborné poradenství

Poskytování informací o právech, povinnostech a nárocích vyplývajících ze systému sociálního zabezpečení, o různých způsobech řešení, zvládnání nebo kompenzace obtížné sociální situace, o právních aspektech, které z nich vyplývají a o sociálních službách. Mnohými seniory jsou tyto služby dosud postrádány, představují základ pro další nasměrování postupu a péče. Měly by být zajišťovány sociálními odbory pověřených obcí. Toto poradenství by mělo být také součástí postupu při propouštění pacienta s komplexní geriatrickou problematikou ze zdravotnického zařízení.

Výchovné, vzdělávací a aktivační služby

Činnost směřující k rozšíření vědomostí, dovedností a návyků, které jsou pro klienta se speciálními potřebami nezbytné, aby si lépe poradil s běžnými životními situacemi, např. Univerzity třetího věku, Akademie třetího věku a další iniciativy.

Pomoc v prosazování práv a zájmů

Činnost konaná ve prospěch klienta, jeho zastupování, doprovod k úředním a jiným ústním jednáním, sociálně právní pomoc, pomoc s úředními listinami, apod.

Terapeutické služby

Činnosti směřující k odstranění problému klienta, ke změně v jeho životě pomocí ucelených terapeutických přístupů.

Kontaktní práce

Komplex služeb, jejichž cílem je především navázat kontakt s klienty, kteří zatím nevyhledali pomoc a u kterých je odůvodněný předpoklad, že by ji mohli potřebovat. Tato práce může probíhat v terénu.

Poradny

Poskytují klientům informace o jejich právech, povinnostech a různých možnostech řešení jejich problému nebo životní situace.

Denní stacionáře

Poskytují denní ambulantní služby skupinám klientů s cílem terapeuticky působit a pomoci jejich rodinám v péči.

Nouzové volání

Systém zabezpečující samostatný život a bezpečnost, snadné přivolání pomoci lidem, jejichž zdravotní stav je křehký a jsou sami doma.

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3.2 Vybrané modely sociálních služeb

3.2.1 Domy s pečovatelskou službou

Model služeb sociální péče formou domu s pečovatelskou službou, jak uvádí Sembner (2010), začal fungovat v 60. letech 20 století. První dům vznikl v roce 1965 v Hořicích v Podkrkonoší. Postupně tyto domy vznikaly ve městech, obcích a krajích na celém území. V prvních těchto domech byla soustředěna zdravotnická péče, později se přidala i péče sociální. Vzhledem ke vzrůstajícímu zájmu o bydlení v těchto domech reagoval stát dotačními programy na jejich výstavbu a rekonstrukci. Jednalo se o domy zvláštního určení nebo jednotlivé byty zvláštního určení. Název a pojem DPS nenajdeme ani v občanském zákoníku a ani v zákoně o sociálních službách.

Práva a povinnosti vztahující se k těmto bytům jsou upravena v § 709 občanského zákoníku č. 40/1964 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Práva a povinnosti vycházejí zejména z ustanovení, která se týkají zájmů bytů v domech. Za tyto byty se považují byty v DPS s kompletním zařízením pro zdravotně postižené občany; bezbariérové byty pro vozíčkáře. Jedná se i o jednotlivé byty v domě. Není podmínkou, aby byl takto určen celý dům. Další právní předpis, který se zabývá touto problematikou je § 9 a 10 zákona č. 102/1992 Sb., o nájmu a pronájmu bytů a nebytových prostor.

Podle platného práva společenství spadají sociální služby do kategorie služeb v obecném zájmu. Sociální služby obecného zájmu mají zvláštní místo jako pilíř evropské společnosti a evropského hospodářství. Evropská komise definuje sociální služby tímto způsobem:

1. zákonné systémy a doplňkové systémy sociální ochrany, sociálního pojištění, které pokrývají základní životní rizika; stáří, úrazy, nezaměstnanost, důchod, zdravotní postižení.

2. služby poskytující individualizovanou pomoc jednotlivým osobám a cílem usnadnit jejich začlenění do společnosti a zaručit plnění jejich základních práv.

Zahrnují pomoc osobám, které musejí zvládnout bezprostřední životní nebo krizové problémy, jako např. zadluženost, nezaměstnanost, drogovou závislost, rozpad rodiny. Dále zahrnují pomoc osobám získat schopnosti nezbytné k jejich úplnému začlenění do společnosti; rekvalifikace, jazykové vzdělání pro přistěhovalce, a zejména na trhu práce; odborná příprava, nové profesní začlenění. Tyto služby doplňují a podporují úlohu rodiny v péči poskytované zejména nejmladším a nejstarším osobám. Následně to je pomoc se začleňováním osobám, které mají dlouhodobé problémy související se zdravotním postižením nebo zdravotním problémem, sociální bydlení pro znevýhodněné osoby nebo sociální skupiny. (Sembner, 2010)

3.2.2 Domovy pro seniory

V této podkapitole, jak popisuje Glosová (2006), je nastíněna situace v oblasti pobytové péče o seniory v České republice. V návaznosti na to je popsán model bydlení seniorů v západoevropských zemích, který je založen na principu soukromých seniorských rezidencí a domů, které formou chráněného bydlení v samostatných bytech nabízejí adekvátní a důstojné podmínky pro prožití poslední třetiny života. V závěru jsem uvedla příklady dobře fungujících sítí seniorských zařízení v Rakousku, Německu a Švýcarsku a je popsán stav v oblasti rezidenčního bydlení pro seniory v České republice. Významná je připomínka k zajištění dostatečného finančního zázemí, které bydlení v seniorské rezidenci vyžaduje.

S přihlédnutím k demografickému vývoji v České republice i v Evropě, který s sebou nese nárůst seniorské populace, je v rámci komplexního řešení seniorské problematiky zahrnující především adekvátní důchodovou reformu třeba řešit i zajištění péče o seniory včetně otázky bydlení. Život dnešní moderní rodiny již většinou neumožňuje soužití se seniory způsobem, který byl obvyklý dříve, je třeba hledat jiná vhodná řešení, která by umožnila příjemný život a důstojné dožití generacím v seniorském věku. V porovnání se západní Evropou vykazuje model ústavní péče o seniory v České republice doposud poměrně velké nedostatky.

Ačkoli domovy pro seniory pokrývají poměrně vyváženě celé území České republiky, je jejich kapacita dlouhodobě vyčerpána a na místo v domově pro seniory se čeká i mnoho let. To zájemce o pobyt v domově staví mnohdy do složitých a nedůstojných situací, kdy jsou nuceni k uplácení, poskytování „dobrovolných darů“ apod. I přes množství nových zařízení, která již fungují na moderních principech, se v České republice stále jedná o instituce, které sice poskytnou základní služby a péči, nikoli však domov v pravém slova smyslu. Nekreativní nabídka využití volného času obyvatel, nedostatečné vedení klientů ohledně péče o vzhled, bydlení s cizími lidmi ve vícelůžkových pokojích, nemožnost zařídit si pokoj vlastním nábytkem, nutnost dodržování ústavního režimu a další atributy ústavního bydlení vedou v konečném důsledku k pasivitě, rezignaci a ke snížení samostatnosti a soběstačnosti klientů. Mnohá zařízení navíc trpí nedostatkem kvalifikovaného a motivovaného personálu a není v nich aplikován dnes již standardně požadovaný clientský přístup.

Přestěhování do domova pro seniory je tak většinou vnímáno velmi negativně, jako „konečná stanice“, a často klientům přináší stresové a nepříjemné situace. Odchod do domova seniorů není stále ještě považován za pouhou změnu adresy, za způsob získání nového domova, kam se klient stěhuje rád s tím, že díky poskytovaným službám konečně získá dostatek volného času pro své zájmy, odpovídající péči a především jistotu, že dožije svůj život důstojně a klidně. V Čechách se stále ještě do domova seniorů, dává či odkládá a tento krok je vnímán

jako projev nezájmu a neochoty dětí a vnuků postarat se o rodiče či prarodiče.
(Glosová, 2006)

3.2.3 Residenční bydlení

V západní Evropě, jak popisuje Rebould (1992), naproti tomu funguje již dlouhou dobu úspěšně model seniorského bydlení v seniorských rezidencích a domech, který může být inspirací a vhodným řešením situace i v České republice. Seniorské rezidence jsou soukromá zařízení, která slouží pro dlouhodobý pobyt klientů realizovaný formou chráněného bydlení s možností využívání širokého spektra služeb dle individuálních potřeb a požadavků. Princip seniorských rezidencí se značně liší od modelu ústavní péče pro seniory v České republice. Do seniorské rezidence klienti odcházejí v době, kdy jsou aktivní a zcela nebo z velké míry soběstační a jejich soběstačnost je zde i nadále intenzivně podporována a rozvíjena. Přestěhování do seniorské rezidence není vnímáno jako poslední možné řešení, není spojováno se zdravotním handicapem či nemohoucností, nýbrž se rezidence stává novým domovem, který si klient samostatně vybere a v němž chce strávit zbytek života. Není tak krokem výhodným pouze pro rodinu klienta, jak tomu bývá v ČR, nýbrž i vhodnou alternativou pro klienta samotného, který tak získá bydlení podle vlastních představ a zároveň v případě potřeby či zhoršujícího se zdravotního stavu veškerou péči.

Seniorské rezidence jsou určeny pro ty, kteří chtějí žít samostatný, aktivní život i v pokročilejším věku, chtějí nebo potřebují odlehčit od celoživotních stereotypů a povinností a v bezpečném zázemí, pohodlí a příjemném prostředí si chtějí užít poslední třetinu života. V seniorských rezidencích klienti bydlí v autonomních bytových jednotkách s vlastní kuchyní a příslušenstvím, které jsou ohledně vybavení přizpůsobeny potřebám seniorů. Klienti zde žijí zcela samostatně a využívají pouze služeb, které si objednají v závislosti na svých požadavcích a svém zdravotním stavu. V seniorské rezidenci nejsou nijak

kontrolování, rezidenci mohou kdykoli opustit a kdykoli se sem znovu vrátit jako do vlastního bytu. (Rebould, 1992)

Dále podle Glosové (2006) nabízejí seniorské rezidence široké spektrum služeb, počínaje službami spojenými s bydlením, přes aktivizaci a péči o tělo apod. až po kulturní, sportovní i společenské vyžití. Zároveň ale umožňují využívat obyvatelům ošetrovatelské a zdravotní služby v případě, kdy je potřebují, ať už prostřednictvím vlastního ošetrovatelského personálu nebo nasmlouvaných zdravotních služeb. Klienti platí svůj pobyt obvykle ve třech složkách, které zahrnují pronájem bytu, standardní služby a nadstandardní služby. K standardním službám patří například mytí oken, provozní náklady, využívání veškerých prostor v rámci objektu, zahrady, bezplatné telefonování v rámci rezidence, návštěva kulturních a společenských akcí pořádaných rezidencí apod. – v závislosti na nabídce konkrétního zařízení. Jako nadstandardní služby si lze objednat například stravování, praní a žehlení prádla, návštěvu kadeřníka či manikúry, obstarávání nákupů a další. Seniorské rezidence jsou otevřeny i klientům nesoběstačným, vyžadujícím intenzivnější pomoc a péči. Těmto klientům je poskytován jiný typ ubytování, adekvátní jejich handicapu, v takzvaném „centru“ v rámci stejné budovy a ve stejně příjemné atmosféře bez jakýchkoli omezení. Pokud není nutná náročná zdravotní péče vyžadující specializované pracoviště, umožňuje seniorská rezidence dožití klienta a péči do posledních dnů ve známém a příjemném prostředí. (Glosová, 2006)

Pobyt v centru pro nesoběstačné klienty se řídí, podle zdroje Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, samostatnými pravidly pro úhradu služeb. Finanční stránka je u tohoto typu bydlení velmi podstatným aspektem, protože bydlení v seniorské rezidenci vyžaduje dostatečné finanční zázemí, které v České republice určitě nepokrývá běžný důchod. V tomto ohledu je proto nutná rozsáhlá osvěta, neboť jednou z priorit každého jednotlivce by v současné době měla být odpovědná příprava na stáří rodičů i stáří vlastní formou pojištění či připojištění. V západní Evropě existují celé sítě podobných zařízení, které zajišťují dostatečnou kapacitu a dostupnost bydlení pro seniory. Příkladem mohou být seniorské

rezidence společnosti Humanocare, která provozuje čtyři zařízení rozložená po celém Rakousku, rozsáhlá německá síť Kursana provozující na 80 seniorských rezidencí a domů pro 10 500 klientů či švýcarská společnost Tertianum se svými 16 seniorskými rezidencemi, která se stala vzorem pro jeden z pilotních projektů v ČR, Rezidence Classic v Průhonicích. V České republice se projekty tohoto typu teprve rozbíhají.

V současné době fungují dvě seniorské rezidence, a sice Rezidence Classic v Průhonicích, kterou provozuje Acred Group, a Rezidence Ambra v Luhačovicích, jejímž provozovatelem je společnost Ledax a.s. Společnost Ledax počítá do roku 2015 s vytvořením cca 7 seniorských rezidencí, které jsou určeny pro náročnější klientelu, a plánuje i výstavbu seniorských domů, které by vytvořily mezistupeň mezi seniorskou rezidencí a klasickým ústavním zařízením.

Využití osvědčeného západoevropského modelu v oblasti bydlení pro seniory, který je postaven na bázi fungování soukromých seniorských rezidencí a domů, nepochybně pomůže vyřešit nevyhovující situaci v této oblasti i v České republice. Seniorské rezidence vhodně doplní nedostatečnou nabídku a kapacitu stávajících zařízení pro seniory a zároveň vytvoří podmínky těm, kdo si chtějí zajistit na stáří pohodlí, kvalitní zázemí a všestrannou péči. Seniorská zařízení typu rezidencí nemohou určitě v dohledné době nahradit klasické domovy pro seniory, ale mohou se stát vhodnou alternativou pro ty, kdo chtějí prožít důchodový věk aktivně a důstojně. (<http://www.mpsv.cz>)

3.3 Zákon o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přinesl zásadní změny v systému sociální péče. Bylo vytvořeno prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a mezi jejich uživateli. Vztah je založen na dobrovolnosti, rovnoprávnosti, uplatňuje se individuální přístup a spolupráce s rodinou, je kladen důraz na respekt k základním lidským a občanským právům, oprávněným zájmům a lidské důstojnosti.

Základní zásady zákona jsou formulovány především v §2:

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

Podle těchto základních vodítek byly vypracovány standardy kvality poskytování sociálních služeb. Samotný zákon obsahuje nové instituty a mechanismy jako je:

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

Některé, dříve používané instituty a mechanismy dostaly v novém zákoně nový obsah a název. Pojem bezmocnost byl změněn na stupeň závislosti, který je řazen do čtyřech stupňů. Pojem obligatorní, nově základní služby a nadstandardní, nově

fakultativní služby. Nově je stanovena působnost státních orgánů v procesu poskytování sociálních služeb a jeho kontroly. Poskytovatelé sociálních služeb, které jsou zřizovány státními orgány získali více autonomie a zodpovědnosti. Zákon podrobněji stanoví odborné předpoklady pro výkon některých činností při poskytování sociálních služeb. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3.3.1 Příspěvek na péči a dostupnost sociálních služeb

Zákon o sociálních službách, jak píše ve své publikaci Pečovatelská služba v ČR kolektiv autorů (2010), zavedl novou formu financování sociálních služeb, tzv. příspěvek na péči (§ 7 – 31 zákona), jedná se o přísně účelovou dávku, která je vyplácena přímo uživatelům, tj. osobám závislých na pomoci jiné fyzické osoby v oblasti péče o vlastní osobu a při soběstačnosti. Péči o vlastní osobu se rozumí denní úkony spojené např. se zajištěním a přijímáním stravy, osobní hygienou, oblékáním a pohybem, dodržováním léčebného režimu. Osoby vyžadující potřebnou pomoc musí být v nepříznivé sociální situaci, která je definována v § 3 odst. b) zákona: „*Nepříznivou sociální situací je oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky, a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo u jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Příčinou pro zavedení tohoto příspěvku, jak uvádí kolektiv autorů, byla podle důvodové zprávy k návrhu zákona o sociálních službách snaha o finanční soběstačnost uživatelů sociálních služeb, kteří pro svou nepříznivou sociální situaci jsou závislí na pomoci druhé osoby, na zajištění pomoci zejména prostřednictvím služeb sociální péče. Příspěvek je koncipován jako individuální, a jeho výplata je diferencována podle míry schopnosti zvládat úkony péče o vlastní

osobu a úkony soběstačnosti. Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, např. úkony spojené s chodem domácnosti, nakupováním, úklidem, příprava jednoduchého jídla, schopností komunikace, nakládání s penězi. Příspěvek na péči náleží osobě, o kterou je pečováno, nikoliv osobě, která péči zajišťuje.

O příspěvku na péči rozhodují sociální odbory obecních úřadů obcí s rozšířenou působností (dále ORP), podle § 7 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Žadatel o příspěvek na péči musí vyplnit příslušné formuláře. ORP vydává rozhodnutí na základě vypracovaného zdravotního posudku Lékařskou posudkovou službou ČSSZ, podkladem pro vypracování zdravotního posudku jsou nově od 1. 1. 2011 aktuální lékařské zprávy a písemný záznam ze sociálního šetření.

Od 1. 1. 2012 nabývá účinnosti novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, změna v § 7 odst. 4 se slova „obecní úřad obce s rozšířenou působností“ nahrazují slovy „krajská pobočka Úřadu práce“. Podle § 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se při posuzování stupně závislosti hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.

Podle § 9 odst. 5 novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách musí pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku. (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Příspěvek vyplácí krajská pobočka Úřadu práce, která je příslušná k rozhodnutí o příspěvku. Příspěvek se vyplácí měsíčně v české měně převodem na účet u banky nebo u spořitelního nebo úvěrního družstva nebo prostřednictvím sociální karty, a to formou přímé úhrady pomoci fyzickým nebo právnickým osobám, které poskytují nebo budou poskytovat pomoc při zvládání základních životních potřeb, uvedeným v žádosti o příspěvek.

Podle § 29 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou *„zaměstnanci státu zařazení k výkonu práce v krajské pobočce Úřadu práce a zaměstnanci státu zařazení k výkonu práce v ministerstvu jsou na základě souhlasu osoby oprávněni vstupovat do obydlí, v němž osoba žije, za účelem provedení sociálního šetření a kontroly využívání příspěvku. Oprávnění k této činnosti jsou povinni prokázat služebním průkazem společně se zvláštním oprávněním vydaným příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce jako doložkou služebního průkazu. Toto zvláštní oprávnění obsahuje označení účelu vydání, číslo služebního průkazu, jméno, popřípadě jména a příjmení zaměstnance a identifikační údaje vydávající krajské pobočky Úřadu práce.“* (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Tabulka č. 1 Výše měsíčního příspěvku určují míra závislosti a věk

	Stupeň závislosti 1	Stupeň závislosti 2	Stupeň závislosti 3	Stupeň závislosti 4
Výše příspěvku pro osoby do 18 let	3000 Kč	5000 Kč	9000 Kč	12000 Kč
Výše příspěvku pro osoby starší 18 let	800 Kč	4000 Kč	8000 Kč	12000 Kč

<http://www.mpsv.cz/cs>

Stupně závislosti do 18 let

I stupeň – lehká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 4 úkonech** o vlastní osobu a soběstačnosti)

II. stupeň – středně těžká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 10 úkonech**)

III. stupeň – těžká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 15 úkonech**)

IV. stupeň – úplná závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 20 úkonech**)

Stupeň závislosti u osob starších 18 let věku

I. stupeň – lehká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 12 úkonech** o vlastní osobu a soběstačnosti)

II. stupeň – středně těžká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 18 úkonech**)

III. stupeň – těžká závislost (každodenní pomoc nebo dohled při **více než 24 úkonech**)

IV. stupeň – úplná závislost (každodenní pomoci nebo dohled při **více než 30 úkonech**)

Úkony, které se posuzují při péči o vlastní osobu pro stanovení stupně závislosti:

- příprava, podávání a porcování stravy
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- mytí těla, koupání nebo sprchování
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- sezení, schopnost vydržet stát
- přemísťování předmětů denní potřeby
- chůze po rovině
- chůze po schodech nahoru a dolů
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
- oblékání, svlékání, obouvání a zouvání
- orientace v přirozeném prostředí
- dodržení léčebného režimu a provedení si jednoduchého ošetření

Úkony, které se posuzují pro soběstačnost člověka pro účely stanovení stupně závislosti:

- komunikace slovní, písemná, neverbální
- orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
- obstarávání osobních záležitostí

- uspořádání času, plánování života
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla
- mytí nádobí a běžný úklid domácnosti
- péče o prádlo a přepírání drobného prádla
- péče o lůžko
- obsluha běžných domácích spotřebičů
- manipulace s kohouty a vypínači
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti

Z internetových zdrojů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR se v návrhu novelizace zákona o sociálních službách počítalo se změnou způsobu výplaty příspěvku ve stupni I (lehká závislost) osobě starší 18 let. Část příspěvku (1000 Kč) se měla vyplácet v hotovosti a druhá část formou poukázky nebo formou elektronického platebního prostředku určeného k úhradě za sociální služby poskytované této osobě poskytovatelem sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1. Pokud výše úhrady za sociální služby poskytnuté v kalendářním měsíci poskytovatelem sociálních služeb, který byl zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, by nedosahoval výše 1000 Kč, mohl by nevyčerpanou část příspěvku ve stupni I (lehká závislost) za tento kalendářní měsíc použít k úhradě za sociální služby poskytnuté ve dvou kalendářních měsících následujících po kalendářním měsíci, za který příspěvek náleží. §18 a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Od 1.1. 2011 se v souvislosti s přijetím vládních úsporných opatření snížila výše příspěvku na péči ve stupni I (lehká závislost) u osob starších 18 let, a to

z 2000 Kč na 800 Kč. Změna výše příspěvku na péči ve stupni I se netýká osob mladších 18 let a zůstává ve výši 3000 Kč. (<http://www.mpsv.cz>)

3.4 Nabídka sociálních služeb pro uživatele pečovatelské služby

Sociální služby, jak uvádí Matoušek (2001), dělíme podle jejich zřizovatele do dvou základních skupin. První skupinou jsou státní a obecní služby a druhou skupinou jsou nestátní. Další dělení může být podle jejího charakteru, např. podle délky trvání, na krátkodobé a dlouhodobé, podle způsobu poskytování, na domácí - terénní, ambulantní a ústavní – pobytové. Pobytovou službou se rozumí služba spojená s ubytováním uživatele v zařízeních sociálních služeb, za ambulantními uživateli dochází do zařízení sociálních služeb a terénní je poskytována tam, kde člověk žije - v jeho domácím přirozeném prostředí.

Obecnou snahou je umožnit seniorům setrvat, pokud je to jen trochu možné, v jejich vlastní domácnosti, v jejich původním prostředí. Vzhledem ke snižující se soběstačnosti, potřebují samostatně bydlící senioři v některých oblastech výpomoc a asistenci. Tu mohou poskytovat nejen rodinní příslušníci a osoby blízké, ale především terénní pečovatelská služba, která je nejčastěji žádanou službou v rámci systému sociálních služeb využívaných seniory a její četnost se neustále zvyšuje. (Matoušek, 2001)

Podle výzkumů, které provedla Kuchařová, ze zdrojů Vohradníkové a Rabušic (2004) mezi seniory žijících v domácnostech využívá pečovatelskou službu 11 % z nich. Jako nejčastěji přijímaná služba se potvrdil dovoz obědů, tuto službu využívá 9 % uživatelů, jedná se zde o uspokojení základní potřeby, zajištění teplé stravy nejméně jedenkrát denně, kterou rodinní příslušníci, vzhledem k vlastnímu zaměstnání a velkému vytížení, nemohou zajistit. Tato služba je pro člověka důležitá již v tom, že umožňuje setrvat v prostředí svého domova. Druhou nejčastěji poskytovanou službou jsou nákupy potravin a praní prádla, která tvoří zhruba 3 %. Většina uživatelů, pokud využívá pečovatelskou

službu, si objednává pouze jednu službu, méně často dvě. Pečovatelskou službu využívají s podobnou frekvencí muži i ženy. Rozhodujícím faktorem je především rodinné zázemí, typ domácnosti a její složení. Z osaměle žijících uvedlo její využívání 20 % seniorů, žijících s partnerem 6 % osob. Pečovatelská služba má v České republice relativně dlouhou tradici, v průběhu let se však výrazně zvýšil kvantitativní rozsah poskytované pomoci a kvalita poskytované péče. Jestliže v roce 1970 počet osob, kterým byla poskytnuta pečovatelská služba, odpovídal 1,7 % všech seniorů starších 70 let, tak v roce 2000 už to bylo 11,6 %. (Vohradníková a Rabušic, 2004)

Zvláštní a velmi žádanou formu sociální péče, umožňující zachování autonomie v podobě individuálního bydlení v kombinaci s poskytováním nejrůznějších služeb, představují domy s pečovatelskou službou. Součástí těchto zařízení bývají střediska osobní hygieny, prádelny, jídelny, společenské místnosti, kluby seniorů. Je zde poskytována pečovatelská služba; pracovní doba a rozsah této služby závisí na zřizovateli a především na zájmu a potřebách uživatelů.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní službou poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi. Osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální, životní situaci a pro svůj nepříznivý zdravotní stav si nemohou bez podpory a pomoci druhé osoby zajistit základní životní potřeby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb tyto základní činnosti:

1. pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
2. pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
3. poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
4. pomoc při zajištění chodu domácnosti,
5. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Podle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb. se pečovatelská služba poskytuje občanům v jejich domácnostech včetně domácnosti v domech s pečovatelskou službou, v zařízeních pečovatelské služby. Pečovatelská služba se poskytuje za úhradu. Pečovatelská služba se s výjimkou nákladů poskytnutou v rámci základních činností uvedené v § 40 odst. 2 písm. c) poskytuje bez úhrady:

1. rodinám, ve kterých se narodily současně 3 nebo více dětí, a to do 4 let věku těchto dětí,
2. účastníkům odboje (Zákon č. 255/1946 Sb., Zákon č.462/1919 Sb.)
3. osobám, které jsou účastny rehabilitace podle zákona č. 119/1990 Sb., o soudní rehabilitaci, ve znění pozdějších předpisů,
4. osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru,
5. pozůstalým manželům, (manželkám) po osobách uvedených v písmenech b) až d) starším 70 let.

(Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Za hlavní poslání pečovatelské služby je považováno nabídnout všem uživatelům cestu ke spokojenému životu a klidnému stáří v jejich přirozeném sociálním prostředí. Pečovatelská služba by měla uspokojit klientovi fyzické, psychické a sociální potřeby a pomoci tak udržet jeho sociální fungování, rovnováhu mezi klientem a jeho sociálním prostředím. Práce s uživatelem by měla být zaměřena na podporu jeho individuálních schopností tak, aby si uživatel mohl své potřeby zajišťovat v co největší možné míře sám.

Cílem terénní pečovatelské služby je poskytnout takovou pomoc a podporu, která umožní uživatelům zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí domova. Umožnit uživatelům využívat místních dostupných služeb s přihlédnutím na jejich individuální potřeby a přání, podporovat rodinné a další sociální vazby. Poskytované služby jsou odborné, zajišťují bezpečnost klienta, kladou důraz na udržení a rozvíjení jejich důstojného života. Pečovatelskou službu poskytují

kvalifikovaní pracovníci v domácnostech uživatelů a ve středisku osobní hygieny. Poskytovatelé nejsou povinni zajistit naplnění všech osobních cílů uživatelů, ale vytváří podmínky a informují uživatele tak, aby byl sám co nejvíce schopen aktivizovat své vlastní zdroje a přirozené vztahy. Může nabídnout fakultativní služby a za finanční příspěvek zajistit uživateli odvoz k vybrané službě nebo odborníkovi. V rámci individuálního plánování může s uživatelem vytipovat možné zdroje podpory z okolí, například zprostředkovat uživateli doprovod dobrovolníka nebo stážisty.

3. 4. 1 Využívání pečovatelské služby uživateli

V domech s pečovatelskou službou se poskytování sociálních služeb řídí v obecné i praktické rovině § 40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a § 6 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Pečovatelská služba musí samozřejmě dodržovat veškeré povinnosti uložené všem poskytovatelům sociálních služeb, které stanoví zákon o sociálních službách a dodržují standardy kvality. Péče v DPS je propojena s komplexem zdravotních služeb domácí péče, odbornosti č. 925. V našem případě tyto služby zajišťuje Charita.

Pečovatelská služba je kombinací služby terénní a ambulantní a je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc druhé jiné fyzické osoby. Pečovatelská služba je poskytována v domácnostech uživatelů v předem sjednaném a vymezeném čase. Sociální služba poskytována v DPS není v žádném případě považována za službu pobytovou, jak si někteří myslí. Obyvatelé DPS mají uzavřenou nájemní smlouvu s městem a s pečovatelskou službou sepisují smlouvu o poskytování sociálních služeb, ceny

PS se řídí podle platného ceníku, který je v souladu s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb.

Sociální služby v DPS jsou definovány smlouvou o rozsahu a četnosti poskytované péče. Často se tyto činnosti kombinují se službou osobní asistence, centra denních služeb, denních stacionářů nebo odlehčovacích služeb. Dlouholetá praxe s péčí v DPS přinesla mnoho pozitivních aspektů, jako nejvýznamnější se jeví funkce preventivní. Jedná se zejména o prevenci sociálního vyloučení uživatelů a to tím, že umožňuje setrvat co možná nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí. Vždyť jedním z důvodů, který uvádějí zájemci ve svých žádostech o umístění do DPS jsou důvody sociální a zdravotní. Velká většina zájemců o bydlení v DPS uvádí neuspokojivé vztahy v rodině, domácí násilí, osamělost, exekuce, zhoršování zdravotního stavu. Obyvatelé DPS považují tyto své byty za svůj domov, své domácí prostředí. Někteří zde žijí i více než 20 let a mají zde domov.

Efektivita pečovatelské služby v DPS se v posledních letech zvyšuje, ale bez podpory státu a hlavně zřizovatelů, měst a obcí, nemá možnost být zisková. Dalším limitujícím faktorem je skutečnost, že uživatelé sociálních služeb v DPS i v bytech mimo DPS velmi často neznají význam příspěvku na péči a velká část peněz se k poskytovateli nedostane. Je opravdu důležité, efektivně individuálně plánovat společně s uživateli služeb. V procesu poskytování pečovatelských služeb v DPS je zásadním úkolem dosáhnout stavu, aby úkony péče uvedené ve smlouvách, byly shodné s realitou. Pečovatelská služba a rovněž DPS slouží především jako nástroj prevence sociálního vyloučení.

4. Empirická část

4.1 Projekt výzkumu

4.1.1 Určení problému

Teoretická část diplomové práce obsahuje souhrn teoretických poznatků z historie terénní péče, pečovatelské služby, její specifika, formy poskytování, koncepty a financování pečovatelské služby.

Cílová skupina pečovatelské služby je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách velmi široká, můžeme říci, že pečovatelská služba se může zajišťovat od kolébky po stáří. V diplomové práci jsem se zaměřila na seniory a osoby se zdravotním postižením, tuto cílovou skupinu jsem si vybrala i pro svůj výzkum. Pečovatelskou službou se i více zabývám ve druhé kapitole. Ve třetí kapitole práce je popsán systém sociálních služeb, legislativa, využívání a dostupnost sociálních služeb v souvislosti s výší příspěvku na péči. Ve čtvrté kapitole práce popisuji, zpracovávám a shrnuji empirické poznatky získané z kvalitativního výzkumu předem stanovené problematiky.

Výzkum je zaměřen na ověření účinnosti úkonů pečovatelské služby a potvrzení hypotézy, že úkony péče terénní pečovatelské služby mohou přispět ke zlepšení kvality života seniorů a osob se zdravotním postižením, a eliminovat dopady, které plynou z fyzické a psychické nesoběstačnosti.

Díličními cíly je ukázat, jak může dobře nastavená sociální služba pomoci seniorům a osobám se zdravotním postižením k lepšímu trávení života, podpoření jejich vlastních zdrojů; fyzických i mentálních.

Cílem výzkumu bylo zmapovat využívání pečovatelské služby, potřebnost služby, účinnost poskytované péče, a dále na základě zjištěných údajů, stanovit možnosti zlepšení nabídky služeb, které by vedly ke zkvalitnění pečovatelské služby.

4.1.2 Přehled literatury

Při zpracování teoretické části jsem využila teoretických pramenů a čerpala z dostupné literatury; hlavně z publikací *Základy sociální práce* od Matouška (2008), *Standardy kvality sociálních služeb* od Kolektivu autorů (2008). Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, prováděcí vyhlášku č. 505/2006 Sb., k zákonu o sociálních službách. Dále jsem použila dostupné internetové zdroje Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Při zpracování empirické části diplomové práce a projektu výzkumu jsem čerpala z literatury *Kvalitativní výzkum* od Hendla (2008), dále z publikace *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů* od Reichla (2009) a *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. (Miovský, 2006)

4.1.3 Metodologie

Při výzkumu byla použita metoda neexperimentálního kvalitativního šetření, které bylo provedeno technikou strukturovaných rozhovorů podle návodu při kterém, jak to vysvětluje Hendl (2008) je záměr a cíl rozhovoru pevně stanoven, otázky se seřadí podle oblastí zájmu ve vhodném pořadí, přičemž nejdůležitější a citlivá se umístí na konci rozhovoru. Důležité je dodržet formu a pořadí otázek ke každému tématu a promyslet vhodné prohlubující a sondážní otázky. Otázky k rozhovoru jsou předem připravené a srozumitelně formulované. Otázky se kladou v přesném pořadí, používají se podotázky a sondážní otázky. Při výběru metody jsem vycházela, pro mě známé skutečnosti, že respondenti preferují osobní kontakt a rozhovor, před písemným dotazníkem. Rozhovor je orientovaný na proces, přizpůsobuje se povaze problému. Postupně se zjišťují, ověřují a analyzují data, odhaluje se podstata a vzájemný vztah. (Hendl, 2008)

Výzkumný vzorek

Základem pro výběr výzkumného vzorku respondentů byl využit PC program „James.- Pečovatelská služba“, který vygeneroval seznam uživatelů sociálních služeb, kteří již mají s organizací uzavřenou smlouvu o využívání pečovatelské služby, cca 154 respondentů. Velikost výzkumného vzorku byl 20 respondentů, kteří byli vybráni na základě programu „James - PS“, do kterého jsou zadávány úkony poskytované péče u klientů v jednotlivých měsících. Výběr respondentů byl tedy záměrný. Respondenti byli rozděleni do dvou kategorií, které korespondují s cílovou skupinou.

Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením a senioři. Z toho 100 klientů bydlí v domech s pečovatelskou službou a 54 bydlí v bytech mimo DPS, jedná se o klienty, kteří bydlí ve svých bytech na sídlišti ve městě, v rodinném domku a v přilehlých obcích; zde všude se poskytuje terénní pečovatelská služba. Seznamy uživatelů byly vyfiltrovány z databáze PC James PS. Vložená data, údaje o klientech slouží pouze pro účely zavedení sociální služby a uzavření smlouvy o využívání pečovatelské služby. Průměrný věk uživatelů pečovatelské služby je 75 let z toho 98 žen a 56 mužů. Nejmladší klient je ve věku 27 let, nejstaršímu je 92 let. Kritériem zdravotního stavu klienta je míra soběstačnosti, zvládání úkonů péče o vlastní osobu a domácnost. Jedním z faktorů na četnost a rozsah využívaných služeb je přiznaná výše příspěvku na péči. Rozsah a četnost služeb se individuálně dojednává s každým zájemcem o službu a následně klíčový pracovník zpracovává individuální plán péče, který se nejpozději po šesti měsících reviduje. Konkrétní kroky a specifika se zaznamenávají do tabulky, která je součástí individuálního plánu.

4.1.4 Stanovení výzkumného problému a výzkumných otázek

Ze stanoveného cíle mého výzkumného šetření vyplynul tento popisný výzkumný problém (VP), hlavní výzkumné otázky (HVO) a dílčí hypotézy (DH).

1. VP: Informovanost o službách

HVO: Odkud jste měl(a) informace o možnosti využívat pečovatelskou službu?

DH: Domnívám se, že klienti jsou nejčastěji informováni o službách sousedy.

2. VP: Nabídka úkonů pečovatelské služby

HVO a): Jaké služby využíváte?

DH a): Domnívám se, že nejvíce využívanou službou je dovážka stravy.

HVO b): Jaké služby Vám chybí?

DH b): Domnívám se, že nejvíce chybí pomoc při zprostředkování kontaktu s rodinou.

3. VP: Potřeby a zájmy, které jsou opomíjeny

HVO: Stýkáte se s rodinou, přáteli, sousedy?

DH: Domnívám e, že nejvíce je opomíjen kontakt se společenským prostředím.

4. VP: Soběstačnost a zdravotní stav

HVO: V souvislosti se kterou životní situací se zhoršila vaše soběstačnost a stali jste se závislí na pomoci druhé osoby?

DH: Domnívám se, že nejobávanější životní situací je úraz a nemoc.

5. VP: Situace kdy by klienti potřebovali pomoc a nedostala se jim.

HVO: Které situace se ve svém životě nejvíce obáváte?

DH: Domnívám se, že nejobávanější životní situací je závislost na druhém z důvodu nesoběstačnosti.

HVO: Dostali jste se někdy do situace se kterou jste si nevěděli rady?

DH: Domnívám se, že nejobávanější životní situací je úraz a nemoc.

Jako jistá omezení výzkumu byl poměrně malý vzorek, nerovnoměrně rozložený, který reprezentuje jen část jednoho regionu. Výzkum většího vzorku se zahrnutím respondentů z více regionů by svým rozsahem a náklady přesáhl, cíle a potřeby této práce.

Přínosem výzkumu bylo i odhalení jiné roviny potřeb klientů. Potvrzení potřebnosti terénní pečovatelské služby a její efektivita. Dále odhalil, že mají klienti potřeby i sociálních kontaktů, kterých se jich mnohdy nedostává.

K ověření závěrů výzkumu byly využity neformální konzultace v rámci pracovních skupin na setkání odborníků PS Pardubického kraje.

4.2 Výzkumná zpráva

4.2.1 Průběh výzkumu

Vzhledem k časové náročnosti sběru dat, metoda rozhovorů je náročná na čas respondenta a výzkumníka, byl výzkum realizován v měsíci únoru a březnu, bylo osloveno 20 respondentů, se kterými byl proveden rozhovor podle návodu. Rozhovor byl předem připravený a konzultovaný s vedoucí práce, obsahuje 5 základních témat, výzkumných problémů (VP). Popisný výzkumný problém vyplynul ze stanoveného cíle mého výzkumného šetření. Pro zjištění daného problému jsem vymezila hlavní výzkumné otázky (HVO), které byly doplněny sondážními podotázkami, stanovené na základě hlavního výzkumného problému. Byly stanoveny dílčí hypotézy (DH).

4.2.2 Sběr dat

Před započítím rozhovorů předcházelo osobní požádání o rozhovor, který se týkal tématu nabídky a využívání sociálních služeb terénní pečovatelské služby.

Cílem výzkumu bylo zjistit potřebnost sociální služby, další možné směry rozvoje péče a ověřit účinnost úkonů pečovatelské služby. Cílovou skupinou byli klienti, kteří již využívají pečovatelskou službu, kteří byli rozděleni do několika kategorií; se zdravotním postižením; fyzickým, mentálním, senioři.

Dotazovaní postupně odpovídali na otázky týkající sociálních služeb, které může poskytnout pečovatelská služba; informovanosti o možných službách, nabídce služeb, potřebách klientů, soběstačnosti. Tyto hlavní otázky byly doplňovány prohlubujícími otázkami a následnými otázkami, aby se utvořil komplexní obraz o dané situaci.

Rozhovory probíhaly u klientů doma, aby se cítili, co možná nejlépe a nejpřirozeněji a nebáli se více otevřít a rozpovídat.

Délka interview se pohybovala od 20 do 45 minut. Veškerá data byla zaznamenána na diktafon. V neredukované podobě byla přepsána a podrobená otevřenému kódování a analýze.

4.2.3 Interpretace výsledků výzkumu

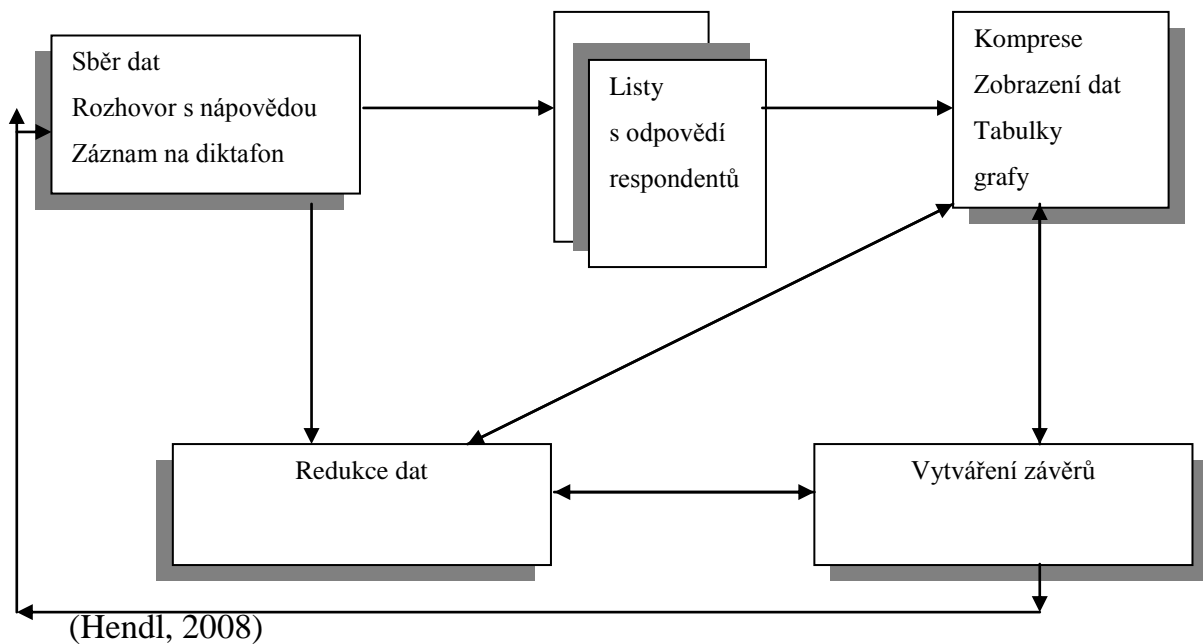
Výsledky výzkumu byly získány analýzou individuálních rozhovorů s nápovědou a doplňujícími sondážními otázkami. K analýze výsledků výzkumu bylo použito kódování záznamů rozhovorů. Data byla vyhodnocena a rozdělena dle kategorizací respondentů; senioři a osoby se zdravotním postižením, do tabulky a grafu. Pro grafické znázornění jsem zvolila výsečové grafy. Pro otázky respondentů jsem vytvořila kategorie, které rovněž uvádím v grafickém

znázornění. K analýze výsledků jsem použila program Microsoft Office XP a Excel.

Při výzkumu bylo podle Hendla (2008) využito prostředku triangulace; více zdrojů informací, více metod dat, různí tazatelé. (Hendl, 2008).

Při sběru dat byly použity metody rozhovorů s nápovědou a kazuistik. Tím byla zvýšena hodnověrnost výzkumu.

Tabulka č. 2 Jednotlivé kroky analýzy kvalitativních dat



Data získaná z rozhovorů vybraných respondentů byla přepsána, a jednotlivé otázky byly vyhodnoceny tříděním prvního typu, to znamená, že jsem je zaznamenala do tabulky, zachycující absolutní a relativní četnost odpovědí a dále je potom prezentuji graficky. Pro grafické znázornění jsem zvolila výšečový graf. Pro lepší dokreslení výzkumu jsem využila několik krátkých kazuistik vybraných respondentů, které korespondují s cílem výzkumného šetření zaměřeného na potřebnost úkonů pečovatelské služby, účinnost poskytované péče v domácím prostředí, která souvisí s lepší kvalitou života seniorů a zdravotně postižených.

1. VP: Informovanost o pečovatelské službě

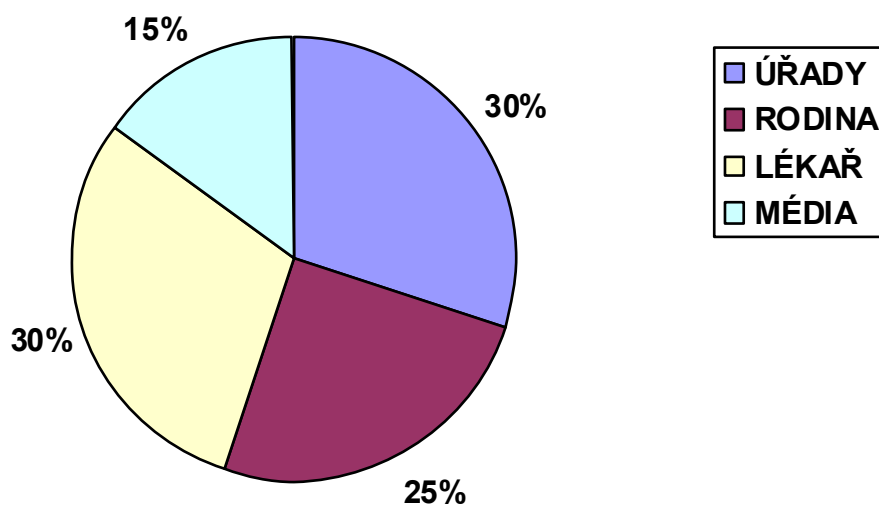
HVO: Odkud jste měli informace využívat pečovatelskou službu?

DH: Domnívám se, že nejčastěji jsou informováni o službách sousedy.

Tabulka č. 3 Zdroj informovanosti o pečovatelské službě

Zdroj informovanosti o možnosti využívat pečovatelskou službu	Počet odpovědí					
	Respondenti celkem		Z toho			
			senioři		ZP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Městský úřad, obecní úřad, úřady práce	6	30%	3	30%	3	30%
Rodina, sousedi, kamarádi	5	25%	3	30%	2	20%
Lékař, nemocnice, LDN	6	30%	2	20%	4	40%
Internet, tisk, letáček, rozhlas, televize	3	15%	2	20%	1	10%
celkem	20	100%	10	100%	10	100%

Graf č. 1 Zdroj informovanosti o pečovatelské službě



Tato úvodní otázka zjišťovala, z jakého zdroje se respondenti o pečovatelské službě v Hlinsku dozvěděli. Nejvíce respondentů seniorů 30%

uvedlo, že se o pečovatelské službě dozvěděl na úřadě od pracovníků, nejvíce na odboru sociálních věcí a také od sousedů, rodiny a kamarádů. ZP 40% se o PS dozvěděli od lékaře, v nemocnici, LDN.

DH: Domnívám se, že nejčastěji jsou informováni o službách sousedy, hypotéza se nepotvrdila. Hlavními zdroji informovanosti o PS v Hlinsku je úřad a lékař.

2. VP: Nabídka úkonů pečovatelské služby

HVO a): Jaké služby využíváte?

DH: Domnívám se, že nejvíce využívanou službou je dovážka stravy.

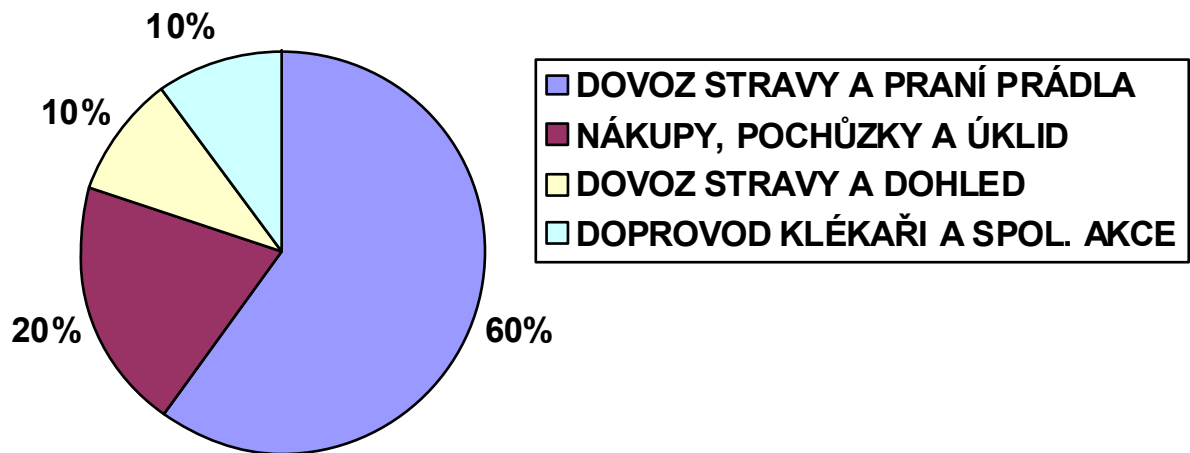
HVO b): Jaké služby Vám chybí?

DH: Domnívám se, že nejvíce chybí zajištění kontaktu s rodinou.

Tabulka č. 4 Výčet nejvíce využívaných úkonů PS

Výčet nejvíce využívaných úkonů PS – kombinace úkonů	Počet odpovědí					
	Respondenti celkem		Z toho			
			senioři		ZP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Dovoz stravy	12	60%	7	70%	5	50%
Praní prádla						
Nákupy a pochůzky	4	20%	2	20%	2	20%
Úklid domácnosti						
Dovoz stravy	2	10%	1	10%	1	10%
Dohled při osobní hygieně						
Doprovod k lékaři, úřad, společenské akce	2	10%	0	0%	2	20%
celkem	20	100%	10	100%	10	100%

Graf č. 2 Výčet nejvíce využívaných úkonů PS



Tato otázka zjišťovala jaké úkony pečovatelské služby jsou nejvíce využívány. Protože se jedná většinou o balíček úkonů péče, respondenti využívají kombinaci úkonů, proto byly seřazeny do skupin dle využívání. Mezi respondenty je nejvíce využívanou službou dovoz stravy v kombinaci s praním prádla. Senioři 70%, ZP 50%. ZP více využívají doprovod k lékaři 20%. Využívání úkonů seniory a osobami se zdravotním postižením se mnoho neliší.

DH: Domnívám se, že nejvíce využívanou službou je dovážka stravy se zcela potvrdila.

2. b) HVO: Co respondentům chybí, jaké úkony PS by uvítali.

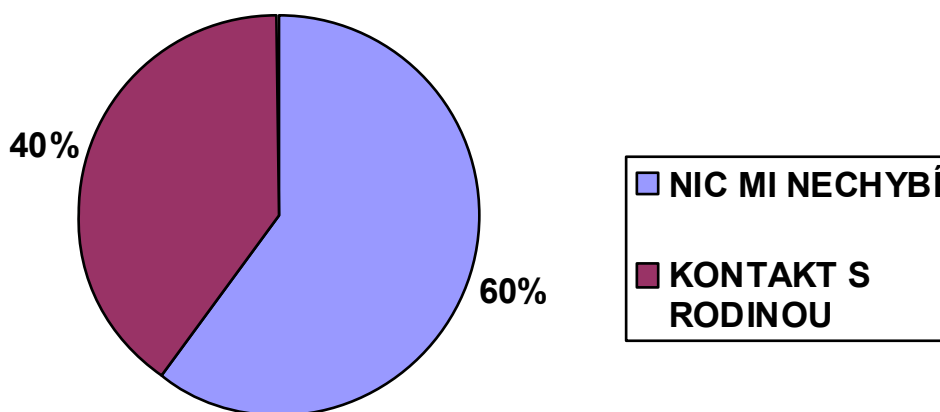
HVO: Jaké Vaše potřeby jsou opomíjeny a co Vám chybí?

DH: Domnívám se, že nejvíce chybí zajištění kontaktu s rodinou.

Tabulka č. 5 Výčet potřeb, které respondentům chybí

Výčet potřeb, které respondentům chybí	Počet odpovědí					
	Respondenti celkem		Z toho			
			senioři		ZP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nic mi nechybí	12	60%	8	80%	4	40%
Kontakt s rodinou	8	40%	2	20%	6	60%
celkem	20	100%	10	100%	10	100%

Graf č. 3 Výčet potřeb, které respondentům chybí



Tato otázka zjišťovala potřeby, které chybí seniorům a osobám se zdravotním postižením, kteří bydlí ve svém domově a využívají pečovatelskou službu. Bylo zjištěno, že respondentům seniorům 80% nic nechybí a ZP 60% schází kontakt se společenským prostředím, hlavně s rodinou.

DH: Domnívám se, že nejvíce chybí zajištění kontaktu s rodinou, hypotéza se potvrdila částečně, z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že je to dáno i věkovou

strukturou respondentů se ZP, jsou mladší 65 let a mají větší potřebu se společensky realizovat.

3. VP: Potřeby a zájmy, které jsou opomíjeny

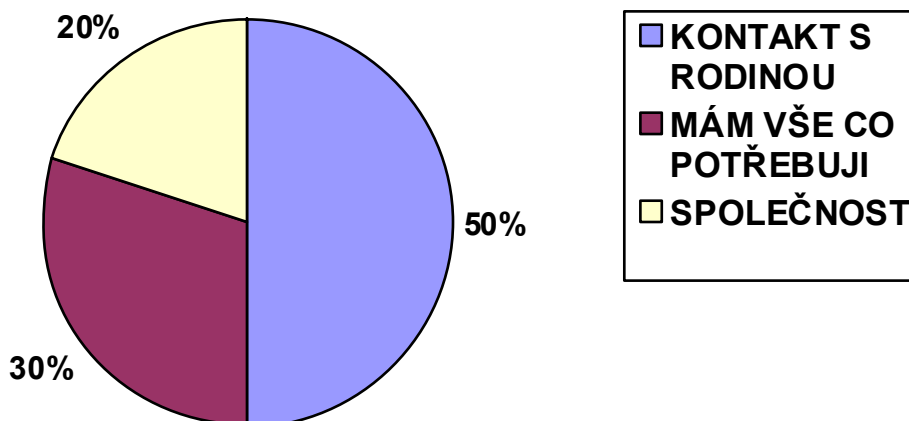
HVO: Stýkáte se s rodinou, sousedy, přáteli?

DH: Domnívám se, že nejvíce je opomíjen kontakt se společenským prostředím.

Tabulka č. 6 Výčet nejvíce opomíjených potřeb

Výčet nejvíce opomíjených potřeb	Počet odpovědí					
	Respondenti celkem		Z toho			
			senioři		ZP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Kontakt s rodinou	10	50%	5	50%	5	50%
Mám vše co potřebuji	6	30%	4	40%	2	20%
Společnost, kamarádi, sousedi	4	20%	1	10%	3	30%
celkem	20	100%	10	100%	10	100%

Graf č.4 Výčet nejvíce opomíjených potřeb



Tato otázka měla zjistit, zda se respondenti stýkají s rodinou, přáteli, sousedy. Bylo zjištěno, že obě skupiny mají stejnou potřebu kontaktů s rodinou 5 (25%). Mám vše co potřebuji odpověděli senioři 40%. ZP 30% chybí společnost, kamarádi, sousedé,. Podobné výsledky vplynuly i z předcházející otázky, kde měly osoby se ZP větší potřebu kontaktu se společenským prostředím než senioři.

DH: Domnívám se, že nejvíce je opomíjen kontakt se společenským prostředím se touto otázkou potvrdila.

4. VP: Soběstačnost a zdravotní stav

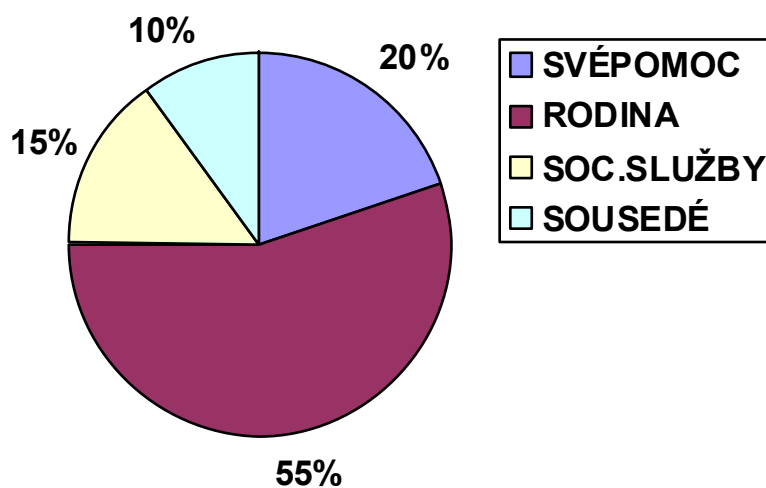
HVO: V souvislosti se kterou životní situací se zhoršila vaše soběstačnost a stali jste se závislí na pomoci druhé osoby?

DH: Domnívám se, že nejobávanější životní situací je úraz a nemoc.

Tabulka č. 7. Zdroje pomoci

Zdroje pomoci	Počet odpovědí					
	Respondenti celkem		Z toho			
			senioři		ZP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Vše jsem vždy zvládal (la) sám(sama)	4	20%	2	20%	2	20%
rodina	11	55%	6	60%	5	50%
Zařízení sociálních služeb, zdravotnické zařízení	3	15%	1	10%	2	20%
Sousedé, známí	2	10%	1	10%	1	10%
celkem	20	100%	10	10	10	100%

Graf č.5 Zdroje pomoci



Tato otázka byla zaměřena na míru soběstačnosti. Respondenti měli sdělit jestli se někdy dostali do situace, kdy by potřebovali pomoc a jestliže ano, tak koho by požádali o pomoc. Z opovědí vyplynulo, že nejvíce zdrojů pomoci mají obě skupiny respondentů v rodině. Senioři 60%, ZP 50%. Obě skupiny se od sebe vzájemně neliší.

DH: Domnívám se, že největším zdrojem pomoci je rodina se potvrdila u obou skupin respondentů.

5. VP: Situace kdy byste potřebovali pomoc a nedostala se Vám.

HVO: Které situace se ve svém životě nejvíce obáváte?

DH: Domnívám se, že nejobávanější životní situací je závislost na druhém z důvodu nesoběstačnosti.

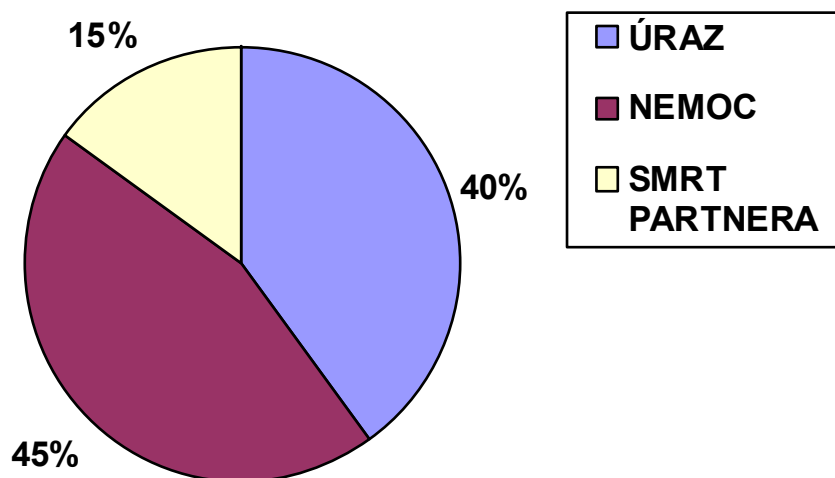
HVO: Dostali jste se někdy do situace se kterou jste si nevěděli rady?

DH: Domnívám se, že nejobávanější životní situací je úraz a nemoc.

Tabulka č. 8 Výčet nejvíce obávaných životních situací, při kterých hrozí ztráta soběstačnosti

Výčet nejvíce obávaných životních situací, při kterých hrozí ztráta soběstačnosti	Počet odpovědí					
	Respondenti celkem		Z toho			
			senioři		ZP	
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
úraz	8	40%	4	40%	4	40%
nemoc	9	45%	5	50%	4	40%
Smrt partnera	3	15%	1	10%	2	20%
celkem	20	100%	10	100%	10	100%

Graf č. 6 Výčet nejvíce obávaných životních situací, při kterých hrozí ztráta soběstačnosti



Otázka, které situace v životě se nejvíce obáváte byla pro vybranou cílovou skupinu respondentů velice citlivá, proto byla zařazena až na závěr rozhovoru. respondenti senioři 20% mají obavy z úrazu, hlavně zlomeniny krčku, zhoršení zdravotního stavu, ležení na lůžku a následné dlouhodobé rehabilitace v LDN, ZP 40% se také obávají úrazu, pádu. Nejobávanější je strach z nemoci nebo zhoršení zdravotního stavu z důvodu nemoci, senioři 50%, u cílové skupiny ZP 40% převládá strach, že zhoršením nemoci se stane nesoběstačný, psychicky i fyzicky.

DH: Domnívám se, že nejobávanější životní situací je úraz a nemoc se potvrdila u obou vybraných skupin respondentů. Senioři 40%, ZP 40%. Míra soběstačnosti ve velké míře ovlivňuje kvalitu života obou cílových skupin respondentů.

4.2.4 Krátké kazuistiky z oblasti pečovatelské služby

Pro lepší dokreslení výzkumu jsem použila několik krátkých kazuistik vybraných respondentů korespondujících s cílem výzkumného šetření zaměřeného na potřebnost úkonů pečovatelské služby, účinnost poskytované péče v domácím prostředí, které souvisí s lepší kvalitou života seniorů a zdravotně postižených. Životní příběhy jsem získala při rozhovorech s respondenty. Získaná data z vyprávění respondentů slouží k lepšímu porozumění sociálních a psychologických jevů, které mají vliv na současnou kvalitu života seniorů a osob se zdravotním postižením.

Klient po operaci páteře

Klientovi je 63 let a bydlí sám v nájemném bytě. 30 let se léčí s roztroušenou sklerózou. Všechny úkony soběstačnosti zvládal donedávna sám. Dříve sportoval; jezdil na lyžích, lezl po skalách. Před 5lety se jeho zdravotní stav silně zhoršil. Míval intenzivní a časté bolesti nohou při chůzi, vyhřezlé ploténky. Bylo nutné podstoupit operaci páteře, po které veškeré bolesti zmizely. Po operaci je sice bez bolestí, ale zhoršením zdravotního stavu po operaci se dočasně zhoršila jeho pohyblivost a soběstačnost, chodí s berlemi, zatím jen po chodbě. Za 5 týdnů po operaci nastoupí na rehabilitační pobyt do léčebny Luže Košumberk.

Veškeré úkony péče o domácnost, praní prádla, nákupy, pochůzky zajišťuje jeho sestra, která bydlí ve stejném městě. Začátkem března požádal pečovatelskou službu o dovoz obědů, aby měl teplé jídlo alespoň jednou denně a nemusela oběd zajišťovat sestra. Chce požádat pečovatelku o pravidelný úklid a umytí oken. Pobírá příspěvek na péči ve II. stupni a chce využívat některé vybrané služby.

Klient jezdí pravidelně na rekondiční pobyty ROS Frýdek Místek a udělá vše pro to, aby se zase rozchodil, ušel alespoň 100 m, aby se mohl těchto akcí

účastnit. Má silnou vůli a chuť do života, a na otázku zda se někdy dostal do situace, kdy by potřeboval pomoc odpověděl: „ Ze všeho jsem se vždy sám vylízal.“

Zatím chce bydlet ve svém bytě, využívat podle potřeby úkony pečovatelské služby, ale uvažuje o podání žádosti do domova pro seniory, pro případ náhlého zhoršení zdravotního stavu.

Klientka - seniorka

Klientce je 82 let a nedávno se přestěhovala z nájemního bytu ve městě do domu s pečovatelskou službou. Bydlela bytě v 1. patře bez výtahu, musela pravidelně provádět úklid schodiště a v zimních měsících vyhrnovat sníh. Byt byl starý, studený, nedal se nikdy dostatečně vytopit. Klientka má anginu pectoris a omezenou pohyblivost kloubů. Zdravotní potíže jsou podle jejího sdělení v normě, snaží se žít zdravě a dbá na zdravý životní styl. Na svůj věk je velmi soběstačná. Ráda si uvaří. Důvod umístění do domu pečovatelskou službou uvedla, aby byla více v teple, mohla být v kontaktu se svými kamarádkami, které tady už bydlí a paní je pravidelně navštěvuje, chodí s nimi do kavárny a na procházky. Vždy má někoho po ruce, může se zavěsit, aby se jí lépe šlo. Má přehled o sociálních službách a chtěla by využívat praní prádla, mytí oken a vyprání záclon. Vytvořila si velice dobré rodinné zázemí; má hodné syny a vnučky; všichni ji pravidelně navštěvují. Za svoji nejhorší životní situaci pokládá náhlé úmrtí svého manžela v 55 letech. Nejvíce ji pomohlo odjet na chalupu, jít do lesa a vykřičet se z toho, co nejrychleji vyměnit byt za jiný, aby se zbavila trýznivých myšlenek.

Na otázku, které životní situace se v životě nejvíce obává, odpověděla: „ Abych nemusela být dlouho nemocná, abych netrpěla. Nesnáším bolest, proto jsem se rozhodla bydlet v Domě s pečovatelskou službou, aby tam byla pečovatelka, která mě pohladí a vezme za ruku.

Klient s mentálním postižením

Klientovi je 59 let, bydlí v bytě DPS se svou devadesátiletou matkou. Důvod pro bydlení v DPS rodina uvedla starost o zajištění péče o Tondu (59let) do budoucna, až matka zemře. Klient pobírá příspěvek na péči II. stupně. Je ve většině úkonů péče o svoji osobu soběstačný. Je zbaven způsobilosti k právním úkonům, opatrovníka vykonává jeho teta. V poslední době se klientovi zhoršil zdravotní stav; léčí se s bércovými vředy, má silnou nadváhu. Klient využívá nejvíce dovážku obědů a praní prádla. Pečovatelka vykonává dohled nad koupáním, mazáním a střiháním nehtů. Klient je společensky aktivní. Zajímá se o fotbal, internet, sbírá a nalepuje výstřižky a fotografie a vede kroniku. Naučil se za pomoci pečovatelky základy PC. Zajímá se o společenské dění ve městě a v DPS, rád chodí do společenské místnosti se dívat na televizi, hrát karty a společenské hry. Pravidelně jezdí na návštěvy široká rodina. Nechce do budoucna zůstat sám.

Klient se zdravotním postižením

Klientovi je 82 let, v DPS bydlí od roku 2003. Přišel do Hlinska po válce, utíkal z Prešova před partyzány, rodině vypálili dva domy. V Čechách se i oženil, našel si práci. Do DPS se dostal po rozvodu se svou ženou, sháněl levné bydlení. V té době mu bylo nabídnuto bydlení v DPS v Hlinsku. V současné době již splňuje podmínky pro bydlení v DPS. Zdravotní stav klienta je přiměřený jeho věku, má pohybové potíže levé dolní končetiny. V úkonech péče o vlastní osobu je soběstačný, s péčí o domácnost; úklidem, praním prádla pomáhá pečovatelka, ale pán se sám snaží, a občas vytře podlahu v bytě. PS vozí obědy, tím má zajištěnou teplou stravu alespoň jedenkrát denně. Tento klient má sociální služby zdarma, podle § 75, zákona č. 108/2006 Sb. Byl jako osoba zařazen v táboře nucených prací. Informován o službách je, ale nechce nikoho „otravovat“. Vzhledem ke zdravotnímu stavu by uvítal rehabilitaci v rámci péče v DPS. Na otázku u kterých

úkonů by potřeboval pomoc odpověděl, že vše celkem zvládá sám, jen by potřeboval víc chodit a cvičit. Bylo mu nabídnuto cvičení, které se koná pravidelně každý den ve společenské místnosti v DPS.

Chce i nadále bydlet v DPS, protože si tady již zvykl a nechce si zvykat na jiné a cizí lidi. Sestra mu sice nabízí bydlení, ale klient se nedokáže rozhodnout, bojí se změny a také sestry, aby ho příliš nedisigovala. Raději zůstane ve svém bytě v DPS, kde má klid a zázemí.

Klient s diagnózou roztroušená skleróza

Klient 37 let, v současné době používá invalidní vozík a je schopný sám jezdit autem. V domě s pečovatelskou službou bydlí 5 let. Nejprve bydlel s rodiči, ale chtěl se osamostatnit a žít svůj život, proto si podal žádost o bydlení v DPS. Klient bydlí v přízemí v bezbariérovém bytě. Klient kombinuje péči rodiny a PS. V některých úkonech péče o vlastní osobu je klient soběstačný, s koupáním nebo sprchováním pomáhá rodina. Pečovatelka pomáhá s úklidem, na požádání doprovází klienta k lékaři. Klient se zajímá o počítače a hudbu, pomáhá v rodinné firmě s účetnictvím. Pravidelně cvičí na ortopedu, který má v bytě a sleduje společenské dění ve městě. Pro lepší mobilitu ve městě si pořídil elektrický vozík. Klient si uvědomuje, že se jeho zdravotní bude zhoršovat, proto zažádal o asistenčního psa.

Klient s mentálním postižením

Klient je muž ve věku 26 let, po dětské mozkové obrně s příznaky epilepsie, unavitelný, musí častěji odpočívat. Bydlí s rodiči v domku ve městě. Úkony péče o domácnost zajišťuje jeho matka a sestra. Úkony péče o vlastní osobu zvládá sám. Sehnal si práci v chráněné dílně, kam pravidelně každý den dochází. Klient sice

bydlí s rodiči, ale v některých činnostech chce být soběstačný. Ve všední dny si chce stravu zajistit sám, ve svém současném zaměstnání nemá možnost kvalitního stravování. Požádal PS o dovážku obědů přímo do chráněné dílny. Po dohodě, pečovatelka dohlíží a pomáhá klientovi ohřát jídlo v mikrovlnce. Klient se sám nají, umyje kastrůlky a připraví je čisté na druhý den.

4.3 Závěr a diskuse

Záměrem diplomové práce bylo zjistit, zda na základě výzkumu, který byl realizován pomocí rozhovorů s nápovědou, mezi dvěma skupinami respondentů; seniorů a osob se zdravotním postižením, se potvrdí hypotéza potřeby úkonů pečovatelské služby a účinnosti poskytované péče v domácím prostředí klientů terénní pečovatelské služby, a v součinnosti s rodinou přispěje terénní pečovatelská služba ke zkvalitnění života seniorů a osob se zdravotním postižením.

Z analýzy rozhovorů se seniory vyplynulo, že jim vyhovuje současný stav, když mohou zůstat ve svém domácím prostředí. Respondenti se ve svých odpovědích shodují v tom, že pokud potřebují pomoc něco zajistit, obrací se kromě rodiny, na pracovnice pečovatelské služby. Z požadavků na zkvalitnění nebo rozšíření služeb, během rozhovorů vyplynulo, že respondentům schází více kontaktů se společenským prostředím; hlavně s rodinou, sousedy, známými.

Co se týká informovanosti o službě, většina respondentů seniorů se shoduje v tom, že se o možnosti využívat pečovatelskou službu dozvěděli buďto od sousedů, kteří již službu využívají, od rodinných příslušníků nebo ve zdravotnických zařízeních; od lékařů. Je třeba také zmínit, že respondenti uváděli jako jeden ze zdrojů informovanosti úřad, hlavně odbor sociálních věcí.

Pečovatelská služba poskytuje své činnosti i v okolních přilehlých obcích ORP (obce s rozšířenou působností). Spolupracuje se zástupci těchto malých obcí, aby jejich starostové a pracovníci měli dostatek informací o PS a mohli tyto služby nabídnout svým občanům. Informace o PS mohou zájemci získat buď osobně, telefonicky, webových stránkách města, informačních letáčích. Také pracovníci pečovatelské služby se sami snaží oslovovat potencionální klienty, informují praktické lékaře, pracovníky zdravotnických zařízení. V případě zájmu o další informace se zájemci obrací přímo na pečovatelky nebo sociální pracovníci PS, která je navštíví osobně.

S analýzy rozhovorů s respondenty se zdravotním postižením bylo zjištěno, že zdrojem informovanosti o pečovatelské službě jsou zdravotnická zařízení a lékaři, protože je zdravotně postižení více navštěvují. Dalším častým zdrojem informací o službách je úřad, konkrétně sociální odbor. Kam se osoby se zdravotním postižením obracejí pro radu a informace o výhodách, zdravotních kompenzačních pomůckách, podávají žádost o příspěvek na péči.

Nejvíce využívanou službou je dovoz stravy v kombinaci s praním prádla. Osoby se zdravotním postižením více využívají doprovod k lékaři, pravděpodobně to souvisí se sníženou mobilitou. Využívání úkonů seniory a osobami se zdravotním postižením se mnoho neliší.

Z odpovědí respondentů, které se týkaly žádosti o pomoc vyplynulo, že nejvíce zdrojů pomoci mají obě skupiny respondentů v rodině, proto se obě skupiny od sebe vzájemně neliší.

Nejobávanější situací je pro obě skupiny respondentů strach z nemoci nebo zhoršení zdravotního stavu z důvodu nemoci, senioři 50%, u cílové skupiny osob se ZP 40% převládá strach, že zhoršením nemoci se stane nesoběstačný, psychicky i fyzicky.

Terénní pečovatelská služba může představovat pro seniory a osoby se zdravotním postižením jeden z možných nástrojů intervence do jejich života, kteří v souvislosti se stářím, onemocněním nebo úrazem přišli o mnoho svých životních sil a stávají se tak závislími na pomoci okolí. Terénní pečovatelská služba se prostřednictvím svých služeb snaží o to, aby byla obnovena rovnováha a spokojenost v životě těchto uživatelů.

Jako jistá omezení tohoto výzkumu byl poměrně malý vzorek respondentů, nerovnoměrně rozložený. Práce je zaměřena jen na jeden malý region a nepřináší tedy 100% validní informace o stavu pečovatelské služby na území ČR. Pro větší věrohodnost by bylo potřeba doplnit výzkum o data z dalších regionů. Zajímavé by bylo srovnání s jiným regionem nebo více regiony. Výzkum většího vzorku se zahrnutím respondentů z více regionů by svým rozsahem a náklady přesáhl, cíle a potřeby této práce.

Přínosem výzkumu bylo odhalení i jiné roviny potřeb respondentů. Potvrdila se potřebnost terénní pečovatelské služby a její efektivita. Dále odhalil, že mají klienti potřebu sociálních kontaktů, kterých se jich mnohdy nedostává. Terénní pečovatelská služba dále přináší pozitivní aspekt, funkci preventivní. Jedná se zejména o prevenci sociálního vyloučení uživatelů a to tím, že umožňuje setrvat co možná nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí a kontaktovat se s pracovníky PS.

K ověření závěrů výzkumu byly také využity neformální konzultace v rámci pracovních skupin PS na setkání odborníků PS Pardubického kraje.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zabývala oblastí potřeb seniorů a osob se zdravotním postižením, jejich saturací formou terénní pečovatelské služby v obci s rozšířenou působností Hlinsko. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu jsem se snažila odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: *„Mohou úkony péče terénní pečovatelské služby přispět ke zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením a seniorů, a eliminovat dopady, které plynou z fyzické a psychické nesoběstačnosti?“*

Díličními cíly bylo si ověřit, zda může dobře nastavená sociální služba pomoci seniorům a osobám se zdravotním postižením k lepšímu trávení života v jejich domácím prostředí, podpoření jejich vlastních zdrojů; fyzických i mentálních.

Na základě vyhodnocení dílčích výzkumných otázek je možné konstatovat, že uživatelé pečovatelské služby jsou spokojeni s informovaností, nabídkou služeb a úrovní kvality poskytovaných služeb. Pečovatelská služba je pro ně v rámci regionu obce s rozšířenou působností dostupná, proto je možné prohlásit, že terénní pečovatelská služba přispívá ke zkvalitnění života v domácím prostředí seniorů a osob se zdravotním postižením. Uživatelé PS hodnotili službu pozitivně, protože jim terénní PS poskytuje služby, které jim ulehčují život.

Terénní pečovatelská služba představuje pro klienty pomoc a podporu, umožňuje jim co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí a žít obvyklým způsobem života. Pečovatelky se stávají pro klienty zdrojem sociálního kontaktu a přispívají k vytváření určitého denního režimu. Klienti při svých rozhovorech kladli důraz na kontakt s rodinou, přáteli; tedy se společenským prostředím. Toto potvrzuje i úryvek z rozhovoru paní, která řekla: *„Vím, že tady bude pečovatelka, která mě pohladí a chytne za ruku.“*

Informace, které byly zjištěny z rozhovorů s uživateli a z kazuistik klientů mohou přispět ke zlepšení kvality sociální služby. Výsledky z rozhovorů, které se týkaly četností kontaktů se společenským prostředím, může vyplývat ze

skutečnosti, že senioři a osoby se zdravotním postižením mají omezené sociální kontakty a možnost popovídat si s člověkem, kterého znají a mají k němu důvěru, může přispět ke zkvalitnění života této cílové skupiny klientů.

Závěrem bych chtěla poukázat, vycházím ze své zkušenosti z praxe, že život seniorů a osob se zdravotním postižením se v České republice za posledních dvacet let velmi zlepšil. Společnost si uvědomuje nutnost věnovat se více potřebám seniorů a osob se zdravotním postižením. Jednak je stáří neodmyslitelnou etapou života a mnohdy i se zdravotním postižením úzce souvisí. Cílem by tedy nemělo být jen prodloužení života člověka, ale především se snažit o to, aby i život ve vyšším věku a se zdravotním postižením byl plnohodnotný a kvalitní.

5. Seznam použitých pramenů a literatury

1. ARNOLDOVÁ, A. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Galen, 2002, ISBN 80-7262-175-0.
2. BARKER, L. R. *The social work dictionary*. NASW, 2003, ISBN 087101555X.
3. GLOSOVÁ, D. a kol. *Bydlení pro seniory*. Praha: ERA, 2006, ISBN 80-7366-057-1.
4. HAMILTON, I. S. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-274-2.
5. HANTRAIS, L. *Letablier: Families and Family Policies in Europe*. New York: Longmann, 1999.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1989, ISBN 80-7038-158-2.
7. HEIDEGGER, M. *Unterwegs zur Sprache*. Tübingen:Verlag Günther Neske Pfullingen
8. HOGENOVÁ, A. *K fenomenologii domova a jinakosti*, E- Logos/2000, ISBN 1211-0442.
9. HOGENOVÁ, A. *Starost o duši*. Praha:UK PF, 2009, ISBN 978-80-7290-393-1.
10. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-485-4.
11. JABŮRKOVÁ, M. *Od paragrafů k lidem, analýza situace v oblasti sociálních služeb po přijetí nového zákona o sociálních službách*. Praha: Skok, 2007, ISBN 978-80-239-9506-0.
12. JEŘÁBEK, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. Skripta FSV UK, Praha
13. KOLEKTIV AUTORŮ. *Hlinsko*. Město Hlinsko: 2009, ISBN 978 -80-254-4593-8.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV 2008.
15. KUBEŠOVÁ, L. *Zdraví pro třetí věk*. Ze španělského originálu *Biblioteca de salud la vejez* . Praha: 2006, ISBN 80-7234-536-2.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 80-247-1370-5.
17. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, 2008, ISBN 978-80-7367-331-4.

18. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1362-4.
19. MUSIL, L. „*ráda bych Vám pomohla, ale*“, Dilemata práce s klienty v organizacích. Praha: Marek Zeman, 2004, ISBN-10: 80-903070-1-9.
20. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum: 1990, ISBN 80-201-0076-8.
21. REBOUL, H. *Vieillir, projet de vie*. Chalet, 1992.
22. REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, ISBN 978-80-247-3006-6.
23. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7367-124-7.
24. SEMBDNER, J. Domy s pečovatelskou službou v České republice. *Sociální služby*. 2010, XII/4.
25. SLATER, R. *The psychology of growing old*. Open university press, Buckingham, Philadelphia, 1999.
26. ŠIKLOVÁ, J. *Deník staré paní*. Praha: Kalich, 2003, ISBN 80-70-17-865-5.
27. ŠELNER, I. Moc a manipulace jako atribut sociální sféry - etický kodex pracovníka sociální sféry. *Sociální péče*, 2007, Rakousko: Sozialmedizinischer Dienst der Caritas.
28. THAREAUOVÁ, C. P. I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3.
29. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-308-0.
30. VOHRADNÍKOVÁ, L., RABUŠIC, L. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: VÚPSV, 2004.
31. VYHLÁŠKA č. 174/1994 Sb., *kterou se stanoví obecné, technické požadavky zabezpečující užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientací*
32. VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., *kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*
33. WOLF, J. a kolektiv. *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982, ISBN 25-124-82.
34. ZÁKON č. 101/2000 Sb., *o ochraně osobních údajů*
35. ZÁKON č. 102/1992 sb., *kterým se upravují některé otázky související s vydáním zákona č. 509/1991 Sb., kterým se mění, doplňuje a upravuje občanský zákoník*

36. ZÁKON č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím v platném znění
37. ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění k 1. 1.2010

Seznam citovaných pramenů a literatury

1. HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-303-X. s. 163, 402, 561, 562.
2. KOLEKTIV AUTORŮ. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV 2008. s. 85
3. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001, 2007, ISBN 978-80-7367-331-4. s. 178, 179.

Seznam internetových odkazů

1. <http://www.expedice.rsp.cz/lokality/5197-hlinsko-město>
2. <http://www.mpsv.cz/cs/4768>
3. <http://www.mpsv.cz/cs/5962>
4. <http://www.mpsv.cz/cs/5967>
5. <http://www.litomysl.cz/php/index/index.php?lang=cz&co>

Seznam zkratk

DPS dům s pečovatelskou službou

LDN léčebna dlouhodobě nemocných

PS pečovatelská služba

NASW Národní asociace sociálních pracovníků

6. Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Výše měsíčního příspěvku určují míra závislosti a věk	45
Tabulka č. 2 Jednotlivé kroky analýzy kvalitativních dat.....	60
Tabulka č. 3 Zdroj informovanosti o pečovatelské službě.....	61
Tabulka č. 4 Výčet nejvíce využívaných úkonů PS.....	62
Tabulka č. 5 Výčet potřeb, které respondentům chybí.....	64
Tabulka č. 6 Výčet nejvíce opomíjených potřeb.....	65
Tabulka č. 7. Zdroje pomoci.....	67
Tabulka č. 8 Výčet nejvíce obávaných životních situací, při kterých hrozí ztráta soběstačnosti.....	68

7. Seznam grafů

Graf č. 1 Zdroj informovanosti o pečovatelské službě.....	61
Graf č. 2 Výčet nejvíce využívaných úkonů PS.....	63
Graf č. 3 Výčet potřeb, které respondentům chybí.....	64
Graf č. 4 Výčet nejvíce opomíjených potřeb.....	66
Graf č. 5. Zdroje pomoci.....	67
Graf č. 6 Výčet nejvíce obávaných životních situací, při kterých hrozí ztráta soběstačnosti.....	69

8. Seznam příloh

Příloha I: Obrázek Ilustrační mapka Hlinska a okolí

Příloha II: Graf č. 1 Uživatelé PS podle věku

Příloha III: Graf č. 2 Uživatelé PS podle pohlaví

Příloha IV: Graf č. 3 uživatelé PS podle výše závislosti

Příloha V: Rozhovor podle návodu

Příloha I

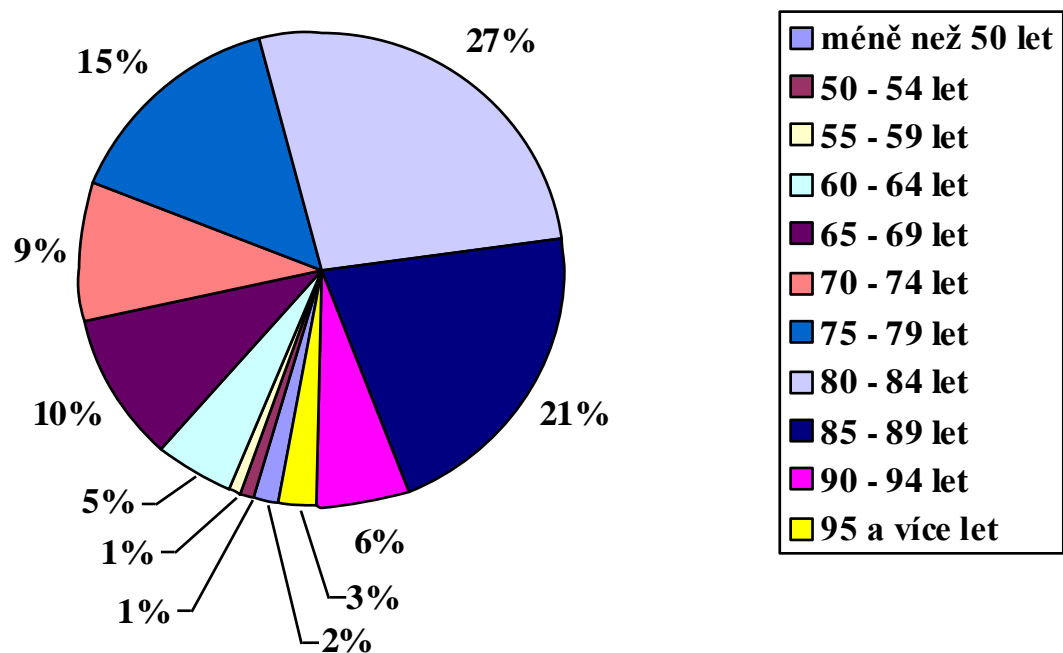
Ilustrační mapka Hlinska a okolí



zdroj: <http://www.mvcr.cz>

Příloha II

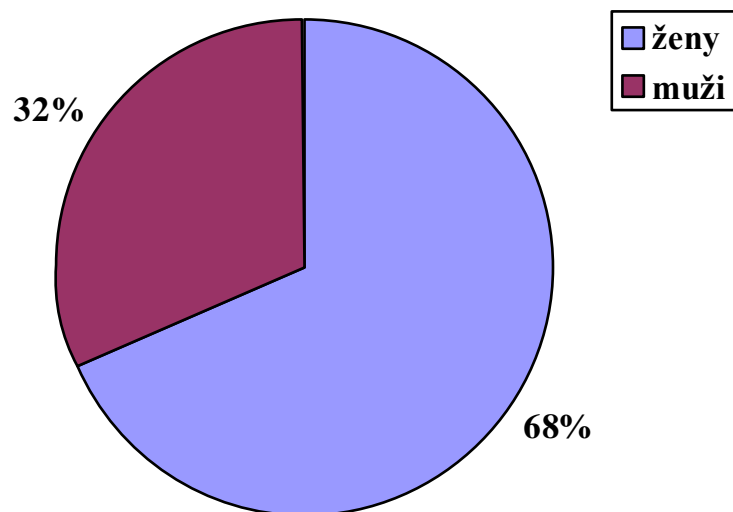
Graf č. 1 Uživatelé pečovatelské služby podle věku



(PC program James PS, 2011)

Příloha III

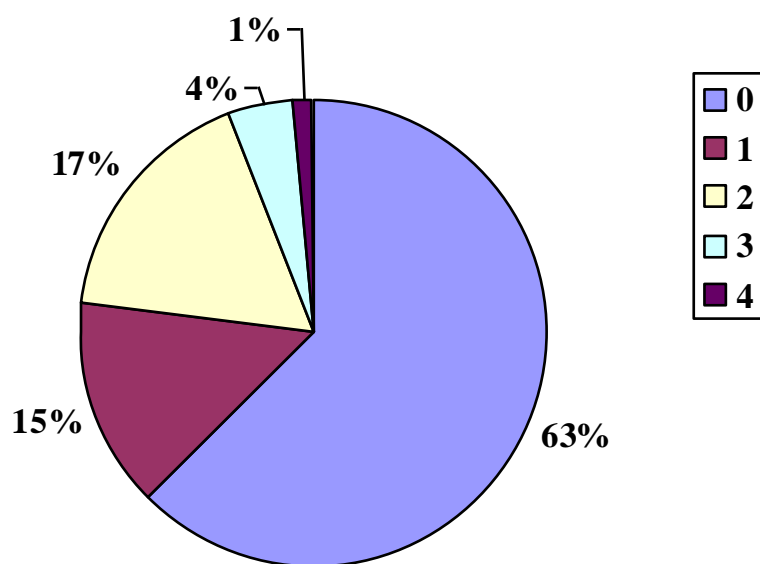
Graf č. 2 Uživatelé pečovatelské služby podle pohlaví



(PC program James PS, 2011)

Příloha IV

Graf č. 3 Uživatelé PS podle výše závislosti



(PC program James PS, 2011)

Příloha V

Rozhovor podle návodu

Obecné téma	Otázka	Hypotéza
1. Informovanost o službách	<input type="checkbox"/> Odkud jste měli informace o možnosti využívat PS?	<input type="checkbox"/> Domnívám se, že nejvíc informací o pečovatelské službě mají respondenti od sousedů.
2. Nabídka služeb	<input type="checkbox"/> Jaké soc. služby využíváte? <input type="checkbox"/> Jaké služby Vám chybí?	<input type="checkbox"/> Domnívám se, že nejvíce používanou službou je dovážka stravy. <input type="checkbox"/> Domnívám se, že nejvíc chybí doprovod na společenské a zájmové akce
3. Potřeby a zájmy, které jsou opomíjeny	<input type="checkbox"/> Jaké jsou Vaše potřeby a zájmy, které jsou opomíjeny a co byste si chtěla dopřát?	<input type="checkbox"/> Domnívám se, že nejvíce opomíjený je kontakt se společenským prostředím.
4. Soběstačnost a zdravotní stav	<input type="checkbox"/> V souvislosti se kterou životní událostí se zhoršila Vaše soběstačnost a stali jste se závislí na pomoci?	<input type="checkbox"/> Domnívám se, že nejvíce se zhoršil zdravotní stav po úrazu.
5. Situace kdy byste potřebovali pomoc a nedostala se Vám	<input type="checkbox"/> Které životní situace se nejvíce obáváte? <input type="checkbox"/> Dostali jste se někdy do situace se kterou jste si nevěděli rady a koho jste požádali o pomoc?	<input type="checkbox"/> Domnívám se, že nejobávanější životní situací je nemoc a úraz. <input type="checkbox"/> Domnívám se, že nejvíce pomohla rodina.

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autora/ky: Bc. Marcela Chudá

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

Název práce: Problematika terénní pečovatelské služby v regionu Hlinsko

Počet stran (bez příloh): 85

Celkový počet příloh: 5

Počet titulů české literatury a pramenů: 33

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 5

Počet internetových odkazů: 5

Vedoucí práce: Mgr. Hana Masáková

Rok dokončení práce: 2011

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Marcela Chudá

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

Název práce: **Problematika terénní pečovatelské služby v regionu Hlinsko**

Vedoucí/oponent práce: Mgr. Hana Masáková/PhDr. Kateřina Šámalová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 85

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 43

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost 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)

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

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)

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

Naplnění cílů práce

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

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

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

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

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Jak může pečovatelská služba pomoci při zajišťování kontaktu s rodinou?
- 2) Jakým způsobem byly ověřovány výsledky práce při neformálních konzultacích v rámci pracovních skupin na setkání odborníků PS Pardubického kraje?
- 3) Diplomantka se v kapitole 2.5.3 zabývá problematikou „optimálního nastavení péče o seniory.“ Jak by toto optimální nastavení péče o seniory sama definovala?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si pro zpracování své diplomové práce vybrala téma pečovatelské služby. Je patrné, že diplomantka problematiku pečovatelské služby dobře zná, orientuje se v možnostech a limitech této sociální služby. Aktuálnost tématu považuji za adekvátní s ohledem na relativně stále nový zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zároveň k současnému demografickému trendu. Autorka práci dělí na část teoretickou a empirickou. Teoretická část představuje solidní zhodnocení problematiky pečovatelské služby. Autorka se věnuje historii a současnosti, specifiky a formy poskytování a legislativnímu zakotvení pečovatelské služby. Popis systému sociálních služeb a zhodnocení dostupnosti sociálních služeb s ohledem na problematiku příspěvku na péči vhodně doplňuje teoretický rámec práce.

Autorka se zaměřuje na poměrně úzkou oblast regionu Hlinecko, což umožňuje podrobnější prozkoumání problematiky v dané oblasti, současně však poněkud omezuje validitu výzkumného šetření. Metoda a technika výzkumného šetření byly zvoleny přílehavě k problematice a účelu práce. Velikost výzkumného vzorku byla rovněž adekvátní. Data jsou interpretována jasně a srozumitelně, grafická úprava výsledků výzkumného šetření je přehledná a napomáhá snadné orientaci v empirické části. Každé otázce přináší hypotéza, jejíž naplnění autorka hodnotí. Informační přínos odpovědí na otázky je vysoký, na přílehavosti otázek s ohledem na účel práce, by však bylo možné dále pracovat.

Úprava textu je přiměřená, stylistika správná, práce s použitými prameny dostačující.

Autorka předkládá práci, která má především informativní hodnotu. Přináší podrobné zpracování problematiky pečovatelské služby s ohledem na platnou legislativu České republiky. Empirická část přináší základní orientaci v hodnocení dané sociální služby samotnými uživateli.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře**

Datum, podpis: V Praze dne 2011 – 05 - 10



* nehodící se, škrtněte

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: CHUDÁ Marcela

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

Název práce: **Problematika terénní pečovatelské služby v regionu Hlinsko**

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. Hana Masáková/PhDr. Kateřina Šámalová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 85

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 43

Výběr tématu

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

Závažnost tématu

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

Oborová příslušnost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

			3	
--	--	--	---	--

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

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Jaký je rozdíl mezi domácí pečovatelskou a hospicovou službou?
- 2) Diplomantka uvádí, že výběr výzkumného vzorku byl záměrný. Jaká kritéria tedy při svém výběru výzkumných jednotek aplikovala?
- 3) Jakou podobu, formu by měla mít sociální služba, jejímž cílem je poskytnout pomoc při zprostředkování kontaktu s rodinou (viz druhý výzkumný problém b)). Jaký subjekt by mohl takovou službu poskytovat?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si jako hlavní předmět své diplomové práce vybrala jednu z klíčových sociálních služeb – pečovatelskou službu, kterou nahlíží jako nástroj maximalizace a zkvalitňování života osob stárnoucích a se zdravotním postižením. Zvolený námět práce považuji za aktuální zejména s ohledem na měnící se demografické charakteristiky společnosti a obecně převládající trend spočívající ve vyvážení takových podmínek, které umožňují osobě se sníženou soběstačností žít plnohodnotně v jejím přirozeném sociálním, tedy domácím prostředí.

Předložená diplomová práce je rozdělena tradičně na část teoretickou a praktickou. Teoretická část nabízí čtenáři poměrně ucelený souhrn informací vztahujících se k hlavnímu tématu práce. Autorka se zaměřuje na popis historii pečovatelské služby, specifika a formy pečovatelské služby. Pozornost věnuje také systému sociálních služeb a jejich dostupnosti ve vztahu k výši příspěvku na péči. V rámci teoretického výkladu však postrádám detailněji pojaté představení jednotlivých cílových skupin pečovatelské služby a jejich skladby potřeb.

V úvodu empirické části diplomantka jasně definuje nosnou hypotézu kvalitativního šetření a stanovuje jeho dílčí cíle. Autorka dále předkládá pět základních výzkumných problémů, ke kterým formuluje hlavní výzkumné otázky a dílčí hypotézy. V rámci specifikace jednotlivých výzkumných problémů postrádám hodnocení poskytovaných úkonů pečovatelské služby vlastními uživateli služeb. Na druhou stranu se některé výzkumné problémy zdají být od hlavního tématu práce poněkud vzdálené. V podkapitole interpretace výsledků výzkumu studentka nabízí jasný přehled získaných dat (doplňný o grafy a tabulky) a potvrzuje či vyvrací stanovené hypotézy. Empirická část práce je pak v závěru vhodně doplněna krátkými kasuistikami.

Diplomantka předložila k oponentskému posudku významně revidovanou diplomovou práci, v jejíž kvalitě zpracování prokázala schopnost fundovaně se zabývat zvoleným tématem a realizovat v rámci něj výzkumné šetření.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře**

Datum, podpis: V Praze 4. května 2011



*
nehodící se, škrtněte