

Péče o seniory žijící v přirozeném prostředí a funkce sociálních služeb

Bc. Michaela Vacková

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Michaela VACKOVÁ**
Osobní číslo: **H128253**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Péče o seniory žijící v přirozeném prostředí a funkce sociálních služeb**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na popis přirozeného prostředí seniorů a jeho rizika
- na poskytované sociální služby (terénní, ambulantní a pobytové)
- na rozdíl mezi péčí poskytovanou v zařízení sociálních služeb a péčí poskytovanou v přirozeném prostředí.

Součástí práce bude realizovaný výzkum zaměřený za zjištění spokojenosti uživatelů žijících v zařízení sociálních služeb a osob, které žijí ve svém přirozeném prostředí.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Haškovcová, H. Fenomén stáří. 2., přeprac. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010.
Kvalita života ve stáří. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008.
Payne, J. a kolektiv. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005.
Pokorná, A. Komunikace se seniory. 1. vydání. Praha: Grada, 2010.
Řehulková, O., Řehulka, E., Blatný, M., Mareš, J. et al. Kvalita života v souvislostech.
Brno: MSD, 2008.
Švancara, J. Psychologie stárnutí a stáří. 2. přeprac. vyd. Praha: Státní pedagogické
nakladatelství, 1983.

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Zuzana Němcová, Ph.D.

Skupina managementu a ekonomiky

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2012

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2014

V Brně dne 30. listopadu 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




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

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen přípuští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 27.3.2017


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

V této diplomové práci je na úvod popsána stručná historie vzniku sociálních služeb a současně nastíněna aktuální situace týkající se péče v sociálních službách i s výhledem do budoucnosti. Jako další kapitola byla zaměřena na formy pomoci a péče v České republice, ať už pomoc a péči poskytovanou státem a státními institucemi, ale i prostřednictvím sociálních služeb. Na závěr kapitoly byla popsána péče, která je poskytována v přirozeném sociálním prostředí jedinců. Vzhledem k tomu, že práce pojednává o péči o seniory, následující kapitola popisuje, co je to stáří a k jakým změnám v průběhu stárnutí dochází. Závěr teoretické části práce pojednává o smyslu života ve stáří, ať už v zařízeních sociálních služeb nebo v přirozeném prostředí seniorů. Poslední stránky celé práce se věnují výzkumu a zjištění, zda je péče o seniory kvalitnější v přirozeném prostředí nebo v zařízeních sociálních.

Klíčová slova: senioři, sociální služby, poskytovatelé sociálních služeb, stáří, kvalita, život

ABSTRACT

The work is described in brief introduction to the history of social services, and outline the current situation regarding the care of social services with a view to the future. As the next chapter focused on forms of assistance and care in the Czech Republic, whether assistance and care provided by the state and state institutions, but also through social services. At the end of the chapter described the care that is provided in a natural social environment of individuals. Due to the fact that the work deals with the care of the elderly, the following chapter describes what it's age and what changes occur during aging. Conclusion The theoretical part deals with the meaning of life in old age, whether in social services, or in natural seniors. The last pages of the thesis is devoted to research and determine whether the quality of care for seniors in their natural environment or in social.

Keywords: seniors, social services, social service providers , age , quality, life

Děkuji paní Ing. Zuzaně Němcové, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronicky nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 VÝVOJ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE.....	12
1.1 HISTORIE.....	12
1.2 AKTUÁLNÍ SITUACE.....	14
1.3 VÝHLED DO BUDOUCNOSTI	16
2 FORMY POMOCI A PÉČE	19
2.1 POMOC A PÉČE POSKYTOVANÁ STÁTEM.....	19
2.2 PÉČE V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	21
2.3 PÉČE V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ.....	24
3 OBDOBÍ STÁŘÍ A ZMĚNY V PROCESU STÁŘÍ.....	27
3.1 CO JE STÁŘÍ?	27
3.2 BIOLOGICKÉ ZMĚNY	29
3.3 PSYCHICKÉ ZMĚNY	30
3.4 SOCIÁLNÍ ZMĚNY.....	32
4 KVALITA A SMYSL ŽIVOTA VE STÁŘÍ.....	36
4.1 POJEM KVALITA ŽIVOTA	36
4.2 KVALITA ŽIVOTA V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	40
4.3 KVALITA ŽIVOTA V PŘIROZENÉM PROSTŘEDÍ	42
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	45
5 VÝZKUM.....	46

5.1	CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÉ HYPOTÉZY	46
5.2	POPIS VÝBĚROVÉHO SOUBORU	47
5.3	METODY VÝZKUMU.....	50
5.4	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A JEJICH VYHODNOCENÍ.....	51
5.5	VYHODNOCENÍ VÝZKUMU	65
5.6	NÁVRHY NA ZLEPŠENÍ	66
ZÁVĚR		69
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		72
SEZNAM GRAFŮ		76
SEZNAM PŘÍLOH.....		77

ÚVOD

Podpora seniorů v jejich přirozeném prostředí (domácnosti) je téma, kterému se přikládá vysoká důležitost již mnoho let a stejnou dobu trvá rozčarování, že se v této oblasti nedosahuje výrazného posunu.

Hlavní argumenty pro lepší nabídku služeb, které umožní seniorům setrvat v jejich prostředí, jsou zaměřené na kvalitu života (pro seniora je lepší žít ve svém domově než v kolektivní instituci) a na hospodářské ukazatele (péče v domácnosti vyjde levněji).

Je tedy nanejvýš nutné zajistit o tyto občany péči, která bude odpovídat jejich individuálně určeným potřebám a umožní jim setrvání v jejich domovech. Z toho vyplývá, že je nutné zajistit dostateční množství sociálních služeb, které budou péči o seniory v jejich domovech zajišťovat.

Zajištění péče o seniory v jejich domácnostech není jen otázkou sociálního charakteru, ale jak je uvedeno v mnoha odborných publikacích, problematika seniorů a péče o ně, je problémem i zdravotnického charakteru. V případě, že bude zajištěno dostatečné množství sociálních služeb pro seniory, je nutné se zamýšlet i nad rozvojem služeb zdravotních.

Vzhledem k tomu, že mi téma seniorů a kvalita jejich života je a bude blízká, rozhodla jsem se toto téma zvolit. Ačkoli v současné době již nepracuji přímo s cílovou skupinou seniorů, myslím, že kvalita služeb, bez rozdílu koncového zákazníka, musí být kvalitní.

Úvodní část diplomové této práce je zaměřena na shrnutí historického kontextu poskytování péče a pomoci osobám, bez rozdílu postižení nebo věku. Dále navazuje stručný pohled na aktuální situaci v České republice v oblasti poskytování péče. Závěr kapitoly je věnován výhledu do budoucnosti a možných změn v sociální oblasti.

Druhá kapitola je věnována formám pomoci, kterou poskytuje přímo stát prostřednictvím sociálních dávek. Stát dále zajišťuje péči prostřednictvím sociálních služeb, čemuž je věnována následující podkapitola. Závěr této kapitoly je věnován pomoci a péči, která je poskytována seniorům v jejich přirozeném prostředí, tedy doma.

Vzhledem k tomu, že ústředním tématem této práce je péče o seniory a kvalita jejich života, jsou následující dvě kapitoly věnovány pojmům stáří a kvalita života, dále změnám, ke kterým ve stáří dochází a v neposlední řadě také kvalitě péče poskytované v zařízeních

sociálních služeb a nutným standardům, ale také kvalitě péče poskytované v domácnostech.

Cílem diplomové práce je provedení analýzy péče o seniory žijících v různých typech prostředí, a to, na analýzu v prostředí, kde je péče zabezpečena terénními pečovatelskými službami a pro možnost porovnání, provedení analýzy péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. Následné porovnání těchto odlišných typů prostředí bude použito pro zjištění, zda je kvalita poskytování služeb rozdílná. Pro dosažení cíle použiji tyto výzkumné otázky: Kde by sami senioři volili život, zda-li v přirozeném prostředí nebo v zařízení poskytujícím sociální služby? Jak senioři vnímají nabízené sociální služby? Jak hodnotí služby ze svého pohledu, případně, co oni sami by navrhovali pro zlepšení poskytování péče o jejich osobu?

Dílčím cílem diplomové práce je zjištění stupně kvality péče v různých typech prostředí a analýza aktuální situace v oblasti obsazenosti a vytíženosti terénních pečovatelských služeb v regionu Rychnovska. V případě zjišťování kvality budou navržena opatření pro případné zlepšení fungování služeb v oblasti zkoumaného problému, tedy v péči o seniory. Pro dosažení cíle použiji tyto výzkumné otázky: V jaké míře jsou zařízení schopna nabídnout své sociální služby seniorům? Zda-li jsou zařízení schopna pokrýt veškerou poptávku po službách? Jak dlouho musí klient čekat v pořadníku na službu?

Samotnou analýzou se zabývá poslední část diplomové práce, ve které jsou nejprve stanoveny hypotézy, následuje charakteristika vybraných poskytovatelů sociálních služeb, u kterých výzkum probíhal.

Na samotný závěr práce jsou uvedeny návrhy na zlepšení ve zkoumané oblasti a jsou navrženy oblasti, na které se nutno se zaměřit a změnit jejich fungování tak, aby bylo zabezpečeno kvalitní poskytování sociálních služeb a současně byl i dostatečný počet těchto služeb.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VÝVOJ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE

1.1 Historie

Základní institucí zajišťující péči o lidi, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, byl kmen. Za hlavního ochránce byl považován náčelník rodu (kmenu), který se i staral o spravedlivé přerozdělování stravy nebo péči o děti a staré lidi. S průmyslovou revolucí začal podporu jednotlivců přebírat sociální stát. (Vacková, 2012)

Nedostatek stravy, války a epidemie. To byly hlavní hrozby středověku. V celé Evropě a také v českých zemích se kmenová struktura transformovala na knížectví a království. V této době se také začalo rozšiřovat křesťanství jako univerzální víra. Chudoba byla považována za skutečnost usnadňující kontakt s Bohem. V této době také panovalo přesvědčení, že pomoc chudým lidem umožní lepší vyhlídky na posmrtný život. Nicméně lidé postižení či nemocní mohly být příznakem Boží nemilosti, tuláci a bezdomovci zase naopak představovali pro společnost ohrožení. I přes to všechno byli společností využíváni jako sezónní pracovníci nebo žoldáci. (Mareš, 1999)

Od šlechty se očekávalo, že se o své poddané náležitě postará. Jedním ze způsobů byla podpora klášterů, které se zabývaly charitativní činností. Nejprve vznikaly vzdáleny světskému ruchu, později ve městech a někdy i kolem klášterů samotné město vyrostlo.

Řády a kláštery vznikaly za podpory nejvýznamnějších šlechtických rodin, do 12. století za podpory samotného panovníka. Ve 12. století přišel do českých zemí řád johanitů a zavedl zde soustavu „*komend*“ neboli řádových domů. Komendy zajišťovaly a podporovaly rytíře. Při komendách fungovaly také kostely, školy nebo špitály. Špitály byly malá zařízení, ve kterých se poskytovala duchovní péče a jídlo. Zdravotní péče byla minimální. Až počátkem novověku se špitály specializovaly na ústavy pro staré lidi, sirotky a chudé obyvatele.

V raném novověku se sociálně vyloučenými stávali převážně ti, kteří se tak narodili jako děti. Nejvíce ohroženy chudobou byly hlavně ženy v případě úmrtí manžela nebo otce. (Dibelka, Grulich 2010) Reformace se k chudým stavěla rezervovaně. Např. Luther byl toho názoru, že je nutné podporovat pouze ty, kteří nejsou schopni práce.

Po třicetileté válce začaly vznikat organizace zaměřené na charitu, jednalo se hlavně o sirotčince a starobince. Tyto instituce začaly zakládat dvě nejstarší evangelické církve, Jednota bratrská a Českobratrská církev evangelická.

V roce 1750 vydala Marie Terezie patent, který stanovil podmínky sociální pomoci, kterou měla za povinnost nést obec, ve které se dotyčný narodil nebo v ní určitou dobu žil. Také v rámci reforem stanovila povinnost každoročně zveřejňovat účetní uzávěrky špitálů.

Za vlády Josefa II. začaly být špitály nahrazovány speciálními typy ústavů. Jedním z nich byl ústav pro „*opuštěnou mládež*“, jednalo se hlavně o porodnice nebo sirotčince. Druhým z nich byl ústav pro „*nemocné zbavených prostředků*“, tímto zařízením byly převážně nemocnice. Jako poslední byl ústav pro „*osoby zcela neschopné, jež jsou ostatním jen na škodu nebo odporné*“, v tomto případě se jednalo např. o základní špitály. Podmínkou přijetí bylo potvrzení o chudobě vydané farářem. (Lehner, 1997)

Za klíčový prvek josefinských reforem bylo považováno zřízení farních chudinských ústavů. Celkem bylo zřízeno 3200 farností. Vedení těchto ústavů bylo plně v kompetenci faráře. K němu byli ještě voleni dobrovolníci, kteří byli nazýváni otcové chudých. Fungování těchto ústavů bylo ovlivněno ustavením politických obcí s vlastní samosprávou, kdy se působení církve a obce začalo oddělovat. (Lehner, 1997)

V roce 1863 byl vydán domovský zákon a v roce 1868 chudinský zákon, oba tyto zákony předepisovaly povinnost obcím poskytovat péči potřebným. Péče ale měla být poskytována pouze lidem s domovským právem v obci. To se získalo buď narozením po otci, sňatkem po manželovi nebo rozhodnutím obecního úřadu.

V pozdějších letech začaly vznikat nadační fondy. Do těchto fondů přispívali podnikatelé podporující charitativní instituce. Tímto způsobem vznikaly na státu nezávislé organizace, dnes označované jako občanský sektor. Až do poloviny 20. století byly významnými subjekty v poskytování sociální pomoci.

Po roce 1918 se v Československu začala formovat nová sociální politika. Prosadila se idea sociálního občanství, která zahrnovala garanci sociálních práv pro všechny. Systém sociálního pojištění byl upraven, ale i nadále nebyly systémy pojištění pro všechny zaměstnanci stejné. Stát také začal masivně podporovat výstavbu nových bytů a současně reguloval ceny nájemného pro chudší část obyvatelstva. (Kárník, 2000)

Zřizovatelem sociálních služeb byl stát. Ten zajišťoval péči např. prostřednictvím ústavů pro duševně nemocné nebo pro lidi s kombinovaným postižením. Zřizovateli některých sociálních služeb byly také okresní úřady. Jednalo se např. o chudobince nebo sirotčince. Již z výše uvedeného vyplývá, že se jednalo převážně o ústavní typy péče. Obecní úřady pak dále podle možností poskytovali také materiální a finanční pomoc na základě prověřování potřeb klientů.

V republice od počátku jejího vzniku působily národní i mezinárodní organizace, jedná se např. o Armádu spásy. Během první republiky začaly vznikat první střední a nástavbové školy pro sociální pracovníky. V této době vznikla i profesní organizace sociálních pracovníků.

V období totality začal stát řídit všechny druhy sociální služeb, které byly předtím zřizovány nestátními subjekty. Charitativní organizace byly buď zrušeny, nebo sloučeny do Československého červeného kříže. (Rákosník, 2010) Sociální služby se staly okrajovou součástí systému sociálního zabezpečení. Významnou úlohu v rámci sociálního zabezpečení hrály orgány státní moc, národní výbory.

Sociální služby pro lidi s vážným postižením poskytovali tzv. ústavy sociální péče. Kapacita těchto ústavů byla s ohledem na nároky nedostatečná a regionální působnost různá. (Rákosník, 2010) Jiné neústavní sociální služby se začaly rozvíjet od konce 50. let, např. pečovatelské služby. Nicméně tyto služby nebyly hlavním zájmem vládnoucí strany. I vzdělání sociálních pracovníků nebylo považováno za důležitou část této oblasti. Po druhé světové válce zůstalo na středoškolské úrovni se zaměřením na převážně administrativní činnosti.

1.2 Aktuální situace

Teprve až v posledních několika desetiletích se začíná hovořit o kvalitě života a nikoli jen o jeho délce. Znakem kvalitního stáří je samozřejmě možnost o sobě samém rozhodovat nebo být finančně zajištěn. Se stářím neodmyslitelně souvisí častější výskyt nemocí, jak je blíže uvedeno v následujících kapitolách, a i tento aspekt může ovlivnit kvalitu života ve stáří.

Z konstatování Webera (2000) vyplývá, že současná péče o seniory (ať již o nemocné, dočasně nebo trvale neschopné vést dočasný způsob života) je především směřována do oblasti sociální, zdravotní nebo do jejich kombinované péče. Sociální, ale i zdravotní služby prošly v poslední době velkým vývojem, což se pozitivně odrazilo na poskytované péči. Důležitým aspektem současné doby je také komunitní plánování služeb, které má za úkol zmapovat aktuální poptávku po poskytovaných službách a současně zajistit jejich dostupnost blízkému okolí.

Nejen, že v posledních letech došlo k modernizaci stávajících zařízení, ale také k výstavbě mnoha dalších, nejen pobytových, sociálních zařízení. Vznikají moderní domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, ale také poskytovatelé, kteří poskytují ambulanci nebo terénní sociální služby jako jsou denní stacionáře nebo pečovatelské služby. Nepochází ale jen k modernějšímu vybavení poskytovatelů, ale také ke změně sociální práce s klienty, což je zpravidla považováno za nejdůležitější aspekt rozvoje. Jsou uplatňovány nové styly, pomoc a péče je více zaměřena na individualitu každého jedince, na jeho stávající schopnosti, ale také jsou důsledněji dodržována práva klientů sociálních služeb. Větší pozornost je v poslední době věnována také kvalitě poskytovaných služeb a kontrole kvality.

S rozvojem společnosti a státu v celkovém kontextu je možné sociální služby modernizovat také s pomocí mezinárodních organizací. Pravděpodobně největší roli zde sehrává Evropská unie. V současné době ve spoustě zařízení sociálních služeb probíhají individuální evropské projekty financované z Evropského sociálního fondu. Je na úvaze každého zařízení, do jakého projektu se zapojí, případně si vymyslí vlastní projekt. Projekty jsou zpravidla zaměřeny na investiční, v rámci kterých probíhá faktická přestavba zařízení v modernější, nebo neinvestiční. V rámci neinvestičních projektů probíhá změna především v přístupu ke klientům a ke změně práce. Samozřejmě, že nemalou roli na udržitelnost projektu a jeho smyslu i po skončení, mají pracovníci dané služby. Je tedy důležité, aby pracovníci byli schopni změnit své myšlení a přístup k práci, aby mohli služby poskytovat kvalitněji.

I přes širokou škálu sociálních služeb a jejich místní zastoupení je mnohdy velice obtížné zajistit pro své blízké pomoc konkrétního poskytovatele. V současné době se především zařízení sociálních služeb potýkají s velkým množstvím žádostí o zavedení sociálních služeb. Žadatelé jsou tedy často zařazováni do pořadníků, přičemž čekací doba se může u některých druhů služeb protáhnout až na několik let. V této fázi musí rodiny řešit nastalou

situaci umístěním svého blízkého do jiného druhu sociální služby, který aspoň zčásti pokryje potřeby žadatele nebo do léčeben dlouhodobě nemocných. Léčebny dlouhodobě nemocných ovšem nejsou schopny zajistit individuálně poskytovanou péči v takovém rozsahu jako v sociálních službách.

V porovnání s minulostí je nutné také zmínit to, co uvádí Mühlpachr (2005). Smrt se stala především doménou stáří. Téměř 90 % všech úmrtí v 19. století připadalo na děti mladší pěti let. Pravého stáří si užívalo pouze minimum dospělých jedinců. Druhou změnou je místo umírání. Dříve se umíralo spíše v domácím prostředí, v současné době se umírá více v sociálních a zdravotnických zařízeních. Sociologové si tedy oprávněně kladou otázku, proč se na počátku 21. století umírá obtížněji než ve staletích předchozích. Dle jejich názoru se smrt stala v mírových dobách výsadou stáří. Smrt jakožto společenský fenomén byla vytlačena na okraj společnosti a přesunula se z domovů do nemocnic.

Rozdíl mezi současnými seniory a minulými generacemi je ten, že se lidé v současné době dožívají vyššího věku, svůj konec života prožívají aktivně. Nicméně je nutné se začít věnovat problematice stáří a stárnutí komplexněji s ohledem na stárnoucí populaci.

1.3 Výhled do budoucnosti

Mühlpachr (2005) definuje okruh otázek, které budou muset zákonodárci v nejbližší době povinni řešit. Bude poměrově malé procento pracujících schopno poskytnout podporu, kterou starší lidé potřebují? Bude vysoký počet seniorů znamenat krach našeho zdravotnického a sociálního systému? Jak můžeme starším lidem pomoci, aby nezůstali závislí a naopak byli aktivní? Jak nejlépe můžeme využít vědomosti, zkušenosti a nadání starších lidí? Jak můžeme zlepšit kvalitu života rostoucího procenta osob ve vyšším věku?

V průběhu minulých let se důkladně připravoval ve spolupráci Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví zákon o dlouhodobé péči, který měl propojit poskytování sociálních a zdravotních služeb na vyšší úroveň. Smyslem zákona bylo poskytovat péči osobám závislým na pomoci jiných co možná nejdéle v jejich přirozeném prostředí a pouze v nejnútnejších případech zajistit péči sociální a zdravotní prostřednictvím příslušných institucí. Zákonodárci tento zákon nicméně neschválili a poskytování sociálních a zdravotních služeb se nedočkalo žádné změny.

V současné době se blíží do finále individuální projekt Ministerstva práce a sociálních věcí, Inovace systému kvality sociálních služeb. V rámci tohoto projektu probíhá množství aktivit, z nichž některé mají na starosti revidovat standardy kvality sociálních služeb a povinnosti poskytovatelů, aktualizovat pravidla výkonu inspekce poskytování sociálních služeb, vytvořit vstupní vzdělávání pro inspektory (úředníky) nebo nastavit pravidla pro udržení jednotnosti systému inspekcí.

Současně probíhá další individuální projekt Ministerstva práce a sociálních věcí, Podpora procesů v sociálních službách, který má, mimo jiné, za úkol zrevidovat stávající počet druhů služeb. Tuto změnu si vyžádala praxe, neboť často docházelo k duplicitám v jednotlivých poskytovaných úkonech nebo k nejednoznačnému výkladu konkrétních druhů služeb.

V aktuálně platné legislativě je zakotveno celkem 33 druhů sociálních služeb, pobytových, terénních a ambulantních. V připravovaném návrhu je počítáno pouze s 6 druhy sociálních služeb a to - terénní služba sociální péče, ambulantní služba sociální péče, pobytová služba sociální péče, krizová služba sociální prevence, kontaktní a aktivizační služba sociální prevence a služba sociálního poradenství a podpory. Každá z těchto služeb bude mít určitý okruh povinně zajišťovaných činností a další činnosti, které poskytovatel bude chtít poskytovat, budou volitelné. Bude tedy na zvážení každého poskytovatele, jaký druh sociální služby bude poskytovat a jaké další činnosti si vybere.

Změny připravované v rámci obou individuálních projektů jsou konzultovány s odborníky v dané oblasti. Jedná se především o poskytovatele sociálních služeb, zástupce Ministerstva práce a sociálních věcí, specializované odborníky, konzultanty, vzdělavatele, ale i inspektory sociálních služeb.

Je tedy zřejmé, že se v oblasti sociálních služeb chystá velká revoluce. Novela zákona o sociálních službách by měla začít platit v roce 2016 a jen čas ukáže, zda se jedná o krok k lepšímu.

Nemalým problémem, který bude muset Ministerstvo práce a sociálních věcí společně s dalšími rezorty a odborníky řešit, je samotné financování sociálních služeb. Před koncem letošního roku a opět na počátku tohoto roku došlo k navýšení platů pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a současně zdravotních sester v sociálních službách. Je nutné zajistit dostatečné množství finančních prostředků pro zajištění hladkého chodu sociálních služeb. Nejen že dochází ke zvyšování finančních nároků na

samotné výplaty pracovníků, ale i samotná péče o seniory se stává nákladnější. Bohužel zpravidla rok od roku dochází ke snižování státních dotací na sociální služby, příjmy klientů sociálních služeb plně nepokryjí skutečné náklady a vyvstává tedy otázka, jakým způsobem budou sociální služby schopny zajistit péči především o seniory, kterých neustále přibývá a finančních prostředků ubývá.

2 FORMY POMOCI A PÉČE

2.1 Pomoc a péče poskytovaná státem

Do roku 1989 vykonával sociální služby víceméně jen stát. Občané pouze pasivně přijímali poskytování služeb bez ohledu na jejich kvalitu. Po roce 1989 se rozšířil registr poskytovatelů sociálních služeb o církve, nestátní neziskové organizace, ale i fyzické osoby. Kvalita tato poskytovaných služeb byla nicméně velmi rozdílná. (Bicková et al., 2011)

Do roku 2006 stát poskytovatel pečujícím osobám příspěvek na péči o osobu blízkou nebo příspěvky na zajištění kompenzačních pomůcek. Oblast sociálních služeb nebyla upravena v žádném právním předpise. Upraveny byly pouze na dva druhy sociálních služeb - pobytové služby a terénní pečovatelské služby.

V roce 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon byl připravován mnoho let a je považován za revoluční. Zákon stanoví základní podmínky poskytování pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci v oblasti sociálních služeb a příspěvku na péči. Například v současné době je příspěvek na péči vyplácen osobě, která danou péči potřebuje a nikoli osobě pečující.

Zákon o sociálních službách nově také přinesl povinnost pro poskytovatele sociálních služeb registrovat se, podrobit se inspekci poskytování sociálních služeb nebo dodržovat standardy kvality, čímž by měl být zajištěn alespoň nějaký minimální standard ve kvalitě poskytovaných sociálních služeb.

Dle Krutilové, Čámského a Sembdnera (2008) je hlavním cílem této změny přiblížení se zemím Evropské unie a začít poskytovat pomoc a péči efektivně a kvalitně a primárně bez porušování základních lidských práv.

Nejen pro seniory, ale i pro mentálně, tělesně postižené, vlastně pro celý komplex osob, které jsou, ať už svým vlastním přičiněním, nebo vnějšími faktory, vyloučeni ze společnosti, je v současné době široká škála sociálních služeb, které jim pomohou v zabezpečení záležitostí, které už sami nejsou schopni dále zvládat. Nejvíce informací je

v současné době dostupných na internetu, ale základní informace lze získat i na obecních úřadech, u lékařů nebo i z novin.

Základní sociální poradenství je základem každé poskytované sociální služby. Dále existují odborné poradny, které se zaměřují na specifické oblasti, například poradna pro cizince nebo manželská poradna. Potom existují služby sociální prevence, jejichž hlavním cílem je zabránit sociálnímu vyloučení osob. Služby sociální péče pomáhají osobám udržet jejich stávající schopnosti, případně je ještě dále rozvíjet.

Jak je již uvedeno výše, je nutné poskytovat sociální služby kvalitně. Kvalita se v sociálních službách ověřuje prostřednictvím standardů kvality. Standardy jsou stanovená kritéria, základní zásady a požadavky, které by měla každá sociální služba naplňovat. Nicméně samotný vznik standardů kvality a uložená zákonná povinnost poskytovatelům tyto standardy dodržovat, nezajistí kvalitní poskytování služeb. Dle mého názoru je mnohem důležitější přístup samotných pracovníků.

V roce 2012 začaly být účinné revoluční změny v oblasti veškerých sociálních dávek, bývají označovány jako sociální reforma I. Dávky měly být vypláceny prostřednictvím sociální karty. Došlo i ke sjednocení výplatního místa, kterým se stal Úřad práce. Razantní změny se také dočkal příspěvek na péči. Došlo ke změně jeho posuzování, v současné době se posuzuje pouze 10 oblastí každodenních činností člověka tak, jak je schopen je zvládnout (dříve bylo posuzováno 36 úkonů a 129 dílčích činností). Mezi tyto oblasti se řadí například mobilita, komunikace, stravování, hygiena nebo oblékání. Finální posuzování provádí posudkoví lékaři, jejichž posudek může být poté využit i v rámci poskytování jiných sociálních dávek, např. u příspěvku na mobilitu.

Pravděpodobně v průběhu roku 2016 začne platit sociální reforma II., která přinese spoustu nových změn. Přípravuje se redukce druhů sociálních služeb, z původních 36 druhů služeb by jich mělo být 6, mělo by dojít k revitalizaci povinností poskytovatele a standardů kvality a měly by být odstraněny duplicity, které se objevují v rámci inspekce poskytování sociálních služeb a kontrolou registračních podmínek.

2.2 Péče v pobytových sociálních službách

Péče v pobytových sociálních službách by měla být až poslední z možností, jak zajistit péči o seniory, kteří již nejsou schopni žít bez pomoci jiné osoby ve své vlastní domácnosti. Zpravidla se tak stává po dlouhodobé hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení nebo po zhoršení zdravotního stavu, kdy už nestačí na zajištění péče ani rodina ani terénní sociální služby.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen ZSS) uvádí, co je to vlastně pobytová služba, ale také přesně stanoví druhy pobytových sociálních služeb. V zákoně jsou také definovány okruhy osob, pro které jsou konkrétní sociální služby určeny.

Tou nejběžnější a současně i nejznámější z pobytových sociálních služeb jsou domovy pro seniory. Jak zákon, tak vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, určuje základní okruh úkonů a činností, které musí každý poskytovatel nejen domova pro seniory poskytovat. Současně jsou ve výše uvedených legislativních prostředcích zakotveny i maximální možné částky za poskytované služby. Cílem domovů pro seniory, ale i všech dalších sociálních služeb, je pomoc řešit nepříznivou sociální situaci a zabránit sociálnímu vyloučení osob. Samozřejmostí je poskytovat služby s ohledem na důstojnost, lidská práva, ale i udržení, případně, rozvíjení samostatnosti. V některých případech je nepříznivá sociální situace vyřešena již samotným přijetím osoby do sociální služby.

Další pobytovou službou pro seniory jsou domovy se zvláštním režimem. Tyto se specializují na konkrétní jedince se specifickými požadavky na péči. Jedná se o zařízení, která se specializují na osoby s Alzheimerovou chorobou nebo osoby se závislostí na alkoholu. Tyto služby vykazují téměř totožné základní činnosti, nicméně je v těchto službách poskytována péče odlišným způsobem. Lze říci, že každé zařízení má definováno, v čem spočívá zvláštní režim. Např. u domovů specializovaných na osoby s Alzheimerovou demencí bývá za běžné opatření považováno zabezpečení východů číselným kódem nebo náramky, které upozorní pracovníky, že daný klient odchází. V klasickém domově pro seniory, by toto mohlo být považováno za porušení práv klientů. Např. v domově, jehož cílovou skupinou jsou osoby se závislostí na alkoholu, je za běžné opatření považován striktní zákaz požívání alkoholu. Opět v klasickém domově pro seniory by toto mohlo být považováno za omezení či porušení práv klientů.

V obou typech výše uvedených sociálních služeb je samozřejmě zajištěno poskytování i služeb zdravotních. Zhoršení zdravotního stavu je primárně u seniorů spojeno s potřebou sociální služby. Je tedy nanejvýš nezbytné, aby byly tyto dva sektory navzájem provázané. Zdravotní služby v pobytových sociálních službách jsou převážně zajištěny prostřednictvím vlastních pracovníků. Zdravotní služby jsou samozřejmě zajištěny kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Mělo by být pravidlem, aby každá směna byla vždy pokryta alespoň jednou zdravotní sestrou s ohledem na počet klientů daného zařízení. Zdravotní služby v zařízeních sociálních služeb zajišťují také lékaři, kteří do zařízení zpravidla dochází. Jedná se o klasické obvodní lékaře nebo o specialisty.

Guggenbühl-Craig (2010, s. 120) uvádí, že: *„moderní sociální pracovník vykonává –stejně jako lékař, psychoterapeut a analytik – rovněž lékařskou činnost. Neléčí fyzicky nemocné, často však vznáší poněkud sporný nárok, že léčí duševně nemocné. Zcela jednoznačně se však sociální pracovník cítí povinen zlepšovat a léčit sociálně nemocné poměry, nakolik je to možné.“*

Při přechodu seniora do zařízení sociálních služeb je velmi důležitá role sociálního pracovníka. Tento pracovník by měl seniorovi co nejvíce usnadnit přechod z jeho domova do úplně cizího prostředí. Důležitá je také role samotného seniora. V případě, že je se situací smířený a vyrovnaný, je jeho adaptace na nové prostředí méně náročná. Záleží také na fyzickém a psychickém stavu seniora a současně na přístupu rodiny k přesunu seniora do zařízení sociálních služeb.

Bicková (2011) uvádí, že ve finální fázi adaptace dochází buď k úplnému splnutí se službou a podmínkami jejího poskytování, nebo naopak dochází k nepřijetí nových podmínek. Adaptace u seniorů na toto nové prostředí bývá velmi zdlouhavá, neboť musí od základu přizpůsobit svůj životní styl podmínkám poskytování sociálních služeb. Ačkoli by se měla sociální služba vždy přizpůsobovat klientovi, není to vždy v plné míře možné.

V procesu adaptace není důležitá pouze pozice sociálního pracovníka, ale i dalších pracovníků v sociálních službách, kteří budou zajišťovat péči o klienta. Zpravidla tu nejdůležitější roli poté zastává tzv. klíčový pracovník. Tento pracovník je odpovědný za individuální plánování s konkrétním klientem. S klientem by si měl vytvořit dobrý vztah založený na důvěře. Klíčový pracovník pomáhá klientovi s jeho individuálně určenými potřebami, zná jeho přání a potřeby. Pro klíčového pracovníka je důležité umět se vžít do situace klienta a na základě toho mu poskytovat patřičnou pomoc. Klíčový pracovník by

měl klienta znát z celého zařízení nejlépe, měl by umět vyhodnotit jeho maximální možnosti.

Významnou úlohu zde také hraje forma a využívání správné komunikace mezi personálem a klienty. Starý nebo nemocný člověk potřebuje specifický způsob komunikace, aby mohl správně pochopit, vyhodnotit a reagovat. V tomto případě je nasnadě pravidelné a kvalitní vzdělání pracovníků a následné další pravidelné vzdělávání, které je nejen povinné ze zákona, ale i nutné z důvodu prohlubování znalostí a dovedností.

Některým jedincům ovšem nevyhovuje ani takto směřovaná forma komunikace, protože oni sami již schopni komunikace nejsou. V těchto případech je třeba využít všech možných forem komunikování, a to ať verbálních či neverbálních.

V mnoha případech starý člověk reaguje pouze na dotek, proto i forma neverbální komunikace je zde na místě. Personál se musí snažit o to, aby byla zachována úcta k osobě klienta a zůstala zachována jeho lidská důstojnost.

Nejenom v pobytových zařízeních sociálních služeb je důležité mít na paměti, že služby musí, mimo jiné, rozvíjet stávající schopnosti klientů nebo se alespoň pokusit je zachovat na stávající úrovni. Často v sociálních službách dochází k tzv. přepečování, kdy nejen pracovníci v sociálních službách, ale i ostatní pracovníci, lidově řečeno, udělají to, co vidí na očích klientů, bez ohledu na jejich možnosti a schopnosti. Tento „nedostatek“ se může projevit i v tom, že nezůstane zachována klientova autonomie, což znamená, jeho vlastní rozhodování, zachování si vlastního „já“. Autonomie se dá sledovat z mnoha úhlů pohledu, a to ať z pohledu filozofie, psychologie, sociologie nebo práva.

Sýkorová (2007, s. 62) autonomii se charakterizuje: *„...že autonomii lze považovat za relativní samostatnost jedinců vzhledem k sociálnímu okolí, jejich schopnost, vůli a možnost vést v daném prostředí život podle vlastních pravidel, rozhodovat o něm a kontrolovat jej.“*

Důležitá je také aktivizace klientů a pokusit se hledat takové činnosti, které je budou bavit, budou je naplňovat a současně vyplní jejich volný čas.

Právě v souvislosti s právy je nutné mít na zřeteli, zachování všech lidských práv a důstojnosti bez ohledu na zdravotní stav, náboženské vyznání, národnost, příslušnost k různým společenským skupinám.

Nesmíme zapomínat ani na péči, kterou je nutné poskytnout pracovníkům v sociálních službách. Velice často se tito pracovníci setkávají s tématy samoty, beznaděje, smrti,

ale i nechutí některých klientů spolupracovat. Aby u těchto pracovníků nedocházelo k syndromu vyhoření, je nutné zajistit jim pravidelné konzultace s metodickým odborníkem, případně supervizorem.

Bicková (2011) popisuje samotný význam supervize jako „*supervizí zpravidla rozumíme podporu pracovníka či pracovního týmu při řešení obtížných situací prostřednictvím nezávislého odborníka*“.

Bakošová (2008) taktéž uvádí význam supervize, ovšem v návaznosti na sociální pedagogiku. Popisuje, že: „*jde o metodu odevzdávání zpětné vazby. Zpětnou vazbu poskytuje jiný odborník, který sleduje např. interakci mezi sociálním pedagogem a klientem v situaci potřeby a pomoci. Pozorováním vyjadřuje své pocity ze samotného průběhu rozhovoru, diagnostiky problému, z metod a technik, které byly v daném případě zvolené.*“

2.3 Péče v přirozeném sociálním prostředí

Péče o starého člověka v jeho přirozeném prostředí, tedy v jeho domácnosti, není vždy snadnou záležitostí. Současná hektická doba neustále zvyšuje své požadavky jak na studenty, tak i pracující obyvatele. Zpravidla se stává, že pečující osoba musí odejít ze zaměstnání, aby se mohla o seniora starat doma, a tím pádem může dojít i finančnímu úpadku celé rodiny.

Zde je v této fázi důležitá role sociálního pracovníka na městském úřadě, který by měl být schopen poskytnout dostatečné množství informací o možnosti využívání různých finančních příspěvků, dávek a výhod. Shodně se k tomu vyjadřuje i Matoušek, Koláčková, Kodymová (2005), kteří tvrdí, že „*před tím, než rodina převezme břemeno péčování, musí být též informována o možnostech finanční podpory, na niž má starý člověk nebo pečovatel nárok, a o tom, jak lze o tyto příspěvky zažádat*“.

Péče o seniora je sama o sobě psychicky i fyzicky náročná. Požadavky na intenzivnější péči narůstají se vzrůstající zdravotními problémy seniora, např. trvalé upoutání na lůžku nebo jakékoli projevy demence. Kalvach (2008) se k tomuto vyjadřuje: „*domácí pečování je často velmi problematické a mnohdy zcela nemožné i při maximálním zájmu rodiny. Těžiště péče spočívá v základním ošetřování, v uspokojování základních biologických*

potřeb, aby pacient nestrádal hladem, zimou, bolestí a v poskytování libých pocitů - např. při ošetření pokožky vonnými krémy. Využít lze i tzv. bazální stimulaci.“

Vlastností většiny seniorů je ovšem „nebýt na obtíž“ a tak své děti, případně vnoučata, zpravidla zprošťují povinnosti se o ně starat. V této fázi pak očekávají pomoc od zařízení sociálních nebo zdravotních. Tuto svou vlastnost si často přinášejí i do zařízení, kde i pracovníkům nechtějí být na obtíž a dle jejich vlastního názoru jim stačí k životu „mít kde spát, mít co jíst a mít teplo“.

Jednou ze sociálních služeb, která umožňuje člověku setrvat ve svém přirozeném prostředí a současně nebýt závislý na péči od rodiny, je pečovatelská služba. Jejím cílem je poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb v domácím prostředí osob. Nejčastější úkony, které pečovatelská služba zajišťuje, jsou zajištění oběda a jeho dovoz, nákupy, pomoc při zajištění domácnosti nebo pomoc při osobní hygieně. Zajištění případné zdravotní péče je zajištěno prostřednictvím tzv. home care. Jedná se o poskytovatele zdravotních služeb, který navštěvuje klienty v jejich domácnostech a zabezpečuje základní zdravotní ošetření, od připravení léků, až různá zdravotní ošetření. Pečovatelská služba pomáhá svým klientům setrvat v jejich domácnostech do poslední možné chvíle. V případě zhoršení zdravotního stavu poté sociální pracovník společně s klientem a případně i jeho rodinou řeší vzniklou situaci. Zpravidla dochází k umístění buď v zařízení sociálních služeb, nebo v zařízení zdravotnickém.

Další sociální službou, které může pomoci zajistit péči o seniora v jeho přirozeném prostředí, je osobní asistence. Osobní asistence vykazuje obdobné prvky a základní činnosti jako pečovatelská služba. Rozdíl je obvykle v době poskytované služby. Pečovatelská služba funguje na principu „přijet – udělat nasmlouvané úkony – odjet“. Naopak u osobní asistence je pracovník této služby s klientem třeba celý den a pomáhá s běžnými denními činnostmi.

V případě, že se rodina rozhodne podílet na péči o seniora, je možné využít množství jiných návazných sociálních služeb. V případě, že si rodina chce i nadále udržet své zaměstnání a relativně stejný životní styl, existují sociální služby, které se o seniory postarají v průběhu pracovní doby. Jedná se o denní stacionáře, tzv. domovinky, ve kterých je zajištěna péče o seniora. Senior je do této služby v ranních hodinách doprovázen a v odpoledních hodinách je opět doprovázen domů. Jiné služby, např. týdenní stacionáře,

zajišťují péči o seniora v průběhu všech pracovních dnů a do svého domova je přivezen na víkend.

Další sociální službou, která může pomoci zajistit péči o seniora, ale současně pomoci k odpočinku pečující rodině, jsou odlehčovací služby, tzv. respitní služby (respite care). Tyto služby mají primárně zajistit odpočinek pečující osobě. Pečující osoba může v průběhu poskytování odlehčovací služby nabrat potřebnou sílu.

Vzhledem k tomu, že je dlouhodobá péče o starého a nemocného člověka velice psychickou a fyzicky náročnou, může k syndromu vyhoření docházet i u pečujících osob. Důležitá je především prevence, např. průběžná psychologická podpora, v rámci které může pečovatel diskutovat problémy nebo pomoc s péčí.

Ve stáří dochází k obratu poskytování péče. Dříve poskytovali péči rodiče svým dětem, ale ve stáří se lidé stávají závislými na svých dětech, případně jiných mladších členech rodiny. Mladší členi rodiny jsou ke zpravidla nezvyklému chování prarodičů shovívavější než jejich vlastní rodiče. Mladí lidé jsou solidárnější se starými lidmi, nejsou sice schopni pojmout celý komplex péče o seniora, nicméně jsou schopni se na péči alespoň částečně podílet. Smrt seniora je pro mladé lidi jakýmsi mezníkem konce jejich dětství. (Vágnerová, 2000)

3 OBDOBÍ STÁŘÍ A ZMĚNY V PROCESU STÁŘÍ

3.1 Co je stáří?

„Starý člověk ztrácí jedno z největších lidských práv: není už posuzován svými, svou generací.“

J.W.Goethe

„...stáří, alespoň skutečné fyziologické stáří, není určeno časem, který uplynul od narození, ale celkovým stavem opotřebování, jemuž bylo tělo vystaveno. Je skutečně velký rozdíl mezi fyziologickým a chronologickým věkem. Čtyřicátník může být někdy tělesně i duševně starší a mnohem blíže k smrti než jiná, třeba šedesátiletá osoba.“
(Selye, in Švancara, 1983, s. 23)

Populace stárne na celém světě a je tedy na pořadu dne se otázce stárnutí začít věnovat globálně. Důležitou úlohu sehrává i sociální pedagogika, která, mimo jiné, napomáhá ke zlepšení kvality života a snaží se přecházet, příp. zmiřňovat dopady sociálního vyloučení seniorů.

Lidský věk se prodlužuje, populace stárne. Hrozí socioekonomický a generační kolaps společnosti. Stárnutí lidstva je problémem téměř celosvětovým. Na významném nárůstu počtu stárnoucích osob se podílejí zejména vyspělé země Evropy a Severní Ameriky a Japonsko. (Mühlpachr, 2011)

Stáří se z chronologického hlediska dělí do několika skupin – rané stáří, které je ohraničeno lety 60 – 70, vlastní stáří, které navazuje na stáří rané a končí 90 rokem života. Poslední etapou stáří je dlouhověkost, kterou se označuje život po 90 roku.

Hlavním ukazatelem stáří je výskyt nemocí a tím spojených problémů s ním. Nicméně stáří samo o sobě není chorobným stavem. Jak je uvedeno v následujících kapitolách, stáří a stárnutí je zcela individuální, u každého člověka jsou projevy jiné. U jednoho seniora může stáří doprovázet jedna nemoc za druhou, jiný senior ve stejném věku může být relativně zdravý a žít svůj život plnohodnotně bez větších omezení.

Stáří a stárnutí je neodmyslitelnou a také nezvratitelnou etapou lidského života, stejně jako dětství nebo dospělost. Stárnutí je proces, který potká každého člověka, bez ohledu na rasu nebo pohlaví. Když se řekne stáří, tak si každý vybaví pojmy, jako například babička, dědeček, vdova, smrt nebo také důchod. Stáří bývá často spojováno právě se smrtí, nicméně toto by nemělo být ho hlavní, co se člověku při vyslovení slova „stáří“ objeví.

Nejen u nás, ale i v zahraničí se lze setkat s množstvím definic pojmu stáří, stárnutí, seniorský věk a podobně. Žádná z těchto definic není stejná, ale není ani přesná a vystihující široké spektrum změn, ke kterým ve stáří dochází. Zpravidla lze z každé definice rozeznat odborníka toho kterého oboru, který danou definici vyřkl, může se jednat o definice z oboru genetiky, psychologie, ekonomiky nebo pedagogiky.

Podle Stuart-Hamiltona (1999) je stárnutí *„proces projevující se v průběhu času změnami. Obvykle jsou do něj zahrnovány pouze změny (chápané často jako negativní), ke kterým dochází po adolescenci.“* Stárnutí je podle něj i proces, se kterým se musí každý z nás vypořádat, jak u nás samotných, tak u svých blízkých.

Vágnerová (2007) uvádí, že *„stáří je pozdním obdobím života, a tak není divu, že se v něm projeví i způsob prožití minulých fází (ovlivněných např. životním stylem, výživou, nadměrným zatěžováním některých orgánových systémů).“*

„Stárnutí je procesem involučním, nezvratným, biologicky zákonitým a individuálním (podmíněn je například genetickou výbavou jedince, jeho dosavadním stylem života, prodělanými chorobami, životními podmínkami atd.), nerovnoměrně postihující různé funkce a struktury organismu“. (Doňková, Novotný, 2010)

Doňková a Novotný (2010) uvádí dva „věky“, které jsou tradičně spojovány s pojmem stáří. Jedním z nich je věk kalendářní, jedná se o dobu, která uplynula od narození člověka. Druhým z nich je věk funkční, zde se jedná o *„stav člověka v konkrétní okamžik kalendářního věku, který je dán fyzickým, psychickým a sociálním profilem tohoto jedince“*. Oba tyto autoři dále rozdělují stárnutí na biologické, psychické a sociální. Bližší přiblížení těchto oblastí je uvedeno v následujících podkapitolách.

3.2 Biologické změny

V průběhu vývoje celého světa došlo nejen k evoluci v oblasti rostlinné, ale pravděpodobně největší vývoj zaznamenal vývoj živočišných druhů, tedy i člověka. K vývoji jako takovému dochází i v životě člověka, nicméně s přibývajícím věkem zpravidla dochází ke ztrátám funkčních schopností a dovedností, které člověk v průběhu života získal.

Vyšší věk sebou samozřejmě přináší řadu biologických změn. Všechny tyto změny se u každého člověka projevují velmi individuálně z hlediska času závažnosti projevů nebo rozsahu. Veškeré probíhající změny jsou samozřejmě ovlivněné genetickými dispozicemi, životním stylem, prostředím, ve kterém daný jedinec žije.

Vágnerová (2007) rozděluje stárnutí na primární a sekundární. Za primární stárnutí považuje to, že každý člověk má ve svém genetickém programu zakódován počátek, průběh stárnutí a pravděpodobně i samotnou délku života. Tempo stárnutí samozřejmě závisí i na vnějších faktorech, které mohou ve velké míře ovlivnit délku života člověka. Působení vnějších faktorů považuje Vágnerová za sekundární stárnutí.

V průběhu stárnutí musí logicky docházet k postupnému zhoršování tělesných funkcí. Tak jako je stárnutí u každého člověka individuální, tak i stárnutí jednotlivých orgánových struktur je velmi individuální. Stárnutí neprobíhá rovnoměrně ani v rámci jednoho organismu. (Pacovský, 1994)

Stáří samo o sobě není nemocí ani žádným jiným chorobným stavem. Nicméně v průběhu této etapy života dochází k početnějšímu působení nepříznivých vlivů, a proto se zvyšuje frekvence nemocnosti těchto lidí. Základním znakem nemocnosti v tomto období je tzv. polymorbidita, tzn., že senioři trpí větším množstvím nemocí, převážně chronických. V tomto období života nedochází jen k somatickým nemocem, nýbrž i k psychickým. Výskyt duševních onemocnění je velmi vysoký, odhady hovoří až o 20 % starých lidí. (Baštecký, Kämpel, Vojtěchovský, 1994) Vzhledem k množství nemocí vyskytujících se u seniorů, dochází i k jinému chápání pojmu zdraví. Za zdraví je u těchto lidí považován ten stav, kdy jsou relativně soběstační, netrpí žádnou závažnější chorobou a sami se necítí nemocní.

Klasický proces stárnutí mění také fyzický vzhled člověka a tím je do jisté míry ovlivňován také jeho postavení ve společnosti. Lidé v jeho okolí ho začínají vnímat jako starého a nemohoucího člověka a podle toho se k němu také začínají chovat. Člověk ztrácí své typické rysy z předchozí etapy života, může např. ztloustnout nebo naopak zhubnout, dochází k úbytku vlasů nebo k jejich šedivění, objeví se u něho velké množství vrásek. Celková úprava zevnějšku může upozorňovat na jeho celkový stav. Velké množství seniorů o sebe v tomto období i nadále velmi dbá a jejich upravený zevnějšek podporuje jejich sebeúctu a sebedůvěru.

V období stárnutí dochází ke změnám v různých funkčních systémech. V řečovém projevu dochází například k prodlevám mezi otázkou a odpovědí. Člověk často potřebuje delší čas pro zpracování informací a pro zformulování odpovědi. Je nutné na člověka mluvit pomalu, zřetelně vyslovovat a uzpůsobit tempo řeči možnostem a schopnostem konkrétního člověka. K dalším změnám dochází i zrakového systému. Až u 90 % osob dochází po 60. roku života k zhoršení zraku. Nejdříve dochází ke snížení schopnosti vidět blízké předměty, později například k zhoršenému vnímání barevného spektra (převážně se jedná o barvu modrou a červenou). Dalším postiženým systémem je i sluchový aparát. Okolo 75 let života je už u téměř třetiny osob znatelná nedoslýchavost. Za hlavní následek je považováno horší sociální zapojení člověka do společnosti, má také vliv na celkovou orientaci člověka. (Švancara, 1983) V neposlední řadě dochází také k úbytku schopností při rozeznávání chutí. Některé studie uvádí, že dochází k úbytku citlivosti na slané, jiné o úbytek citlivosti na hořké a jiné studie toto úplně popírají. (Doňková, Novotný, 2010) Dále může docházet také snížení citlivosti v oblasti teploty nebo se zvyšuje tolerance vůči bolestivým podnětům.

3.3 Psychické změny

V období stáří nedochází jen k fyzickým změnám, ale také k psychickým. Některé z těchto změn jsou samozřejmě podmíněné biologicky, jiné jsou způsobeny psychosociálními vlivy, v převážné většině se však jedná o výsledek interakce mezi těmito dvěma činiteli. Samozřejmě, že jak v případě biologických změn, tak i u psychologických změn,

jsou individuálně určeny jejich první projevy, dynamika nebo způsob reakce starších lidí na tyto změny. (Vágnerová, 2007)

Vzhledem k závažnosti v oblasti psychických změn není vždy možná jasná a konkrétní diagnóza. Psychické potíže mohou zůstat buď úplně skryty, nebo mohou být považovány za důsledek jiného somatického onemocnění nebo životní zátěže. (Baštecký et al.; Pacovský, in Vágnerová, 2007)

Pojetí teorie psychosociálního vývoje od E. H. Eriksona uvádí, že v každém období života, tedy i ve stáří, dochází k tzv. krizi, ve které se jedinec musí vypořádat s určitým vývojovým úkolem a získat tzv. cnost. V případě, že je krize vyřešena pozitivně, dochází dále ke zdravému vývoji. Pokud je krize vyřešena negativně, tak vývoj i nadále pokračuje, nicméně nevyřešené problémy i nadále přetrvávají a v pozdější době se mohou projevit. V období stáří dochází ke sporu integrity x zoufalství. Podle Eriksona se v této fázi života člověk ohlíží zpět a hodnotí prožití svého života, zjišťuje, že jeho život byl smysluplný a byl prožit takřikajíc na plno. V této fázi člověk může dosáhnout i poslední cnosti, tedy moudrosti a je připraven z tohoto světa, dříve či později, odejít. Nicméně v tomto období může docházet také k nespokojenosti s prožitým životem, nenaplnění osobních plánů a představ. Veškeré tyto negativní myšlenky a úvahy se poté projeví ve strachu ze smrti. (Doňková, Novotný, 2010)

Kalvach (1997) současně ve své knize uvádí, že dochází k celkovému zpomalení nervového systému a dále k prodloužení reakční doby na situace a podněty, které se v běžném životě vyskytují. Dle Kalvacha dochází i k častějším poruchám spánku. Pro proces stárnutí je dle něj typické zhoršení vybavování si jevů a znalostí, ale současně dochází i k horšímu vstřípení nových poznatků a znalostí. Nicméně i tato oblast je zcela individuální. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že vlastní prababička se ve svých 90 letech naučila základní fráze z anglického jazyka a při každé návštěvě na nás na úvod začala mluvit anglicky.

Jedlička (Jedlička a kol., 1991) ve své knize popisuje charakteristický obraz psychiky seniorů. Uvádí 3 typy psychických změn.

- Změny sestupné povahy - jedná se o pokles elánu, vitality snížení pozornosti nebo snížení schopnosti navazovat nové vztahy a stávající vztahy udržovat.

- Změny vzestupné povahy - zvýšení vytrvalosti, trpělivosti nebo toleranci k druhým lidem.
- Psychické funkce, u kterých nedochází ke změnám - jazykové znalosti slovní zásoba nebo intelekt.

Psychickým vývojovým změnám se také věnuje Vágnerová (2007), která uvádí změny následujících oblastech:

- Proměna kognitivních funkcí - pokles kognitivní funkcí není způsoben pouhým procesem stárnutí, ale za jeho hlavního strůjce lze považovat chorobné procesy. Dochází především ke zpomalení poznávacích procesů, poklesu rychlosti zpracovávání informací, zhoršení zrakových a sluchových funkcí, neschopnosti udržení pozornosti nebo celkovému zhoršení paměti. Veškeré tyto procesy mají výrazný vliv na kvalitu života jedince.
- Proměna emocionality - ke změnám dochází pod vlivem psychických, sociálních a somatických faktorů. Dochází k celkovému zklidnění, které se mimo jiné projevuje i emočním prožíváním, současně se zvyšuje dráždivost jedinců a citlivost na určité podněty, čímž narůstá citová labilita. Mění se pocit životní pohody a pozitivní emoce mají klesající tendenci.
- Proměna motivace a regulačních funkcí - schopnost zvládat náročné situace a snížení adaptability je projevem zpomalení a oslabení regulačních funkcí volního a emočního charakteru. Redukce těchto funkcí se často projevuje ve snížené přizpůsobivosti méně náročným podmínkám.
- Změny osobnostních vlastností - v některých případech může dojít až ke změně celé struktury osobnosti a v důsledku až ke změně chování. Změny osobnosti nemusí probíhat jen v důsledku samotného stárnutí, ale mohou se projevit jako reakce na nové životní situace. Proměna osobnostních vlastností probíhá v kontextu celého psychosomatického komplexu lidské bytosti a narušení jedné části se odrazí změnou v dalších.

3.4 Sociální změny

V období stáří nastávají, současně se změnami biologickými a psychickými, i změny sociálním. Postupně dochází k redukci různých sociálních dovedností, které mohou

v konečném důsledku vést až k naprosté izolaci jedince. Starší lidé po odchodu do důchodu tráví svůj volný čas převážně ve svých domácnostech, případně v rodinném kruhu a začínají se stranit širší společnosti.

Stáří seniorů je dle Vágnerové (2007) spojeno s několika sociálními skupinami:

- Rodina - je považována za nejvýznamnější sociální skupinu v životě seniora. Spadá sem nejenom soužití s partnerem, ale také styky s rodinou, sourozenci nebo vnoučaty.
- Přátelé a známí - v rámci vztahů s jinými lidmi než s rodinou, může docházet k udržení jiných sociálních kompetencí, které nejsou v rámci rodiny využívány. Na základě těchto vztahů může senior navázat i hlubší vztahy s lidmi namísto své rodiny, pokud tuto nemá nebo neplní své funkce.
- Společenství obyvatel určité instituce - jedná se především o nemocnice nebo domovy pro seniory, kde jedinec sdílí s ostatními lidmi určitý styl života a může tak docházet i k vytvoření hlubších vztahů s okolím.

Jiní autoři, např. Poledníková et al. (2006, s. 12-13) řadí mezi sociální změny také odchod do důchodu, změnu bydliště nebo smrt životního partnera. Venglářová (2007) uvádí navíc ještě ztrátu blízkých osob nebo osamělost.

Jak již bylo výše naznačeno, změny ve stáří se výrazněji projevují také v sociálních rolích. Nejspíš tou nejzásadnější je odchod jedince do důchodu. Vágnerová uvádí, že odchod do důchodu je spojen především se ztrátou profesní role a tím souvisejícím společenským postavením. V naší společnosti je obecně považován odchod do důchodu, a tedy i možnost nepracovat, za výhodu, nicméně tato změna úzce souvisí s nižším hodnocením lidí, společnost nebere v potaz jejich vykonanou práci za dlouhý život a senioři jsou posuzováni pouze na základě jejich aktuálního přínosu pro společnost.

Odchod do důchodu může nabízet i spoustu pozitivních stránek. Jedinci umožňuje dostatečné množství spánku a odpočinku, poskytuje dostatek volného času pro sebe sama, ale i na koníčky, na které jedinec v pracovním procesu neměl čas.

S odchodem do důchodů samozřejmě souvisí i změna ekonomického zajištění. Dochází k ukončení aktivního zaměstnání, ukončení výplaty mzdy za odvedenou práci a přichází naopak výplata starobního důchodu. V reálu se jedná, a v některých případech, až o drastické snížení příjmů. Neustále zvyšování běžných výdajů za bydlení, potraviny, ale i léky přináší seniorům značné finanční problémy. (Poledníková et al., 2006)

Další změnou, ke které v období stáří dochází, je nutnost změny bydliště. Změnou bydliště mohou být neustále se zvyšující finanční nároky na bydlení, ale také velikost a poloha bytu nebo jeho vybavenost. Na druhé straně za změnu ubytování může ve velké části zhoršení soběstačnosti, kdy už jedinec není schopen se o sebe postarat sám ani za pomoci terénních či ambulantních sociálních služeb a musí tedy odejít do pobytového zařízení sociálních služeb. Jedinec musí být se změnou srozuměn, jinak je pro něho takový přechod značně psychicky náročný.

Za nejzávažnější změnu považuje Poledníková et al. (2006) ztrátu životního partnera. Především ve stáří se mezi partnery vytváří silné pouto, jsou si navzájem oporou, a ačkoli jedinec ztrátu své nejbližší osoby očekává, nikdy na ni není připraven. Po jeho úmrtí přichází pocity osamělosti, prázdnoty, vytrácí se smysl života.

„Ovdovění vede k osamělosti, opuštěnosti a ke zvýšení pocitu osobní bezvýznamnosti. Jednou z možných reakcí bývá po odžití první fáze intenzivního zármutku a žalu tendence hledat nějakou aktivitu nebo jiný sociální kontakt (s příbuznými, s dětmi či vnuky, nebo na vrstevnické úrovni), který by mohl pocity osamělosti kompenzovat. Ovdovělí staří lidé obvykle nehledají náhradu za zemřelého partnera, ale snaží se vyrovnat jeho ztrátu oživením jiných vztahů, např. připoutáním k některým členům rodiny nebo k přátelům. Ovdovění často stimuluje kontakty s lidmi, kteří také ztratili partnera a s nimiž je spojuje možnost sdílet stejnou zkušenost.“ (Morgan et al., in Vágnerová, 2007, s. 380–381)

Staří lidé mají často pocit, že jsou pro společnost a pro rodinu jen přítěžím a často si přijdou neužiteční. Nejdůležitější je tedy vztah s rodinou i se společností. V případě nepřizpůsobení se změnám ve stáří může vést v konečném důsledku až k totální sociální izolaci.

Se změnami biologickými, psychickými a samozřejmě i sociálními se starý člověk stává, jak již z obsahu vyplývá, více nemocným, závislejším, zranitelnějším. Z těchto aspektů plyne i to, že se senior může velice lehce stát obětí diskriminace, násilí nebo závažných trestných činů.

Problémy diskriminace seniorů se ve společnosti objevují stále ve větší a drastičtější míře.

Ageismus – stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří, diskriminace na základě věku se dnes už stává často používaným pojmem. Člověk se dostane do problémů právě na základě vyššího či vysokého věku. To se projevuje například odmítáním pojištění, uzavírání různých typů půjček či hypoték atd. .

Nejčastěji uváděnou formou diskriminace je to, že jsou různými agenturami pořádány prodejní akce, kde jsou účastníci velice často lákáni na různé výhody, je jim umožněn „výhodný nákup“ za mnohonásobně předraženou cenu, což senior v té chvíli ještě ani netuší.

Dochází k podpisu smluv, které nejsou zcela jasné a konkrétní, senioři jsou často slovně i fyzicky napadáni. Při takových akcích je seniorům nabízen i alkohol, což velice často způsobí to, že senior nátlaku prodejce podlehne a předražený, v podstatě nepotřebný, výrobek koupí už jen proto, aby měl od prodejce "klid". Uvedu zde například zfilmovaný dokument „Šmejdi“, který probíhal ve veřejných sdělovacích prostředích, kde jsou jasné tyto nekalé praktiky zveřejněny.

Pokud je senior pod velkým tlakem prodejce, může u něho dojít, právě pod vlivem změněných tělesných i psychických schopností, i k poškození zdraví, infarktu či mozkové příhodě. I tyto případy se v naší společnosti vyskytují.

Senior, díky oslabení celkové funkčnosti organismu, je také velice snadnou obětí při páchání násilí na jeho osobě. Násilí se může dopouštět jak jeho vlastní rodina, tak i pečovatelé v zařízeních, které paradoxně slouží k pomoci a podpoře jejich osoby.

Násilí může mít podobu slovních nářeků či urážek, ponižování, neposkytování náležité podpory při péči o svou osobu, odpírání pomoci, tělesné násilí. Ze strany dalších osob může docházet k finančnímu obtěžování, sexuálnímu zneužívání, nedodržování veškerých základních lidských práv vyplývajících z Listiny základních práv a svobod.

Senior se velice často stává obětí trestných činů, loupeží, přepadení, vražd. I z tohoto hlediska je důležitá prevence, která vyplývá z poučení člověka, ať už vlastní rodinou, blízkými či ošetřujícím personálem.

4 KVALITA A SMYSL ŽIVOTA VE STÁŘÍ

4.1 Pojem kvalita života

Pojem kvalita života se v dnešní době dostává do popředí a stává se klíčovým prvkem pro hodnocení individuálního, ale i kolektivního života. V běžném životě se neustále hovoří o kvantitě, tedy o délce života. Délku života lze lehce změřit, ale na kvalitu života mají lidé odlišné názory. Do popředí se proto v poslední době dostávají různé průzkumy a výzkumy zaměřené na tuto problematiku.

Kvalita života je sofistikovaný pojem, který se dotýká různých vědních oborů, jako je například sociologie, psychologie, ekonomika, pedagogika a mnoho dalších. Poznatky jednotlivých oborů se spolu prolínají a úzce spolu vytváří souvislý celek. Co je vlastně kvalita života? Pokud položíme tuto otázku různým jedincům, tak zajisté získáme i rozdílné odpovědi.

Pro každého má kvalita života svůj specifický význam. Pro porovnání zde uvedu příklad člověka, který žije na pokraji společnosti v chudobě a člověka, který žije v blahobytu. Pro člověka žijícího v chudobě je podstatné to, aby mohl uspokojit alespoň své základní existenční potřeby, mezi něž patří zejména potrava a přístřeší, na rozdíl, člověk žijící v blahobytu se těmito existenčními potřebami zcela jistě nezabývá až tak do hloubky, pro něho je to samozřejmost.

Kvalita života se jeví ze dvou stránek, z pohledu subjektivního a objektivního. Subjektivní znamená to, jak sám člověk, jedinec, vnímá, co ho v životě uspokojuje, jaký je jeho společenský status, jaké má vzdělání, jaké uznává hodnoty, jakým způsobem a v jakých oblastech se dokáže nebo chce seberealizovat. Jeho uspokojení pak záleží na tom, jestli svého cíle je schopen dosáhnout. V této oblasti je důležité to, jak jedinec vnímá sám sebe, kognitivní hodnocení a emoční složka, což ovšem nemusí souviset s ekonomickým zajištěním. Pokud chceme zjistit kvalitu života, je nezbytně nutné nalézt faktory, které ke kvalitě života přispívají.

Objektivní pohled přináší v podstatě to, jak je člověk materiálně zajištěn, v jakých životních podmínkách žije.

Vacková (2013,s.13) uvádí: „*Poprvé pojem kvality života uvedl Pigou v roce 1920 ve své práci, zabývající se ekonomikou a sociálním zabezpečením. S ohlasem se však nesetkal a pojem byl pak znovu objeven až po druhé světové válce a to když byl uveden do politiky americkými prezidenty J.F.Kennedym a L.B.Johnsonem. Zájem se přenesl na spolupráci a pomoc rozvojovým zemím a také k úctě k menšinám. Pojem kvality života se objevil i v Evropě v programu Římského klubu. Tento program odsuzoval zbrojení a za cíl si kladl najít prostředky a způsoby, které vedly k humanizaci člověka a světa. Hlavním úkolem klubu bylo programové zvyšování životní úrovně lidí a jejich kvality života. Problematika kvality života se do popředí zájmu dostala z důvodů ekonomického růstu a rozvoje vědy a techniky a zároveň dopad tohoto na ohrožení zdraví a existence lidstva.*“

Dle Křížové (2005) se odborná veřejnost shoduje na třech hlavních oblastech, které jsou obsaženy ve významu pojmu „kvalita života“, je to fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy s druhými lidmi.

Nejen definování kvality života, ale stanovení indikátorů kvality života je interdisciplinární problém. Je zapotřebí vzít v úvahu znalosti z oblasti filozofie, sociologie, ekonomie, ekologie, psychologie, ale i mnoha dalších vědních oborů. (Halečka, 2002)

Pro seniory jsou hlavní ukazatelé kvalitního života považovány celkový zdravotní stav, schopnost vykonávat běžné činnosti, hmotné zabezpečení a životní spokojenost. (Dragomirecká, Prajsová, 2009)

V běžné společnosti panuje obecný názor, že prožití kvalitního života je umožněno díky nepřítomnosti nemocí, tedy tak, když je člověk zdravý. Nicméně tento jeden ukazatel nelze považovat za adekvátní, protože by to znamenalo, že nemocní lidé nemohou prožívat kvalitní život. V závislosti na této domněnce Křivohlavý (2009, s. 40) definuje zdraví takto: „*celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“.

Přes mnoho snah o definici kvality života se i nadále jedná o velmi subjektivně vnímanou skutečnost. Z tohoto důvodu byly vytvořeny speciální dotazníky *IQL (Index Quality of life)*, které se zaměřují a následující oblasti:

- Sebepřijetí - přijetí vlastní minulosti
- Pozitivní vztahy - s lidmi, na kterých druhému záleží

- Autonomie - právo vyjadřovat se k důležitým i nedůležitým věcem
- Zvládání životního prostředí - pocit bezpečí v aktuálním prostředí člověka
- Smysl života - vyhodnocení uplynulého života a jeho zhodnocení
- Osobní rozvoj - označován jako poslední úsek osobního zrání.

(Šolcová, Kebza, in Haškovcová, 2010, s. 254 - 255)

V posledních fázích lidského života jedinec považuje svůj život za kvalitní tehdy, pokud je spokojený s dosavadním životem. Hodnotí kladně uplynulý věk, je spokojený s tím, jak svůj život prožil. Tehdy je kvalita života prožívána na vysoké úrovni. (Křivohlavý, 2002)

Viktor Frankl: „*Usilovná snaha hledat smysl vlastního života je základní hybnou silou v člověku. Dovolují si tvrdit, že neexistuje na světě nic, co by člověku pomohlo přežít i ty nejhorší podmínky tak účinně, jako poznání, že jeho život má nějaký smysl.*“

Z hlediska toho, že stáří je v podstatě poslední etapou lidského života, člověk bilancuje a hodnotí vše, co prožil, vše, co mohl udělat a třeba nestihl, je velice důležitá autonomie. Autonomie znamená to, že se člověk rozhoduje sám za sebe na základě své vůle. Je důležité, aby autonomie zůstala zachována i v seniorském věku.

Na autonomii se dá pohlížet z více úhlů pohledu například autonomie ve filozofii, psychologii a sociologii.

Ve filozofii je tento pojem spojovaný se svobodou a rovnoprávností, sebeřízením.

V psychologii je to zaměření na myšlení, jednání, vnější i vnitřní podmínky, odpoutání od zavedených konvencí. Autonomii psychologové chápou jako „*úzký vztah mezi stavem subjektivní fyzické i psychické pohody a považují ho za jedno z kritérií mentálního zdraví*“ (Sýkorová, 2007, str. 74)

Sociologové vidí autonomii jako svobodu člověka, individua v rámci společnosti, autonomie úzce souvisí s teorií sociálního jednání, teorií socializace, teorií moci. Sociologické chápání autonomie ovlivnily i práce Erich Fromma, který sociologii spojil s vysvětlením psychologické podmíněnosti.

„Autonomie je tedy nahlížena z mnoha perspektiv a používá se v poměrně značné šíři významů. Jejich společným jádrem je uznání autonomie jako podstatného rysu a žádoucí kvality individua.“ (Sýkorová, 2007, str. 74)

Dá se tedy konstatovat, že autonomie je relativní samostatnost jedince a to vzhledem k okolí, ve kterém žije, tak jeho schopnosti, dovednosti, vůle vést v daném prostředí svůj život, tak jak on sám chce, podle svých pravidel, možnost se samostatně rozhodovat a své chování a jednání kontrolovat.

Z předchozího textu vyplývá, že autonomie je spojena se svobodou, tudíž s dodržováním lidských práv.

Svoboda znamená to, že se člověk rozhodne, jak sám chce. Svoboda se stává svobodou, je-li dostatek prostoru pro volbu člověka a jeho aktivity. Pokud je zasahováno do svobody, je zasahováno i do autonomie. (Sýkorová, 2007, str. 75)

Dalším předpokladem autonomie je respektování soukromí jedince (což se týká nevměšování druhých jednotlivců nebo skupin či institucí). Právě starší lidé se častěji vystavují hrozbě ztráty soukromí, hlavně v institucionální péči nebo při životě bez partnera nebo kontaktů s nejbližšími.

Nezávislost znamená spolehnout se sám na sebe a vykonávat činnosti bez pomoci dalších, což souvisí se soběstačností. Pokud se člověk stane nesoběstačným, ztrácí část své autonomie, protože do jeho života a běžných činností, které již není schopen zvládat, zasahují další jedinci, skupiny nebo instituce.

Autonomie je propojena s potřebami a s potřebami je spojeno chování. S uspokojováním potřeb zde zmíním A. Maslowa. Ve své práci se zabýval vytvořením hierarchie uspokojování lidských potřeb. Specifikoval a seřadil uspokojování potřeb do systému pyramid.

Člověk potřebuje uspokojit nejdříve potřeby základní (jídlo, pití, přežití...) a pak potřeby vyšší (někam patřit, pocit seberealizace, pocit pohody...). Pro seberealizaci musí člověk použít svůj vlastní potenciál k uskutečnění svého vlastního „Já“. (Vízdal, 2009, str. 50). Autonomie podle Maslowa je postavena až na vrchol pyramid.

„Autonomie souvisí s potřebou vyjádřit vlastní individualitu, své schopnosti, realizovat záměry, rozvíjet vlastní činnosti jako práci, zájmy, víru....“ (Sýkorová, 2007, str. 78)

Jako součást autonomie, jak jsem zmiňovala výše, je také pocit pohody a seberealizace. Seberealizaci prožívá každý jedinec odlišně. Záleží na tom, jaké hodnoty uznává a preferuje.

„Subjektivní pohodu lze popsat jako výskyt pozitivních emocí v delším časovém úseku – absenci nepříjemných tělesných pocitů, pozitivní sebehodnocení – mít se rád a mít rád ostatní lidi.“ (Vaňourová, Mühlpachr, Kvalita života, Teoretická a metodologická východiska, str. 32)

4.2 Kvalita života v zařízení sociálních služeb

Prvotní verze standardů kvality vznikla a byla Ministerstvem práce a sociálních věcí doporučována již v roce 2002. Až do roku 2007, kdy vešel v platnost zákon o sociálních službách, prošly standardy kvality několika úpravami až do dnešní finální podoby.

Jak již bylo uvedeno v předchozích kapitolách, každý registrovaný poskytovatel sociálních služeb má za povinnost dodržovat určité povinnosti stanovené zákonem o sociálních službách a dále standardy kvality.

Vzhledem k velkému množství druhů sociálních služeb bylo nutné formulovat standardy kvality tak, aby jejich přenesení do praxe a jejich dodržování bylo možné uskutečnit. Standardů kvality je celkem 15 a dělí se na tři části – standardy procedurální, personální a provozní.

Všemi standardy kvality se prolíná dodržování práv klientů sociálních služeb, jakožto jeden ze základních principů poskytování sociálních služeb. Standardy stanoví postupy, jak by mělo probíhat již jednání se zájemcem o službu, projednávání smlouvy nebo individuální plánování, na kterém je sociální služba založena. Jiné standardy zase stanoví poskytovateli mít zveřejněný soubor informací o poskytovaných sociálních službách pro případné zájemce.

Kvalitu poskytovaných sociálních služeb posuzuje inspekce poskytování sociálních služeb, kterou v současné době provádí Ministerstvo práce a sociálních věcí (nejdříve inspekce poskytování sociálních služeb prováděl příslušný krajský úřad, příp. Ministerstvo práce a sociálních věcí, do konce loňského roku inspekce spadaly pod výkon Úřadu práce).

Oprávnění provádět kontroly poskytovatelů umožňuje zákon o sociálních službách. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že inspekce poskytování sociálních služeb prošly od doby účinnosti zákona velkým vývojem.

V současné době probíhá projekt zaměřený, mimo jiné, na změnu metodiky provádění inspekci. Řešitelé projektu počítají s tím, že inspekce nebude do budoucna kontrolovat metodiky poskytovatele v tak velké míře, jak tomu bylo doposud, a za toto byla inspekce a inspektoři značně kritizovány, ale bude se zaměřovat na případovou práci s konkrétním klientem. Je ovšem k diskuzi, když bude inspekce prováděna u poskytovatele, jehož kapacita bude přes 200 klientů, zda bude dostatečně vypovídající hodnotit kvalitu služby na minimálním výběrovém souboru klientů a případně pak poskytovatele „označit“ za špatného nebo dobrého.

Kvalitou sociálních služeb se nezabývá jen státní kontrola, kterou je inspekce poskytování sociálních služeb, ale také další organizace. Jednou z nich je Asociace poskytovatelů sociálních služeb, která začala udělovat poskytovatelům domovů pro seniory a nově i domovům se zvláštním režimem tzv. hvězdičky. Hvězdičky mají být pro budoucí klienty značnou určitou kvalitu poskytovaných služeb, čím více hvězdiček, tím kvalitnější služba. Osobně jsem navštívila zařízení sociálních služeb, které obdrželo celkem 4 hvězdičky z celkových 5 možných, a současně u tohoto poskytovatele byla provedena inspekce poskytování sociálních služeb. Bohužel se výsledky hodnocení kvality obou orgánů značně liší.

Kvality života v zařízení sociálních služeb ale také závisí na pracovnících v sociálních službách a sociálním pracovníkovi. Na tyto pracovní pozice jsou kladeny v zákoně o sociálních službách konkrétní požadavky vzdělání. Každý poskytovatel si pak dále může stanovit další osobnostní předpoklady. Obecně lze říci, že poskytování pomoci a péči druhému člověku musí vycházet z chuti pomoc poskytnout. Opět jsem se již několikrát osobně přesvědčila, že absolvované vzdělání není zárukou kvalitně poskytované sociální služby.

Velkou pozornost je potřeba směřovat na práci, která je zaměřena přímo na konkrétní osobu. Je třeba zde zdůraznit důležitost a kvalitu navázaného vztahu mezi personálem a klientem. Uvedu zde pět vlastností vztahu, které ho ovlivňují, je to iniciativa, aktivita, vedení moc a význam. Od toho se poté odvíjí i kvalita poskytované péče.

Roli zde hraje také pocit pohody a seberealizace ze strany klienta. Jde o pocit vnitřní spokojenosti člověka, že může sám o sobě rozhodovat a jeho rozhodnutí neovlivňuje jiný subjekt.

„Subjektivní pohodu lze popsat jako výskyt pozitivních emocí v delším časovém úseku – absenci nepříjemných tělesných pocitů, pozitivní sebehodnocení – mít se rád a mít rád ostatní lidi.“ (Vařourová, Mühlpachr, 2012, str. 32)

Kvalita života je taktéž odvislá od materiálních a technických podmínek zařízení, ale také z nabídky různých aktivizačních terapií.

4.3 Kvalita života v přirozeném prostředí

V roce 2007 byla vládou naší republika přijata nová koncepce podpory transformace pobytových služeb ve služby poskytované v přirozené komunitě čili v přirozeném prostředí uživatele a jeho následné začleňování. Touto problematikou se již několik let zabývá i Evropská unie. Cílem je poskytnutí a zabezpečení služeb, které jsou zaměřeny na individualitu každého člověka, na individuální podporu člověka v jeho přirozeném prostředí.

Právo na život v přirozeném prostředí vychází v podstatě už z poválečných let, kdy byla přijata Všeobecná deklarace lidských práv a mnoho dalších dokumentů.

Většina lidí žijících kvalitním životem a s milující rodinou dává přednost prožití poslední etapy svého života v domácím prostředí, kde prožila většinu života.

Člověk má z těchto míst uchováno mnoho vzpomínek a rád se vrací na známá místa, k přátelům, zájmům.

Potřebná péče seniorům, kteří žijí v přirozeném prostředí je zabezpečována hlavně blízkou rodinou popřípadě dalšími příbuznými. Rodina zde hraje velice důležitou roli a to jak v poskytování péče, tak i poskytování podpory a pomoci.

Senior, který už díky svému vysokému věku a s tím i snížení schopností postarat se o vlastní osobu, většinou volí život v přirozeném prostředí před ústavní formou péče. Výhodou setrvání v domácím prostředí je to, že starý člověk nemusí v převážné většině

měnit své způsoby života, své koníčky a hlavně není vytržen z okruhu svých blízkých, rodiny a přátel.

Nový život v nových životních podmínkách by mohl znamenat v některých případech i velkým problémem.

Přivykání na nové, neznámé podmínky života v zařízení, kde nikoho nezná, neví, co ho čeká, jaká forma podpory a pomoci mu bude poskytnuta, by mohla vést k obavám, zda-li bylo zařízení správně zvoleno, zda-li najde i v tomto věku nové přátele.

Toto zcela určitě souvisí i s kvalitou života. Může dodržovat své zvyky a přitom je o něho postaráno.

Co je kvalita života? Tento pojem se dotýká mnoha oblastí, jako je například ekonomie, sociologie, psychologie a mnoho dalších. Všechny tyto oblasti spolu souvisí a vzájemně se prolínají.

J. Payne (2005, str. 218) specifikuje pojem takto: „*Pojem kvalita života má svou historii a jeho dnešní výklad je touto historií podmíněn.*“

Pohled na kvalitu života z pohledu našeho a z pohledu seniora bude zajisté odlišný. To, co je pro jednoho prioritou, může být pro druhého nepodstatné. Důležité je to, aby byl život smysluplný, hodnotný, zajímavý a šťastný. A tato velice podstatná věc souvisí samozřejmě i s prostředím, ve kterém člověk žije. „*Není pochyb o tom, že prostředí, zdraví a kvalita života jsou kategorie vzájemně spjaté a neoddělitelné.*“ (Payne, 2005, str. 234)

Kvalitu života proto musí posoudit každý sám, ze svého subjektivního pohledu. Proto rozhodnutí, co je pro seniora kvalitní a co není, bychom měli v zásadě respektovat, můžeme ovšem poukázat na aspekty, které senior třeba nevidí nebo nevnímá, ale které s kvalitou života neoddělitelně souvisejí.

S kvalitou života v přirozeném sociálním prostředí souvisí i oblast trávení volného času seniorů. Nejen v pobytových zařízeních sociálních služeb, ale především v domácnostech seniorů se v poslední době věnuje pozornost tzv. aktivnímu stárnutí. Aktivním stárnutím se v poslední době zabývají v čím dál větším měřítku města, obce, ale i různí poskytovatelé, nejen sociálních služeb. Jde především o vyplnění volného času seniorů, ale také o přiblížení problematiky seniorské populace mladším generacím. Pro seniory, kteří nejen že nezahálí, ale mohou být svým životním optimismem a neutuchající aktivitou pozitivním příkladem i o dvě generace mladším jedincům, bývají zpravidla pořádány kurzy počítačové

gramotnosti, společné výlety do okolních obcí, ale i do vzdálenějších míst. Pro některé místní kluby důchodců zajišťují i účast na různých kulturních a společenských akcích, např. na hokejových utkáních nebo na koncertech zpěváků a skupin jim známých.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUM

5.1 Cíle výzkumu a stanovené hypotézy

Výzkum bude stanoven a realizován na základě získaných poznatků z prostudované literatury a získaných vlastních praktických zkušeností při několikaleté práci v oblasti sociálních služeb, zejména kontrole kvality služeb a dodržování platné legislativy, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, při poskytování sociálních služeb.

Hlavním cílem diplomové práce je pokusit se dokázat, že kvalita poskytovaných služeb, bez ohledu na jejich charakter a způsob poskytování, je víceméně totožná a že primárně závisí na osobní spokojenosti klientů a adaptaci na jejich aktuální životní situaci.

Byly stanoveny celkem dvě hypotézy, které na základě zjištěných faktů v následujících kapitolách budou verifikovány nebo falzifikovány.

Nejen v sociální oblasti, ale i v povědomí veřejnosti panuje obecný názor, že sociální služby by měly být až poslední možná volba při řešení nepříznivé sociální situace. Téměř ve všech případech je pro seniory nejlepším dožitím zbytek svého života v domácím prostředí, ať už za pomoci rodiny nebo terénních sociálních služeb, nikoli v prostředí institucionálním. Od toho se odvíjí i jejich aktuální spokojenost. Současně bývá v posledních desetiletích neustále skloňována kvalita sociálních služeb a kvalita života seniorů. Jako v každé běžné společnosti, jsou i u nás rozdílné bytové podmínky seniorů. Část z nich žije ve svých domácnostech, část již žije v pobytových sociálních službách.

Pro získání potřebných faktů pro řešení této otázky jsem stanovila následující hypotézu:

hypotézu č. 1 - „*Osoby žijící ve svých domácnostech jsou spokojenější než osoby žijící v domovech pro seniory*“. V této hypotéze se nicméně bude odrážet i kvalita poskytování jednotlivých služeb, protože pokud dojde k dobré adaptaci klienta na službu, může být spokojenější než ve svém vlastním domově. Vzhledem k tomu, že kvalita života je velice subjektivní a kvalitu každý člověk vnímá jiným způsobem, bude kvalita života seniorů

v obou zkoumaných místech vnímána jako jejich subjektivní náhled na jejich životní situaci.

Jak bylo již uvedeno v jedné z předcházejících kapitol, neustále se do popředí dostávají otázky týkající se stárnutí. Současně se hlavním trendem stává deinstitucionalizace sociálních služeb. Platí nepsané pravidlo, že sociálních služeb a tím spíše pobytových, by mělo být využíváno až jako poslední možnosti. S tím souvisí i otázky, zda budou aktuálně poskytované sociální služby schopné pokrýt požadavky občanů, budou schopny do budoucna zabezpečit péči o seniory a tím oddálit jejich možný nástup do pobytového zařízení. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla provést ještě jedno nezávislé šetření, ve kterém bych chtěla zjistit, zda jsou aktuálně poskytované služby schopné pokrýt poptávku občanů. Šetření se bude opět týkat služeb pro seniory.

Pro získání potřebných faktů pro řešení této otázky jsem stanovila následující hypotézu:

hypotéza č. 2 - „*Terénních sociálních služeb pro seniory je dostatek na pokrytí aktuální poptávky*“.

5.2 Popis výběrového souboru

Výzkum pro tuto práci probíhal v několika zařízeních sociálních služeb, které se vyskytují v přilehlých lokalitách Rychnova nad Kněžnou.

První z nich je Geriatrické centrum v Týništi nad Orlicí, které je poskytovatelem jak pečovatelské služby, tak i domova pro seniory. Pro tuto práci budou využity oba druhy poskytovaných služeb.

Druhým poskytovatelem sociálních služeb je město Kostelec nad Orlicí, které je zřizovatelem pečovatelské služby.

Třetím poskytovatelem je město Rychnov nad Kněžnou, které poskytuje pečovatelskou službu.

Dalším a předposledním zařízením je Domov důchodců v Albrechticích nad Orlicí.

Pro objektivní porovnání a lepší posouzení získaných výsledků výzkumu, aby byl počet terénních a pobytových služeb vyrovnaný, byl jako poslední poskytovatel vybrán Domov důchodců Borohrádek.

Geriatrické centrum Týniště nad Orlicí

Geriatrické centrum v Týništi nad Orlicí zajišťuje pro občany města Týniště nad Orlicí a přilehlých obcí komplexní péči pro seniory. Pečovatelská služba je určena pro seniory a osoby se zdravotním postižením, nutností poskytování sociálních služeb je samozřejmě nepříznivá sociální situace zájemce. Již z druhu druhé poskytované služby je zřejmé, že je služba určena primárně pro seniory. Pečovatelská služba je poskytována ambulantní i terénní formou, ambulantní služby jsou poskytovány v sídle pečovatelské služby ve středisku osobní hygieny. Pečovatelská služba je poskytována v pracovních dnech až do pozdních odpoledních hodin, o víkendu je zajištěn pouze dovoz obědů. Služba domov pro seniory je určena především pro seniory z Týniště nad Orlicí a přilehlých obcí, po uspokojení zájemců z těchto lokalit je možné přijmout i osobu z jiné části Královéhradeckého kraje.

Město Kostelec nad Orlicí - pečovatelská služba

Pečovatelská služba v Kostelci nad Orlicí je určena pro osoby, kterým byl přiznán starobní nebo invalidní důchod, osoby se zdravotním postižením, osoby s chronickým onemocněním a rodinám s dětmi. Již ze samotného smyslu sociálních služeb je nutné, aby byla osoba v nepříznivé sociální situaci. Poskytovatel usiluje o to, aby mohl klient pečovatelské služby co nejdéle žít aktivní a samostatný život ve svém přirozeném prostředí. Služba je poskytována v domácnostech klientů v Kostelci nad Orlicí a přilehlých obcích, se kterými ovšem musí mít město Kostelec nad Orlicí uzavřenou smlouvu o zajišťování a poskytování pečovatelské služby. Pečovatelská služba je poskytována terénní i ambulantní formou (tato forma je poskytována ve středisku osobní hygieny a prádelně v sídle pečovatelské služby). Služby jsou poskytovány každý den v týdnu, včetně víkendů.

Město Rychnov nad Kněžnou - pečovatelská služba

Pečovatelská služba v Rychnově nad Kněžnou poskytuje své služby obdobnému okruhu osob jako pečovatelská služba v Kostelci nad Orlicí. Cílovou skupinou osob, pro které je služba určena, si poskytovatel definoval jako seniory a osoby se zdravotním postižením. Dále poskytne služby i rodinám s dětmi. Zájemci o službu musí žít v Rychnově nad Kněžnou nebo spádových obcích. Opět je nutné, aby byl zájemce v nepříznivé sociální situaci, kterou již není schopen vlastními silami zvládat. Pečovatelská služba je také poskytována jak terénní formou, tak formou ambulantní. Péči o své klienty zajišťují pracovníci po celý týden, včetně víkendů a svátků. Tato pečovatelská služba má i několik středisek ve spádových obcích, kde jsou k zastížení pracovníci a současně je v některých spádových obcích i středisko osobní hygieny.

Domov důchodců Albrechtice nad Orlicí

Zařízení poskytuje pobytové sociální služby osobám, kterým byla odborným lékařem diagnostikována Alzheimerova demence.

„Kvalita sociálních služeb je důležitá proto, že je tím hlavním, co si starý člověk v našem zařízení uvědomí. Vlídne zacházení, neustálá asistence pracovníků, které Vám naslouchají. Individuální přístup vyplývá ze snahy maximálně vyhovět všem přáním a potřebám každého člověka. Vycházíme vstříc jeho požadavkům a zvyklostem v jídle, respektujeme jeho povahu a osobnostní rysy. Velice důležitá je pro nás spolupráce s rodinou, návštěvy nejsou časově nijak omezeny.“ „Klademe veliký důraz na ergoterapeutickou činnost. Volnočasové aktivity jsou prováděny individuálně, nebo ve skupinách. Klienti se mohou sami aktivně zapojit nebo jen pasivně přihlížet.“ (<http://ddalbrechtice.cz>)

Domov důchodců Borohrádek

Poskytovatel zajišťuje pobytové sociální služby pro seniory. „Domov důchodců Borohrádek je umístěn v zámečku z 18. století a v moderní budově v jeho těsném sousedství na břehu Tiché Orlice. Jeho poloha, spolu s velkou zahradou, zaručuje dostatek klidu při odpočinku.“ „Posláním Domova důchodců Borohrádek je poskytovat seniorům v nepříznivé sociální situaci pomoc tak, aby vycházela z individuálních potřeb, aby byla

zachována lidská důstojnost a aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a svobod. Posláním je nahradit domov klientům, kteří vzhledem ke svému stáří a zdravotnímu stavu, nemohou žít ve svém přirozeném prostředí.“
(<http://www.ddborohradek.cz>)

Všechny poskytované sociální služby u těchto poskytovatelů jsou zajištěny odborně vzdělaným personálem, který se v pravidelných intervalech průběžně vzdělává, absolvuje supervize atd.

Výše uvedení poskytovatelé sociálních služeb mají společnou jednu cílovou skupinu osob, a tou jsou senioři. Do každé poskytované služby výše uvedené, byly doručeny dotazníky, na které klienti služeb odpovídali.

5.3 Metody výzkumu

Pro provedení výzkumného šetření byla použita kvantitativní metoda. Jako nejvhodnější metodu pro sběr většího množství dat v krátkém čase byla použita metoda anonymního dotazníkového šetření. Vzhledem ke stanovené cílové skupině – senioři bylo nutné dotazník koncipovat tak, aby byl pro seniory co nejvíce srozumitelný, nezabral velké množství času a také aby informace z něho byly co nejvíce relevantní.

Všechny dotazníky, které byli klientům vybraných pečovatelských služeb a domovů pro seniory předloženy, byly anonymní a jejich vyplnění bylo zcela dobrovolné. Klienti byli seznámeni s tím, že vyplnění dotazníků je zcela dobrovolné a anonymní. Byli také seznámeni s účelem, pro který dotazník bude sloužit.

Výběr konkrétních klientů k vyplnění dotazníku bude ponechán na zvážení pracovníků dané služby, neboť je nejlépe znají a vědí, kterým klientům nebude toto dotazníkové šetření činit potíže.

Dle volby jednotlivých klientů bylo možné vyplnit dotazník ve spolupráci buď s jednotlivými pracovníky, ke kterým mají klienti důvěru, nebo s rodinou.

Pro sběr dat pro potvrzení či vyvrácení hypotézy č. 2 bude využito rovněž dotazníkové metody. Dotazníky budou předány vedoucím pracovníkům a sociálním pracovníkům, kteří

mají v náplni práce evidenci došlých žádostí a mají tedy aktuální informace o poptávce po poskytování sociálních služeb.

Dotazníkové šetření patří k jedné ze základních sociologických technik sběru informací. Je postavené na získávání empirických údajů prostřednictvím dotazníku. Tento výzkumný nástroj je v podstatě předtištěným souborem otázek, na něž jsou vyžadovány písemné odpovědi od respondentů. (Řehoř, 2004)

Dotazník je méně časově náročný než rozhovor. Při sestavování dotazníků je třeba promyslet a přesně určit hlavní cíl dotazníkového průzkumu, logicky a stylisticky správně připravit konkrétní otázky a před finální aplikací dotazníku provést pilotáž na menším počtu zkoumaných osob, která pomůže provést poslední úpravy dotazníku. Otázky by měly být anonymní. Tím se zvýší upřímnost odpovědí. Dotazník bývá řazen do tzv. metod subjektivních. Subjektivnost dotazníku je dána tím, že dotazovaný zde může různým způsobem ovlivňovat své výpovědi. Může se snažit jevit společensky lepší nebo naopak horší. Psychologie si zde pomáhá konstruováním skóre upřímnosti, tj. vyhodnocení řady otázek, týkajících se některých situací denního života, ve kterých je pravděpodobné, že vyšetřovaný se v nich chová určitým společensky méně vhodným způsobem. Každý průměrný člověk musí např. odpovědět kladně na otázku: "Zalhal jste již někdy v životě?" Podle odpovědí na tyto specifické otázky lze usuzovat na spolehlivost či nespolehlivost vyplňování celého dotazníku. (<http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda>).

5.4 Analýza získaných dat a jejich vyhodnocení

Seniorům, kterým jsou poskytovány sociální služby v jejich přirozeném sociálním prostředí, ale i v domovech pro seniory byl předložen dotazník, který je přílohou č. 1. Dotazník je v první části zaměřen na získání identifikačních údajů o klientech. Vyjma prvních dvou otázek byly všechny další koncipovány s vlastní volbou odpovědi. Respondentům byl ponechán prostor pro vyjádření svých subjektivních názorů. Otázky byly zaměřené na zjištění jejich schopností a možností postarat se o vlastní osobu a domácnost, ale také na to, kdo případnou péči zajišťuje a jaký je osobní názor klientů na poskytovanou péči.

Do pečovatelských služeb bylo celkem distribuováno 60 dotazníků, 20 dotazníků ke každému poskytovateli sociálních služeb. Z maximálního možného počtu 60 vyplněných dotazníků jich bylo vráceno 42.

Do domovů pro seniory bylo taktéž distribuováno 60 dotazníků, opět 20 ke každému poskytovateli sociálních služeb. Dotazníků z domovů pro seniory se vrátilo celkem 39 dotazníků.

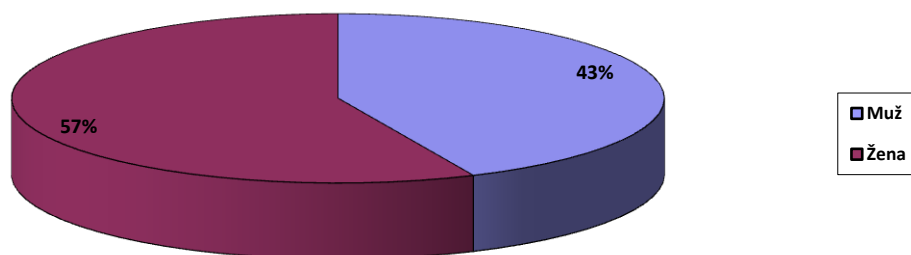
Pro zpracování výzkumu tedy bylo využito celkem 81 dotazníků od klientů sociálních služeb.

Dotazník obsahoval 9 otázek.

Pro zpracování získaných dat byla použita výpočetní metoda uskutečněná v programu Microsoft Excel 2007 a data byla přenesena do grafů, které jsou součástí práce.

Jak je již uvedeno výše, první otázky byly identifikační a první z nich sloužila k určení, zda dotazník vyplňoval muž nebo žena.

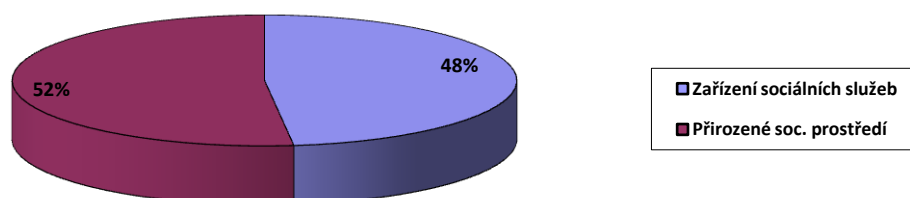
Otázka č. 1 - Jste muž nebo žena?



Graf č. 1, Pohlaví respondentů

Otázka č. 2 - Žijete v domácím prostředí (ve svém bytě) a dochází k Vám pečovatelka, která Vám pomáhá nebo v sociálním zařízení (domově pro seniory)?

Druhá otázka, taktéž uzavřená, sloužila k identifikaci prostředí, ve kterém dotazovaný respondent bydlí. Zda se jedná o zařízení sociálních služeb, tedy domov pro seniory nebo jeho přirozené sociální prostředí, jeho domácnost.

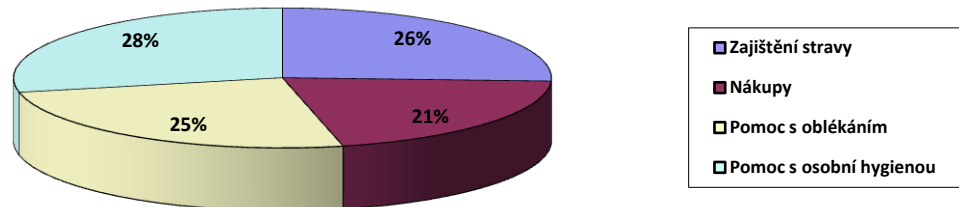


Graf č. 2, Místo bydlení

Další otázky již byly otevřené a respondenti se v nich mohli vyjádřit vlastními slovy.

Otázka č. 3 - V jakých oblastech Vašeho denního života potřebujete podporu a pomoc? (např. nákupy, vaření, úklid, oblékání, hygiena, pomoc při snížené mobilitě, obstarávání návštěv u lékaře, vycházky, atd.)

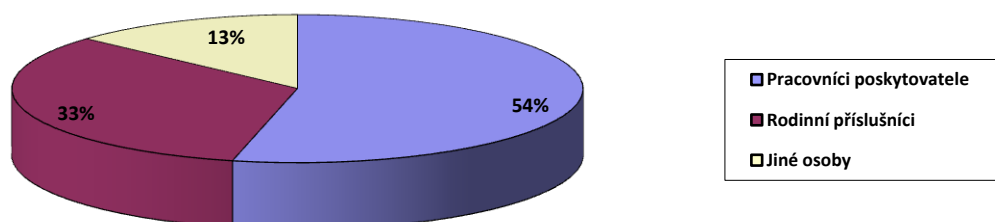
Tato otázka byla zaměřena na zjištění oblastí, ve kterých potřebují respondenti nejčastěji podporu nebo pomoc. Všichni respondenti, ať už respondenti využívající pečovatelskou službu nebo respondenti žijící v domově pro seniory, zpravidla uváděli shodné oblasti.



Graf č. 3, Oblasti podpory a pomoci

Otázka č. 4 - Kdo Vám tuto pomoc obvykle poskytuje? (např. manžel, rodinný příslušník, pečovatelky, jiná osoba)

Otázka č. 4 byla zaměřena na zjištění informace, kdo obvykle poskytuje pomoc a podporu klientům sociálních služeb. Ačkoli všichni respondenti jsou klienty sociálních služeb, z čehož vyplývá, že služby jsou jim poskytovány pracovníky poskytovatele, tak i přesto uvedli, že jim pomoc a podporu zajišťují i jiné subjekty než jsou pracovníci poskytovatele sociálních služeb.



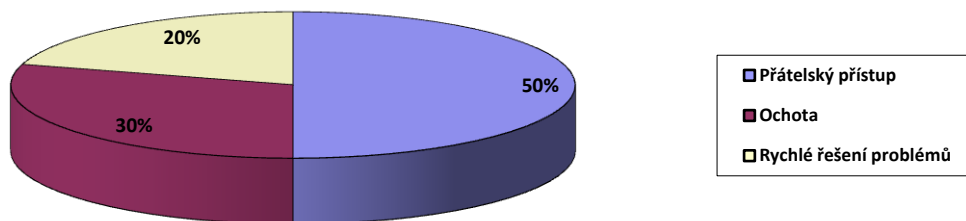
Graf č. 4, Subjekty zajišťující pomoc a podporu

Otázka č. 5 - Jaká je Vaše představa o práci pečovatelky, s čím by měla pomáhat a s čím skutečně pomáhá?

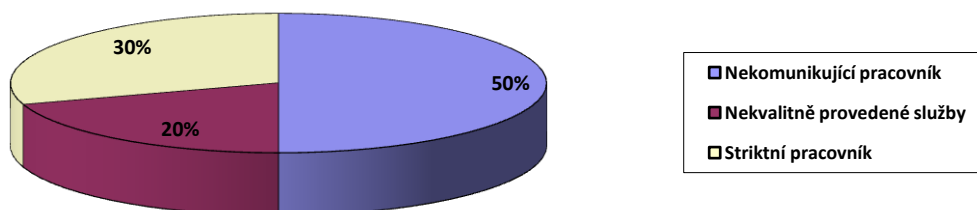
Otázka byla zaměřena na osobní představy respondentů o pomoci a podpoře pracovníků poskytovatele a současně na zhodnocení práce pracovníků poskytovatele. Respondenti shodně uváděli, že jim pracovníci poskytovatele pomáhají s tím, co už sami nejsou schopni si obstarat. Případně jim poskytují podporu u těch činností, ve kterých si již tolik nevěří, ale přesto jsou schopni je ještě sami v omezené míře vykonávat. Představy respondentů se shodují s aktuálním způsobem poskytování sociálních služeb.

Otázka č. 6 Jste spokojený(á) s kvalitou prováděných činností ze strany pečovatelky, popřípadě, co se Vám na jejím přístupu k Vám líbí či nelíbí?

Otázka č. 6 byla zaměřena na zjištění spokojenosti s vykonávanou prací pracovníků v sociálních službách. Současně se respondenti mohli vyjádřit, co se jim na přístupu pracovníků líbí nebo nelíbí. Všichni respondenti shodně uvedli, že jsou spokojeni s kvalitou základních činností, které jsou jim poskytovány. I přes toto konstatování uvedli oblasti, co se jim konkrétně líbí a nelíbí na přístupu pracovníků.



Graf č. 5, Pozitivní ohlasy na přístup pracovníka



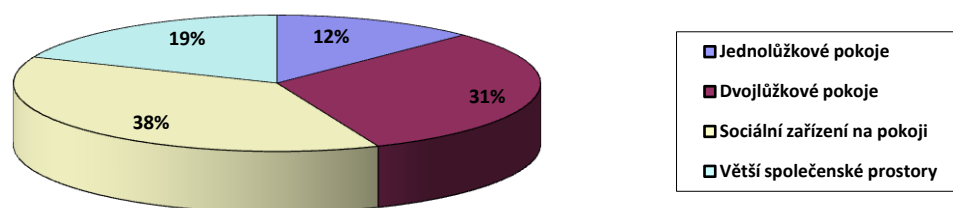
Graf č. 6, Negativní ohlasy na přístup pracovníka

Ačkoli jsem již výše uvedla celkovou spokojenost s kvalitou prováděných činností, tak i přes to může dojít v průběhu poskytování sociální služby k rozdílnému pohledu na poskytování sociálních služeb.

Otázka č. 7 - Co byste zlepšil(a) na prostředí, ve kterém žijete?

Touto otázkou bylo zjišťováno, co by respondenti změnili na prostředí, ve kterém žijí. Kvalita prostředí ovlivňuje subjektivní pocity lidí a současně může ovlivnit i péči o klienty sociálních služeb. Práce v příjemném prostředí se odráží v přístupu pracovníků a současně může vést ke kvalitnějšímu poskytování služby. Respondenti z pečovatelské služby uváděli

jednotně, že by si zlepšení domácnosti představovali ve formě bezbariérovosti domácnosti, ať už se jedná o bezbariérový přístup do domu, výtah v domě nebo bezbariérovost sociálního zařízení. Naopak klienti domovů pro seniory uvedli několik příkladů, co by na prostředí, ve kterém žijí, změnili.



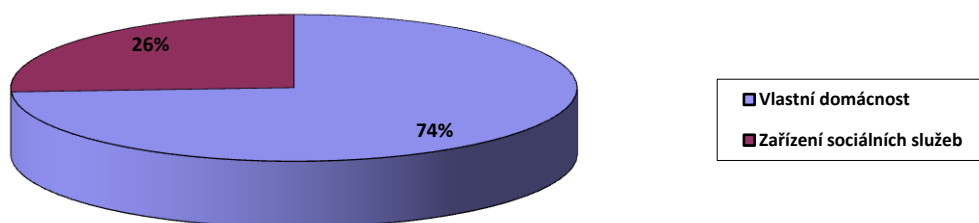
Graf č. 7, Požadavky na zlepšení prostředí

Otázka č. 8 - Co Vás vedlo k rozhodnutí, že jste zvolil(a) život v prostředí, ve kterém v současnosti žijete?

Tato předposlední otázka v dotazníku byla zaměřena spíše na klienty domovů pro seniory, neboť jí byly zjišťovány důvody volby prostředí, ve kterém klienti aktuálně žijí. Všichni klienti jednotně uvedli, že důvodem žití v domově pro seniory bylo zhoršení zdravotního stavu a neschopnost dalšího žití ve vlastní domácnosti ani za pomoci rodiny nebo pečovatelské služby.

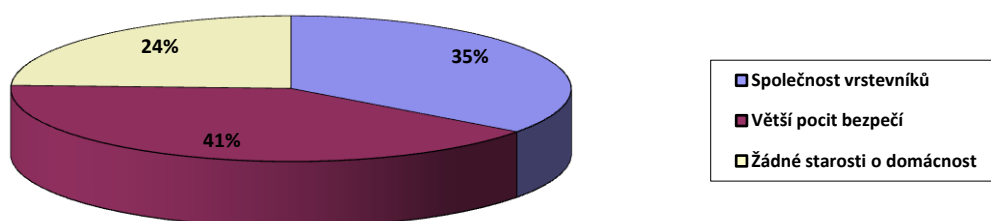
Otázka č. 9 - Pokud byste měl(a) možnost zvolit žít v domácím prostředí (s návštěvami pečovatelek) nebo sociálním zařízení (domově pro seniory), jakou možnost byste vybral(a) a proč?

Poslední otázka č. 9 byla rozdělena do dvou částí. První bylo zjišťováno, zda by klienti, bez ohledu na zdravotní a další problémy, volili život ve vlastní domácnosti nebo v zařízení sociálních služeb.



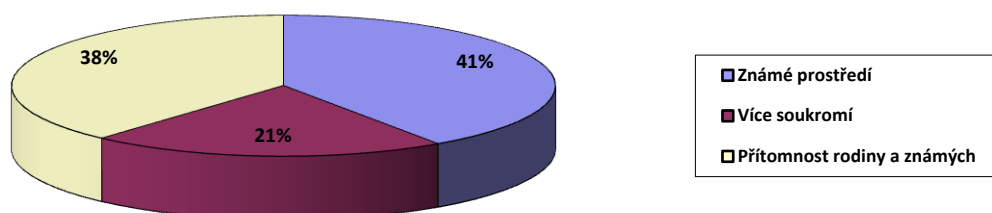
Graf č. 8, Volba prostředí

Ve druhé části poslední otázky byl zjišťován důvod konkrétní volby prostředí, ve kterém by ten konkrétní klient chtěl žít. Respondenti, kteří by radši volili život v zařízení sociální služeb, uváděli následující důvody.



Graf č. 9, Důvod volby prostředí - zařízení sociálních služeb

Respondenti, kteří by si zvolili život ve vlastní domácnosti, uváděli následující.



Graf č. 10, Důvod volby prostředí - vlastní domácnost

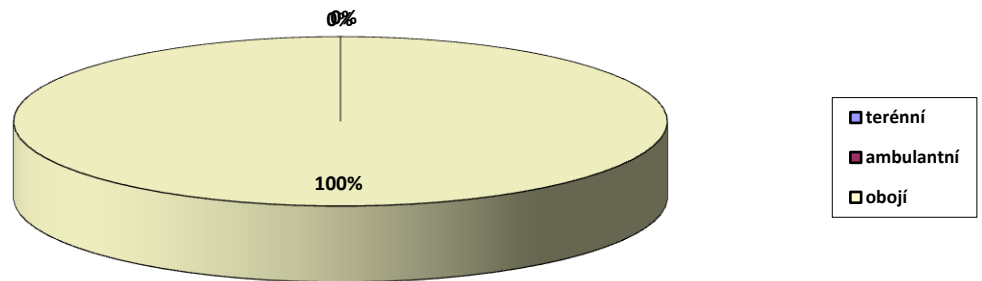
Pro falzifikaci nebo verifikaci hypotézy č. 2 jsem provedla další sběr dat, jehož analýza pak vedla ke zjištění, zda je v terénních sociálních službách na Rychnovsku, které jsou určeny primárně pro seniory, dostatečná kapacita pro zajištění potřebné péče zájemce.

Sestavený dotazník, který obsahoval 10 otázek, je uvedený v příloze č. 2, byl určen pro vedoucí pracovníky výše uvedených pečovatelských služeb. V první části dotazníku jsou otázky vztahující se k získání základních údajů o službě. Následující otázky se věnují již konkrétním informacím, např. jaká je čekací doba pro zahájení poskytování služeb nebo kolik zájemců je v evidenci zájemců o sociální službu.

Všichni poskytovatelé sociálních služeb dotazníky vrátili zpět s vyplněnými údaji.

Otázka č. 1 - Poskytujete služby terénní nebo i ambulantní?

Otázka v dotazníku byla určena k identifikaci formy poskytování pečovatelské služby. Terénní poskytování sociální služby je mnohdy náročnější a na základní činnosti taktéž rozmanitější než ambulantní, bylo tedy nutné zjistit, jakou formou jsou služby poskytovány. O terénní pečovatelské služby je taktéž větší zájem a je tedy nutné pokrýt aktuální poptávku po sociálních službách.



Graf č. 11, Rozdělní formy poskytování pečovatelských služeb

Otázka č. 2 - Jaká je kapacita Vaší poskytované terénní služby, pokud je tato poskytována?

Druhá otázka byla zaměřena na zjištění kapacity pečovatelských služeb. Vzhledem k tomu, že byl předpoklad, že kapacita u různých poskytovatelů sociálních služeb bude rozdílná, byla tato otázka ponechána s otevřenou odpovědí. Dva z poskytovatelů uvedli, že kapacita poskytovaných služeb terénní formou je 120 klientů, jeden z poskytovatelů uvedl, že jeho kapacita terénní formy je 370 klientů. Kapacita terénních sociálních služeb není vázána na počet uzavřených smluv, ale na počet klientů, kterým je poskytovatel schopen za jeden den poskytnout sociální služby. Smluv tedy poskytovatel může mít uzavřen jiný počet, než má stanovenou kapacitu služby.

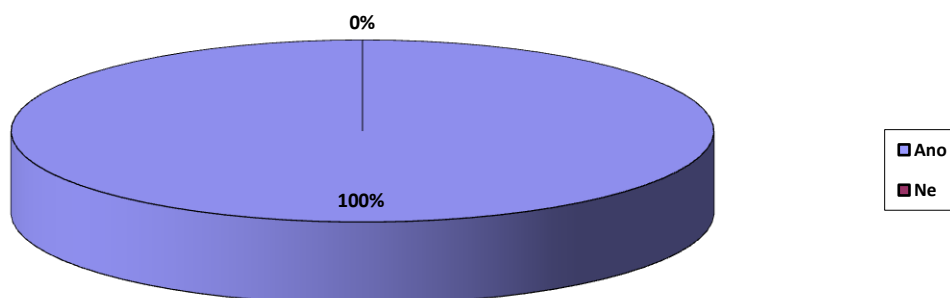
Otázka č. 3 - Kolik pracovníků zajišťuje přímou péči klientům Vaší služby?

Další otázka byla položena v závislosti na kapacitu služby. Čím větší počet pracovníků zajišťuje přímou péči o klienty, tím je větší předpoklad, že služba bude poskytována kvalitně a nebude tzv. odfláknuta. Otázka byla opět položena jako otevřená. Dva z poskytovatelů uvedli, že jejich služba je zajišťována počtem pracovníků do 10 osob, třetí z poskytovatelů uvedl počet pracovníků více než 60 osob. Do tohoto počtu jsou zahrnuti i sociální pracovníci, kteří primárně nezajišťují přímou péči o klienty, nicméně se podílí na poskytování sociálních služeb v oblasti základního sociálního poradenství, což je

také jedna ze základních činností a svou odborností nemůže být poskytována pracovníky v sociálních službách.

Otázka č. 4 - Jste schopni poskytnout službu v okamžiku, kdy se na Vás zájemce obrátí?

Následující otázka byla již s možností volby. Byla zaměřena na zjištění informace, zda má služba dostatečnou kapacitu, aby mohla v okamžiku, kdy se zájemce na poskytovatele obrátí, započít poskytování sociálních služeb. Vyhodnocení této otázky je uvedeno v grafu, který vypovídá, že poskytovatelé mají dostatečnou kapacitu, aby mohli okamžitě začít poskytování služeb. Nicméně tato otázka byla v jednom případě doplněna o vyjádření poskytovatele, který uvedl, že v některých případech záleží také na požadavcích zájemce a o náročnosti poskytování služeb zájemci.

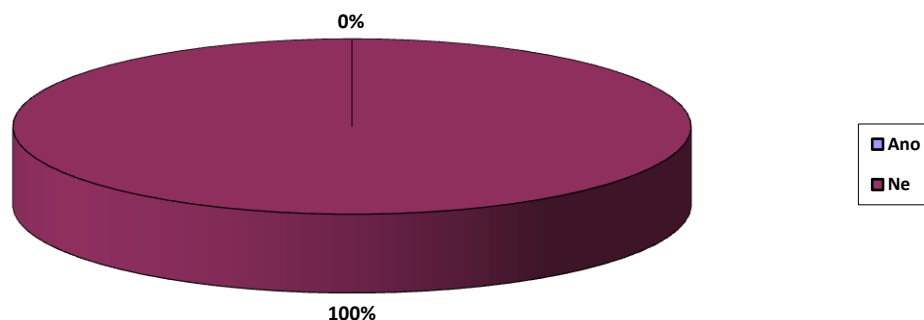


Graf č. 12, Okamžitá kapacita pro poskytnutí sociální služby

Otázka č. 5 - Máte ve Vaší službě nějakou čekací dobu pro zahájení poskytování sociálních služeb?

Další otázka byla opět s možnostmi volby a volně navazovala na předchozí otázku. Otázka byla zaměřena na získání informace, zda má poskytovatel nějakou dobu, kdy musí zájemce o poskytování sociálních služeb čekat, než bude volná kapacita a tím pádem dojde k zahájení poskytování služeb. Vzhledem k tomu, že všichni oslovení poskytovatelé

uvedli, že jsou schopni poskytnout sociální služby v okamžiku, kdy se na ně zájemce obrátí, je tedy zcela zřejmé, že čekací doba v jejich službě není.



Graf č. 13, Čekací doba pro zahájení poskytování sociálních služeb

Otázka č. 6 - Jak dlouhá tato čekací doba je?

V případě, že by poskytovatel v předchozí otázce odpověděl "ano" a měl jakoukoli čekací dobu pro zahájení poskytování služeb, následující otázkou bylo zjišťováno, jak dlouhá tato doba je. Vzhledem k tomu, že všichni poskytovatelé odpověděli, že jsou schopni začít s poskytováním sociálních služeb okamžitě, nebyla tato otázka poskytovateli zodpovězena.

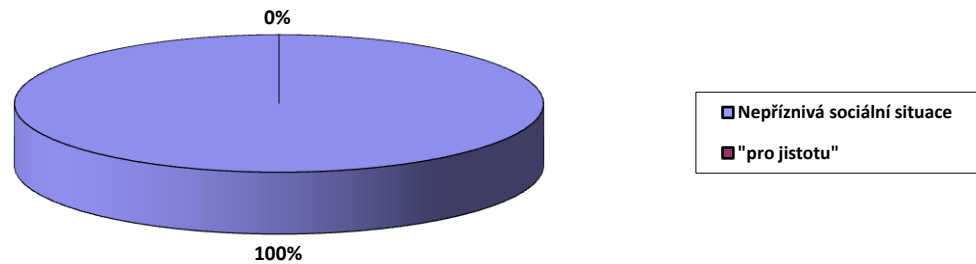
Otázka č. 7 - Kolik zájemců o sociální službu máte aktuálně v evidenci odmítnutých zájemců z kapacitních důvodů?

V následující otázce byl poskytovatel dotázán, kolik má aktuálně zájemců v evidenci odmítnutých zájemců z kapacitních důvodů. Opět vzhledem k výše uvedeným odpovědím poskytovatelů, že jsou schopni aktuálně poskytnout sociální služby a nemají žádnou čekací dobu pro zahájení poskytování služeb, nebylo na tuto otázku opět odpovídáno.

Otázka č. 8 - Jsou všichni v současné době v nepříznivé sociální situaci nebo mají podanou žádost „jen pro jistotu“?

Další otázkou bylo zjišťováno, zda si zájemci o sociální službu podávají žádost už v akutních případech, kdy nejsou schopni svoji nepříznivou sociální situaci sami řešit nebo

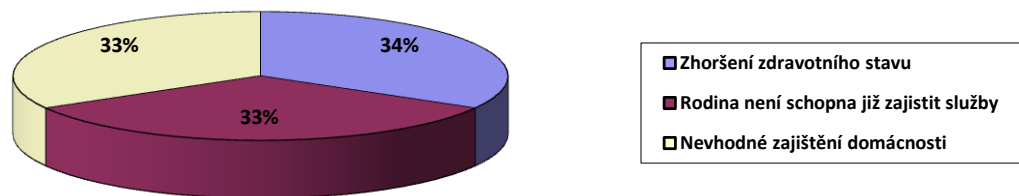
zda podávají žádosti tzv. pro jistotu, až dojde ke zhoršení zdravotního stavu. Všichni poskytovatelé shodně uvedli, že se na ně obrací zájemci už v nepříznivé sociální situaci.



Graf č. 14, Podání žádosti

Otázka č. 9 - Jaké jsou nejčastější důvody pro ze strany zájemců pro zahájení poskytování sociálních služeb?

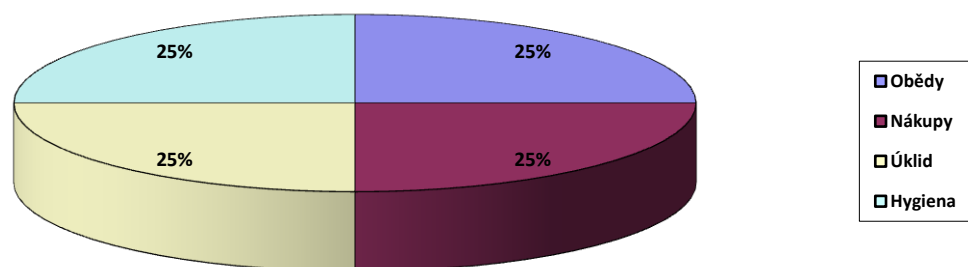
Předposlední otázka byla koncipována opět jako otevřená a byla zaměřena na zjištění důvodů podávání žádostí. V rámci odpovědí se sešly celkem tři důvody, pro které se zájemci nebo i rodina zájemce obrací na poskytovatele a žádají o poskytování pečovatelské služby. Všichni poskytovatelé uvedli shodné důvody.



Graf č. 15, Důvody poskytování sociální služby

Otázka č. 10 - Jaké jsou nejčastější poskytované úkony klientům?

Poslední otázkou bylo zjišťováno, jaké nejčastější úkony jsou klientům poskytovány. Na základě toho, o jaké úkony se jedná, lze odvodit i náročnost a současně i přibližnou časovou dotaci poskytovaných úkonů. Jako nejčastější úkony opět poskytovatelé shodně uvedli následující činnosti.



Graf č. 16, Nejčastěji poskytované úkony

5.5 Vyhodnocení výsledků výzkumu

Na základě analýzy získaných dat a výsledků výzkumu nebylo zjištěno, že by byla péče o klienty v domácnosti a péče v zařízení sociálních služeb nějakým výrazným způsobem rozdílná. Posuzování poskytování služeb závisí na individuální spokojenosti jednotlivých klientů, individuálním přístupem jednotlivých pracovníků ke klientům a také na osobnostních kvalitách jednotlivých zainteresovaných osob.

Nebylo tedy potvrzeno, že lidé žijící ve svém přirozeném prostředí, mezi svou rodinou a známými, jsou nějakým výraznějším způsobem spokojenější se svým životem, než osoby žijící v pobytových sociálních službách. Výsledky jsou zhodnoceny ze všech získaných dat, ze všech výzkumných otázek.

Je nutno poznamenat, že osobní spokojenost s životem v zařízení je odvislá i od adaptace na nové podmínky a přístupu pracovníků dané služby.

Z výzkumu vypnulo, že většina oslovených respondentů by v nejlepší možné variantě volila dožít život ve své vlastní domácnosti. Ať už za pomoci rodiny nebo využití terénních sociálních služeb. Respondenti uváděli, že hlavním důvodem, proč zůstat ve svém přirozeném prostředí je ten, že jsou obklopeni známým prostředím, svojí rodinou nebo přáteli. Ti respondenti, kteří by volili život raději v institucionálním prostředí, uváděli jako hlavní důvod větší pocit bezpečí o svoji osobu nebo společnost svých vrstevníků.

Hypotéza č. 1 nebyla výzkumným šetřením **potvrzena**. Ze získaných dat vyplývá, že spokojenost respondentů je shodná. Ať už se jedná o klienty rezidentních zařízení sociálních služeb nebo o klienty terénních pečovatelských služeb. Záleží na úhlu pohledu každého na přístupu jednotlivých pracovníků poskytujících pomoc, ale především na adaptaci seniora se svojí životní situací.

Druhou částí výzkumu, stanovení falzifikace nebo verifikace hypotézy č. 2 bylo zjišťováno, zda s ohledem na stárnoucí populaci, na trend deinstitucionalizace a na nutnost zabezpečení péče o seniory, je na Rychnovsku dostatečný počet terénních sociálních služeb, které by tuto péči byly schopní zajistit. Na základě dotazníků, které byly pečovatelským službám rozeslány, bylo zjištěno, že v současné době jsou schopni pokrýt poptávku po službách a nepotýkají s problémem čekatelů na sociální služby, tak, jak to

bývá v domovech pro seniory. Nicméně je na uvážení, zda budou schopni tuto poptávku pokrýt i do budoucna s postupně stárnoucí populací. S rozšířením terénním pečovatelských služeb samozřejmě souvisí i navýšení finančních prostředků na samotný provoz služby, ať už z pohledu zajištění materiálních a technických podmínek pro výkon služby, ale také zajištění kvalifikovaného a odborně vzdělaného personálu.

Hypotéza č. 2 byla potvrzena. Ze získaných dat vyplývá, že všechny oslovené pečovatelské služby jsou schopny pokrýt poptávku zájemců o zavedení služby. Pro verifikaci nebo falzifikaci hypotézy byly použity otázky č. 1, č. 4 a č. 5.

5.6 Návrhy na zlepšení

Dle přehledu, který si vytvořil Královéhradecký kraj v rámci individuálního projektu Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb v Královéhradeckém kraji, se předpokládá, že již v roce 2016 bude počet obyvatel nad 65 let vyšší o 25 % proti současnosti a nad 85 let vyšší o 18 % proti současnosti. Stárnoucí populace je zpravidla chybně považována za negativní jev. Je přirozeným jevem, že populace stárne a záleží na vyspělosti daného státu na jeho politice a sociálním systému, zda je schopen si s tímto jevem poradit.

Vzhledem k výše uvedenému je nutné se zamyslet nad kapacitou nejen terénních sociálních služeb do budoucna. V současné době jsou terénní služby schopny pokrýt poptávku, nicméně s postupně stárnoucí populací lze v budoucnu předpokládat problém s uspokojením požadavků zájemců o sociální služby.

V současné době se Krajský úřad Královéhradeckého kraje rozhodl nezařazovat do sítě sociálních služeb další pobytové služby, ale naopak se rozhodl podporovat služby poskytované terénní nebo ambulantní formou. Nejnovějším trendem v poskytování sociálních služeb je využití nejprve vlastních zdrojů, jedná o využití pomoci v rodině nebo přátel, teprve poté by měli nepříznivou sociální situaci řešit sociální služby. V první řadě by to měli být služby terénní a ambulantní a teprve v případě, kdy bude prokázáno, že tyto služby nejsou dostačující, měly by na řadu přijít služby pobytového charakteru. Postojem Krajské úřadu nicméně není zakázán vznik pobytových služeb, ale tyto nebudou zařazeny do sítě sociálních služeb, což je jednou z podmínek pro dosažení státní dotace. Tyto služby budou muset hradit provoz z vlastních finančních prostředků.

Ačkoli je současným trendem transformace pobytových sociálních služeb a jejich deinstitucionalizace, není možné všechny pobytové sociální služby rušit. Při závažnějších zdravotních a psychických problémech jednotlivých seniorů, není možná kvalitní péče ani za využití všech dostupných terénních sociálních služeb v jeho přirozeném prostředí. V takovém případě je nutné mít k dispozici zařízení pobytové, kam by mohl být tento senior umístěn.

Vzhledem k tomu že lze předpokládat větší využívání terénních sociálních služeb, je nutné také začít přemýšlet nad vznikem dalších návazných služeb, které nemusí být sociálního charakteru. Dle mého názoru by bylo nanejvýš vhodné podpořit vznik takových služeb, které by vyplňovali volný čas klientů a ve spolupráci se sociálními službami zabraňovali sociálnímu vyloučení klientů ze společnosti.

Současně je nutné neustále vylepšovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb, neustále vzdělávat personál, poskytovat mu takové podmínky, které by zabránily vzniku syndromu vyhoření.

Jak jsem již uvedla v předchozích kapitolách, každý poskytovatel by měl zvážit možnost využití financí z Evropského sociálního fondu Evropské unie.

Dále je nutné posílit práci sociálních pracovníků na obcích a městech a následnou provázanost s pracovníky Krajského úřadu. Stále častěji se stává, že se na poskytovatele sociálních služeb obrací zájemce o službu nebo pečující osoby a žádají pomoc. Bohužel se stává, že tyto osoby nesplňují žádnou z definovaných cílových skupin poskytovatelů v okolí a tito lidé poté vypadávají ze systému sociálních služeb a dochází k jejich vyloučení ze společnosti.

Jak je uvedeno v jedné z předchozích kapitol, v současné době je připravována novela zákona o sociálních službách, která by měla přinést revoluci v typologii sociálních služeb. Je možné, že dojde k takovým úpravám, které zabrání právě takovým situacím u pečujících rodin, aby byla osoba úplně vyloučena ze systému sociálních služeb.

Do budoucna je nutné nejen podporovat vznik terénních pečovatelských služeb, ale je nutné podpořit i další terénní i ambulantní služby.

Nemalým problémem v současné době je i financování sociálních služeb. Široká veřejnost žije v přesvědčení, že sociální služby jsou schopné si na svůj provoz vydělat z peněz od klientů a případně z proplácení zdravotnických úkonů od zdravotních pojišťoven. Málo

kdo ví, že sociální služby je nutné dotovat ze státních peněz a často ani tyto dotace nepokryjí celý provoz zařízení. Je nutné se zamyslet i nad budoucím financováním služeb, protože pokud nebude možné služby dotovat, nebudou poskytovatelé, kteří by sociální služby mohli poskytovat. V současné době se šetří ve všech oblastech, tím pádem i v sociálních službách, nicméně tyto služby jsou potřebné a čím dál více žádané a je tedy nutné vymyslet jiný systém financování.

Od počátku letošního roku přešlo přerozdělování státních dotací pod gesci jednotlivých krajů z důvodu lepší znalosti jednotlivých poskytovatelů a lepší znalosti místní sítě sociálních služeb. Jen čas ukáže, zda je to alespoň minimální krok lepšímu systému řízení a udržitelnosti systému sociálních služeb.

ZÁVĚR

V první kapitole diplomové práce je stručně popsán vznik a vývoj sociálních služeb od raného středověku až do konce minulého století. Samozřejmě, že postupný vývoj sociálních služeb byl zaznamenán již za vlády faraonů v Egyptě nebo za starověkého Řecka a Říma. Vývoj sociálních služeb nebyl vždy jednoduchý, vždy s novou autoritou se změnil pohled na poskytovanou péči starým a nemocným lidem. Součástí první kapitoly je také pohled na aktuální situaci v poskytovaných sociálních službách.

V poslední době se do popředí dostávají nové způsoby práce s klienty, nové přístupy. Současně dochází, i díky dotacím a projektům Evropské unie, k modernizaci a výstavbě nových zařízení. V nedávné době se začalo pracovat na rozsáhlé koncepci, jejímž cílem je deinstitucionalizace sociálních služeb. Znamená to, že staré a již nevyhovující pobytová zařízení by měla projít transformací, která bude zaměřena na kompletní přestavbu. Hlavním cílem deinstitucionalizace je přiblížení způsobu života klientů v zařízení sociálních služeb životu v běžné společnosti. Závěr první kapitoly je věnován výhledům do budoucna. Ať už připravované změně zákona o sociálních službách, nebo nutnosti zamýšlení se nad neustále se zvyšujícím počtem seniorů a tím pádem nutnosti zajištění péče o tyto lidi.

Ve druhé kapitole diplomové práce jsou popsány formy pomoci a péče, které jsou dostupné v naší republice. Samozřejmě, že největším poskytovatelem pomoci a péče je stát. Ať už se jedná o pomoc prostřednictvím různých sociálních dávek nebo poskytováním sociálních služeb. Součástí druhé kapitoly je také popis péče v pobytových sociálních službách. V těchto službách je zajištěna komplexní péče o klienty. V poslední části druhé kapitoly je popsán způsob péče v domácím, přirozeném prostředí. Péče v přirozeném sociálním prostředí seniorů je poskytována rodinou, známými, ale i terénními nebo ambulantními službami.

Třetí kapitola této práce je věnována pojmu stáří. V úvodu kapitoly jsou popsány různé definice od odborníků, kteří se věnují sociální a psychologické oblasti. V dalších podkapitolách je uveden popis změn, ke kterým ve stáří dochází. Jedná se o změny biologické, sociální a psychické. V této podkapitole věnované biologickému stárnutí jsou popsány změny, které se na fyzické stránce projevují. Biologické stárnutí současně ovlivňuje i postavení seniorů ve společnosti, což může pozitivně či negativně ovlivňovat

jejich psychický stav. U psychického stárnutí je těžké rozpoznat, zda se jedná o klasické projevy spojené se stárnutím nebo zda se jedná o prvotní příznaky různých onemocnění.

Dále jsou v podkapitole popsány psychické vývojové změny z pohledu různých autorů. Poslední podkapitola je věnována změnám sociálním. Za největší sociální změnu lze považovat sociální vyloučení seniorů. Dochází k redukci různých sociálních dovedností, lidé se začínají stranit jiným lidem a raději tráví čas ve své domácnosti, případně v rodinném kruhu. Do sociálních změn lze zařadit například odchod lidí do důchodu, změnu bydliště v důsledku stěhování buď k rodině, nebo do zařízení sociálních služeb a v neposlední řadě také ztráta životního partnera. Všechny změny, biologické, psychické i sociální, jsou zcela individuálního charakteru a u každého člověka se projevují zcela jiným způsobem. Individuální je i reakce jednotlivých lidí na tyto změny. Veškeré změny, ke kterým ve stáří dochází, jsou spolu navzájem provázané a jedna v druhé se odrážejí.

Poslední kapitola v teoretické části práce je věnována kvalitě a smyslu života ve stáří. Hned na úvod je popsán samotný pojem kvalita života. V současné době se začíná čím dál více hovořit o kvalitě života. Každý člověk je zcela individuální osobnost a z toho logicky vyplývá, že i každý člověk má různé ukazatele pro určení kvality života.

V následující podkapitole je popsána kvalita života v zařízení sociálních služeb. Kvalita života v takových zařízeních je výsledkem kvalitního poskytování sociálních služeb. Záleží tedy na prostředí, ve kterém jsou služby poskytovány, na přístupu pracovníků, na jejich odbornosti. Současně také záleží na adaptaci klientů v těchto zařízeních.

Poslední podkapitola je věnována kvalitě životě v přirozeném prostředí, tedy v domácnostech seniorů. Na podporu života ve vlastních domácnostech se v poslední době zaměřuje neustále větší množství institucí, které se snaží podporovat takové druhy služeb, které pomáhají seniorům žít v jejich domácnostech i přes jejich různé zdravotní komplikace.

V praktické části, která je věnována výzkumu, jsou na úvod popsáni poskytovatelé sociálních služeb, u kterých výzkum probíhal. Jedná se o poskytovatele, kteří poskytují pobytové služby pro seniory a terénní služby pro seniory. Dále je popsána metoda výzkumu, za kterou byl zvolen dotazník. V závěrečné části práce jsou zapsány výsledky dotazníkového šetření.

Rozdíl v místech poskytování služby byl zkoumán z pohledů jednotlivých seniorů, kteří využívají jak služeb v pobytových sociálních službách, tak seniorů, kteří využívají jen

služby terénní. Jednalo se tedy o jejich subjektivní pocit. Výsledky šetření jsou zaznamenány a shrnuty v závěrečné části této práce.

Hlavní cíl diplomové práce byl naplněn. Snahou bylo prokázat, že kvalita poskytovaných služeb, bez ohledu na jejich charakter a způsob poskytování je víceméně totožná a že primárně závisí na osobní spokojenosti klientů a adaptaci na jejich aktuální životní situaci.

Cílem práce bylo zjistit, zda je rozdílná kvalita ve službách poskytovaných v zařízeních sociálních služeb a přirozeném prostředí seniorů, tedy v jejich domácnosti.

Při realizovaném výzkumu jsem došla k výsledku, že senioři jsou spokojeni s životem v zařízení poskytujícím sociální služby, ale pokud by oni sami, bez ohledu na svůj věk, zdravotní stav a sociální podmínky mohli volit, raději by volili život doma, ve svém přirozeném prostředí, s vlastní rodinou.

Snahou celé naší společnosti by mělo být to, že naše i následné generace budou vychovávány k důstojnosti ke každému člověku a to bez ohledu na jakoukoliv odlišnost. Člověk zůstává člověkem i v poslední etapě svého života, a proto je nutné k němu zachovávat úctu a takový přístup, aby na sklonku svého života mohl žít kvalitní a spokojený život. Právě v tomto spatřuji blízkou souvislost se sociální pedagogikou, která se může na výchově a vzdělávání celé společnosti podílet.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Legislativa:

- [1] Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- [2] Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Literatura:

- [3] BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, Filozofická fakulta, 2008, 251 str. ISBN 9788096994403.2008
- [4] BAŠTECKÝ, Jaroslav, Quido KÜMPEL a Miroslav VOJTĚCHOVSKÝ. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada, 1994. ISBN 8071690708.
- [5] BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, 272 str. ISBN 9788090466814.
- [6] BŮŽEK, Václav, Josef GRULICH a Zdeněk BEZECNÝ. *Společnost českých zemí v raném novověku: struktury, identity, konflikty*. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 2010, 1025 str., [24] s. barev. obr. příl. Česká historie. ISBN 978-80-7422-062-3.
- [7] DOŇKOVÁ, Olga, NOVOTNÝ Sebastian. *Vývojová psychologie pro sociální pedagogy*. Brno: IMS, 2010
- [8] DRAGOMIRECKÁ, Eva; PRAJSOVÁ, Jitka. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2009

- [9] GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Vyd. 2. Překlad Petr Patočka. Praha: Portál, 2010, 113 str. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-809-8
- [10] HALEČKA, T. *Kvalita života a jej ekologicko-environmentální rozmer*. In *Kvalita života a lidské práva v kontextech sociálně práce a vzdělávání dospělých*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002
- [11] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990, 407 str. Pyramida (Panorama). ISBN 8070381582.
- [12] JEDLIČKA, Václav. *Praktická gerontologie: učební text*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, 182 str. ISBN 80-7013-109-8.
- [13] KALVACH, Zdeněk.: *Pečujeme doma*. Brno: 1. vydání. Moravskoslezský kruh, 2008
- [14] KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatric: integrovaný text pro interdisciplinární studium*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 str. ISBN 80-7184-366-0.
- [15] KÁRNÍK, Zdeněk. *České země v éře První republiky (1918-1938)*. 1. vyd. Praha: Libri, 2000, 571 str. Dějiny českých zemí. ISBN 80-7277-027-6.
- [16] KRUTILOVÁ, Dagmar, ČÁMSKÝ, Pavel a SEMBNER, Jan. *Sociální služby: Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. APSS ČR, rok ani místo vydání neuvedeno. ISBN 978-80-254-3427-7
- [17] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 str. ISBN 8024701790.
- [18] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 str. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [19] KŘÍŽOVÁ, Eva. *Sociologické podmínky kvality života. Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005
- [20] MAREŠ, Petr. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 248 str. Základy sociologie. ISBN 80-85850-61-3.

- [21] *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Editor Oldřich Matoušek, Pavla Kodymová, Jana Koláčková. Praha: Portál, 2005, 351 str. ISBN 80-73670-02.
- [22] *Schola gerontologica*. 1. vyd. Editor Pavel Mühlpachr. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 314 str. ISBN 80-210-3838-1.
- [23] *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Editor Pavel Mühlpachr, Miroslav Bargel. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2011, 146 str. Sociopedie. ISBN 978-80-87182-21-5.
- [24] PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 150 str. Medicína a praxe. ISBN 80-85526-32-8.
- [25] PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. V Praze: Triton, 2005, 629 str. ISBN 80-7254-657-0.
- [26] *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Editor Ľubica Poledníková. Martin: Osveta, 2006, 216 str. ISBN 8080632081.
- [27] RÁKOSNÍK, Jakub. *Sovětizace sociálního státu: lidově demokratický režim a sociální práva občanů v Československu 1945-1960*. Vyd. 1. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, 2010, 503 str. ISBN 978-80-7308-303-8.
- [28] ŘEHOŘ, Antonín. *Metodologie I*. Brno: Institut mezioborových studií, 2004, 76 str.
- [29] SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 str. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-62-5.
- [30] STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 319 str. ISBN 80-7178-274-2.
- [31] ŠVANCARA, Josef. *Psychologie stárnutí a stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha: SPN, 1983, 111 s.
- [32] VACKOVÁ, Michaela. *Inspekce kvality sociálních služeb*. Brno 2012. Bakalářská práce. UTB, IMS Brno, vedoucí práce Ing. Ludmila Lorencová
- [33] VACKOVÁ, Monika., *Kvalita života jedince v zařízení poskytujícím sociální služby, Domov na stříbrném vrchu*, Brno, 2013. Bakalářská práce. UTB, IMS Brno, vedoucí práce Mgr. Jaromír Pospíchal

- [34] VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 143 str. ISBN 80-210-3754-7.
- [35] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 str. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [36] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 str. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [37] VIDOVIČOVÁ, Lenka. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd., Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008
- [38] VÍZDAL, František. *Základy psychologie I*. Brno: Institut mezioborových studií, 2003, 52 str.
- [39] WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

Internetové zdroje:

- [40] <http://ddalbrechtice.cz>
- [41] <http://www.ddborohradek.cz>
- [42] <http://rudolfkohoutek.blog.cz/1002/dotaznik-jako-pruzkumna-metoda>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1, Pohlaví respondentů

Graf č. 2, Místo bydlení

Graf č. 3, Oblasti podpory a pomoci

Graf č. 4, Subjekty zajišťující pomoc a podporu

Graf č. 5, Pozitivní ohlasy na přístup pracovníka

Graf č. 6, Negativní ohlasy na přístup pracovníka

Graf č. 7, Požadavky na zlepšení prostředí

Graf č. 8, Volba prostředí

Graf č. 9, Důvod volby prostředí - zařízení sociálních služeb

Graf č. 10, Důvod volby prostředí - vlastní domácnost

Graf č. 11, Rozdělní formy poskytování pečovatelských služeb

Graf č. 12, Okamžitá kapacita pro poskytnutí sociální služby

Graf č. 13, Čekací doba pro zahájení poskytování sociálních služeb

Graf č. 14, Podání žádosti

Graf č. 15, Důvody poskytování sociální služby

Graf č. 16, Nejčastěji poskytované úkony

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník pro klienty

Příloha č. 2: Dotazník pro poskytovatele

PŘÍLOHA Č. I: DOTAZNÍK PRO KLIENTY

Jmenuji se Bc. Michaela Vacková a jsem studentka navazujícího magisterského studia na UTB ve Zlíně, IMS Brno, Specializace v pedagogice, obor Sociální pedagogika. V rámci zpracování své diplomové práce, Vás zdvořile žádám, o vyplnění krátkého dotazníku, jehož výsledky budou analyzovány ve výzkumné části této práce. Dotazníky jsou zcela anonymní. Za Vaši ochotu a spolupráci Vám děkuji.

1. Jste muž nebo žena?

Muž

Žena

2. Žijete v domácím prostředí (ve svém bytě) a dochází k Vám pečovatelka, která Vám pomáhá nebo v sociálním zařízení (domově pro seniory)?
doma

Ve svém bytě

Domově pro seniory

3. V jakých oblastech Vašeho denního života potřebujete podporu a pomoc? (např. nákupy, vaření, úklid, oblékání, hygiena, pomoc při snížené mobilitě, obstarávání návštěv u lékaře, vycházky, atd.)

4. Kdo Vám tuto pomoc obvykle poskytuje? (např. manžel, rodinný příslušník, pečovatelky, jiná osoba)

5. Jaká je Vaše představa o práci pečovatelky, s čím by měla pomáhat a s čím skutečně pomáhá?

6. Jste spokojený(á) s kvalitou prováděných činností ze strany pečovatelky, popřípadě, co se Vám na jejím přístupu k Vám líbí či nelíbí?

7. Co byste zlepšil(a) na prostředí, ve kterém žijete?

8. Co Vás vedlo k rozhodnutí, že jste zvolil(a) život v prostředí, ve kterém v současnosti žijete?

9. Pokud byste měl(a) možnost zvolit žít v domácím prostředí (s návštěvami pečovatelek) nebo sociálním zařízení (domově pro seniory), jakou možnost byste vybral(a) a proč?

PŘÍLOHA Č. I: DOTAZNÍK PRO POSKYTOVATELE

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Vacková a jsem studentkou navazující magisterského studia na Institutu mezioborových studií v Brně a Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Cílem tohoto dotazníku je zjistit, zda aktuální počet a kapacita poskytovaných terénních sociálních služeb je schopna zajistit požadavky zájemců o sociální služby.

Tento dotazník bude sloužit pouze jako podklad pro vypracování diplomové práce.

Předem děkuji za jeho vyplnění

Bc. Michaela Vacková

1. Poskytujete služby terénní nebo i ambulantní?

- a) pouze terénní b) pouze ambulantní c) obojí

2. Jaká je kapacita Vaší poskytované terénní služby, pokud je tato poskytována?

.....

3. Kolik pracovníků zajišťuje přímou péči klientům Vaší služby?

.....

4. Jste schopni poskytnout službu v okamžiku, kdy se na Vás zájemce obrátí?

a) ano

b) ne

5. Máte ve Vaší službě nějakou čekací dobu pro zahájení poskytování sociálních služeb?

a) ano

b) ne

6. Jak dlouhá tato čekací doba je?

.....

7. Kolik zájemců o sociální službu máte aktuálně v evidenci odmítnutých zájemců z kapacitních důvodů?

.....

8. Jsou všichni v současné době v nepříznivé sociální situaci nebo mají podanou žádost „jen pro jistotu“? Výsledky prosím uveďte v procentech

a) nepříznivá sociální situace -%

b) „pro jistotu“ -%

9. Jaké jsou nejčastější důvody pro ze strany zájemců pro zahájení poskytování sociálních služeb?

10. Jaké jsou nejčastější poskytované úkony klientům?