

# **Informovanost veřejnosti o možnostech podpory v péči o seniory**

Hana Mejzlíková

---

Bakalářská práce  
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Hana MEJZLÍKOVÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Informovanost veřejnosti o možnostech podpory  
v péči o seniory**

Zásady pro vypracování:

### **Teoretická část**

Definice pojmu senior, specifikace potřeb seniorů v souvislosti s jejich fyzickým, psychickým a sociálním vývojem, demografická analýza, analýza poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb.

### **Praktická část**

Příprava kvantitativního výzkumu.

### **Cíle výzkumu:**

Pomocí dotazníkového šetření posoudit informovanost veřejnosti o nabídkách služeb pro seniory a zjistit, jaký způsob informovanosti v této oblasti preferují.

Ověřit rozsah znalostí veřejnosti o poskytování sociálního poradenství a péče o seniory.

Ověřit zájem veřejnosti o umístění informací o možnostech péče o seniory na webových stránkách obcí.

Zjistit úroveň komunitního plánování v regionu Velké Meziříčí.

Analýzovat a vyhodnotit výsledky výzkumu a navrhnout řešení do praxe.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**GOLDMANN, R. a kol.** Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín. Olomouc: UP, 2006, 131 s., ISBN 80-244-1454-6.

**HAŠKOVCOVÁ, H.** Manuálek sociální gerontologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002, 72 s., ISBN 80-7013-363-5.

**KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I.** Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, 2008, 202 s., ISBN 978-80-247-2169-9.

**STUART-HAMILTON, L.** Psychologie stárnutí. Praha: Portál, 1999, 319 s., ISBN 80-7178-274-2 a další.

**ÚLEHLA, I.** Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005, 128 s., ISBN 80-86429-36-9.

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.**

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

**18. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**4. června 2010**

Ve Zlíně dne 18. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
děkan



Mgr. Jitka Laholová  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 14.2.2010

  
.....

(1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů / (2) § 35 odst. 3 autorského zákona

(3) Pokud bylo při vypracování této práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

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

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

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

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

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

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce zjišťuje, nakolik je veřejnost informována o různých možnostech podpory v péči o seniory v regionu Velké Meziříčí. Teoretická část práce se zabývá pojmy, jako jsou stáří, stárnutí, demografie stárnutí. Zahrnuje i oblast poskytovatelů sociální a zdravotní péče, možnosti finanční podpory. V praktické části je zmapován stav komunitního plánování na sledovaném území. Na náhodném vzorku obyvatelstva je zjištěna a vyhodnocena úroveň informací o zkoumaném tématu. Výsledky analýzy poslouží jako podklad pro další etapy komunitního plánování v regionu Velké Meziříčí.

Klíčová slova: informovanost, senior, stáří, stárnutí, demografie stárnutí, poskytovatel péče, sociální služby, příspěvek na péči, komunitní plánování.

## **ABSTRACT**

This thesis ascertains how far the public is informed regarding different possibilities of support in senior nursing in Velké Meziříčí region. Theoretical part describes terms like old age, maturing or maturing demography. It includes area of social and health care providers and resources of financial support. In practical part is charted status of community planning on discovered area. On random sample of population is detected and analysed awareness regarding examined subject. The results of analysis will serve as a base for next phases of community planning in Velké Meziříčí region.

Key words: awareness, senior, old age, maturing, maturing demography, care provider, social services, care contribution, community planning.

Motto: „*Mýlí se ti, kteří doufají, že si stačí sami.*“

Walther von der Vogelweide

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

Poděkování

Mé poděkování patří doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D., za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi poskytla jako vedoucí mé bakalářské práce.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1    DEFINICE POJMU STÁRNUTÍ .....	11
1.2    DEFINICE POJMU STÁŘÍ.....	12
1.2.1    Dělení stáří .....	13
<b>2 ZMĚNY VE STÁŘÍ</b> .....	<b>14</b>
2.1    BIOLOGICKÉ ZMĚNY .....	14
2.2    PSYCHICKÉ ZMĚNY .....	16
2.3    SOCIÁLNÍ ZMĚNY .....	17
<b>3 DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ</b> .....	<b>19</b>
3.1    BUDOUCÍ VÝVOJ STÁRNUTÍ .....	20
3.2    REGIONÁLNÍ ROZLIŠENÍ.....	20
3.3    DŮSLEDEK STÁRNUTÍ POPULACE .....	21
<b>4 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY</b> .....	<b>22</b>
4.1    DRUHY ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ .....	22
4.2    DRUHY SOCIÁLNÍCH ZAŘÍZENÍ A SLUŽEB.....	24
4.3    AKTUÁLNÍ MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY V REGIONU VELKÉ MEZIŘÍČÍ.....	32
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
<b>5 CÍLE VÝZKUMU</b> .....	<b>36</b>
<b>6 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>37</b>
6.1    METODIKA VÝZKUMU .....	37
6.2    CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU.....	37
6.3    CHARAKTERISTIKA POLOŽEK .....	38
6.4    ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	38
6.5    VÝSLEDKY PRŮZKUMU A JEJICH ANALÝZA .....	38
6.6    KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ V REGIONU VELKÉ MEZIŘÍČÍ .....	60
<b>DISKUSE</b> .....	<b>63</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>66</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>71</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>72</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>73</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>74</b>



## ÚVOD

Od narození je každý z nás ovlivňován časem, o kterém se říká, že plyne všem stejně. Člověk prochází během svého života několika etapami. Jako dítě je závislý na péči svých rodičů. Pak se postupně stává samostatným. S rostoucím věkem síly ubývají a starý člověk zůstane dříve či později odkázaný na pomoc druhých. Tyto životní zákonitosti platily vždy. Co se tedy změnilo? Zlepšení ekonomických, zdravotních a sociálních podmínek vede k prodloužení věku obyvatel nejen ve vyspělých zemích, ale i v naší republice. Zatímco v minulosti byl za starého považován člověk kolem 50 až 60 let, dnes se tento věk posouvá k 70 až 80 letům. Stárnutí populace s sebou přináší vyšší nároky na zajištění péče o seniory. Podíl mladé a střední generace na celkovém počtu obyvatel se, vzhledem k rostoucímu počtu lidí v důchodovém věku, stále snižuje. A potenciální ohrožení životní úrovně může směřovat k věkové diskriminaci a nenávisti.

Dnešní společnost preferuje mládí. Ideálem je krásný, zdravý, atraktivní jedinec, který si samozřejmě nepřipouští, že možná jednou bude starý, nemocný a opuštěný. Mladý člověk je plný síly, energie a stárí se mu zdá nekonečně vzdálené. Pokud se setká ve svém okolí nebo v rodině se seniorem, připadají mu jeho problémy nepochopitelné a malicherné. Čas je však neúprosný a s přibývajícím věkem se většina lidí ocitá v pozici dětí, kterým zestárlí rodiče. Okolí a společnost od nich očekává, že se o své rodiče postarají. Pak nastává morální dilema. Vzhledem k posouvající se hranici odchodu do důchodu je většina těchto lidí ještě ekonomicky činná. Průměrný člověk si nemůže dovolit, vzhledem k současné situaci na trhu práce, opustit zaměstnání a plně se věnovat péči o seniora. A tak se stará pokud mu síly stačí. A začne shánět informace, kde najít pomoc a podporu.

Ve své bakalářské práci jsem si dala za cíl zmapovat informovanost veřejnosti v regionu obce s rozšířenou působností Velké Meziříčí. Zajímalo mě, jaké znalosti mají lidé různého věku o možnostech získání podpory v péči o seniory. Jestli ví, kam se mají obrátit, když hledají například pečovatelskou službu, finanční pomoc, rehabilitační péči a jestli mají o poskytovaných službách a jejich poskytovatelích dostatek informací. Ověřovala jsem také zájem veřejnosti o nové zdroje informací. Na tyto otázky jsem hledala odpověď ve svém výzkumu. Protože, pokud nás nepotká nehoda a budeme mít dostatek zdraví, ocitneme se v pozici seniora i my.

Stárnutí populace se nedá zastavit. Měli bychom si uvědomit, že o tom, jaká kvalita života čeká ve stáří nás i naše blízké, rozhodujeme již dnes.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Etapa stáří je stejně tak důležitá jako dospělost a mládí. Toto období trvá 30 – 40 let a bude stejně dlouhé jako mládí a dospělost. Zaslouží si proto pozornost nejen ze strany samotného seniora a jeho rodiny, ale i z pohledu státní sociální a zdravotní politiky. Jedná se tedy o další vývojovou etapu lidského života, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti. Je nutné si uvědomit, že stáří není konec života, teprve smrt přináší konec života (Klevetová, Dlabalová, 2008).

### 1.1 Definice pojmu stárnutí

V odborné literatuře existuje řada způsobů, jak lze definovat stárnutí. Podle Goldmanna a kol. (2006) je stárnutí přirozený, nepřetržitý a nezvratný biologický proces, který trvá od vzniku embrya až do smrti. Je to proces velmi individuální, složitý, probíhající u každého jedince různě. Pro individuální průběh stárnutí jsou rozhodující především vlivy genetické, konstituční, zdravotní, vlivy životního prostředí a v neposlední řadě se na stárnutí odráží i způsob života.

Autor Stuart–Hamilton (1999) uvádí dělení stárnutí, které nazývá pojmy: primární, sekundární a terciární stárnutí. Primární stárnutí lze popsat jako tělesné změny stárnoucího organismu. Sekundární stárnutí zahrnuje změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nemusí ho nutně doprovázet. Změny zaznamenávající prudký a nápadný tělesný úpadek bezprostředně před smrtí označuje autor termínem terciární stárnutí.

Jak uvádí Křivohlavý (2002) stárnutí je procesem, který je včleněn do celkového období života. Není něčím, co by přišlo neočekávaně a naráz. Na stárnutí lze pohlížet z různého úhlu pohledu. Mezi hlavní tři hlediska stárnutí patří: biologické, psychologické a sociologické hledisko. Pokud si dáme tyto informace do souvislosti, pak je těžké obhájit to pojetí stáří, které se domnívá, že stáří je nemocí.

Abychom lépe pochopili pojem senior, který hraje klíčovou roli této bakalářské práce, je nutné si toto slovo definovat. V dostupné literatuře se však setkáváme s různými charakteristikami, které vychází jak z věku jedince a následně získaných právních nároků na finanční zdroje související s penzí, tak i ze změn ve fyzickém a psychickém stavu.

Podle Janečkové (in Matoušek, 2005), je starý člověk charakterizován jednak svou příslušností k věkové skupině, která je určena dosažením 60, respektive 65 let, taktéž je spojován se sociálním statutem důchodce, který je současně považován za neaktivního či

neproduktivního. Jsou u něj předpokládány i zdravotní charakteristiky spojené s involucí tj. ztrátou funkčních schopností, multimorbiditou a postupnou ztrátou soběstačnosti.

## 1.2 Definice pojmu stáří

„Stáří je obdobím po 65. roce života - organismus slábne, je čím dál náchylnější k nemocem a úrazům (snížení hladiny vápníku v kostech, kornatění cév, úbytek důležitých enzymů, u žen menopauza, atd.). Prožívání starých lidí směřuje k introverzi a melancholii.“ (Langmeier, 1998, str. 50).

Podle Goldmanna a kol. (2006) je stáří očekávaná, předvídatelná a neodvratitelná životní událost. Stáří je závěrečnou etapou procesu stárnutí a je to přirozené období lidského života. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se stáří dělí podle věkových skupin následovně:

- 60 – 74 let ranné stáří,
- 75 – 89 let vlastní stáří,
- 90 a více let dlouhověkost.

V sociálně - zdravotní oblasti se v současné době více prosazuje dělení období stáří, které respektuje demografický vývoj posledních let. Ve všech vyspělých zemích včetně České republiky se změnila věková struktura společnosti. Tato změna souvisí s prodlužováním střední délky života. To je údaj o věku, kterého se jedinec od narození pravděpodobně dožije a nejlépe vystihuje zdravotní stav populace.

Nové dělení období stáří:

- 65 – 74 let mladší stáří,
- 75 – 84 let stáří,
- 85 – a více let, kmetství, senium.

### 1.2.1 Dělení stáří

#### **Chronologický (kalendářní) věk:**

Tento věk určuje datum narození, lze jej přesně vymežit.

#### **Sociální věk:**

Vztahuje se ke společenskému chování, které by mělo odpovídat příslušnému biologickému věku.

#### **Biologický věk:**

Poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Obzvláště to platí pro smysly a CNS. Ke specifitějšímu určení biologického věku se můžeme setkat s následujícími pojmy: **anatomický věk** (vyjadřuje stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod.), **karpální věk** (stav karpálních kůstek) a **fyzilogický věk** (stav fyziologických procesů organismu).

#### **Psychologický věk:**

Je ovlivněn subjektivním vnímáním vlastního věku, odráží psychický stav jedince (Stuart-Hamilton, 1999).

## 2 ZMĚNY VE STÁŘÍ

Ke změnám, které můžeme pozorovat ve stáří, dochází prakticky už od narození. Změny lze rozdělit do tří skupin, které se vzájemně prolínají a ovlivňují. Na následujících řádcích se budeme zabývat biologickými, psychickými a sociálními změnami.

### 2.1 Biologické změny

Biologické změny nebo biologické stárnutí se odehrává na fyziologické úrovni. Změny postihují tkáně a orgány, neprobíhají však u všech jedinců stejně, protože jsou ovlivněny jak genetickými předpoklady, tak samotným životním stylem. Změny se podepisují na jednotlivých systémech v těle (Klevetová, Dlabalová, 2008).

V odborné literatuře se setkáváme s dvěma pojmy, které bezprostředně souvisí s biologickým stárnutím. Jedná se o **atrofii** („zmenšení normálně vyvinutého orgánu nebo tkáně způsobené degenerací buněk; objevuje se při nečinnosti, podvýživě a stárnutí“ (DiCara, Vidovičová, 2007, s. 48) a **involuci**, kterou můžeme definovat jako „omezování, zanikání, upadání, znehodnocování nebo fyziologické zmenšení určitého orgánu či degenerativní změny vyvolané životem. Je naprostým opakem evoluce, která znamená vývoj, proces postupného zdokonalování živé hmoty“ (Kraus, Petráčková, 2001, s. 345).

Pro lepší přehled změn, které postihují jednotlivé tělní systémy, uvádí Klevetová a Dlabalová (2008) zařazení do 7 skupin.

**Pohybový systém:** Výška těla se snižuje, meziobratlové ploténky se oplošťují a ubývá kostní hmoty. Vazivo se stává méně pružným, chrupavky tuhnou, a to zejména v kloubech. V důsledku úbytku svalové hmoty klesá i svalová síla. Při součtu všech těchto změn dochází k horší koordinaci pohybů, kosti řídnu a stávají se křehčími, proto stoupá riziko úrazů a výskyt zlomenin.

**Kardiovaskulární systém:** Srdce přečerpává menší množství krve, a tím dochází ke snížení průtoku ostatními orgány. Snižuje se elasticita cév, jejich stěna se stává nepružnou a je tenčí, dochází ke kornatění cév, které má dopad na celý organismus. Tepny se zvětšují a prodlužují, ale klesá jejich elasticita a tím je narušena regulace krevního tlaku. V souvislosti s těmito změnami se setkáváme s pružníkovou hypertenzí ve stáří, levostranným srdečním selháváním či ukládáním vápníku do srdečních chlopní, které ochabují a nedokážou se adaptovat na zvýšenou zátěž. U jedince se tyto změny projevují hlavně dušností po námaze, kterou si nedokáže sám vysvětlit.

**Pulmonální systém:** Starý člověk přijímá z prostředí méně kyslíku, protože funkce plic se snižuje, pohyby hrudního koše jsou menší a klesá i vitální kapacita plic (množství vzduchu vypuzeného z plic maximálním výdechem po maximálním nádechu). Výkonost řasinkového epitelu v plicních cestách klesá, proto se u seniorů častěji setkáváme s výskytem infekcí dýchacích cest.

**Trávicí systém:** Změny v dutině ústní provází hlavně vyšší výskyt onemocnění zubů a jejich ztráta, atrofie slinných žláz a chuťových papil, s níž souvisí i oslabování chuti. Klesá množství trávicích šťáv, proto se potrava pomaleji rozkládá i vstřebává. Snížená svalová síla způsobuje pokles tlustého střeva, což se projevuje chronickou zácpou, která bývá příčinou bolesti v bederní krajině. Ani játra a slinivka břišní neplní zcela svou funkci.

**Reprodukční systém:** U obou pohlaví klesá pohlavní činnost. U žen ustává menstruace a přichází období klimakteria, dochází k poklesu dělohy. Muži trpí zbytněním prostaty.

**Vylučovací systém:** V ledvinách klesá očišťovací a koncentrační schopnost. Snižuje se elasticita močové trubice a v močovém měchýři vlivem nižší kapacity stoupá postmikční reziduum, kdy normální hladina je 50 – 80 ml moči. Močová inkontinence nutně nepatří ke stáří, ale postihuje 15 – 30 % osob starších 60 let, vždy je důležité vyšetření, které odhalí příčinu a umožní vhodné řešení daného problému.

**Kožní systém:** Kůže se ztenčuje a ztrácí se její pružnost. Vlasy šedivějí a řídnou, dochází k tvorbě vrásek a pigmentových skvrn nebo naopak pigmentace v určitých částech těla chybí. Kožní napětí je snížené.

**Nervový systém:** Výrazným projevem stárnutí je ukládání lipofusinu (nahnědlého pigmentu, který vzniká z tuků). Ten se hromadí hlavně v nervových buňkách, játrech i svalech. Počet neuronů se nerovnoměrně snižuje a v těchto buňkách dochází k biochemickým změnám, které mají výrazný vliv na rychlost vedení vzruchů. Na obalech neuronů vznikají senilní plaky, které mohou způsobit demenci. Poruchy chůze a rovnováhy mají na svědomí změny v hlubokém cití. Zpomalením regulačních mechanismů dochází k snížení odolnosti k zátěži a neschopnosti adaptace na nové životní podmínky. Přibývají poruchy spánku a mění se především délka a kvalita spánku. Hovoříme o spánkové inverzi, senioři přes den spí a v noci se budí, špatně usínají a mají pocity nevyspání.

**Smyslové orgány:** Ve stáří se mění vnímání signálů z okolí prostřednictvím smyslových orgánů. Zhoršuje se nejenom zrak a sluch, ale snižují se i chuťové, hmatové a čichové schopnosti organismu. Ubývají receptory, které nám umožňují vnímat polohu a pohyb těla,

pocity síly, tlaku, tepla a chladu. Z těchto změn smyslových orgánů často pramení mnoho úrazů. Následující přehled se zabývá jednotlivými smysly, jak je popisuje Stuart-Hamilton (1999).

Zrak: Oční čočka je méně pružná a ztrácí schopnost zaostřovat do blízka. Tato oční vada se nazývá presbyopie a redukuje se nošením brýlí nebo kontaktních čoček. Nejzávažnější zrakovou vadou, kterou trpí většina starých lidí je ztráta zrakové ostrosti (která je definována jako „schopnost vidět ostře předměty v určité vzdálenosti“).

Čich: Čich je na tom mnohem lépe oproti ostatním smyslům, neboť u zdravých lidí s věkem v podstatě neslábne. Avšak u starých a nemocných je jeho slábnutí citelné.

Sluch: Sluch starého člověka se stává méně citlivým na vysoké tóny, postupně i na střední a hluboké tóny. Proto je pro něj hůře srozumitelná lidská řeč. Nejrozšířenějším typem oslabení sluchu u starých lidí je stav zvaný presbyakuze (nedoslýchavost stárnoucích).

Hmat: Změny, se týkají i hmatových čidel. Ztenčování a vrásnění kůže starých lidí vede i ke změnám v citlivosti hmatu. Aby byl dotyk zaregistrován, je třeba větší stimulace kůže.

Chuť: Jak uvádí Navrátil (2008) chuti k jídlu v pokročilém stáří přirozeně ubývá a je příčinou snížení příjmu potravy. Snižuje se počet chuťových pohárků, takže starému člověku nemusí chutnat stejné jídlo jako dříve nebo se mu může zdát nedochucené.

## 2.2 Psychické změny

Jedince v seniorském věku provázejí i změny v oblasti psychických funkcí. Změny, se kterými se senior musí vyrovnat, nejsou viditelné a patrné, ale mohou mu působit značné komplikace v jeho životě.

Podle Klevetové a Dlabalové (2008) probíhající změny na začátku stáří, ale i v jeho průběhu přináší změny, které zákonitě souvisejí i s prožíváním a chováním. Psychické změny se projevují zejména v oblastech, jako jsou vnímání, pozornost, paměť, myšlení a představy.

Jak uvádí Langmeier (2006, s. 167): „Pokles psychických funkcí není jednotný, nezačíná u všech jedinců stejně ani neprobíhá stejnou rychlostí. Některé funkce zůstávají zachovány a nezměněny do velmi pozdního věku, u jiných je pokles časný a poměrně rychlý. Musíme počítat s tím, že růst i pokles funkcí je vždy podmíněn současně biologickými, psychologickými a sociálními determinanty.“



Podle Klevetové a Dlabalové (2008) často dochází ke snížení schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Vnímání oslabenými smysly způsobuje i strach, úzkost a přináší nejistotu. V pozdějším věku se u některých seniorů objevují poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Vyskytují se častěji duševní onemocnění a je také zaznamenán nárůst demencí, zvláště Alzheimerovy choroby. Nastávají změny v oblasti citového života, které jsou velmi individuální. Senior je citlivější, více emotivně prožívá situace, snadno podlehne dojetí. Velká část seniorů je snadno citově zranitelná, od druhých očekává ohledy a porozumění.

Senior potřebuje ke zvládnutí běžných činností více času, které by mladšímu jedinci trvaly podstatně kratší dobu. Zpomalení psychomotorického tempa může být vyrovnáno systematickostí, důsledností a důkladností v jednání.

Na důležitý fakt poukazuje Venglářová (2007), kdy je nutné odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či somatických poruch. S přibývajícím věkem může dojít k zintenzivnění některých povahových rysů a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti.

### 2.3 Sociální změny

Nejdůležitější změnou u starého člověka v oblasti socializace je odchod do penze. Jak se dočteme v odborné literatuře od Klevetové a Dlabalové (2008) důležitá je příprava na stáří již v mladším věku. Naplánovat si období, kdy někteří budou postrádat svou pracovní roli. Naučit se dát myšlenkám nový směr a vědět, jak bychom mohli naložit se svým časem. Snížená soběstačnost v důsledku chronických onemocnění vedou ke změně sociální role a ovlivňují účast na společenském životě. Starý člověk se ocitá v sociální izolaci, je pro něj obtížné přijmout fakt závislosti a ztrácí svou identitu. Vyžaduje pomoc od okolí, o kterou si často nedokáže říct. Těžce snáší drobné zátěže, nerad mění svůj zaběhnutý styl života. Situace se stává o to horší, když odejde jeden z partnerů a pozůstalý partner ztratí chuť dál žít sám. Přichází samota a je obtížné přijmout novou roli vdovy – vdovce. Všechny tyto změny působí na kvalitu života seniora.

Ve struktuře osobnosti seniora se může měnit pořadí hodnot, potřeb a životních cílů v kontextu s předchozími situacemi a změnami sociálního prostředí. Odchodem do důcho-

du se ztrácí pracovní přátelství a kontakt s lidmi, mění se rodinné vztahy. Častým jevem je nenaplnění role v touze stát se prarodičem.

Úbytek schopností, odchod do penze, dostatek volného času či změna bydlení vedou k sociální izolaci. Senior nevyhledává tolik společenský kontakt a může dojít k úpadku sociálních dovedností, protože se méně vyskytuje v situacích, které vyžadují společenské chování. Nedokáže vyjádřit své potřeby a přání, setkává se s nepochopením od mladší generace, která přesně neví, co starý člověk potřebuje.

Výše popsané změny v seniorském věku mají za následek netoleranci od mladší generace, která se nedokáže vžít do role seniora. Těžko si uvědomí, co starého člověka omezuje, trápí a s čím se musí potýkat ve svém běžném životě.

### 3 DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ

Každý si jistě všiml, že se, se starými lidmi setkáváme čím dál častěji. Moderní technologie, rozvíjející se léčebné metody snaží se o dlouhověkost a mnoho dalších trendů spojených s touhou po delším životě umožňují lépe pečovat o zdraví, fyzickou i psychickou kondici. Odlišné názory mladé generace, která chce nejdříve vybudovat kariéru a až po profesním růstu a finančním zajištění založit rodinu jsou jiné, jak před desítkami let. Žena v předchozích desetiletích měla první dítě ve věku kolem dvaceti let a počet dětí nebyl omezen na jedno nebo dvě, jak nyní, rodina měla i pět a více dětí. Sami se s tímto můžeme setkat v generaci našich babiček či prababiček. Ze současného vývoje lze snadno rozpoznat, že dochází k poklesu porodnosti. A tím, že se senioři dožívají vyššího věku, vzniká nepoměr mezi generací ekonomicky aktivní a generací závislou. Demografické stárnutí je většinou obyvatel považováno za negativní jev.

Vědní disciplína, která se zabývá populací, se nazývá demografie. Demografický vývoj je podmíněn ekonomickým a sociálním vývojem. Současně představuje jeden ze strategických a dlouhodobých faktorů, který je třeba zahrnout do tvorby politiky v různých oblastech.

Od poloviny minulého století se všechny vyspělé země setkávají s tzv. demografickým stárnutím, které se tak stává jednou z důležitých otázek, kterou je nutné řešit. Demografické stárnutí lze charakterizovat jako proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva. Zvyšuje se podíl seniorů a snižuje se podíl dětí mladších patnácti let. To znamená, že starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji, než populace jako celek. Hlavní příčinou tohoto procesu je spolu s poklesem porodnosti trvalý pokles specifických měr úmrtnosti, který vede k prodlužování naděje na dožití se vyššího a vysokého věku.

Důsledky demografického stárnutí se dotýkají všech sfér sociálního a ekonomického vývoje. Se změnou věkové struktury se pojí i obavy o udržení financování důchodového systému, protože stoupají náklady na sociální zabezpečení, zdravotní péči a chybí dostatek pracovních sil na trhu práce. Samotný proces se promítá nejen do oblasti financí, ale i do postavení seniorů ve společnosti, do mezigeneračních vztahů a vztahů uvnitř rodiny (Nešporová a kol., 2008).

### 3.1 Budoucí vývoj stárnutí

Populace v České republice se dělí do tří hlavních věkových skupin a to: 0 – 14, 15 – 59 a 60 a víc let. Zastoupení jednotlivých skupin se od 90. let mění. Pokud bychom jednotlivá období sledovali, všimli bychom si neustálého snižování zastoupení dětské složky. To vyplývá z již výše zmíněné hlavní příčiny demografického stárnutí. Při současném trendu nízké porodnosti a zvyšující se naděje na dožití vysokého věku je pravděpodobné, že podíl seniorů v populaci České republiky bude i nadále narůstat. Znatelné změny způsobené nárůstem naděje dožití při narození se promítnou zejména uvnitř skupiny samotných seniorů. V současné době bylo ve skupině více seniorů ve věku 60 – 69 let, v důsledku změn dojde ke zvýšení věkové skupiny 70 – 79 let a bude přibývat i osob ve věku 80 let a víc. Tzn., že i samotná seniorská populace bude postupně stárnout. Zvyšující se počet seniorů ve věku 80 a více let obnáší mnoho důležitých důsledků pro společnost. Osoby v tomto věku mají většinou horší zdravotní stav, a tudíž vyžadují častěji sociální a zdravotní péči než mladší osoby důchodového věku (Nešporová a kol., 2008).

### 3.2 Regionální rozlišení

Demografické stárnutí neprobíhá uvnitř České republiky zcela rovnoměrně. Souhrnně je možné říci, že populaci s vyšším zastoupením seniorů vykazují zejména velká města a jejich zázemí, naopak obyvatelstvo s vyšším podílem dětí mají především oblasti pohraniční. Regionální demografická specifika a z nich vyplývající výhled do budoucna by měl být zohledněn v koncepcích regionálního rozvoje, neboť v regionech s vyšším indexem stáří (počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí ve věku 0 – 14 let) je třeba počítat s vyššími náklady na poskytování péče seniorům (Nešporová a kol., 2008).

Z demografického vývoje je zřejmé, že i kraj Vysočinu čeká proces úbytku obyvatel a demografické stárnutí. Proces stárnutí znamená, že oproti 74 000 obyvatelům starších 65 let v roce 2005 může počet obyvatel v této kategorii narůst na 104 000. Z této kategorie pocházejí zpravidla uživatelé sociálních služeb pro seniory. V důsledku tohoto procesu budou muset obce i občané změnit způsob svého chování. Z hlediska sociálních služeb je důležité i to, že vzhledem k nárůstu počtu starých lidí bude muset být přehodnoceno zejména vybavení službami pro seniory. Tento vývoj povede zejména ke zvýšení poptávky po službách pro seniory a vyžádá si zaměření na efektivitu systému poskytování sociálních služeb pro

uvedenou cílovou skupinu. Roztříštěná sídelní struktura bude znamenat komplikace při zabezpečení místní dostupnosti sociálních služeb (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v kraji Vysočina pro rok 2008 - 2009, cit. 2. 5. 2010).

### **3.3 Důsledek stárnutí populace**

S rostoucím počtem seniorů poroste přímou úměrou i poptávka o služby pro seniory. Nejen v oblasti zdravotní ale i sociální. Právě z regionálních demografických specifik by měl vycházet i regionální rozvoj, neboť v regionech s vyšším indexem stáří je třeba počítat s vyššími náklady na poskytování péče seniorům. S narůstajícím počtem starších osob bude narůstat též počet těch, kteří z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nebudou schopni vykonávat samostatně všechny běžné aktivity každodenního života a budou se tak stávat závislí na pomoci dalších osob (Nešporová a kol., 2008).

## 4 MOŽNOSTI PÉČE O SENIORY

Rostoucí počet seniorů ve společnosti vede k zvyšující se potřebě sociálních a zdravotních služeb. Jak uvádí Haškovcová (2004) teprve v průběhu času se ukázalo, že oddělovat zdravotní a sociální péči o staré lidi je k neprospěchu věci. Právě proto je potřeba budovat rozsáhlé spektrum koordinovaných služeb tak, aby si každý starý člověk mohl vybrat ten způsob péče, který bude nejlépe pokrývat jeho skutečné potřeby.

V péči o staré občany spolu velmi úzce souvisí poskytování zdravotních a sociálních služeb, které by měly být hlavně neoddělitelné a komplexní. V určitém čase jedna nebo druhá složka převažuje, a to se odvíjí od toho, zda se jedná o nemocné či zdravé občany. Je důležité, aby obě složky byly vyvážené a vycházely z individuálních potřeb klienta. Prolínání obou typů služeb s sebou nese jistá úskalí. Prvním z nich je snaha o řešení všech problémů starého člověka, o kterého se snaží pečovat všemi dostupnými medicínskými prostředky. Druhým úskalím je redukce dlouhodobého problému seniora na problém čistě sociální. Objevuje se zde snaha přesunout problém seniora ze sféry resortu zdravotního do resortu sociálního včetně financování (Goldmann a kol., 2006).

### 4.1 Druhy zdravotnických zařízení

Vlivem různých onemocnění, která člověka provází v jeho vyšším věku, čím dál častěji potřebuje zdravotní péči. Péče by měla být individuální a měla by vycházet z aktuálních problémů, které klienta trápí. Ministerstvo zdravotnictví je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči a další záležitosti, které jsou blíže stanoveny v zákoně číslo 2/ 1969 Sb. o řízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky. Poskytovaná péče je rozdělena do několika druhů služeb, které mohou být využity nezávazně na sobě.

Podle Haškovcové (2004) dochází v posledních letech k tzv. geriatrizaci medicíny. Tento pojem označuje fakt, že staří nemocní lidé využívají služeb všech zdravotnických zařízení i všech lékařských oborů. Akutní lůžka jsou velmi drahá a tak je logické a správné, že jsou nemocní následně doléčováni či ošetřováni jinde. Nepoměr mezi akutními a chronickými lůžky je příčinou toho, že senioři buď zabírají akutní lůžka, nebo jsou odmítáni.

Nejvýznamnějším poskytovatelem zdravotní péče starým občanům, je praktický lékař, který je často nazývám „geriatrem první linie“. Péče v první úrovni se rozděluje na primár-

ní a ambulantní péči a komunitní služby. Je poskytována nejen lékařem, geriatrickou sestrou, ambulantními službami specialistů, geriatrickými ambulancemi ale i agenturami domácí péče.

Lékař má možnost spolupracovat s pracovníky agentur domácí péče. Aby mohl klient využívat ošetřování v domácí péči, musí splňovat následující požadavky. Mít stabilizovaný klinický stav, vhodné domácí prostředí, možnost člena rodiny postarat se o nemocného v době mimo péči agentury a dostupnost zdravotnických a sociálních služeb. Agentury domácí péče poskytují zdravotní a ošetrovatelskou péči, pokud je indikována ošetřujícím lékařem, je hrazena zdravotními pojišťovnami.

Další složkou je intermediární nebo také stacionární péče. Hlavním poskytovatelem péče jsou nemocnice a denní rehabilitační centra. S největším počtem starých občanů se setkáváme na interních odděleních ať už okresních, krajských či fakultních nemocnic.

Nezastupitelnou roli hraje i krátkodobá ústavní péče. Kam spadají opět nemocnice a všechny jejich oddělení, které poskytují péči akutní, chronickou ale i následnou. V této sféře jsou zařazeny i geriatrická a gerontologická oddělení. Tyto oddělení jsou určeny především klientům, kteří vyžadují intenzivní rehabilitaci a ošetrovatelskou péči a léčbu v rámci specifického geriatrického režimu. Vedle zmíněných oddělení se ke krátkodobé ústavní péči řadí i gerontopsychiatrie, která je lékařským podoborem psychiatrie a zaměřuje se na klienty s psychickými poruchami, které souvisí se stárnutím a stářím. Haškovcová (2004) podotýká, že situace rodiny, která pečuje o duševně postiženého nebo duševně alterovaného starého člověka je svízelná a gerontopsychiatrických lůžek je nedostatek.

Ke službám, které mohou staří občané využít, patří dlouhodobá ústavní péče. K hojně využívaným patří léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN). Tyto léčebny spadají do kategorie následné lůžkové péče, kterou se rozumí poskytování zdravotní péče při pobytu na lůžku, pokud pominuly zdravotní důvody k poskytování akutní lůžkové péče. Péče je poskytována nemocným, u kterých byla stanovena diagnóza a došlo ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronického onemocnění. Nebo je péče indikována těm nemocným, u kterých je stabilizován zdravotní stav což znamená, že nelze očekávat zvrát stability vyžadující akutní lůžkovou péči. Umístění do léčebny se řídí trvalým bydlištěm nemocného, jde většinou o přeložení pacienta z nemocnice. Přijetí doporučuje ošetřující lékař a přijetí schvaluje primář léčebny. Úhrada závisí na poskytovateli, případně část hradí obec nebo

zdravotní pojišťovna. Dalšími možnostmi, které může starý občan v této oblasti dlouhodobě ústavní péče využít, jsou léčebné ústavy a psychiatrické ošetrovatelské ústavy.

Další službou, kterou mohou senioři využít je home care. Služba se ze zahraničí dostala i k nám, i když souvisí s dřívějším českým modelem domácí péče, který zajišťovaly geriatrické sestry. Home care je definovaná, jako domácí odborná zdravotní péče. Často dochází ke kombinaci domácí odborné péče (home care) s domácí laickou péčí (home help). V České republice existuje Asociace domácí péče, která sdružuje jednotlivé Agentury domácí péče. Domácí péče je určena pacientům, u nichž není nutný pobyt v nemocnici, ale současně jim nestačí laická domácí péče. Home care, je limitována návštěvami zkušené zdravotní sestry, která péči zajišťuje. Pokud by její návštěvy přesáhly rozsah 3 hodin denně nebo 2 – 3 návštěvy byl by indikován pobyt seniora v nemocnici. Uvedený rozsah péče hradí plně zdravotní pojišťovna. Tento typ péče je výhodný hned z několika důvodů. Když je nemocný ve svém prostředí cítí se lépe a rychleji se uzdravuje. Posiluje se soudržnost rodiny i v době nemoci seniora. Zlepšuje psychický stav nemocných a vylučuje nepříznivé dopady hospitalizace. Posledním nezanedbatelným důvodem je, že snižuje náklady na zdravotní péči, je sice levnější ale ne levná (Haškovcová, 2004).

## 4.2 Druhy sociálních zařízení a služeb

Pečovatelská služba je formou domácí péče v sociální sféře, která je zavedena prakticky na úrovni většiny obcí. Služba je poskytována ve vlastní domácnosti nebo v domech s pečovatelskou službou. Pečovatelka poskytuje následující výkony, které vychází z požadavků klienta a jeho zdravotního stavu. Jedná se především o donášku obědů, pomoc s osobní hygienou, úklid, vyžehlení prádla nebo třeba nákup. Služby jsou poskytovány za úhradu podle ekonomické situace klienta, eventuelně jeho rodiny, s částečnou úhradou nákladů ze sociálního rozpočtu obcí (Goldmann a kol., 2006). V České republice se v této oblasti poskytuje řada státních i nestátních organizací. Za zmínku stojí největší nestátní poskytovatel zdravotních a sociálních služeb, kterým je Charita Česká republika, která na našem území působí již od roku 1919. Je vnitřně rozčleněna na 9 subjektů, které v jednotlivých oblastech naší republiky zajišťují své služby.



### **Klub pro seniory**

Hlavním posláním těchto klubů je vytvořit možnosti pro vzájemná setkávání a aktivizaci seniorů. Je zde možnost stravování a poskytování odborného poradenství, které se zaměřuje na sociálně právní problematiku. Náplň činnosti v jednotlivých klubech si do značné míry určují sami členové. Často navštěvují kulturní akce, besedy a přednášky s odborníky z různých odvětví a organizují i autobusové poznávací zájezdy.

### **Denní stacionář - domovinka**

Hlavním posláním denního stacionáře je poskytnout služby a zajistit potřebnou péči klientům, kterým v odpoledních a nočních hodinách a ve dnech pracovního klidu poskytují péči rodinní příslušníci, případně jiní pečovatelé. Značný význam projektu proto tkví také v podpoře a pomoci pečujícím rodinám. Domovinka umožňuje ve spolupráci s rodinami umožnit klientům žít v domácím prostředí a odvrátit, nebo alespoň oddálit, umístění v ústavním zařízení. Denní stacionáře pro seniory jsou převážně určeny uživatelům, kteří jsou částečně odkázáni na pomoc druhé osoby, jsou osamoceni a trpí nedostatkem sociálních kontaktů. Stacionáře zajišťují dle individuálních potřeb člověka zejména: dovoz, stravování, aktivizace, pomoc při sebeobsluze, výchovné a vzdělávací programy, pomoc při prosazování práv a zájmů, zdravotní a duchovní potřeby (Charita, domovinky – denní stacionáře, cit. 7. 5. 2010).

### **Penzion pro důchodce**

Zařízení je určeno starým občanům, kteří dosáhli věku určujícího přiznání starobního důchodu ale i občanům, kteří jsou plně invalidní a jejichž celkový stav nevyžaduje komplexní péči. Do penzionu jsou tedy přijímáni občané, jejich zdravotní stav jim umožňuje ve vhodných podmínkách vést samostatný život. Do budoucna lze očekávat, že tato zařízení budou postupně omezována až ukončena a nahrazena domovy sociálních služeb. Jedná se tak o zařízení poskytující bydlení, zdravotní péči, stravování, denní dohled a péči směřující k udržování aktivity (Goldmann a kol., 2006).

### **Domov důchodců**

Toto zařízení je určeno starým občanům, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže zajistit rodina, pečovatelská služba nebo jiný typ služby pro staré občany.

Penziony a domovy pro důchodce spadají do kompetence sociálního resortu. Starý člověk má tak zajištěnou péči po dobu 24 hodin po celý týden. Je však prokázáno, že ani toto není nejlepší řešení sociální situace seniora. Trvalé opuštění domova, změna navyklého způsobu života, problémy s adaptací na nové prostředí může způsobit vážné poškození jak psychické tak i tělesné (Goldmann a kol., 2006).

### **Hospic**

Hospic je speciální zařízení, které poskytuje paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci. Do hospice jsou přijímáni nemocní, u kterých byly vyčerpány všechny ostatní možnosti léčby. Proto je určen terminálně nemocným. Neslibuje nemocnému uzdravení a vyléčení, ale neberu mu naději

Samotná myšlenka hospice vychází z úcty ke člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Důraz je kladen na individuální uspokojování v oblasti bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb. V hospici je akceptován i duchovní rozsah péče, který obvykle v nemocnici chybí. Přijímání jsou všichni nemocní, bez ohledu na vyznání. Základní filozofie hospice vychází z úcty k životu a úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Důraz v myšlence hospice se klade na kvalitu života nemocného, a to až do jeho posledních chvil. V hospicové péči se snaží naplnit dny nemocného životem, doprovázet jeho i jeho příbuzné, kteří přestože trpí současně s ním, hrají nezastupitelnou roli v hospicové péči. V hospicích se nepouští ze zřetele rodina ani po smrti zesnulého (Hospice, cit. 8. 5. 2010).

Jak uvádí Cichá (in Goldmann a kol., 2006) se hospicová péče dělí na pět forem:

Domácí hospicová péče laická:

Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. V Čechách a na Slovensku zatím není moc rozvinutá. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou

příliš náročné pro rodinné příslušníky. Laickou péči může poskytovat člen rodiny, vzdálenější příbuzný, přítel či dobrovolník. Do jisté míry záleží i na úrovni morálních hodnot a citových vazbách v rodině, vzdělání, náboženství a ekonomických možnostech. Za zcela běžnou je považována v zemích jižní Evropy, Středního i Dálného Východu, Afriky, Jižní Ameriky, Indie, Indonésie a Austrálie.

**Domácí hospicová péče odborná:**

Odborná hospicová péče poskytovaná v domácím prostředí doplňuje nebo nahrazuje laickou péči. Péči zajišťuje agentura domácí péče, ordinuje ji ošetřující lékař nemocného. V České republice je tento typ péče hrazen ze zdravotního pojištění maximálně 3 krát denně 1 hodinu po dobu, kterou určí ošetřující lékař.

**Ambulantní hospicová péče:**

Doplňuje domácí laickou hospicovou péči. Je určena plně či částečně pohyblivým umírajícím, jejichž tělesný a psychický stav nevyžaduje nepřetržitou péči v lůžkovém zařízení, stacionáři, ani domácí hospicovou péči odbornou.

**Stacionáře – denní pobyty či semiambulantní hospicová péče:**

Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče. Z pravidla jsou tyto stacionáře zřizovány v rámci hospiců. O umírající nemocné se zde starají multidisciplinární týmy.

**Lůžková hospicová péče:**

Je aktuální zejména tehdy, když předchozí formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče. Hospic je lůžkové zdravotnické zařízení pro nevléčitelně nemocné, u nichž je smrt očekávána do maximálně 6 měsíců. O umírajícího pečují multidisciplinární týmy, které usilují o zmírnění fyzického, psychického i sociálního utrpení v posledních smažicích života nemocného. Lůžková hospicová péče stojí na pomezí zdravotní a sociální péče.

Pro přijetí na hospicové lůžko je indikován pacient, kterého jeho postupující choroba ohrožuje na životě, potřebuje paliativní léčbu a péči, (především symptomatickou) a současně není nutná hospitalizace v nemocnici a není možná, nebo nestačí péče domácí.

Nejčastěji se jedná o nemocné s pokročilým onkologickým onemocněním, s potřebou kontroly a léčby bolesti nebo s potřebou ošetrovatelsky náročné preterminální péče.

Jediným kritériem pro přijetí je zdravotní indikace nemocného a jeho svobodný informovaný souhlas (Hospice, cit. 8. 5. 2010).

Hospic nemocnému garantuje, že: nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude vždy respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích nezůstane osamocen.

Náklady spojené s péčí a pobytem v hospicovém zařízení jsou rozdílné. Někde je zdravotní péče hrazena zdravotními pojišťovnami a pacient si hradí pouze nadstandardně zařízené pokoje. Mezi zřizovatele patří také charity v jednotlivých částech naší republiky. Celkově je financování hospiců problematické, neboť jsou závislé na mimostátních dotacích.

Prvním modelovým zařízením tohoto typu je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, Je to charitní, sociálně-zdravotnické zařízení založené 1. 12. 1994. U zrodu stála zakladatelka hospicového hnutí MUDr. Marie Svatošová. S hospici se setkáváme i v Praze, Brně, Plzni, Olomouci a dalších městech. Ze současné situace vyplývá, že hospiců bude neustále přibývat, protože jejich kapacity jsou plné a v některých krajích zcela chybí (Hospic Anežky České, cit. 8. 5. 2010).

### **Respitní péče, odlehčovací služba**

Respitní péče (z angl. respite = oddech), nebo taky úlevová či odlehčující, je vlastně takovou péčí o pečující. Jde o typ služby, jež je určena pečujícím rodinám, které se starají o starého chronicky nemocného člověka. Jejím cílem je ulehčit situaci pečujícím. Poskytnout jim prostor pro načerpání nových sil a energie, umožnit jim odpočinout si od těžké, nedocenené a únavné práce. Existují její různé formy. Ať už jako péče přímo doma, kdy pečující nahradí vyškolený profesionál a rodina tak může odjet třeba na dovolenou. Nebo formou krátkodobého umístění klienta v nějakém pobytovém zařízení (Klevetová, Dlabalová, 2008).

### **Osobní asistence**

Senioři mohou využívat služeb osobní asistence. Osobní asistenti pomáhají nejen fyzicky, ale i psychicky zvláště seniorům, kteří se potýkají se samotnou a izolací. Služba je určena

osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby na základě předem určeného času a rozsahu. Asistent zajišťuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem poskytovaných služeb je pomoc člověku, který k životu potřebuje pomoc druhé osoby, zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby neměl postižení.

Osobní asistent pomáhá osobě naplňovat tyto základní životní potřeby:

- biologické - jídlo, pití, spánek, toaleta, hygiena, úprava prostředí, polohování, pohyb apod.
- kulturní - vzdělání, zaměstnání, kultura (kino, divadlo, knihy, hudba, internet aj.), nakupování, procházky, styk s lidmi, úřady apod.

Osobní asistence se poskytuje za úhradu (Osobní asistence, cit. 7. 5. 2010).

### **Hmotné zabezpečené ve stáří**

Nárok na finanční zabezpečení ve stáří, je podmíněno dosažením důchodového věku. Peněžitá dávka, na kterou mají staří občané nárok po splnění určitých podmínek (důchodový věk, stanovená doba pojištění) nárok, se nazývá starobní důchod. Dávka, kterou starý občan pobírá, v podstatě nahrazuje starému člověku mzdu či příjem z výdělečné činnosti (Goldmann a kol., 2006).

Významnou roli v souvislosti s financemi ve stáří a tím, že senioři využívají různé služby sociální péče a pomoci souvisí Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb a další ustanovení týkající se poskytovatelů sociálních služeb.

Nejdůležitější informací související s touto bakalářskou prací je poskytnutí příspěvku na péči. Poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek jsou hrazeny ze státního rozpočtu. O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v:

Stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.

Stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.

Stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.

Stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnost.

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemístování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,

- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,
- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost), (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, cit. 7. 5. 2010).

### 4.3 Aktuální možnosti péče o seniory v regionu Velké Meziříčí

#### Domov pro seniory Velké Meziříčí

Domov pro seniory Velké Meziříčí příspěvková organizace poskytuje tyto služby: Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem – Pomněnka. Zřizovatelem tohoto zařízení je kraj Vysočina. Pobyt v tomto zařízení je určen osobám trvale žijícím na území České republiky.

Domov pro seniory nabízí kapacitu 116 lůžek. Posláním je podporovat a udržovat u klientů co nejvyšší míru samostatnosti a nezávislosti a přispívat k prožití aktivního a důstojného stáří jako plnohodnotné etapy jejich života. Cílovou skupinou jsou starobní důchodci a invalidní důchodci ve věku nad 65 let, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a tato pomoc jim nemůže být zajištěna v jejich přirozeném prostředí za pomoci rodiny nebo jiných sociálních služeb.

Domov se zvláštním režimem – Pomněnka nabízí kapacitu 29 lůžek. Cílovou skupinou, na kterou se Pomněnka zaměřuje, jsou starobní důchodci a invalidní důchodci, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu onemocnění demencí, včetně demence Alzheimerova typu.

Pro klienty jsou celoročně zajištěny následující služby: ubytování včetně úklidu, praní, žehlení a drobných oprav prádla, stravování, pomoc při zvládání běžných úkonů péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při udržování a rozvíjení sociálních vztahů a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, možnost aktivního využití volného času klientů, pomoc při vyřizování úředních a osobních záležitostí a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, ošetrovatelskou péčí zprostředkování lékařské a rehabilitační péče, podpora při nákupu a nákupy klientům, duchovní služby – možnost účastnit se bohoslužeb konaných v kapli, zajištění návštěvy duchovního na pokoji klientů, zprostředkování dalších doplňkových služeb jako jsou např. holičské, kadeřnické, pedikérské.

V současné době byla započata stavba nového Domova pro seniory v Čechových sadech a dokončen by mohl být v letošním roce. Kapacita nového domova bude celkem 94 lůžek, 34 lůžek bude domov se zvláštním režimem a 60 lůžek bude určeno Domovu pro seniory (Domov pro seniory Velké Meziříčí, cit. 9. 5. 2010).



### **Charitní ošetrovatelská služba**

Pobočka ve Velké Meziříčí spadá, pod oblastní charitu ve Žďáře nad Sázavou. Cílem je poskytovat sociální, zdravotní a humanitární služby lidem v nepříznivé životní situaci prostřednictvím kvalifikovaných pracovníků a dobrovolníků. Dále poskytuje služby podporující fungování rodiny a služby prevence rizikového chování. Vychází z křesťanských hodnot a usilujeme o zachování důstojnosti člověka.

Charitní ošetrovatelská služba v oblasti Velkomeziříčska poskytuje i osobní asistenci (Oblastní charita Velké Meziříčí, cit. 10. 5. 2010).

### **Osobní asistent - pečovatel**

Senioři také mohou využít služeb registrované pečovatelské služby, kterou zajišťuje Zdeňka Lancmanová osobní asistent – pečovatel. Služba je poskytována dle přání klientů a zajišťována v nepřetržitém provozu 24 hodin denně. Cílovou skupinou jsou mladší senioři (65-80 let), starší senioři (nad 80 let) ale i děti od 3 let věku a dospělí (27-64 let) a osoby se zdravotním postižením (Sociální služby města Velké Meziříčí, cit. 10. 5. 2010).

### **Sociální služby města Velké Meziříčí**

Posláním je poskytování terénní a ambulantní sociální služby lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a nemohou si z důvodu vysokého věku, nepříznivého zdravotního stavu či jiné nepříznivé sociální situace zajistit péči o vlastní osobu nebo domácnost.

Služba je poskytována občanům města Velké Meziříčí, jeho místních částí a okolních obcí v jejich domácnostech, domech s pečovatelskou službou a ve střediscích osobní hygieny.

Domy s pečovatelskou službou jsou ve Velké Meziříčí na: ul. Zdenky Vorlové 2001, ul. Strmá 1050/20, ul. Komenského 6 (součástí všech domů je středisko osobní hygieny). Základními úkony pečovatelské služby jsou: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy a pomoc při zajištění stravy (zajištění a dovoz obědů), pomoc při zajištění chodu domácnosti (úklid domácnosti, donáška nákupů apod.), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovod k lékaři, na nákup atd.).

Úhrada za úkony pečovatelské služby: služba je placena přímo klientem (v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb.), výše úhrady se řídí platným ceníkem (Dům s pečovatelskou službou Velké Meziříčí, cit. 10. 5. 2010).

**Zdravotnická zařízení a praktičtí lékaři**

Nemocnice sv. Zdislavy

Jedná se o zdravotnické lůžkové zařízení privátního typu. V nemocnici jsou následující oddělení: interní, chirurgické, ortopedické, radiodiagnostické, jednotka intenzivní péče a léčebna pro dlouhodobě nemocné. Nemocnice je vzdálena od Velkého Meziříčí 7 kilometrů a nachází se za obcí Mostiště v klidné oblasti obklopené přírodou.

Ve Velkém Meziříčí působí řada praktických lékařů, kteří zajišťují primární péči o seniora. Dále je zde řada ambulancí zaměřující se na různé specializované obory medicíny. Praktičtí lékaři a specialisté bývají také prvními poskytovateli informací o dalších možnostech péče o seniory.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 CÍLE VÝZKUMU

Cíl č. 1. Posoudit informovanost veřejnosti o nabídkách služeb pro seniory a zjistit, jaký způsob informovanosti v této oblasti preferují.

Cíl č. 2. Ověřit rozsah znalostí veřejnosti o poskytování sociálního poradenství a péče o seniory.

Cíl č. 3. Ověřit zájem veřejnosti o umístění informací o možnostech péče o seniory na webových stránkách obcí.

Cíl č. 4. Zjistit úroveň komunitního plánování v regionu Velké Meziříčí.

Cíl č. 5. Analyzovat a vyhodnotit výsledky výzkumu a navrhnout řešení do praxe.

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce jsem se věnovala výzkumnému šetření s cílem zjistit, nakolik je veřejnost informována o různých možnostech podpory v péči o seniory v regionu Velké Meziříčí. Ze stanovených cílů výzkumu vyplynuly následující úkoly. Nejdříve jsem se zaměřila na sestavení dotazníku. V další etapě jsem v dotazníkovém šetření oslovila náhodný vzorek respondentů. Na základě výsledků výzkumu jsem provedla rozbor a vyhodnocení získaných dat. Informace ke čtvrtému cíli o stavu komunitního plánování v regionu Velké Meziříčí jsem čerpala od Ing. Jaroslavy Klapalové, vedoucí sociálního odboru Městského úřadu Velké Meziříčí. Ta se podílí na procesu komunitního plánování v pracovní skupině, která se věnuje seniorům a občanům se zdravotním postižením. Ing. Klapalová mi také poskytla dostupné materiály a současné výstupy z celého projektu.

### 6.1 Metodika výzkumu

K výzkumu jsem použila techniku sběru dat pomocí anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval 19 otázek. Úvod dotazníku tvořila vstupní část, kde jsem se respondentům představila, seznámila je s účelem prováděného výzkumu a poděkovala jim za ochotu a spolupráci. Dotazník se skládal z uzavřených, polootevřených a jedné otevřené otázky. Respondenti vybírali vyhovující odpovědi, případně doplnili další eventualitu. Položky v dotazníku byly formulovány tak, aby byly srozumitelné a jednoznačné. Poslední otevřená otázka umožňovala respondentovi vyjádřit jeho pozitivní či negativní zkušenosti se získáváním informací o možnostech podpory v péči o seniory. V následující části práce jsem zpracovala získaná data. Pro přehlednost jsem výsledky uvedla v tabulkách a grafech s popisem. Hodnoty byly vyjádřeny numericky a procentuálně.

### 6.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Dotazník byl určen respondentům ve věku nad patnáct let na území obce s rozšířenou působností Velké Meziříčí. V dotazníkovém šetření jsem oslovila 120 respondentů. Vrátilo se mi 104 dotazníků, z toho čtyři dotazníky jsem byla nucena pro neúplnost vyřadit z dalšího zpracování. Návratnost dotazníků byla tedy 83,33%. Výzkum jsem realizovala v březnu a dubnu 2010. Elektronicky jsem rozeslala 82 dotazníků a z tohoto počtu se mi jich vrátilo 66 kusů. V tištěné podobě mi respondenti vrátili všechny rozdané dotazníky. Respondenti byli z velké části z okruhu mých známých, přátel a příbuzných a spolupracovníků mých

rodičů z firem kde pracují. S vyhodnocením dotazníků jsem neměla větší problémy, protože jsem již při distribuci prosila o pečlivé vyplnění. Při rozesílání dotazníku v elektronické podobě jsem se setkala i s pozitivními reakcemi, kdy někteří respondenti ocenili nejen formální úpravu, ale i technické provedení, které více využívá komunikační technologie dnešní doby.

### **6.3 Charakteristika položek**

První část dotazníku, otázky č. 1, 2, 3, 4, 5 a 6 byly identifikačního charakteru. Týkaly se pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, místa bydliště, aktuálního využití sociální či zdravotní služby nebo pomoci seniorem a znalost typů poskytovaných služeb. K prvnímu cíli se vztahovaly otázky č. 7, 12, 13, 17 a 18, které měly zmapovat informovanost veřejnosti o nabídkách služeb pro seniory a zjistit, jaký způsob informovanosti respondenti v této oblasti preferují. Otázky č. 8, 14, 15 a 16 se týkaly druhého cíle, který ověřoval rozsah znalostí veřejnosti o poskytování sociálního poradenství a péče o seniory. Informace k cíli č. 3, který měl ověřit zájem veřejnosti o umístění informací o možnostech péče o seniory na webových stránkách obcí, jsem získala pomocí otázek č. 9, 10 a 11.

### **6.4 Zpracování získaných dat**

Získaná data jsem zaznamenala do tabulek absolutní a relativní četnosti v programu Microsoft Office Excel 2007. Z hodnot v tabulkách jsem vytvořila výsečové grafy ve stejném programu. Pro lepší orientaci jsem každou otázku doplnila slovním komentářem.

### **6.5 Výsledky průzkumu a jejich analýza**

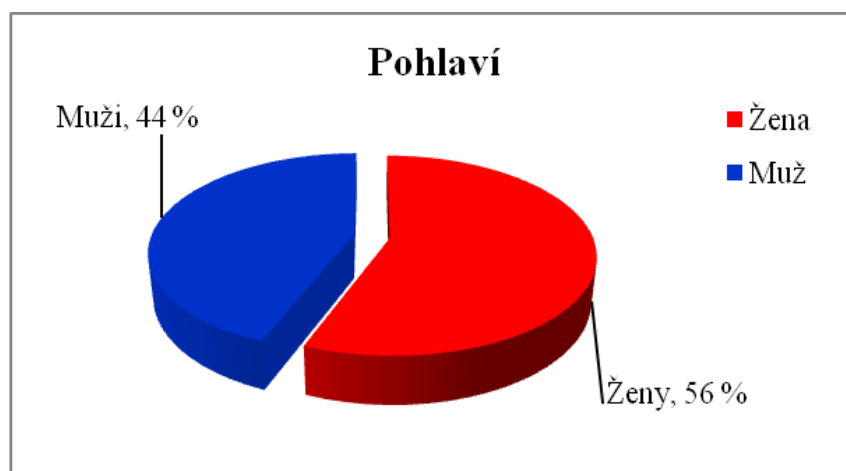
Získaná data jsou zapsána v tabulkách četnosti a výsečových grafech v programu Microsoft Office Excel 2007. Vše je doplněno slovním komentářem, který lépe vystihuje zjištěné informace.

Celý dotazník je součástí této práce jako příloha P I.

**Otázka č. 1. Uved'te, prosím, Vaše pohlaví:**

*Tab. 1. Pohlaví.*

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	56	56,00 %
Muž	44	44,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



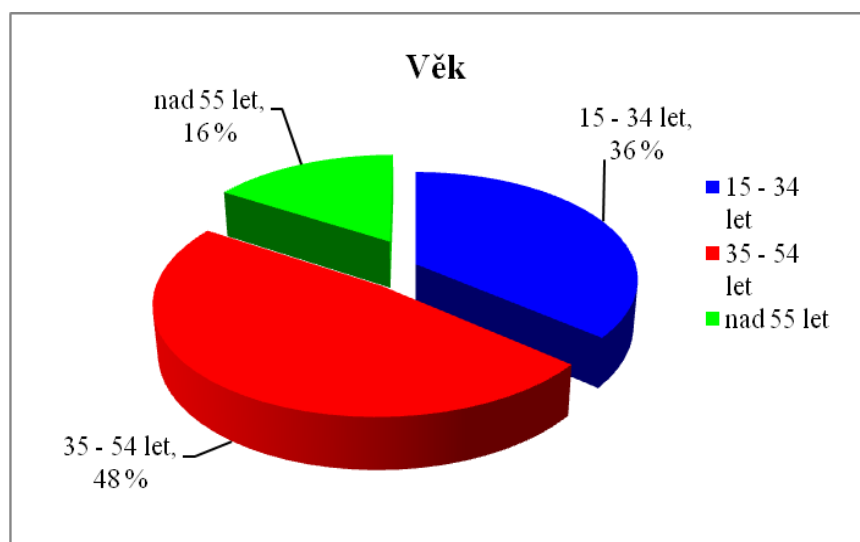
*Obr. 1. Rozložení pohlaví respondentů.*

Z celkového počtu 100 respondentů bylo 56 žen, tj. 56 % a 44 mužů, tj. 44 %. Poměr pohlaví byl téměř vyrovnaný.

## Otázka č. 2. Věk:

Tab. 2. Věk.

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
15 - 34 let	36	36,00 %
35 - 54 let	48	48,00 %
nad 55 let	16	16,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



Obr. 2. Věkové rozlišení respondentů.

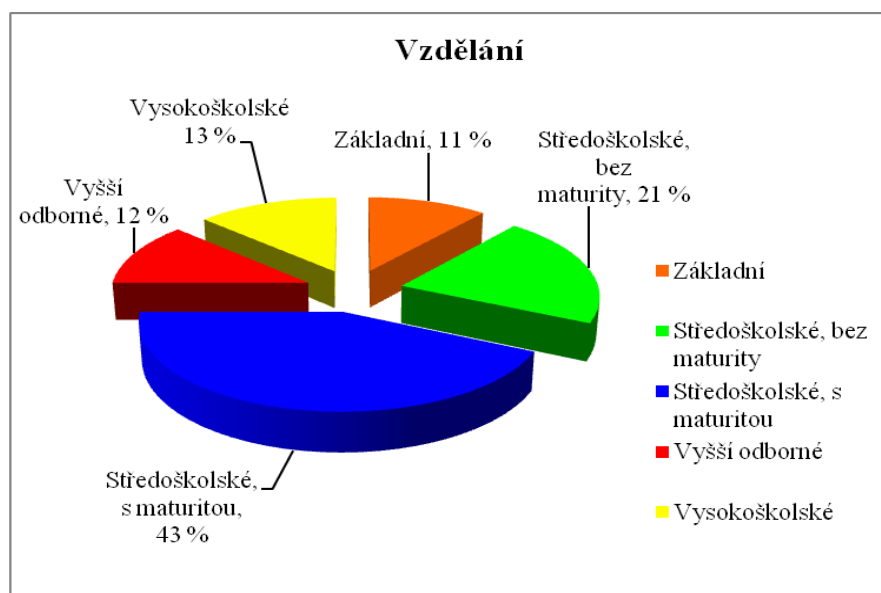
Z celkového počtu 100 respondentů bylo 36 respondentů ve věku 15 – 34 let, tj. 36 %, 48 respondentů ve věku 35 – 54 let, tj. 48 % a 16 respondentů ve věku nad 55 let.



## Otázka č. 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. 3. Vzdělání.

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	11	11,00 %
Středoškolské, bez maturity	21	21,00 %
Středoškolské, s maturitou	43	43,00 %
Vyšší odborné	12	12,00 %
Vysokoškolské	13	13,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



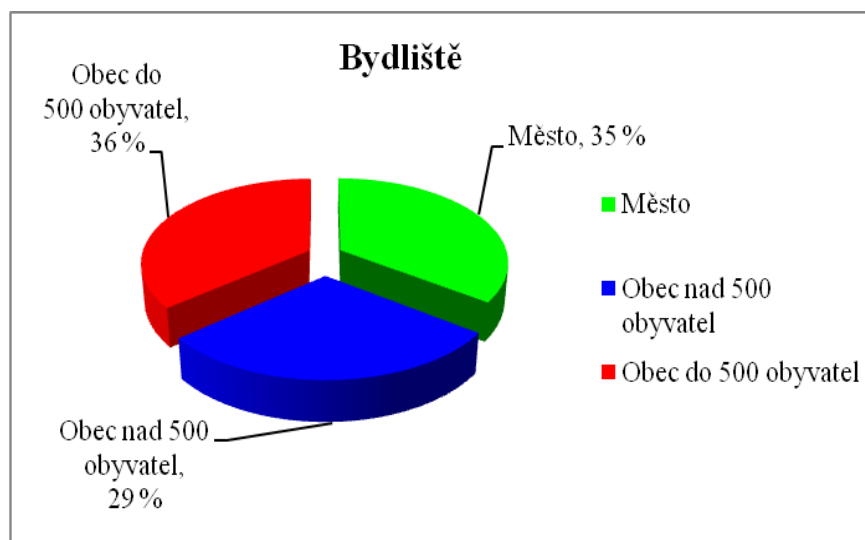
Obr. 3. Vzdělání respondentů.

Z celkového počtu 100 respondentů uvedlo 11 respondentů, že jejich nejvyšším vzděláním je základní vzdělání, tj. 11 %, 21 respondentů absolvovalo středoškolské vzdělání bez maturity, tj. 21 %, 43 respondentů uvedlo, že vystudovali střední školu s maturitou, tj. 43 %, 12 respondentů absolvovalo vyšší odborné vzdělání, tj. 12 % a 13 respondentů má vysokoškolské vzdělání, tj. 13 %.

## Otázka č. 4. Místo Vašeho bydliště je:

Tab. 4. Bydliště.

Bydliště	Absolutní četnost	Relativní četnost
Město	35	35,00 %
Obec nad 500 obyvatel	29	29,00 %
Obec do 500 obyvatel	36	36,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



Obr. 4. Bydliště.

Z celkového počtu 100 respondentů uvedlo 35 respondentů jako místo svého bydliště město, tj. 35 %, 29 respondentů bydlí v obci nad 500 obyvatel, tj. 29 % a 36 respondentů žije v obci do 500 obyvatel, tj. 36 %.

Otázka č. 5. Využíváte v současné době Vy nebo člen Vaší rodiny nějakou formu podpory v péči o seniory?

Tab. 5. Využití sociální či zdravotní služby nebo pomoci.

Využití sociální či zdravotní služby nebo pomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	30,00 %
Ne	70	70,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



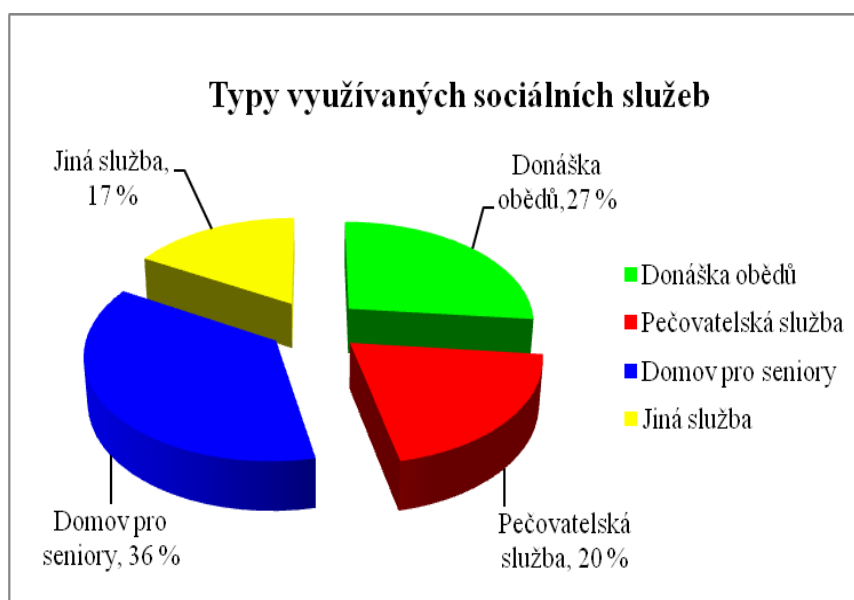
Obr. 5. Využití sociální či zdravotní služby nebo pomoci.

Z celkového počtu 100 respondentů uvedlo 30 respondentů, že v současné době využívá nějakou formu sociální či zdravotní služby nebo pomoci, tj. 30 %. Zbýlých 70 respondentů uvedlo, že v současné době nevyužívá sociální ani zdravotní službu nebo pomoc, tj. 70 %.

Otázka č. 6. Označte, prosím, všechny sociální služby pro seniory, které v současné době využíváte Vy osobně nebo Vám blízká osoba:

Tab. 6. Typy využívaných sociálních služeb.

Typy využívaných sociálních služeb	Absolutní četnost	Relativní četnost
Donáška obědů	8	26,70 %
Pečovatelská služba	6	20,00 %
Domov pro seniory	11	36,70 %
Jiná služba	5	16,60 %
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00 %</b>

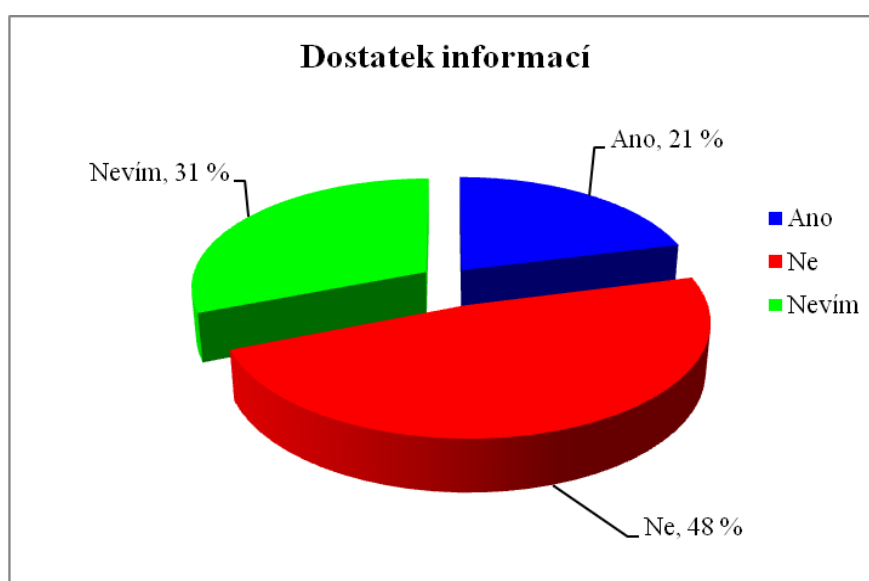


Obr. 6. Typy využívaných sociálních služeb.

Tato otázka navazovala na otázku č. 5. Z celkového počtu 30 respondentů, kteří v současné době využívají sociální služby osobně nebo prostřednictvím jim blízké osoby, jich 8 uvedlo, že využívají donášku obědů, tj. 26,70 %, 6 respondentů využívá pečovatelské služby, tj. 20 %, 11 respondentů využívá domov pro seniory, tj. 36,70 %. Vyskytly se i odpovědi jiná služba, kterou uvedlo 5 respondentů, tj. 16,60 % (2 z nich využívají hospicovou péči, 3 respondenti služby osobní asistence).

**Otázka č. 7. Máte dostatek informací o službách pro seniory v regionu Velké Meziříčí?***Tab. 7. Dostatek informací.*

Dostatek informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	21,00 %
Ne	48	48,00 %
Nevím	31	31,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

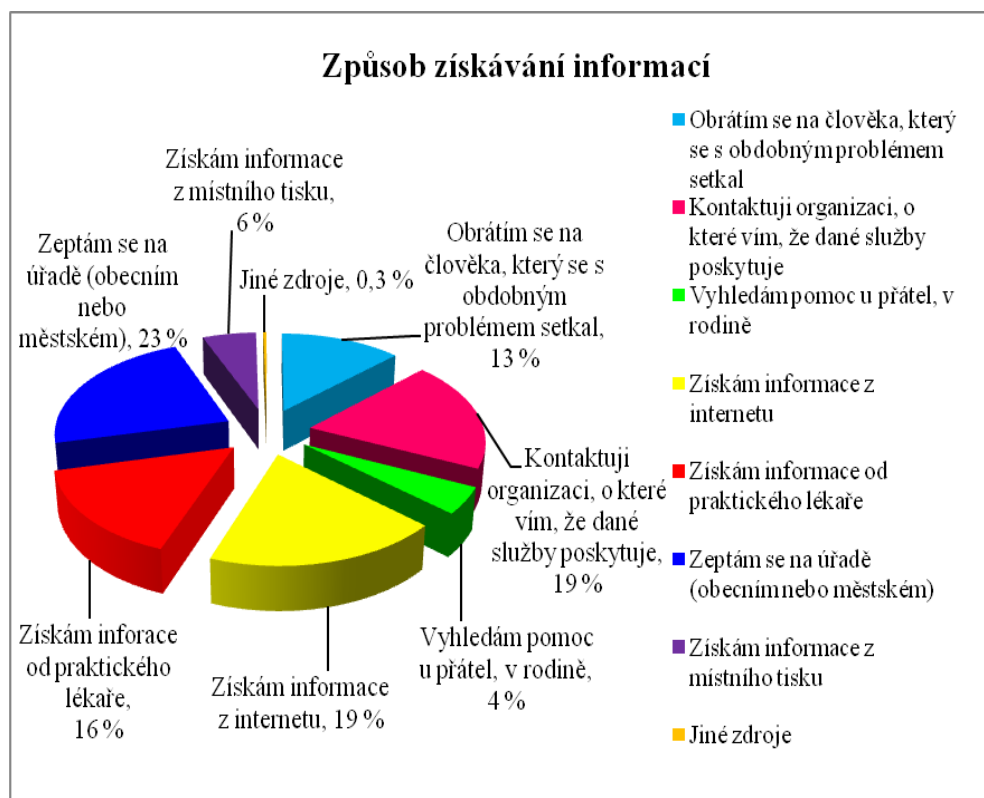
*Obr. 7. Dostatek informací.*

Z celkového počtu 100 respondentů uvedlo 21 z nich, že informace, které mají o službách pro seniory v regionu Velké Meziříčí, pokládají za dostatečné, tj. 21 %. Dalších 48 respondentů si nemyslí, že mají dostatek informací, tj. 48 %. Zbývajících 31 respondentů neví, zda jejich informace jsou dostatečné, tj. 31 %.

**Otázka č. 8. Víte, jakým způsobem můžete získat informace o sociálních službách v regionu Velké Meziříčí?**

Tab. 8. Způsob získávání informací.

Způsob získávání informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obrátím se na člověka, který se s obdobným problémem setkal	36	12,80%
Kontaktuji organizaci, o které vím, že dané služby poskytuje	54	19,20%
Vyhledám pomoc u přátel, v rodině	13	4,60%
Získám informace z internetu	53	18,90%
Získám informace od praktického lékaře	44	15,70%
Zeptám se na úřadě (obecním nebo městském)	64	22,80%
Získám informace z místního tisku	16	5,70%
Jiné zdroje	1	0,30%
<b>Celkem</b>	<b>281</b>	<b>100,00%</b>



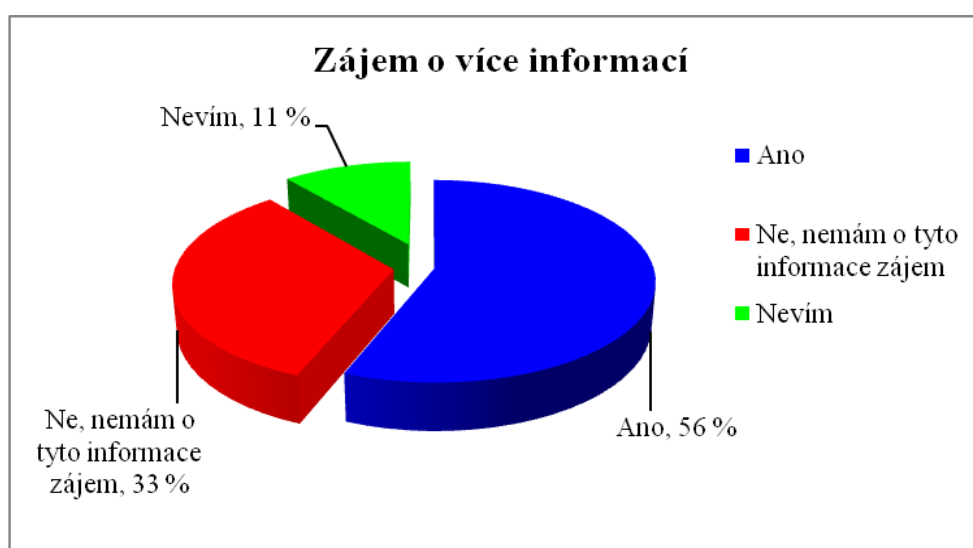
Obr. 8. Způsob získávání informací.

V této otázce mohli respondenti označit více odpovědí. Z celkového počtu 281 odpovědí byla 36krát uvedli variantu obrátit se na člověka, který se s obdobným problémem setkal, tj. 12,80 %, v 54 případech by se respondenti obrátili na organizaci, o které ví, že dané služby poskytuje, tj. 19,20 %, v 13 případech by respondent vyhledal pomoc u přátel nebo v rodině, tj. 4,60 %, 53krát byla zvolena možnost získání informací z internetu, tj. 18,90 %, 44 odpovědí označili respondenti, kteří by získali informace od praktického lékaře, tj. 15,70 %, v 64 případech by se respondenti zeptali na obecním nebo městském úřadě, tj. 22,80 %. Pouze 16krát by respondenti získali informace z místního tisku, tj. 5,70 %, 1 odpověď byla, že respondent by pravděpodobně zjišťoval na více místech, tj. 0,30 %. Možnost získání informací z internetu uvedla většina respondentů z věkové kategorie 15 – 34 let.

**Otázka č. 9. Uvítal/a byste více informací o službách pro seniory v okolí Vašeho bydliště?**

*Tab. 9. Zájem o více informací.*

Zájem o více informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	56	56,00 %
Ne, nemám o tyto informace zájem	33	33,00 %
Nevím	11	11,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



*Obr. 9. Zájem o více informací.*

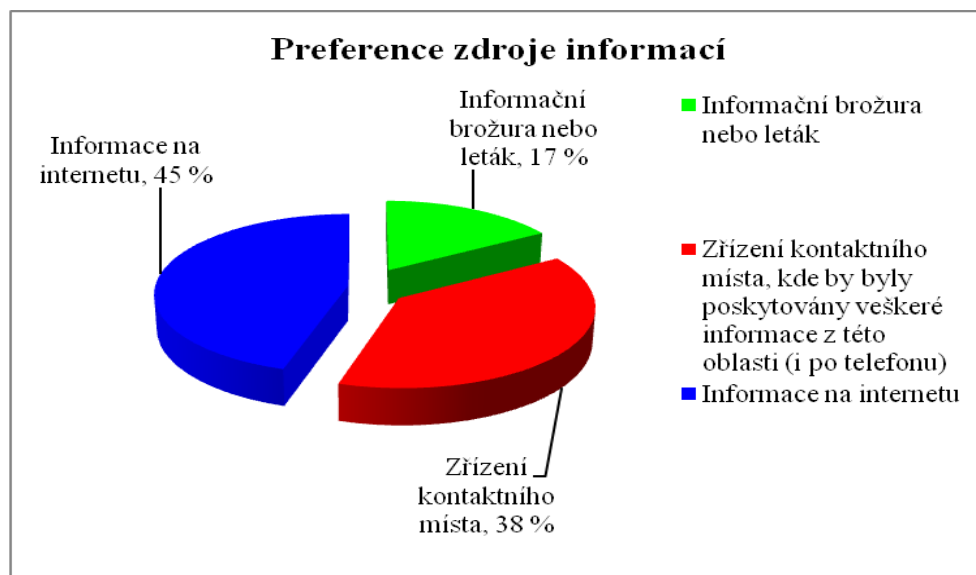
Z celkového počtu 100 respondentů by 56 z nich uvítalo více informací o službách pro seniory v okolí svého bydliště, tj. 56 %, 33 respondentů nemá o tyto informace zájem, tj. 33 % a zbývajících 11 respondentů neví, zda by tyto informace uvítalo, tj. 11 %. Z daných výsledků je vidět, že více jak polovina respondentů by o tyto informace zájem měla.



Otázka č. 10. Jaký zdroj informací v oblasti služeb pro seniory by Vám nejvíce vyhovoval?

Tab. 10. Preference zdroje informací.

Preference zdroje informací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Informační brožura nebo leták	12	16,40 %
Zřízení kontaktního místa, kde by byly poskytovány veškeré informace z této oblasti (i po telefonu)	28	38,40 %
Informace na internetu	33	45,20 %
Jiné zdroje	0	0,00 %
<b>Celkem</b>	<b>73</b>	<b>100,00 %</b>



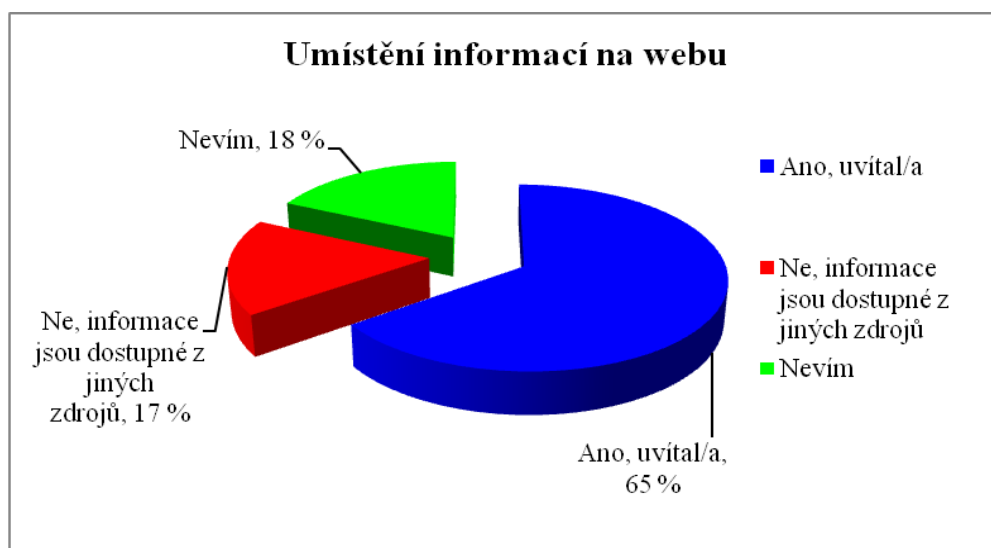
Obr. 10. Preference zdroje informací.

Tato otázka navazovala na otázku č. 9, kdy respondenti, kteří by měli zájem o více informací o službách pro seniory v okolí svého bydliště, mohli označit více odpovědí, který zdroj informací by jim nejvíce vyhovoval. Z celkového počtu 73 odpovědí, 12 odpovědí bylo, že by respondenti měli zájem o informační brožuru nebo leták, tj. 16,40 %, 28 odpovědí bylo, že respondenti by uvítali zřízení kontaktního místa, kde by byly poskytovány veškeré informace z této oblasti (i po telefonu), tj. 38,40 %, 33 odpovědí bylo, že respondenti by uvítali informace na internetu, tj. 45,20 %. Žádný z respondentů neoznačil odpověď „jiné zdroje“, kde měl možnost vyjádřit svůj návrh, tj. 0 %.

**Otázka č. 11. Uvítal/a byste zveřejňování informací o možnostech podpory v péči o seniory na webových stránkách obcí?**

*Tab. 11. Umístění informací na webu obcí.*

Umístění informací na webu obcí	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, uvítal/a	65	65,00 %
Ne, informace jsou dostupné z jiných zdrojů	17	17,00 %
Nevím	18	18,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



*Obr. 11. Umístění informací na webu.*

Z celkového počtu 100 respondentů by jich 65 uvítalo zveřejňování informací o možnostech podpory v péči o seniory na webových stránkách obcí, tj. 65 %, pro 17 respondentů jsou dané informace dostupné z jiných zdrojů, tj. 17 %, zbývajících 18 respondentů neví, zda by o informace na webových stránkách uvítalo, tj. 18 %. Z toho vyplývá, že víc jak polovina dotázaných by měla zájem o informace na webu s touto problematikou.

**Otázka č. 12. Znáte v okolí svého bydliště organizace poskytující služby seniorům?***Tab. 12. Znalost organizací.*

Znalost organizací	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	93	93,00 %
Ne	7	7,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>

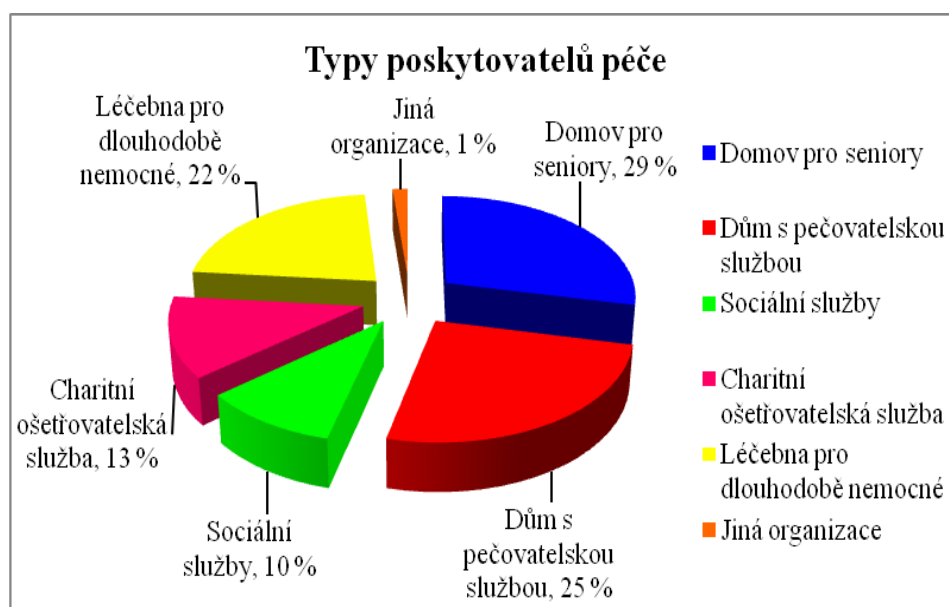
*Obr. 12. Znalost organizací.*

Z celkového počtu 100 respondentů jich 93 uvedlo, že v okolí svého bydliště znají organizace poskytující služby seniorům, tj. 93 %. Pouze 7 respondentů uvedlo, že neznají žádnou organizaci poskytující služby seniorů, tj. 7 %. Z toho vyplývá, že téměř všichni respondenti znají aspoň jednu organizaci poskytující služby seniorům.

## Otázka č. 13. Pokud ano, uveďte jaké:

Tab. 13. Typy poskytovatelů.

Typy poskytovatelů péče	Absolutní četnost	Relativní četnost
Domov pro seniory	79	28,50 %
Dům s pečovatelskou službou	70	25,30 %
Sociální služby	28	10,10 %
Charitní ošetrovatelská služba	35	12,60 %
Léčebna pro dlouhodobě nemocné	61	22,00 %
Jiná organizace	4	1,50 %
<b>Celkem</b>	<b>277</b>	<b>100,00 %</b>



Obr. 13. Typy poskytovatelů péče.

Tato otázka navazovala na otázku č. 12. Respondenti měli možnost z předložené nabídky odpovědí vybrat ty organizace, které znají, popřípadě dopsat ty, které znají oni sami. Z celkového počtu 277 odpovědí, které respondenti označili, bylo 79 odpovědí, kdy respondenti uvádí, že znají domov pro seniory, tj. 28,50 %, v 70 odpovědích uvedli dům s pečovatelskou službou, tj. 25,30 %, 28krát respondenti označili sociální služby, tj. 10,10 %, u charitní ošetrovatelské služby bylo 35 odpovědí, tj. 12,60 %, 61krát byla označena odpověď léčebna pro dlouhodobě nemocné, tj. 22,00 %. Odpovědi u jiné organizace byly 4, kdy dva respondenti uvedli osobní asistenci, jeden respondent uvedl registrované

poskytovatele pomoci a jeden respondent registrovanou pečovatelskou službu, tj. 1,50 %. Veřejnost tedy nejvíce zná domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou a léčebnu pro dlouhodobě nemocné, které stojí v popředí veřejného povědomí o těchto organizacích.

**Otázka č. 14. Má možnost senior, který je v důsledku svého zdravotního stavu závislý na pomoci jiné osoby, zažádat o finanční pomoc?**

*Tab. 14. Možnost finanční pomoci.*

Možnost finanční pomoci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	70	70,00 %
Ne	4	4,00 %
Nevím	26	26,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



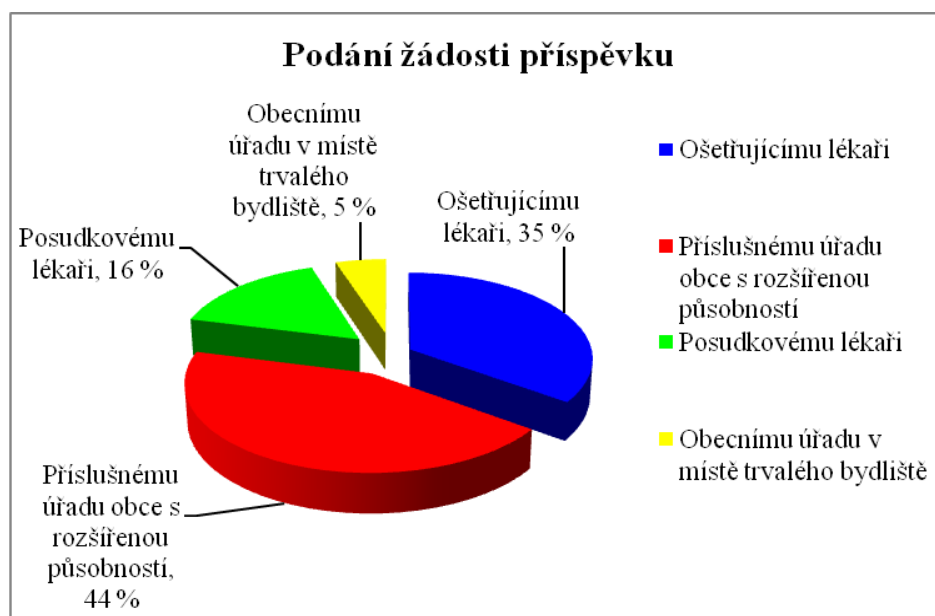
*Obr. 14. Možnost finanční pomoci.*

Z celkového počtu 100 respondentů označilo 70 dotázaných, že senior, který je v důsledku svého zdravotního stavu závislý na pomoci jiné osoby má možnost zažádat o finanční pomoc, tj. 70,00 %. Další 4 respondenti uvedli, že senior nemá možnost zažádat o finanční pomoc, tj. 4,00 %. Zbývajících 26 respondentů neví, zda má senior takovou možnost, tj. 26 %.

## Otázka č. 15. V případě zájmu o příspěvek na péči se žádost podává:

Tab. 15. Podání žádosti příspěvku.

Podání žádosti příspěvku	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ošetřujícímu lékaři	35	35,00 %
Příslušnému úřadu obce s rozšířenou působností	44	44,00 %
Posudkovému lékaři	16	16,00 %
Obecnímu úřadu v místě trvalého bydliště	5	5,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



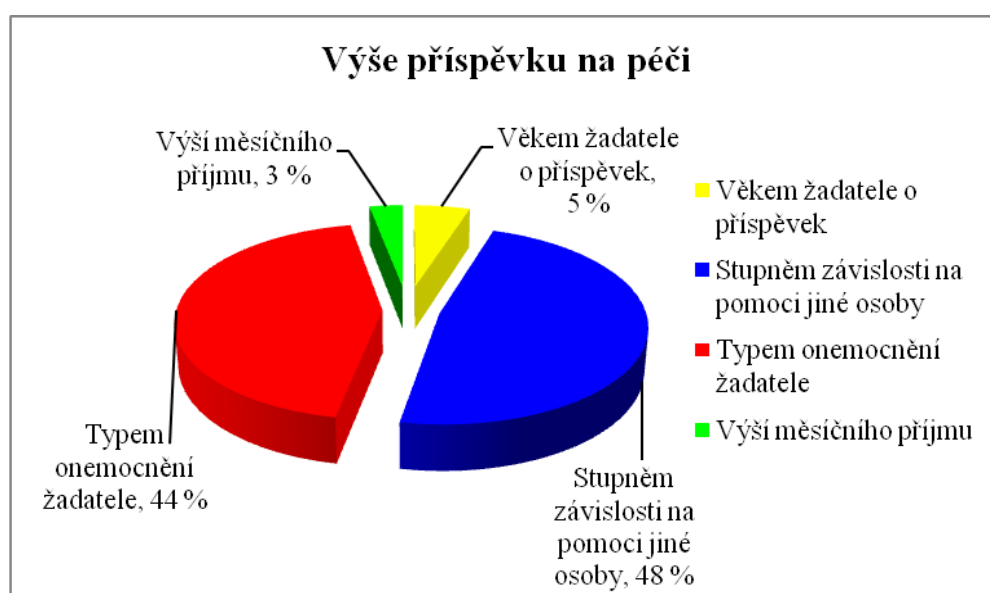
Obr. 15. Podání žádosti příspěvku.

Z celkového počtu 100 respondentů jich 35 uvedlo, že se žádost o daný příspěvek podává ošetřujícímu lékaři, tj. 35,00 %, 44 respondentů uvedlo, že se žádost podává na příslušném úřadě obce s rozšířenou působností, tj. 44,00 %, 16 respondentů označilo odpověď, která uvádí, že žádost se podává posudkovému lékaři, tj. 16,00 %, zbývajících 5 respondentů uvedlo, že žádost se podává na obecním úřadě v místě trvalého bydliště, tj. 5 %. Téměř polovina respondentů tedy správně udává, že žádost se podává na příslušném úřadě obce s rozšířenou působností.

## Otázka č. 16. Příspěvek na péči je vyplácen ve výši, která je určena:

Tab. 16. Výše příspěvku na péči.

Výše příspěvku na péči	Absolutní četnost	Relativní četnost
Věkem žadatele o příspěvek	5	5,00 %
Stupněm závislosti na pomoci jiné osoby	48	48,00 %
Typem onemocnění žadatele	44	44,00 %
Výší měsíčního příjmu	3	3,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



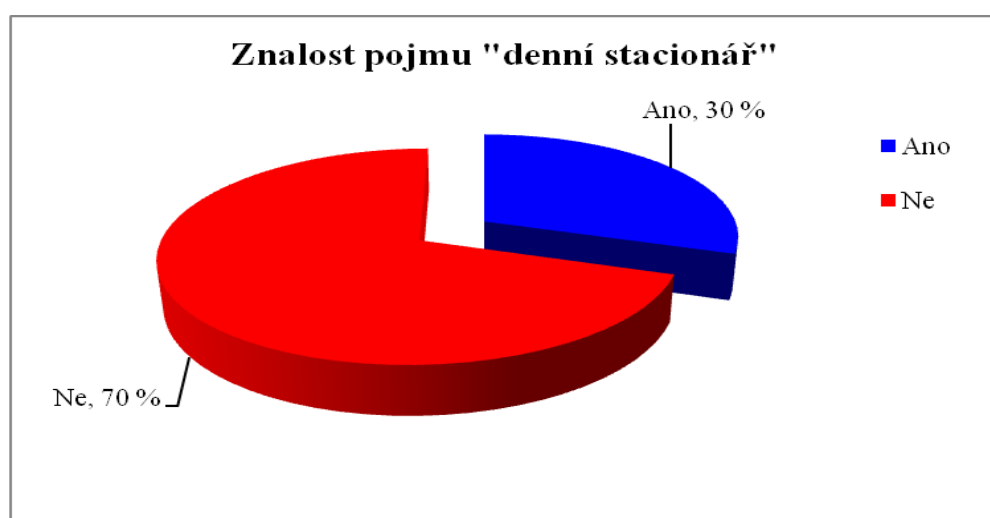
Obr. 16. Výše příspěvku na péči.

Z celkového počtu 100 respondentů uvedlo 5 respondentů, že výše příspěvku na péči je určena věkem žadatele o příspěvek, tj. 5 %, 48 respondentů odpovědělo, stupněm závislosti na pomoci jiné osoby, tj. 48 %, 44 respondentů odpovědělo, typem onemocnění žadatele, tj. 44 % a poslední 3 respondenti odpověděli, že výší měsíčního příjmu, tj. 3 %. Z toho vyplývá, že téměř polovina respondentů ví, čím je určena výše příspěvku na péči.

Otázka č. 17. V souvislosti s rozvojem služeb v regionu Velké Meziříčí se zvažuje zřízení domovinky (denní stacionář pro seniory). Víte, na jakém principu zařízení funguje? V případě odpovědi „ano“, uveďte jak.

Tab. 17. Znalost pojmu „denní stacionář“.

Znalost pojmu „denní stacionář“	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	30	30,00 %
Ne	70	70,00 %
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00 %</b>



Obr. 17. Znalost pojmu „denní stacionář“.

Tato otázka byla polootevřená. Respondent měl popsat princip, na jakém toto zařízení funguje. Z celkového počtu 100 respondentů odpovědělo 30 respondentů, že ví, na jakém principu denní stacionář pro seniory funguje, tj. 30 %, dalších 70 respondentů odpovědělo, že neví, na jakém principu zařízení funguje, tj. 70 %. V případě, že respondenti odpověděli ano, měli ještě uvést, jak denní stacionář pro seniory funguje. Dvacetkrát se objevila odpověď, že zařízení funguje na principu mateřské školy pro děti v tomto případě „mateřská školka“ pro seniory, dále, že se jedná o zařízení, které umožňuje rodině sem umístit seniora na část dne, kdy rodina chodí do práce a není schopna zajistit péči a dopolední nebo odpolední pobyt. Pět respondentů popsal i aktivity, které si myslí, že v denním stacionáři během dne probíhají. Uvedli mezi nimi: účast na naplánované společenské činnosti, vaření, trénování paměti, koncerty, kontakt s ostatními seniory, program pro volný čas, odborný dohled a péče o seniora ze strany zaměstnanců stacionáře.



**Otázka č. 18. Měli byste o zřízení domovinky zájem?***Tab. 18. Zájem o zřízení denního stacionáře.*

Zájem o zřízení denního stacionáře	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	27	90,00 %
Ne	3	10,00 %
<b>Celkem</b>	<b>30</b>	<b>100,00 %</b>

*Obr. 18. Zájem o zřízení denního stacionáře.*

Tato otázka souvisela s předchozí otázkou č. 17. Z celkového počtu 30 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli ano, by mělo zájem o zřízení denního stacionáře pro seniory 27 respondentů, tj. 90 %, další 3 respondenti by o zřízení tohoto zařízení zájem neměli, tj. 10 %.

**Otázka č. 19. Zde máte možnost vyjádřit své pozitivní či negativní zkušenosti se získáváním informací o možnostech podpory v péči o seniory.**

Poslední otázka byla otevřená, nabízela respondentům vyjádřit své pozitivní či negativní zkušenosti se získáváním informací o možnostech podpory v péči o seniory. Pro vyjádření vlastního názoru jsem jim ponechala pod otázkou dostatek prostoru. Někteří respondenti tuto možnost nevyužili. Jiní se k dané problematice vyjádřili stručně, ale výstižně. Menší část respondentů vyjádřila celkem obsáhle své pozitivní i negativní zkušenosti. Rozhodla jsem se, že z uvedených písemných odpovědí odcituji pouze nějaké, které názorně popisují vztah respondenta k tomuto tématu a problematice s tím související.

Mezi nejčastější odpovědi patřily tyto, cituji:

*„V současné době se o informace nezajímám.“*, *„Z této oblasti žádné zkušenosti nemám.“*,  
*Žádné zkušenosti nemám, neměl jsem k tomu důvod se o ně zajímat.“*

Tyto zkušenosti se objevovaly v dotaznících, které vyplňovali převážně lidé ve věku 15 – 34 let, kdy je pravděpodobné, že je informace tohoto druhu nezajímají a pokud by se o ně zajímali, tak jen v případě, že by tento problém řešili ve své rodině.

Na následujících řádcích jsem se rozhodla odcitovat odpovědi, kde se respondenti rozepsali více a vyjádřili se k dané problematice jak pozitivně, tak i negativně.

*„Jako pracovnice sociálního odboru mám sama dostatek informací o možnostech pomoci seniorům. Domnívám se, že všeobecně ve městě je dostupnost informací lepší. Velkou službu v tomto konají také praktičtí lékaři.“*

*„Mám pozitivní zkušenost, kdy jsem snadno získal informace od pracovnice na MěÚ ve Velkém Meziříčí.“*

*„Negativně hodnotím informace na internetu, které nejsou komplexní na jedné webové stránce. V dnešní době komunikačních technologií je to poměrně zvláštní.“*

*„Informace jsem snadno zjistil v organizaci, u které jsem chtěl využívat jejich služby.“*

*„Na sociálním odboru děvčata vše vysvětlí a poradí.“*

*„Informace o poskytovaných službách jsou v dané organizaci snadno dostupné, záleží jen na ochotě zaměstnanců.“*

*„Člověk musí sám vyhledávat informace, pokud má zájem pečovat o seniora ve své domácnosti.“*

*„Komplexní informace se podle mne nedají získat, pouze informace od jednotlivých organizací, které poskytují služby seniorům.“*

Tyto odpovědi často psali respondenti, kteří zkušenost měli a projevili zájem se k dané problematice vyjádřit.

## 6.6 Komunitní plánování v regionu Velké Meziříčí

Komunitní plánování sociálních služeb je otevřený proces, do kterého může vstoupit každý, koho se daná problematika týká. Občané se mohou zapojit prostřednictvím připravovaných průzkumů, účastí na veřejných setkáních nebo přímo činností v pracovních skupinách. V procesu interaktivní tvorby rozvojových dokumentů se setkávají požadavky uživatelů s možnostmi poskytovatelů a představami zadavatelů sociálních služeb.

Projekt vytvoření střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v regionu Velkomeziříčsko-Bíteško byl zahájen koncem roku 2005.

V první etapě, která proběhla od 1. 9. 2005 do 31. 1. 2006, byla navázána spolupráce s občanským sdružením Agora Central Europe, které fungovalo jako garant a koordinátor celé akce. Druhým partnerem se stal Mikroregion Velkomeziříčsko-Bíteško, což je dobrovolný svazek více než 50 obcí na území obce s rozšířenou působností Velké Meziříčí. Byla ustavena tzv. triáda (1 zástupce za zadavatele, jeden na poskytovatele a jeden za uživatele sociálních služeb a také řídicí skupina.

Jedním z prvních kroků druhé etapy (1. 2. – 31. 7. 2006) byla analýza poskytovatelů sociálních služeb. Pracovní skupiny identifikovaly většinu poskytovatelů sociálních služeb na daném území. Každému poskytovateli byl doručen dotazník s tím, že vyplnění dotazníků je dobrovolné. Téměř všichni oslovení dotazník vyplnili, a to nejen za celou organizaci, ale i za jednotlivé služby, které poskytují. Výsledky analýzy tak znamenaly dostatečný podklad pro analýzu poskytovatelů služeb.

Na začátku 3. etapy projektu, která trvala od 1. 8. 2006 do 31. 7. 2007, vznikly dvě pracovní skupiny. Ty se zaměřily na specifické cílové skupiny uživatelů:

- pracovní skupina pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- pracovní skupina pro rodiny, děti a mládež, nezaměstnané, minority a osoby ohrožené závislostmi

Výsledky analýzy poskytovatelů sociálních služeb byly prezentovány na 1. veřejném setkání 3. 10. 2006. Dalším krokem byla analýza potřeb uživatelů sociálních služeb v regionu Velkomeziříčsko-Bíteško. Na základě jednání pracovních skupin byl vytvořen dotazník, jehož úkolem bylo odhalit zkušenosti se službami, potřebami a problémy uživatelů různých sociálních služeb. Organizačně zajišťoval průběh průzkumu koordinátor projektu, který rovněž dohlížel na distribuci dotazníků. Většina dotazníků byla distribuována prostřednic-

tvím poskytovatelů služeb v regionu. Vzorek respondentů byl však relativně malý. Ve skupině senioři a zdravotně postižení se vrátilo 276 vyplněných dotazníků. Proto nelze tvrdit, že odhalené problémy platí obecně pro všechny seniory ve městě a okolí.

V rámci 4. etapy (1. 2. – 30. 6. 2007) proběhlo 2. veřejné setkání, na kterém byly prezentovány výsledky analýzy potřeb uživatelů sociálních služeb.

Na základě uskutečněných výzkumů definovaly pracovní skupiny vize, priority, opatření a aktivity. V oblasti péče o seniory vzešly z komunitního plánování tyto priority:

#### 1. Zajištění příležitostí pro aktivní život seniorů

1.1. Podpora rozvoje volnočasových aktivit

1.2. Podpora pracovních příležitostí

1.3. Podpora vzniku domovinky pro seniory ve Velkém Meziříčí a Velké Bíteši

#### 2. Zajištění příležitostí pro možnost žít co nejdéle ve svém přirozeném prostředí

2.1. Podpora vzniku osobní asistence a pečovatelské služby

2.2. Podpora pečujících rodin včetně rané péče

2.3. Dostatek domů s pečovatelskou službou

2.4. Podpora vzniku hospicových služeb

2.5. Podpora krátkodobých pobytů

#### 3. Zajištění příležitostí pro možnost žít v bezpečném prostředí

3.1. Osvěta pro seniory (letáky, osobní osvěta, prevence)

Závěrečná Konference o komunitním plánování sociálních služeb v kraji Vysočina se uskutečnila 21. 6. 2007.

V 5. etapě, která trvala od července 2007 do října 2008, byl vedle Komunitního plánu vypracován i katalog sociálních služeb. Výsledky komunitního plánování byly zahrnuty i do Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v kraji Vysočina pro rok 2008 – 2009. Celý projekt byl spolufinancován Evropskou unií (Evropským sociálním fondem), státním rozpočtem České republiky a krajem Vysočina.

Na základě Komunitního plánu sociálních služeb byly vypracovány jednoleté akční plány, které byly rozděleny mezi řídicí skupinu a pracovní skupiny.

Hmatatelným výsledkem komunitního plánování se stala výstavba nového domova důchodců ve Velkém Meziříčí, který má být dokončen v letošním roce. V současné době také probíhá diskuse o možnostech zřízení denního stacionáře pro seniory. Hledají se zdroje financování, a vhodné prostory (Komunitní plánování sociálních služeb Velké Meziříčí, cit. 3. 5. 2010).

## DISKUSE

V posledních letech vznikly a stále vznikají kvalitní práce, kde autoři volí jako ústřední téma seniory, zabývají se jejich potřebami, kvalitou péče v sociálních i zdravotnických zařízeních nebo aktivním životním stylem ve stáří. Tento trend je logický, protože seniorů neustále přibývá a toto téma je čím dál víc aktuální v celé naší společnosti. Když jsem zjišťovala, kolik prací vzniklo na téma, kterým se zabývám já, bylo pro mě překvapením, že jsem nenarazila na žádné, které by se zabývalo stejným problémem. Právě to mě motivovalo, abych se pokusila tuto problematiku shrnout do souvislého celku a pomocí dotazníkového šetření získat aktuální data. Při tvorbě a vyhodnocování výsledků, jsem vycházela z faktu, že celá praktická část mé práce může být i jedním z podkladů pro komunitní plánování města Velké Meziříčí.

V diskusní části jsem se pokusila o objektivní zhodnocení výzkumného šetření a dosažených výsledků. Bohužel se mi nepodařilo najít práci, která by v předchozích letech podobné či stejné téma řešila. Většinou byla ve výzkumech sledována přímo informovanost seniorů nebo dalších sociálních skupin. Neměla jsem tak možnost porovnávat výsledky své práce s výsledky dosaženými jiným autorem a zařadit je tak do širšího kontextu.

Přípravu své bakalářské práce jsem začala výběrem vhodné literatury a dalších zdrojů, které úzce souvisely s tématem. V prvním okruhu teoretické části jsem se zabývala pojmy stáří a stárnutí, bio–psycho–sociálními změnami, demografickým stárnutím. Následně jsem zmapovala druhy zdravotnických a sociálních zařízení a služeb z hlediska možnosti jejich využití v péči o seniory v regionu Velké Meziříčí.

V praktické části jsem k výzkumu použila techniku sběru dat pomocí anonymního dotazníku. Šetření probíhalo na území obce s rozšířenou působností Velké Meziříčí. Většinu dotazníků jsem rozeslala elektronickou poštou a asi jednu třetinu rozdala osobně. Při distribuci dotazníků jsem se většinou setkala se zájmem a ochotou respondentů přispět k výzkumnému šetření. Svědčí o tom i fakt, že při rozdělení 120 dotazníků se mi jich vrátilo 104, ale k dalšímu zpracování jsem vybrala 100 dotazníků, které byly zcela vyplněny. Výzkum jsem realizovala v březnu a dubnu 2010.

První část dotazníku byla zaměřena na získání identifikačních údajů. Týkaly se pohlaví, věku, dosaženého vzdělání, místa bydliště, aktuálního využití sociální či zdravotní služby nebo pomoci seniorům a znalost typů poskytovaných služeb. V šetření bylo 100

respondentů, z toho bylo 56 žen a 44 mužů. Získala jsem tak téměř vyrovnané zastoupení obou pohlaví. Při zařazení do věkové kategorie patřilo nejvíc, tedy 48 respondentů, do skupiny ve věku 35 – 54 let. Ve věku 15 – 34 let bylo zastoupeno 36 respondentů a ve věku nad 55 let pouze 16 respondentů. Ve výzkumu tak byly obsaženy všechny věkové kategorie, kterým byl dotazník určen. V otázce vztahující se ke vzdělání byla nejvíce zastoupena skupina osob se středoškolským vzděláním s maturitou, která obsahovala 43 osob. Ostatní kategorie se téměř stejným dílem dělily o další místa výskytu. V otázce zabývající se místem bydliště se celkový počet respondentů rozdělil na pomyslné třetiny. Poměr zastoupení z obcí do 500 obyvatel, nad 500 obyvatel a města je téměř stejný. Odpovědi na otázky, které zjišťovaly aktuální využití sociální, či zdravotní služby respondenty, odpovídaly věkovému rozložení dotazovaných. 70 respondentů zde uvedlo, že momentálně nevyužívá žádnou službu a 30 respondentů uvedlo, že v současné době alespoň jednu službu využívá. V následující polootevřené otázce pak respondenti označili, jakou službu využívají. Tento okruh otázek směřoval k identifikaci dotazovaného vzorku obyvatelstva.

Mým prvním cílem bylo posoudit informovanost veřejnosti o nabídkách služeb pro seniory a zjistit, jaký způsob informovanosti v této oblasti preferují. Předpokládala jsem, že v době, kdy je celá společnost zahlcena obrovským množstvím informací, nebude problém najít ty potřebné. Právě v otázce, která se vztahovala k tomuto cíli, uvedlo 48 % respondentů, že nemá dostatek informací o službách pro seniory. Dalších 21 % respondentů má dostatek informací a zbývajících 31 % neví. Variantu „nevím“ označili ve svých odpovědích většinou respondenti z nejmladší věkové kategorie. Je to logické. Daná problematika lidí v mladém a středním věku nezajímá. Naopak, rozsah znalosti organizací, které poskytující služby seniorům mě překvapil. 93 % respondentů uvedlo, že nějakou zná. Mezi nejčastěji uváděné patřil domov důchodců a dům s pečovatelskou službou. Mezi velmi známé organizace patřila i léčebna pro dlouhodobě nemocné, charitní ošetrovatelská služba a sociální služby. V další odpovědi 70 respondentů uvedlo, že neví co je denní stacionář pro seniory a netuší, na jakém principu toto zařízení funguje. Důvodem je zřejmě fakt, že tuto službu na sledovaném území dosud nikdo neposkytuje. Zbývajících 30 respondentů zařízení zná a prokázalo znalost principu, na kterém pracuje. Vyjádřili i zájem o zřízení denního stacionáře ve Velkém Meziříčí. Ze získaných dat, která jsem v předchozí části analyzovala, vyplývá, že veřejnost na území obce s rozšířenou působností Velké Meziříčí zná organizace, které se zde vyskytují. Téměř polovina nemá dostatek informací o



službách pro seniory v této oblasti. Právě tyto údaje ukazují na potřebu informovat veřejnost, protože tyto informace jsou stále neucelené a nekomplexní.

Druhým cílem mé práce bylo zjišťování rozsahu znalostí veřejnosti o poskytování sociálního poradenství a péče o seniory. Jako nejčastější zdroj čerpání informací označili respondenti městský nebo obecní úřad, následovala možnost kontaktovat přímo organizaci, která danou službu poskytuje a jako třetí v pořadí byl uváděn praktický lékař. V případech, kdy se respondent obrátí na ošetřujícího lékaře nebo úředníka, budou informace pouze rámcové a bude stejně odkázán na poskytovatele péče. Další oblastí zjišťování byla možnost získání finanční pomoci pro nesoběstačného seniora. 70 % dotázaných uvedlo, že je možno získat finanční podporu, 4 % myslí, že ne a 26 % neví. I když o možnosti finanční pomoci vědělo poměrně vysoké procento respondentů, jen 44 % respondentů by ji směřovalo správně příslušnému úřadu obce s rozšířenou působností a pouze polovina z celkového počtu respondentů věděla, že výše příspěvku je určena stupněm závislosti žadatele. Špatné odpovědi se ve většině případů opět vyskytovaly v mladších věkových kategoriích.

Za třetí cíl jsem si stanovila ověřit zájem veřejnosti o umístění informací, které se týkají možností péče o seniory, na webových stránkách obcí. 56 respondentů má zájem o více informací v dané oblasti. A z těchto respondentů nejvíce preferovalo informace na internetu. Otázka, která zjišťovala zájem o umístění informací na webových stránkách obcí, se setkala s pozitivní reakcí respondentů. 65 respondentů by tuto formu zveřejňování uvítalo. Zájem vyplývá z dlouhodobého trendu, kdy podle posledních informací je více než polovina domácností v České republice připojena k internetu.

I když jsem nemohla konfrontovat výsledky své práce s jiným výzkumem, mohla jsem informace respondentů porovnávat se svými zkušenostmi přímo z praxe. Protože se s rodiči podílím na péči o babičku trpící stařeckou demencí, vím, jak je těžké uspokojit starému člověku základní životní potřeby v domácím prostředí. Na vesnici ve starém domku je problémem zajistit například vytápění, stravování a třeba i bezpečí seniora.

Doufám, že výsledky mé bakalářské práce přispějí k lepší informovanosti pečujících osob. A usnadní jim jejich nelehkou a společensky nedoceněnou práci pro seniory.

## ZÁVĚR

Obyvatelstvo naší vlasti stárne. Demografové již delší dobu bijí na poplach a upozorňují na rostoucí počet seniorů v populaci. Ekonomové hledají prostředky na financování stále náročnějšího důchodového zabezpečení, politici vedou diskuse o tom, jak celý systém reformovat. Stáří a stárnutí se stalo jedním ze žhavých témat současnosti.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na tuto problematiku z hlediska informovanosti veřejnosti o možnostech podpory v péči o seniory. Podklady pro své výzkumné šetření jsem získala od obyvatel v regionu obce s rozšířenou působností Velké Meziříčí.

Nejdříve jsem posuzovala informovanost veřejnosti o nabídkách služeb pro seniory a také jaký zdroj informací preferují. Většina dotázaných služby poskytující péči znala, ale překvapilo mě, že téměř polovina respondentů pociťovala nedostatek informací.

Druhým cílem bylo ověřit rozsah znalostí o poskytování sociálního poradenství a péče o seniory. Potvrdil se můj předpoklad, že zejména mladší kategorie respondentů má horší znalosti v této oblasti. Zde vidím potřebu působit již na střední generaci, aby se na stáří včas aktivně připravovala. Protože hodně problémů pramení nejen z neinformovanosti, ale i z nezájmu lidí o možnosti péče až do doby, kdy se situace seniora stane akutní.

V další části bakalářské práce jsem zjišťovala zájem veřejnosti o umístění informací o možnostech péče o seniory na webových stránkách obcí. O tento zdroj informací projevilo zájem 65 % respondentů. Důvodem je nejspíš masového rozšíření internetu v českých domácnostech. A patrně také nízká úroveň webových stránek poskytovatelů služeb, které často zveřejňují o poskytovaných službách jen obecné informace a telefonický kontakt. Řešení bych viděla ve vytvoření centrálního portálu na webových stránkách obcí s podrobným katalogem poskytovaných sociálních služeb, sociálního poradenství i nabídkami aktivit neziskového sektoru.

Informace o úrovni komunitního plánování sociálních služeb v regionu Velkomeziříčsko-Bíteško jsem čerpala od vedoucí pracovní skupiny pro seniory a zdravotně postižené Ing Klapalové. Komunitní plánování probíhalo v několika etapách již od roku 2005. Výsledkem byl vznik komunitního plánu v průběhu roku 2008. Když začal od 1. 1. 2007 platit nový zákon 108/2006 o sociálních službách, došlo k určité stagnaci komunitního plánování. V současné době se již situace stabilizovala a dochází k naplňování jednoletých plánů, které z komunitního plánování vplynuly. Jedním z aktuálních projektů je vznik

stacionáře pro seniory ve Velkém Meziříčí, o kterém nyní probíhá diskuse na webových stránkách města. Protože jsem jednu oblast svého výzkumu zaměřila i na tuto problematiku, poskytnu výsledky praktické části své bakalářské práce jako podnět pro další etapy komunitního plánování v regionu Velkomeziříčsko-Bítešsko. Doufám, že zjištěnými informacemi částečně přispěji ke zlepšení úrovně sociální péče o seniory.

V závěru bych chtěla poděkovat všem, kdo se jakkoliv podíleli na realizaci mé práce. Chtěla bych zdůraznit, že při svém šetření jsem se nesetkala s žádným odmítavým postojem. Respondenti i lidé, kteří mi odborně radili, byly vždy vstřícní a ochotní. Získané informace mi přinesly nový pohled na danou problematiku.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

Monografie publikací:

DICARA, V., VIDOVIČOVÁ, H. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 568 s. ISBN 978-80-247-2240-5.

GOLDMANN, R. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. 3.vyd. Olomouc: UP, 2006. 131 s. ISBN 80-244-1454-6.

GREGOROVÁ, Z., GALVAS, M. *Sociální zabezpečení*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 280 s. ISBN: 80-7239-176-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2002. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. aktualiz. a dopl. vyd. Olomouc: ANAG, 2005. 303 s. ISBN: 80-7263-275-2.

KRAUS, J., PETRÁČKOVÁ, V. *Akademický slovník cizích slov A - Ž*. 1.vyd. Praha: Academia, 2001 dotisk. 834 s. ISBN: 80-200-0982-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 807367002X.

NAVRÁTIL, L. a kol. *Vnitřní lékařství: pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 424 s. ISBN 978-80-247-2319-8.

NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 3. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. 128 s. ISBN 80-86429-36-9.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Monografie časopisů:

BEDNÁŘOVÁ, J. Sociální služby pro seniory. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 1, s. 15. ISSN: 1210-0404.

Internetové zdroje:

*Domov pro seniory Velké Meziříčí*. [on line]. [cit. 2010-05-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.domovvelkemezirici.cz/index.php?nid=3935&lid=CZ&oid=490703>>

*Dům s pečovatelskou službou Velké Meziříčí*. [on line]. [cit. 2010-05-10]. Dostupný z WWW: <<http://web.mestovm.cz/zdravotnictvi-a-socialni-sluzby/socialni-sluzby/socialni-sluzby-mesta-velke-mezirici.html>>

*Hospic Anežky České*. [on line]. [cit. 2010-05-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.hospic.cz/historie.html>>

*Hospice*. [on line]. [cit. 2010-05-08]. Dostupný z WWW: <<http://www.hospice.cz/hospice1/hospic.html>>

*Charita, domovinky – denní stacionáře*. [on line]. [cit. 2010-05-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.charita.cz/article.asp?nArticleID=301&nLanguageID=1>>

*Komunitní plánování sociálních služeb Velké Meziříčí*. [on line]. [cit. 2010-05-03]. Dostupný z WWW: <http://web.mestovm.cz/zdravotnictvi-a-socialni-sluzby/socialni-sluzby/komunitni-planovani-socialnich-sluzeb.html>

*Oblastní charita Velké Meziříčí*. [on line]. [cit. 2010-05-10]. Dostupný z WWW: <<http://web.mestovm.cz/dalsi-institute/neziskove-organizace/oblastni-charita-zdar-nad-sazavou.html>>

*Osobní asistence*. [on line]. [cit. 2010-05-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=1&article=2&detail=4>>

*Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012: Kvalita života ve stáří.* [on line]. [cit. 2010-04-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>

*Sociální služby města Velké Meziříčí.* [on line]. [cit. 2010-05-10]. Dostupný z WWW: <<http://web.mestovm.cz/zdravotnictvi-a-socialni-sluzby/socialni-sluzby/zdenka-lancmanova-osobni-asistent-pecovatel.html>>

*Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v kraji Vysočina pro rok 2008 - 2009.* [on line]. [cit. 2010-05-02]. Dostupný z WWW: <[http://www.kr-vysocina.cz/vismo5/dokumenty2.asp?id\\_org=450008&id=4000113&p1=1043](http://www.kr-vysocina.cz/vismo5/dokumenty2.asp?id_org=450008&id=4000113&p1=1043)>

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.* [on line]. [cit. 2010-05-07]. Dostupný z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>

*Žádost o příspěvek na péči.* [on line]. [cit. 2010-05-28]. Dostupný z WWW: <<http://www.pod.brno.cz/download/pod/1231502106.pdf>>

Zákony:

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

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

apod. a podobně

atd. a tak dále

CNS Centrální nervový systém

č. číslo

LDN Léčebna pro dlouhodobě nemocné

ml mililitrů

tj. to je

tzn. to znamená

tzv. takzvaná

WHO World health organization

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1. Rozložení pohlaví respondentů. ....	39
Obr. 2. Věkové rozlišení respondentů. ....	40
Obr. 3. Vzdělání respondentů. ....	41
Obr. 4. Bydliště. ....	42
Obr. 5. Využití sociální či zdravotní služby nebo pomoci. ....	43
Obr. 6. Typy využívaných sociálních služeb. ....	44
Obr. 7. Dostatek informací. ....	45
Obr. 8. Způsob získávání informací. ....	46
Obr. 9. Zájem o více informací. ....	48
Obr. 10. Preference zdroje informací. ....	49
Obr. 11. Umístění informací na webu. ....	50
Obr. 12. Znalost organizací. ....	51
Obr. 13. Typy poskytovatelů péče. ....	52
Obr. 14. Možnost finanční pomoci. ....	53
Obr. 15. Podání žádosti příspěvku. ....	54
Obr. 16. Výše příspěvku na péči. ....	55
Obr. 17. Znalost pojmu „denní stacionář“. ....	56
Obr. 18. Zájem o zřízení denního stacionáře. ....	57



**SEZNAM TABULEK**

Tab. 1. Pohlaví.....	39
Tab. 2. Věk.....	40
Tab. 3. Vzdělání.....	41
Tab. 4. Bydliště.....	42
Tab. 5. Využití sociální či zdravotní služby nebo pomoci.....	43
Tab. 6. Typy využívaných sociálních služeb.....	44
Tab. 7. Dostatek informací.....	45
Tab. 8. Způsob získávání informací.....	46
Tab. 9. Zájem o více informací.....	48
Tab. 10. Preference zdroje informací.....	49
Tab. 11. Umístění informací na webu obcí.....	50
Tab. 12. Znalost organizací.....	51
Tab. 13. Typy poskytovatelů.....	52
Tab. 14. Možnost finanční pomoci.....	53
Tab. 15. Podání žádosti příspěvku.....	54
Tab. 16. Výše příspěvku na péči.....	55
Tab. 17. Znalost pojmu „denní stacionář“.....	56
Tab. 18. Zájem o zřízení denního stacionáře.....	57

## SEZNAM PŘÍLOH

P I Dotazník

P II Žádost o příspěvek na péči

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Dobrý den,

jmenuji se Hana Mejzlíková a jsem studentkou 3. ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Na závěr studia zpracovávám bakalářskou práci na téma: „Informovanost veřejnosti o možnostech podpory v péči o seniory“. Cílem mé práce je zjistit, jak je veřejnost informována o této problematice. Proto se na Vás prostřednictvím svého dotazníku obracím a prosím o pravdivé vyplnění všech otázek.

Dotazník je zcela anonymní. Každou otázku si pozorně přečtete a křížkem označte odpověď, která nejlépe odpovídá Vašemu názoru.

Děkuji za Vaši ochotu a spolupráci.

Hana Mejzlíková

### **1. Uveďte, prosím, Vaše pohlaví:**

žena

muž

### **2. Věk:**

15 – 34

35 – 54

nad 55

### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

základní

středoškolské, bez maturity

středoškolské, s maturitou

vyšší odborné

vysokoškolské

### **4. Místo Vašeho bydliště je:**

město

obec nad 500 obyvatel

obec do 500 obyvatel

**5. Využíváte v současné době Vy nebo člen Vaší rodiny nějakou formu podpory v péči o seniory?**

- ano (přejděte k otázce č. 6)
- ne (přejděte k otázce č. 7)

**6. Označte prosím, všechny sociální služby pro seniory, které v současné době využíváte Vy osobně nebo Vám blízká osoba:**

- donáška obědů
- pečovatelská služba
- domov pro seniory
- jiná služba, uveďte jaká

**7. Máte dostatek informací o službách pro seniory v regionu Velké Meziříčí?**

- ano
- ne
- nevím

**8. Víte, jakým způsobem můžete získat informace o sociálních službách v regionu Velké Meziříčí?**

- obrátím se na člověka, který se s obdobným problémem setkal
- kontaktuji organizaci, o které vím, že dané služby poskytuje
- vyhledám pomoc u přátel, v rodině
- získám informace z internetu
- získám informace od praktického lékaře
- zeptám se na úřadě (obecním nebo městském)
- získám informace z místního tisku
- jiné zdroje, uveďte:

**9. Uvítal/a byste více informací o službách pro seniory v okolí Vašeho bydliště?**

- ano (přejděte k otázce č. 10)
- ne, nemám o tyto informace zájem (přejděte k otázce č. 11)
- nevím

**10. Jaký zdroj informací v oblasti služeb pro seniory by Vám nejvíce vyhovoval?**

- informační brožura nebo leták
- zřízení kontaktního místa, kde by byly poskytovány veškeré informace z této oblasti (i po telefonu)
- informace na internetu
- jiné zdroje, uveďte

**11. Uvítal/a byste zveřejňování informací o možnostech podpory v péči o seniory na webových stránkách obcí?**

- ano, uvítal/a
- ne, informace jsou dostupné z jiných zdrojů
- nevím

**12. Znáte v okolí svého bydliště organizace poskytující služby seniorům?**

- ano (přejděte k otázce č. 13)
- ne (přejděte k otázce č. 14)

**13. Pokud ano, uveďte jaké:**

- domov pro seniory
- dům s pečovatelskou službou
- sociální služby
- charitní ošetrovatelská služba
- léčebna pro dlouhodobě nemocné
- jiná organizace, uveďte

**14. Má možnost senior, který je v důsledku svého zdravotního stavu závislý na pomoci jiné osoby, zažádat o finanční pomoc?**

- ano
- ne
- nevím

**15. V případě zájmu o příspěvek na péči se žádost podává:**

- ošetřujícímu lékaři
- příslušnému úřadu obce s rozšířenou působností
- posudkovému lékaři
- obecnímu úřadu v místě trvalého bydliště

**16. Příspěvek na péči je vyplácen ve výši, která je určena:**

- věkem žadatele o příspěvek
- stupněm závislosti na pomoci jiné osoby
- typem onemocnění žadatele
- výší měsíčního příjmu

**17. V souvislosti s rozvojem služeb v regionu Velké Meziříčí se zvažuje zřízení domovinky (denní stacionář pro seniory). Víte, na jakém principu zařízení funguje? V případě odpovědi „ano“, uveďte jak.**


- ano (přejděte k otázce č. 18)
  
- ne (přejděte k otázce č. 19)

**18. Měli byste o zřízení domovinky zájem?**

- ano
- ne

**19. Zde máte možnost vyjádřit své pozitivní či negativní zkušenosti se získáváním informací o možnostech podpory v péči o seniory:**

# PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

	Tiskopis prosím vyplňte čitelně	podací razítko
---	---------------------------------	----------------

## Žádost o příspěvek na péči

### A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno <sup>1)</sup> :	Titul:
Rodné příjmení <sup>2)</sup> :	Rodné číslo v ČR <sup>3)</sup> :	Státní příslušnost:
Trvalý pobyt: Obec: .....	Část obce: .....	
Ulice: .....	Č. p. <sup>4)</sup> : .....	Č. orient.: ..... PSČ: .....
Bydliště <sup>5)</sup> : Obec: .....	Část obce: .....	
Ulice: .....	Č. p. <sup>4)</sup> : .....	Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	E-mail:	

### B. Zástupce žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává zástupce žadatele (zmocněnec, rodič, opatrovník, poručník, jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba rozhodnutím příslušného orgánu svěřena do péče).

Příjmení:	Jméno <sup>1)</sup> :	Titul:
Rodné příjmení <sup>2)</sup> :	Rodné číslo v ČR <sup>3)</sup> :	Státní příslušnost:
Trvalý pobyt: Obec: .....	Část obce: .....	
Ulice: .....	Č. p. <sup>4)</sup> : .....	Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	E-mail:	

### C. Právník osoba zastupující žadatele:

Vyplňte v případě, že žádost podává právnická osoba, která je zmocněncem, zástupcem pro řízení o dávce (zastupuje-li nezletilou osobu zařízení sociálních služeb) nebo opatrovníkem.

Název zařízení:	IČ:
Adresa zařízení: Obec: .....	Část obce: .....
Ulice: .....	Č. p. <sup>4)</sup> : ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	E-mail:

1) Uveďte všechna jména osoby.

2) Kolonku **Rodné příjmení** vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.

3) Cizinci, pokud nemají v ČR přiděleno rodné číslo, uvedou v kolonce **Rodné číslo v ČR** datum narození ve tvaru den, měsíc, rok a pohlaví ve tvaru: M nebo Z (muž nebo žena).

4) Pokud je místo čísla popisného přiděleno číslo evidenční, uveďte před číslem písmeno E.

5) Do kolonky **Bydliště** uveďte adresu, kde se žadatel zdržuje a kde je možno provést sociální šetření. Je-li tato adresa shodná s adresou trvalého pobytu žadatele, kolonku nevyplňujte.

**D. Informace pro poskytování příspěvku na péči v rámci EU:**

**Informace o žadateli:**

Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

- Žadatel  je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU
- není výše uvedenou osobou

**Informace o rodičích žadatele mladšího 18 let:**

Vypište pouze v případě, že žadatel je mladší 18 let. Zaškrtněte jednu z uvedených variant.

- Alespoň jeden z rodičů žadatele mladšího 18ti let je osobou, která je zdravotně pojištěná v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykonává výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU
- Žádný z rodičů žadatele mladšího 18ti let není výše uvedenou osobou

**E. Ošetřující lékaři žadatele:**

Vypište údaje, které jsou vám o ošetřujícím lékaři známy.

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Název zařízení: .....		
Oddělení: .....		
Adresa:	Obec: .....	Část obce: .....
	Ulice: .....	Č. p. <sup>4)</sup> : ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	E-mail:	
Příjmení:	Jméno:	Titul:
Název zařízení: .....		
Oddělení: .....		
Adresa:	Obec: .....	Část obce: .....
	Ulice: .....	Č. p. <sup>4)</sup> : ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	E-mail:	
Příjmení:	Jméno:	Titul:
Název zařízení: .....		
Oddělení: .....		
Adresa:	Obec: .....	Část obce: .....
	Ulice: .....	Č. p. <sup>4)</sup> : ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....
Telefon:	E-mail:	



#### F. Způsob výplaty dávky:

Zaškrtněte jednu z následujících čtyř variant a do příslušné tabulky uveďte doplňující informace.

na účet u peněžního ústavu v ČR vedeném v CZK:

Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol <sup>6)</sup> :
-------------	------------	-----------------------------------

na účet zahraničního peněžního ústavu v EU:

Příjemce	IBAN:	Měna:
	Název:	
	Adresa: Město: .....	Stát: .....
(uveďte alespoň město a stát) .....		
Banka příjemce	BIC/SWIFT:	
	Název:	
	Adresa: Město: .....	
(uveďte alespoň město) .....		

poštovní poukázkou:

žadatel

zástupci<sup>7)</sup>

žadatel na jinou adresu:

zástupci<sup>7)</sup> na jinou adresu:

Obec: .....	Část obce: .....
Ulice: .....	Č. p. <sup>4)</sup> : ..... Č. orient.: ..... PSČ: .....

#### G. Prohlášení:

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby

- státní orgány a další právnické osoby sdělily příslušnému úřadu, který o dávce rozhoduje nebo ji vyplácí, údaje o přihlášení se žadatele k trvalému pobytu
- příslušné právnické osoby a fyzické osoby sdělily OSSZ, který bude posuzovat stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, informace o zdravotním stavu

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o příspěvku na péči rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na příspěvek na péči, jeho výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která pomoc poskytuje.

V .....	dne .....	20 .....	Podpis žadatele:
---------	-----------	----------	------------------

#### K žádosti prosím doložte

- pro všechny uvedené osoby průkaz totožnosti, u dětí do 15 let rodný list
- **Oznámení o poskytovateli pomoci**

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře Žádosti příspěvek na péči naleznete na internetové adrese <http://portal.mpsv.cz/forms> nebo si je vyzvednete na pracovišti příslušného úřadu, který o dávce rozhoduje. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

6) Kolonku **Specifický symbol** vyplňte pouze v případě Československé obchodní banky pro účty s číslem 6699.

7) Zástupci lze příspěvek na péči vyplácet pouze v případě, že se jedná o zákonného zástupce nebo jinou fyzickou osobu, které byla nezletilá oprávněná osoba svěřena do péče na základě rozhodnutí příslušného orgánu.