

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Informovanost seniorů o dostupnosti sociální péče

Magdalena Veverková

**Bakalářská práce
2013**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Magdalena Veverková**
Osobní číslo: **Z10241**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Informovanost seniorů o dostupnosti sociální péče**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická


Seznam odborné literatury:

1. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
2. KREBS, Vojtěch. a kol. Sociální politika. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 542 s. ISBN 978-80-7357-585-4.
3. MATOUŠEK, Oldřich. a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-43.
4. ŘÍČAN, Pavel. Cesta životem. 2. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
5. TOMESŠ, Igor. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 390 s. ISBN 978-80-7367-680-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 6. 6. 2013

Magdalena Veverková

Poděkování

Touto cestou bych zde ráda poděkovala PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za cenné rady, podněty a připomínky poskytnuté při vypracování této bakalářské práce. Zároveň bych chtěla poděkovat také respondentům, kteří ochotně odpovídali na mé otázky a věnovali mi svůj čas. V neposlední řadě patří můj dík i mé rodině a přátelům, kteří mě plně podporovali po celou dobu studia.

ANOTACE

Práce je věnována problematice sociální péče v České republice ve vztahu k seniorům. V teoretické části jsou představeny pojmy: stáří v kontextu změn s ním souvisejících a sociální péče chápána ve smyslu poskytování sociálních služeb a sociálních dávek. Praktická část se zaměřuje na prezentaci a interpretaci získaných dat získaných z kvantitativního výzkumu, který byl realizovaný pomocí dotazníkového šetření. Hlavním cílem bylo zmapovat problematiku informovanosti seniorů o sociálních službách a sociálních dávkách.

KLÍČOVÁ SLOVA

Senior, sociální péče, sociální služby, sociální dávky

TITLE

Senior citizens awareness of social care availability

ANNOTATION

The work deals with the issue of social care related to the senior citizens in Czech Republic. Theoretical part has described keywords of this work like: senior age in context of its changes, then social care in the meaning of social services and social benefits providing. The research part has been focused on presentation and description of the quantitative research results. For realisation of this research a method of questionnaire was used. The main purpose of this work was to focus on the topic of senior citizens awareness of social services and social benefits.

KEYWORDS

Senior citizen, social care, social services, social benefits

OBSAH

Úvod.....	11
Cíle práce	12
I TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Cílová skupina senioři.....	13
1.1 Stáří a stárnutí	13
1.1.1 Gerontologie a další vědní obory zabývající se stářím.....	13
1.1.2 Vymezení pojmů	13
1.1.3 Věková periodizace stáří	14
1.2 Změny spojené se stářím a stárnutím	15
1.2.1 Biologické změny.....	15
1.2.2 Psychické změny	16
1.2.3 Sociální změny	17
1.3 Zdravotní stav seniora	18
1.4 Stárnutí populace v ČR	19
1.4.1 Situace v ČR v současnosti	20
1.4.2 Významné dokumenty související se stárnutím	20
2 Sociální péče	21
2.1 Vymezení sociální péče.....	21
2.1.1 Sociální služba	21
2.2 Sociální péče v ČR.....	21
2.2.1 Sociální péče jako součást sociální politiky	22
2.2.2 Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů	22
2.2.3 Příspěvek na péči a dávky pro osoby se zdravotním postižením	23
3 Péče o seniory v ČR	24
3.1 Současná podoba péče o seniory.....	24
3.1.1 Provázanost zdravotní a sociální péče.....	24
3.2 Druhy sociálních služeb pro seniory	25
3.2.1 Sociální poradenství.....	25
3.2.2 Terénní služby	25
3.2.3 Ambulantní služby	26
3.2.4 Pobytové služby	27
3.2.5 Respitní péče	27
II VÝZKUMNÁ ČÁST	28
1 Metodika výzkumu.....	28

1.1	Výzkumné otázky.....	29
1.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	29
1.3	Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení.....	30
2	Prezentace výsledků.....	31
3	Diskuze.....	51
3.1	Výzkumná otázka č. 1: Využívají svobodní senioři, svobodní, vdovci či vdovy sociální dávky častěji než páry?	51
3.2	Výzkumná otázka č. 2: Vyhledávají senioři informace o sociálních službách spíše na pracovním úřadě než u jiných zdrojů?	52
3.3	Výzkumná otázka č. 3: Využívají senioři žijící na vesnici sociální služby méně často než senioři z města?	54
3.4	Výzkumná otázka č. 4: Udávají ženy znalost o sociálních službách v místě jejich bydliště častěji než muži?	57
3.5	Výzkumná otázka č. 5: Chtěli by senioři do budoucna využívat spíše terénním služby než pobytové?	59
	Závěr	62
	SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	64
	PŘÍLOHY	68

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obr. 1 Pohlaví respondentů.....	31
Obr. 2 Rodinný stav respondentů.....	31
Obr. 3 Věk respondentů	32
Obr. 4 Struktura respondentů na základě jejich místa bydliště	33
Obr. 5 Bydlení respondentů v souvislosti s využíváním SS	33
Obr. 6 Výskyt zdravotních obtíží u respondentů	37
Obr. 7 Omezení respondentů zdravotními obtížemi	38
Obr. 8 Pobírání SD respondenty na základě využívání SS	39
Obr. 9 Respondenti pobírající SD z hlediska rodinného stavu.....	40
Obr. 10 Stupeň přiznaného příspěvku na péči u respondentů	41
Obr. 11 Zdroje informací o SS a SD na základě bydliště respondentů	42
Obr. 12 Využívání SS respondenty	43
Obr. 13 Druhy SS využívaných respondenty	44
Obr. 14 Frekvence využívání SS respondenty	45
Obr. 15 Spokojenost respondentů s využívanými SS	46
Obr. 16 Znalost SS v okolí místa bydliště respondentů	47
Obr. 17 Znalost SS v okolí místa bydliště na základě pohlaví respondentů	47
Obr. 18 Znalost náplně činnosti SS působících v blízkosti místa bydliště respondentů	48
Obr. 19 Zájem respondentů o budoucí využívání konkrétních SS.....	49
Tab. 1 Vzdálenost PL a ORP od místa bydliště respondentů.....	35

SEZNAM ZKRATEK

Aj. – a jiné

Apod. – a podobně

Atd. – a tak dále

Č. – číslo

ČR – Česká republika

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

ČSÚ – Český statistický úřad

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

Např. – například

Obr. – obrázek

ORP – obec s rozšířenou působností

OZP – osoby se zdravotním postižením

PL – praktický lékař

PnB – příspěvek na bydlení

PnM – příspěvek na mobilitu

PnP – příspěvek na péči

PnZ – příspěvek na zvláštní pomůcku

Resp. – respektive

SD – sociální dávky

SS – sociální služby

Tab. – tabulka

Vyd. – vydání

Úvod

K sepsání bakalářské práce na téma informovanosti seniorů o dostupnosti sociální péče vedly osobní zkušenosti, a to zejména zkušenosti s poskytováním formální i neformální sociální péče u prarodičů a dalších příbuzných v seniorském věku. Dalším podnětem byly samozřejmě pak také zkušenosti ze stáží, které byly absolvovány v rámci dosavadního studia. Řada z nás by mohla jistě hovořit z vlastní zkušenosti o mnohdy nelehké situaci našich nejbližších v seniorském věku.

V naší zemi přibývá čím dál tím více seniorů. Řada z nich je samozřejmě soběstačná poměrně dlouhou dobu po odchodu do důchodu. Není výjimkou ani práce seniorů ve vyšším věku. To však nemusí platit vždy a u každého seniora. Komunita seniorů je velice heterogenní a kromě zcela zdravých seniorů narážíme i na ty vážně nemocné, odkázané na pomoc druhé osoby. Starého člověka mimo to může také neočekávaně postihnout nemoc či jiná nepředvídatelná událost, jež ho učiní nesoběstačným. V případě takové situace musí přijít na řadu pomoc okolí. Vystává zde mnohdy také otázka týkající se možností sociální péče, kterou lze seniorovi zabezpečit.

Pokud se senior ocitne v obtížné životní situaci, často naráží na řadu překážek při nalézání vhodného řešení. Leckdy má neúplné či mizivé informace o variantách řešení. Neví, na koho se obrátit pro radu. A nejedná se pouze o seniora samotného. Jeho situace se samozřejmě dotýká i jeho rodiny, pokud nějakou má. I ta ve chvíli, kdy její člen není schopen samostatného fungování, chce znát své možnosti. Na co má nárok, co vše může žádat pro usnadnění svého i seniorova života. Co se týče finanční stránky, lze z vlastních zkušeností konstatovat, že služby jsou často drahé a pro starého člověka s průměrným důchodem tím pádem nedostupné. Senioři si mohou v případě potřeby žádat o sociální dávky. Mnohým z nich však v návaznosti na posouzení jejich zdravotního stavu a sociální situace tyto dávky nemusí být vždy přiznány. Další problematický okruh představuje také téma dostupnosti sociální péče samotné, ta není ve všech lokalitách v naší zemi stejná. Liší se dostupnost sociální péče ve městech a na vesnicích. Když starý občan získá vyčerpávající přehled sociálních služeb ve svém okolí, vystává další řada potíží. Například jakou službu zvolit tak, aby vyhovovala seniorovi i jeho rodině. Ne každá sociální služba je vhodná pro každého seniora. Záleží také na tom, o jakou službu by měl zájem a jaké nabídky možnosti sociálních služeb se seniorovi naskýtají. Respektive jaké služby jsou seniorovi dostupné z hlediska místa, času i financí.

Cíle práce

Hlavní cíl: Zmapovat problematiku informovanosti o sociálních službách a dávkách v návaznosti na jejich využívání či nevyužívání u vybraného vzorku respondentů.

Dílčí cíle:

1. Zpracovat teoreticky problematiku stáří a významných změn s ním souvisejících a poté shrnout možnosti sociální péče o seniory v České republice ve vztahu k následnému výzkumnému šetření;
2. Zjistit charakteristiky týkající se výzkumného vzorku respondentů z hlediska pohlaví, věku, rodinného stavu, místa bydliště a zdravotního stavu v souvislosti s využíváním sociálních služeb a dávek;
3. Zjistit potenciální zdroje informací respondentů o sociálních službách a sociálních dávkách;
4. Zhodnotit informace seniorů o sociálních službách a sociálních dávkách;
5. Zjistit případnou potřebu specifických druhů sociálních služeb u respondentů nevyužívajících sociální služby;
6. Zhodnotit spokojenost seniorů s využívanými sociálními službami.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Cílová skupina senioři

Senioři představují v naší společnosti početně významnou skupinu. Kdo je seniorem? Na tuto otázku lze odpovědět mnoha způsoby. Setkáváme se s lidmi, kteří na první pohled pro nás seniory jsou. Přesto nepotřebují žádnou výraznější pomoc a dokáží fungovat bez větších obtíží. Následující část se zabývala problematikou související se stárnutím.

1.1 Stáří a stárnutí

Stáří neodmyslitelně k životu patří. Dnešní společnost je ale postavená na uctívání mládí a jeho schopnostech. Staří lidé se v této době stávají těmi, kteří stojí na okraji společnosti. Nenaplňují ideály moderní doby, která ve svém rychlém tempu pro ně nemá pochopení.

1.1.1 Gerontologie a další vědní obory zabývající se stářím

Problematikou stáří a stárnutí se zabývá vědní obor Gerontologie, která se dělí na další podobory. Mezi ně patří:

- Geriatrie neboli Klinická gerontologie – samostatný lékařský obor, který by měl řešit nejen specifické úkoly spojené léčbou a prevencí řady onemocnění ve stáří, *„ale také integrační a metodické při vytváření uceleného systému zdravotních a zdravotně sociálních služeb pro seniory.“* (Holmerová, Jurášková a Zikmundová, 2007, s. 15);
- Gerontologie experimentální – zabývá se biologickými procesy stárnutí organismu – jeho buněk, orgánů, tkání atd.;
- Gerontologie sociální – řeší sociální dopad stáří a stárnutí na člověka. Podílí se na vytváření programů zdravého stárnutí a udržování soběstačnosti seniora;
- Gerontopsychologie – zkoumá psychické změny projevující se u stárnoucího člověka;
- Gerontopedagogika – má na starost výchovu ve stáří. Měla by učit nejen seniory zdravému a spokojenému stárnutí. (Haškovcová, 2006, s. 9)

1.1.2 Vymezení pojmů

„Pod pojmem stáří se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které

kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.” (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 202) Pojem stáří lze chápat z mnoha rovin. Nejedná se pouze o stav, kdy dochází k postupnému poklesu psychických i fyzických sil. Častokrát u takových jedinců jsou regresivní změny pouze na počátku a tito lidé si nemusí připadat staří, neboť některé činnosti stále zvládají bez větších obtíží. Skutečné změny související se stářím se u člověka začínají projevovat až okolo sedmdesátého pátého roku. (Haškovcová, 2010)

Křivohlavý (2011) udává, že na to, kdy člověk začíná stárnout, existují dva protichůdné názory. Jeden přistupuje ke stárnutí jako k dlouhodobému procesu provázejícímu člověka od narození po celý jeho život. Jiní zase stárnutí vztahují k pozdější fázi života. V návaznosti na tuto myšlenku Mlýnková (2011, s. 13) hovoří o stárnutí jako o degenerativních změnách, jež nastupují u jedinců individuálně během života a postupují s různou rychlostí. Rychlost stárnutí závisí na genetických predispozicích, životním stylu a dalších vnějších faktorech prostředí jako stres atp. Říčan (2006) pojímá stárnutí obdobně jako předchozí autorka. To, jak rychle člověk „stárne” dle jeho názoru do značné míry závisí na jedinci samotném. Existují takoví lidé, kteří jsou vitální v osmdesáti či devadesáti letech. Oproti tomu se setkáme i s opačnými tendencemi, kdy se člověk mnohdy i před šedesátým rokem se cítí a chová jako mnohem starší.

1.1.3 Věková periodizace stáří

V naší společnosti existují tendence zařazovat člověka do určité skupiny dle jeho věku. Dnešní společnost posuzuje sociální postavení člověka z finančního hlediska. Z toho pohledu náš stát považuje za staré ty, kterým vznikl již nárok na starobní důchod.

Dle Říčana (2006) je dobré z hlediska výzkumu ve zdravotní a sociální péči o staré lidi rozdělit stáří na fáze pro lepší orientaci:

- 60-75 let rané stáří;
- 75-90 let pokročilý věk, vlastní stáří;
- 90 a více let vysoký věk, dlouhověkost.

Obdobně se rozdělením stáří do jednotlivých věkových kategorií zabývá Haškovcová (2010), která ho časově dělí takto:

- 60-74 let vyšší věk nebo rané stáří;
- 75-89 let stařecký věk neboli sénium, vlastní stáří;
- 90 let a výše dlouhověkost.

Pro rané stáří se v odborné literatuře využívá i pojem young old (tedy mladý starý), pro osoby starší 74 let se využívá označení old old (starý starý) a pro lidi nad 85 let very old old (velmi starý starý). Toto vymezení, byť se zdá předimenzované, nám pomáhá rozlišit problematické aspekty daných období. Zatímco v raném stáří nejčastěji bude řešit senior problém možností vyplnění volného času, pro staré seniory již bude zásadní problematika zdraví a soběstačnosti. (Haškovcová, 2010, s. 21)

Mnohdy se můžeme setkat s různými snahami firem a společností poskytnout lidem výhodné nabídky například zájezdů či jiných aktivit. V takovém případě poskytují slevy poměrně často pro věkovou skupinu senioři 55 let a více. Tím pádem bychom mohli posunout pomyslnou hranici stáří o něco níže. Pro potřeby tohoto výzkumu bylo však z hlediska využití sociální péče praktičtější pracovat se skupinou 65 let a více.

1.2 Změny spojené se stářím a stárnutím

V odborné literatuře se lze setkat s negativním uchopením tohoto životního období. Prakticky v každé knize zabývající se stářím lze najít změny, které v tomto období nastávají. Avšak většinu stránek zaplňují problematické aspekty stárnutí. Pokud autoři chtěli vyzdvihnout něco pozitivního na stárnutí, nebylo toho doposud napsáno mnoho. Jako příklady lze uvést knihy, z nichž byly pro tuto bakalářskou práci čerpány informace o biologických, psychických či sociálních změnách souvisejících se stářím.

1.2.1 Biologické změny

Ve stáří dochází k řadě biologických změn, ty člověka nevyhnutelně postihují. Jejich nástup však ovlivňuje životní styl i genetické predispozice, zlozvyky atd. Vývoj jednotlivých změn není u všech seniorů stejný, objevují se zde individuální rozdíly. (Mlýnková, 2011)

Jarošová (2006, s. 22) a Venglářová (2007, s. 12) popisují hlavní změny, které se v organismu starého člověka dějí:

- Změna vzhledu seniora – zmenšení postavy způsobené atrofií meziobratlových plotének a shrbeným držením těla v důsledku ochabování svalů, výskyt vrásek a pigmentace na kůži, řídnutí a šedivění vlasů;
- Atrofie orgánů – typicky u mozku, proměna specializované tkáň v tkáň pojivovou;
- Snížení elasticity orgánů a tkání – výrazné zejména na plicích či cévním systému;
- Pokles funkce endokrinních žláz – pokles produkce hormonů, hormonální nerovnováha v organismu;

- Změny ve složení organismu – přibývání tuku v těle, usazování vápníku v tkáních i membránách buněk, úbytek vápníku v kostech, degenerativní změny kloubů;
- Snížení bazálního metabolismu – snížení spotřeby kyslíku, pokles schopnosti termoregulace organismu;
- Změny ve svalovém aparátu – úbytek svalové hmoty ztráta pružnosti kosterních svalů, pokles rychlosti i síly svalových kontrakcí;
- Změny v nervovém systému – postupné snižování počtu neuronů a zpomalení nervového přenosu;
- Problémy se spánkem – nespavost, únava, spánková inverze;
- Změny v oběhové soustavě – pokles průtoku krve orgány (zejména ledvinami), ztráta elasticity cév, srdeční selhávání, zánik buněk převodního systému, degenerace srdečních chlopní atd.;
- Změny v respirační soustavě – změna poddajnosti plic, zvětšování alveolárních prostorů, pokles vitální kapacity plic, snížení odolnosti dýchacích cest vůči infekcím;
- Změny v trávicím systému – ztráta zubů, změněná peristaltika tlustého střeva vedoucí k častým zácpám, atrofické změny Langerhansových ostrůvků způsobující vznik stařecké formy diabetu apod.;
- Změny ve vylučovací soustavě – pokles elasticity močové trubice, kapacity močového měchýře i síly obou svěračů, častější nucení k močení;
- Úbytek výkonnosti smyslových orgánů – zrak: postižení schopnosti vidění na blízko, vznik glaukomu či senilní katarakty, zúžení zorného pole, pokles ostrosti vidění či vnímání kontrastů atd. Sluch: stařecká nedoslýchavost (presbykusie).

Křivohlavý (2011, s. 48) poukazuje na tzv. plasticitu mozku. V mozku vznikají nová spojení (synapse) mezi aktivními nervovými buňkami a stará nevyužívaná zanikají. Nové nervové buňky vznikají i v dospělosti. Neurogenezi posiluje kognitivní i tělesná aktivita. Pokud je mozek trénován, vytváří se určitá rezerva v plasticitě mozku. Ve stáří pak organismus může využít tuto rezervu v nemoci ke kompenzaci ztrát.

1.2.2 Psychické změny

S tělesnými změnami jsou úzce provázány změny v oblasti psychiky. Samozřejmě existují v této oblasti mezi lidmi individuální rozdíly udávané nejen biologickou involucí. Průběh stárnutí ovlivňují jednak faktory genetické, dále osobnost jedince, zdravotní stav člověka doposud, životní události, apod. (Jarošová, 2006, s. 24)

Intelektové schopnosti dozrávají zcela v rané dospělosti, posléze jejich úroveň zůstává u některých z nich nepozměněna, jiné naopak klesají. U starých zdravých lidí je možné některé kognitivní funkce učením a tréninkem zlepšovat. Například krystalická paměť (záměrné učení dat) se dá rozvíjet učením, fluidní paměť (jak něco udělat – procedurální aktivity, např. práce na počítači) lze také cvičením posilovat. S věkem se často zhoršuje krátkodobá paměť, dlouhodobá paměť zůstává většinou velice dobře zachovaná. (Jarošová, 2006, s. 26-27, Křivohlavý, 2011, s. 41)

Oblast citového života seniorů bývá také mnohdy zasažena. Staří lidé mohou být více plačtiví, u patologických typů osobností se mohou vyskytnout střídání nálady – emoční labilita. U řady seniorů se vyskytují i úzkost a strach z pádů, ze samoty či z nových věcí. Staří lidé poměrně často trpí také depresemi. Zdravé a vitální seniory však tyto změny zpravidla nepostihují. Staří lidé vykazují menší míru dominantních tendencí a naopak větší míru emocionální integrity. Jejich vnitřní život se stává intenzivnějším, jsou tvořiví (kreativní). Staří lidé jsou také moudří a moudrost roste s věkem. Mají zkušenosti s řešením řady situací a znají běh života. (Jarošová, 2006, Křivohlavý, 2011, Mlýnková, 2011, s. 25)

Lidé na sklonku života také začínají řešit otázky jejich existence a její smysluplnosti. Řada z nich pak hledá odpovědi v různých náboženských směrech, zaměřují se hodně na spirituální oblast. Dochází k přehodnocování žebříčku hodnot a hierarchie potřeb, do popředí se dostává zájem o vlastní zdraví, potřeba bezpečí a jistoty, touha se uplatnit ve společnosti i ve vyšším věku (Jarošová, 2011, s. 24-25, Křivohlavý, 2011)

1.2.3 Sociální změny

Zásadní změnou v životě člověka je odchod do důchodu přinášející mnoho možností. K nim patří dostatek volného času, svoboda volby, jak s ním senior naloží. Odchod do důchodu zahajuje také klidnější životní období, jedinec nemusí čelit stresům v souvislosti s pracovními povinnostmi. Může se nyní odpoutat od práce a ponořit se do sebe a hledat vnitřní bohatství či něco, čím by mohl přispět k rozvoji lidstva. Také ho více zajímá přítomnost než to, co bude. Pro řadu lidí bývá tento přechod z produktivního života do penze problematický z hlediska hledání nového životního programu. Často jej zvládají hůře muži, kteří nemají žádné zájmy, koníčky či jiné mimopracovní aktivity. (Křivohlavý, 2011, s. 23-26, Malíková, 2011, s. 22, Venglářová, 2007, s. 12)

S odchodem do důchodu souvisí i změna postavení ve společnosti. Člověk se stává někým jiným. Nepředstavuje pro stát zdroj pracovní síly, naopak dostává od státu penzi. Není

již ceněn dle svého společenského statutu dosaženého díky postavení či výkonům v zaměstnání. Senioři jsou často vyčleňováni ze společenského dění. Ve společnosti má vliv na jejich postavení ageismus, tedy diskriminace člověka kvůli jeho věku. Ačkoliv ageismus nemusí být přímo zaměřen na seniory jako takové, ale i na jinou věkovou skupinu. Přesto je tento termín dnes chápán spíše jako diskriminace právě seniorů. Staří lidé jsou považováni za senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech, atp. Ageismus umožňuje mladším generacím vidět jejich odlišnost od starých občanů. Brání jim, aby se s nimi ztotožnili jako s lidskými bytostmi. (Jarošová, 2006, Křivohlavý, 2011, s. 24-25, Malíková, s. 22, Mlýnková, 2011, s. 36, Vidovičová, 2008, s. 111)

Stáří s sebou přináší i řadu obtíží finančních. Dochází k zhoršení finančního zabezpečení. Pro starého člověka bývá problematické například placení nájmu i dalších záležitostí nutných pro běžný život. S přibývajícím věkem přibývá také zdravotních problémů a nutnost hradit si zdravotní služby, aby člověk mohl zůstat doma co nejdéle nebo v nejlepším případě doma dožít. (Venglářová, 2007, s. 12)

Stáří obnáší často generační osamělost. Velice náročnou životní situaci představuje úmrtí životního partnera, ubývá i známých a přátel. Omezeně vidají senioři také rodinu, pokud se svými příbuznými nežijí (především se svými dětmi). U starých lidí však převažují tendence odděleného bydlení. V dnešní době přibývá tímto způsobem starých lidí, kteří žijí osaměle. Jedná se zejména o ženy, které se dožívají průměrně vyššího věku než muži. (Průša, 2010, Malíková, 2011, s. 22)

1.3 Zdravotní stav seniora

„Zdravotní stav představuje komplexní charakteristiku kvality života jedinců v populaci, zahrnující vzájemné provázené složky duševní, fyzické i sociální pohody.“ (Průša, 2010, s. 26)

Zdravotní stav úzce ovlivňuje život seniora. Ve stáří je člověk více než v mladším věku náchylný k nemocem. S věkem roste celkově prevalence nemocí a polymorbidita. Dochází ke změnám ve spektru chorob. Přidružená chronická onemocnění, která se vyskytují ve stáří spolu s degenerativními onemocněními poměrně často, mohou ovlivnit kvalitu stáří a nastolit rychlejší i komplikovanější průběh stárnutí s vysokým invalidizujícím potenciálem. Nemoci ve stáří představují vždy sociální událost, která podstatně mění sociální situaci seniora. U takto handicapovaného seniora se objevuje zvýšená potřeba opakovaných hospitalizací, systematické zdravotní a sociální péče. (Jarošová, 2006, s. 34, Topinková, 2005, s. 5, Haškovcová, 2010, Malíková, 2011, s. 214, Mlýnková, 2011, s. 14, Topinková, 2006)

Mezi nejpodstatnější zdravotní rizika patří dle Topinkové (2005, s 6) a Webera (2006):

- Demence – Alzheimerova choroba;
- Deprese a sebevraždy;
- Pády a fraktury (např. fraktura krčku femuru, Collesova fraktura);
- Onkologická onemocnění (rakovina tlustého střeva, rakovina plic, rakovina prostaty, rakovina prsu apod.);
- Kardiovaskulární onemocnění (ateroskleróza, infarkt myokardu, ikty aj.);
- Respirační onemocnění (chronické záněty dýchacích cest);
- Metabolické změny (osteoporóza, diabetes mellitus atd.);
- Gastrointestinální onemocnění (např. dysfagie);
- Inkontinence.

Se zdravotním stavem souvisí i pojem stařecká křehkost (anglicky frailty) charakterizující pokles celkové výkonosti a vytrvalosti jedince. Křehkost se vyskytuje i relativně zdravých seniorů. U osob se stařeckou křehkostí je podstatně vyšší riziko disability (omezení způsobené jeho nemocí) v základních denních činnostech. Křehkosti seniorů mohou také druzí zneužívat. Seniori představují snadný cíl různých kriminálních živelů. Jsou častými oběťmi přepadení, podvodů i fyzických útoků. Násilí na seniorech představuje závažný zdravotně-sociální jev vyskytující se v domácím prostředí i v ústavních pobytových zařízeních. (Jarošová, 2006, s. 34, Topinková, 2005, s. 5, Haškovcová, 2010, Malíková, 2011, s. 214, Mlýnková, 2011, s. 14)

Pokud senior není schopen v důsledku svého zdravotního stavu a pokročilého věku schopen zajistit si denní potřeby a postarat se o sebe, dochází k poklesu až totální ztrátě soběstačnosti. Soběstačnost tvoří čtyři základní složky – fyzická (především mobilita), psychická (zejména samostatnost), sociální (úroveň integrace do společnosti, rodiny) a ekonomická (dostačující příjmy). Je nutné si uvědomit, že mnohdy seniorova neschopnost samostatně naplňovat jeho potřeby pramení z bariér v okolí. Tedy nikoliv z neschopnosti vnitřní. (Jarošová, 2007)

1.4 Stárnutí populace v ČR

Říčan ve svém prvním vydání knihy *Cesta životem* (1990) hovoří o tom, že 10% žen a čtvrtina mužů se nedožije ani šedesáti let. S jistotou lze konstatovat, že dnes toto neplatí. Haškovcová (2010) uvádí, že na začátku 21. století je naděje na dožití v České republice pro muže 74,2 a pro ženy 80,3 let. Udává se, že kolem roku 2065 by se délka života u mužů

Dokonce se počítá s tím, že v budoucnu bude starých lidí ještě více, např. prognóza do roku 2065 hovoří o tom, že kolem roku 2065 by se délka života u mužů mohla pohybovat okolo 86,5 let a u žen dokonce 91 let. Medicína výrazně pokročila a povědomí veřejnosti o prevenci civilizačních nemocí také. Samozřejmě ale záleží hlavně na člověku samotnému, jak zodpovědně přistupuje ke svému zdraví a životnímu stylu, aby se dožil vyššího věku.

1.4.1 Situace v ČR v současnosti

Lidé se dožívají čím dál tím vyššího věku, na druhé straně ovšem ubývá nově narozených dětí. Dle výsledků posledního sčítání lidu lze konstatovat, že počet obyvatel nad 65 let vzrostl oproti poslednímu sčítání v roce 2001 o 260 tisíc. Na druhé straně počet dětí od narození do 14 let poklesl, i když ne v takové míře jako v předchozích desetiletích. K 26. 3. 2011 se vyskytovalo v ČR 1 674 tis. osob ve věku nad 65 let, což odpovídá necelým 16 % populace, dětí do 14 let bylo 1 528 tis., tj. 14,5 %. Z těchto faktů plyne, že naše populace stárne. Významným faktem pro náš výzkum bylo rozložení seniorů v krajích Hlavní město Praha a Vysočina. Nejvíce jich bylo dle výsledků statistik na území Prahy, kde na 100 obyvatel ve věku nad 65 let připadalo přibližně 76 dětí. (Radolfová a Morávková, 2012)

1.4.2 Významné dokumenty související se stárnutím

Problematika stáří a stárnutí populace se dotýká nejen České republiky, ale i Evropy, potažmo zemí po celém světě. Proto se státy intenzivně zabývají touto problematikou a vznikají důležité dokumenty. Ty si kladou za cíl propagování obecných cílů nebo idejí, které by měly podněcovat i naši (tj. národní, regionální, komunitní i obecní) politiku k jejich aktivní aplikaci do praxe. Nejedná se legislativně vymahatelné akty a záleží zcela na samotných státech či institucích, jakými konkrétními způsoby bude obsažených úkolů dosaženo i zda vůbec dojde ke konkrétním krokům v dané problematice. Mezi tyto dokumenty se řadí například: Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí 2002, který pomohl nastolit Regionální implementační strategii k Madridskému mezinárodnímu akčnímu plánu pro problematiku stárnutí a od něhož se odvíjela posléze Národní strategie podporující pozitivní stárnutí. (Vidovičová a Gregorová, 2007, s. 21-28) V době vzniku této bakalářské práce byla aktuální Národní strategie pro období let 2008 až 2012. Posledně zmíněný dokument měl tyto strategické priority: aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovatелů, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

2 Sociální péče

Tato část byla zaměřena na oblast sociální péče. Nejprve zde byla vymezena jako pojem a poté zde byly popsány možnosti sociální péče, které v České republice ve vztahu k cílové skupině seniorů.

2.1 Vymezení sociální péče

Pojem sociální péče u nás existuje již od dob první republiky. Nejvíce odpovídá anglickému „social welfare“ a lze ho vykládat dvěma různými způsoby. První charakterizuje sociální péči v užším smyslu. Jedná se o souhrn opatření, jež společnost vybudovala pro řešení sociálních problémů (ať už kriminality, nevyléčitelné nemoci či násilí a konfliktů ve společnosti). Druhé pojetí představuje širší smysl sociální péče a odpovídá našim všeobecným představám o významu sociální péče. Souvisí se sociálními službami a sociálními dávkami. (Tomeš, 2010, s. 34-35)

2.1.1 Sociální služba

Termín sociální služba neboli „social service“ označuje jednak druh sociální péče poskytované určitým subjektem (státní či obecní institucí) ve prospěch jiné osoby, poté také činnosti konané veřejnoprávními institucemi či soukromoprávními institucemi za podpory veřejnoprávní instituce nebo sociální práci vedenou profesionály ve prospěch lidí v sociální nouzi. (Tomeš, 2010) Matoušek (2011) charakterizuje sociální služby jako služby určené sociálně znevýhodněným lidem existující za účelem zlepšení kvality života a popřípadě integrace těchto osob do většinové společnosti. Zároveň společnost chrání před možnými riziky, které souvisí s chováním těchto lidí. Molek (2009) uvádí, že sociální služba představuje činnost resp. soubor činností s cílem pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci a ochránit ho před sociálním vyloučením.

2.2 Sociální péče v ČR

Sociální cítění se vyskytovalo ve společnostech již od pradávna. V historii však sociální péče existovala v řadě podob. Jak se měnily postoje společnosti k lidem vyžadujícím pomoc druhých, měnila se i péče o ně. Základní kámen této péče tkví v rodině. Ta hraje v životě člověka zásadní roli, stejně jako nejbližší okolí. Stát vždy upřednostňuje podporu rodiny v péči o jejího člena. Až ve chvíli, kdy rodina chybí či se odmítá o člověka starat, nastupuje role státu ve větší míře.

2.2.1 Sociální péče jako součást sociální politiky

Člověka během jeho života ohrožuje řada sociálních rizik spojených kupříkladu s nemocí, stářím, invaliditou, smrtí rodinného příslušníka. Stát využívá nástrojů sociálního zabezpečení k tomu, aby mohl realizovat postupy nutné k sociální ochraně svých občanů. (Krebs, 2010, Tomeš, 2010) Stát vytváří soustavy institucí spadajících do sociální sféry. Na rozdíl od soustav institucí zdravotních je sociální péče řešena fakultativně (neboli dobrovolně) ve formě služeb a dávek. Občan má právo o ně požádat, ale získá je až po rozhodnutí příslušné instituce. Ta prověří, zda má jedinec na službu či dávku nárok dle právních předpisů. „*Jde o dávky zajišťující důstojné životní minimum (v ČR dle zákonů č. 110/2006 Sb. a č. 111/2006 Sb.), sociální služby (v ČR dle zákona č. 108/2006 Sb.).*“ (Tomeš, 2010, s. 324)

2.2.2 Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zásadní reformu v sociální sféře přinesl Zákon o sociálních službách, neboli zákon 108/2006 Sb. Před uvedením tohoto zákona v platnost v našem státě neexistoval odpovídající systém sociálního zabezpečení, již od 90. let odborníci volali po reformě v sociální oblasti. (Koldinská in Matoušek, 2011, Malíková, 2011, s. 41). Zákon 108/2006 Sb. v platném znění má za úkol chránit a oprávněné zájmy lidí, kteří nejsou schopni je prosazovat sami kvůli určitému omezení (věk, zdravotní postižení, krizová životní situace, apod.). Má také zajistit právní rámec při zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé životní situaci. Vymezuje práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatele sociálních služeb. (§ 1, Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění, Malíková, 2011)

Podstatné změny na základě tohoto zákona nastaly v členění sociálních služeb. Sociální služby se dělí nyní na sociální poradenství, služby sociální péče (pečovatelské služby pro osoby nesoběstačné) a služby sociální prevence určené osobám se sociálními problémy s cílem dosáhnout jejich opětovné integrace do společnosti. (Část druhá, § 2, Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění, Koldinská in Matoušek, 2011) Sociální služby se rozlišují i z hlediska formy, jakou jsou poskytovány. Existují tři základní formy poskytování služeb: terénní (poskytované v přirozeném prostředí klienta), ambulantní (klient přes den v zařízení sociálních služeb), pobytové (poskytováno ubytování a strava). (Část třetí, § 33, Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění) Další informace viz Příloha A.

Tento zákon upravuje Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška vymezuje obsah základních činností u jednotlivých druhů služeb, také mimo jiné určuje vzdělání pracovníků

v sociálních službách a sociálních pracovníků. Lze najít i standardy kvality sociálních služeb a jejich hodnocení, ty mají sloužit zejména k větší ochraně klientů sociálních služeb. Tato vyhláška také obsahuje hodnotící škálu schopností zvládat běžné denní činnosti či úkony péče o vlastní osobu. Podle této vyhlášky se stanovuje i maximální výši úhrady nákladů za poskytování služeb. (Vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, Malíková, 2011)

2.2.3 Příspěvek na péči a dávky pro osoby se zdravotním postižením

Příspěvek na péči je upravován Zákonem o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, protože by měl tvořit důležitou složku financování sociálních služeb. Jedná se o pravidelnou měsíčně vyplácenou sociální dávku sloužící osobám vyžadujícím z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pomoc druhé osoby při provádění úkonů péče o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. (Část druhá § 7, Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění, Průša in Matoušek, 2011, s. 69) Podklad rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči tvoří sociální šetření a posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem okresní správy sociálního zabezpečení. (Lukešová, 2011). Zákon č. 366/2011 Sb., kterým došlo mimo jiné k novelizaci zákona č. 108/2006 Sb., přinesl v této oblasti zásadní změny. Při posuzování péče o vlastní osobu se hodnotilo nově zvládání 10 úkonů péče o vlastní osobu. U osob starších 18 let byl k 1. 1. 2012 vyplácen příspěvek ve 4 stupních závislosti na péči druhé osoby: I. stupeň (800 korun), II. stupeň (4 000 korun), III. stupni jde (8 000 korun), IV. stupeň (12 000 korun). (§ 8, § 9 a § 10, Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění)

Dávky pro osoby se zdravotním postižením (OZP) představují často využívané dávky seniory. Tyto dávky definoval nově zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a pak také vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek OZP. Patří mezi ně tyto dávky: příspěvek na mobilitu (400 korun měsíčně), příspěvek na zvláštní pomůcku (jednorázová dávka, maximálně 350 000 korun) a průkaz osoby se zdravotním postižením. (Zákon č. 329/2011 Sb., Vyhláška č. 388/2011 Sb., Pešlová, 2012, s. 43-47)

Příspěvek na péči, stejně tak jako ostatní nepojistné sociální dávky a dávky státní sociální podpory od 1. ledna 2012 přešly pod krajské pobočky Úřadu práce České republiky. K vyplácení tohoto příspěvku a dalších sociálních dávek by měla sloužit tzv. karta sociálních systémů. (§ 18, Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění, Pešlová, 2012, s. 19) Více o těchto dávkách viz Příloha B a Příloha C této bakalářské práce.

3 Péče o seniory v ČR

V souvislosti s péčí o seniory a prodlužováním délky života se hovoří o tzv. dlouhodobé péči. Ta v sobě zahrnuje rehabilitaci, základní zdravotnické služby, domácí ošetřování, sociální péči, bydlení a služby jako přeprava, stravování, pomoc s běžnými denními činnostmi („Instrumental Activities of Daily Living“) jako lehké domácí práce či příprava jídel apod. Trendy v oblasti dlouhodobé péči směřují od institucionalizované péče k péči domácí a komunitní. V oblasti problematiky seniorů je dlouhodobá péče myšlena pro osoby s trvale sníženou soběstačností zejména v aktivitách zahrnujících běžné denní aktivity. (Průša, 2009, Válková, Kojesová a Holmerová, 2010)

V případě zvýšené nesoběstačnosti starých lidí, kteří již nemohou přebývat sami doma, přichází na řadu institucionální péče. Příčinou této situace je zejména špatná bytová situace rodiny či nedostatečná dostupnost terénních či ambulantních služeb. Svou roli zde hraje i špatná informovanost o možnostech těchto služeb. Opomíjenou skupinou starých lidí jsou také senioři bezdomovci. (Průša, 2010, Haškovcová, 2010, s. 310) Zajistit péči těmto seniorům bývá náročné také zejména z hlediska jejich špatné sociální i finanční situace a nízkým důchodům.

3.1 Současná podoba péče o seniory

V 90. letech nastaly změny v principech budování a poskytování sociálních služeb. Započal proces postupné decentralizace sociálních služeb, které přešly pod kraje a obce. Široká veřejnost se postupně učila a učí, že za svou životní úroveň musí nést zodpovědnost především každý občan sám za sebe, tedy myšleno i v rámci rodiny. Právě rodiny se stala základním stavebním kamenem sociální pomoci i podpory člověka od dětství po stáří. (Průša a Výšek, 2012)

3.1.1 Provázanost zdravotní a sociální péče

Nelze samozřejmě pominout fakt, že provázanost služeb sociálních existuje i ve zdravotnických zařízeních. Dle zákona o sociálních službách jsou určité služby poskytovány i v léčebnách dlouhodobě nemocných (odděleních následné péče), psychiatrických léčebnách, hospicích, apod. Senioři jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, snížené soběstačnosti, osamocení a tíživé sociální situaci nuceni setrávat v těchto zařízeních déle. Sociální služba zde pro ně zahrnuje základní činnosti jako: ubytování, strava, pomoc při osobní hygieně, pomoc při běžných činnostech péče o vlastní osobu (oblékání, stravování, apod.), zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti,

aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv. I zde senioři mohou dostat alespoň základní sociální poradenství pro řešení jejich životní situace. Tato služba tvoří podstatný spojník v návaznosti mezirezortní péče, tj. mezi ukončenou zdravotní péčí a zahájením sociální péče. (Malíková, 2011, s. 46, § 52, Zákon 108/2006 Sb. v platném znění) Nicméně vzhledem k šíři této problematiky bylo pro potřeby této práce rozhodnuto zabývat se pouze sociálními službami definovanými výlučně na základě Zákona o sociálních službách. Proto se tato práce dále na zdravotnická zařízení a sociální péči poskytovanou v nich nezaměřila.

3.2 Druhy sociálních služeb pro seniory

Pro seniory u nás vzniká propracovaná síť neinstytucionální a komunitní sociální péče v reakci na zvýšenou poptávku po této tzv. dlouhodobé péči. Avšak v globálu povědomí veřejnosti o službách z této či jiné oblasti značně pokulhává a zůstává u představ o domovech pro seniory. Senioři samotní také mnohdy dávají přednost tomu, co znají – tedy klasické formě péče v ústavních zařízeních. Ta pro ně nemusí být vždy vhodná a vyhovující. Sociální nebo zdravotničtí pracovníci, příslušní pracovníci obce či města by měli informovat seniory i jejich rodinné příslušníky o vhodných možnostech, které jim mohou v dané situaci pomoci ke zlepšení či zachování jejich kvality života. (Jarošová, 2007)

3.2.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství má za úkol poskytnout občanům základní informace o možnosti řešení jejich nepříznivé sociální situace. Plní účel preventivní, tedy pomáhá zabránit nepříznivým sociálním situacím a eliminovat nepříznivé podmínky a prostředí. Má i charakter nápravný, orientuje se na řešení náročné situace s důrazem na její zmírnění. Základní sociální poradenství poskytují všechny druhy služeb bez výjimek, a to bezplatně. Existují také specializované poradny, které jsou určeny pro určité cílové skupiny. Některé tyto poradny jsou specializovány i pro seniory. (Molek, 2009)

3.2.2 Terénní služby

Pokud senior chce pobývat ve svém přirozeném prostředí, může si zajistit i terénní služby. Terénní pracovníci dochází do domácnosti klientů. Mezi tyto služby patří pečovatelská služba, která zajišťuje starému člověku základní potřeby jako: dovoz jídla, nákup či celkovému obstarání domácnosti. U této služby nechybí ani zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (jednání s úřady, doprovod, apod.). Chybí zde mnohdy ale pracovnice orientovaná v sociální problematice, která by poté řešila sociální situaci

starého člověka. Další problém pro seniory představuje i fakt, že nelze většinou zajistit pečovatelskou a ošetrovatelskou péči současně. (Haškovcová, 2010, Matoušek, 2007)

Další terénní službou je i osobní asistence, která obdobně jako pečovatelská služba poskytuje starému člověku pomoc s běžnými denními činnostmi při chodu domácnosti i při obstarávání vlastních záležitostí. Lze si povšimnout, že služby pečovatelské služby a osobní asistence se překrývají v činnostech, které svým uživatelům poskytují. Rozdíl představují časové možnosti pracovníků pečovatelské služby, kdy se tato sociální služba omezuje na vykonání potřebných úkonů. Oproti tomu osobní asistence nemá takové časové omezení jako pečovatelská služba. Váže se na potřeby uživatelů. Představuje jakýsi „domácí domov pro seniory“, kdy je o seniora postaráno po stránce fyziologické i psychické ta Nevýhodou této služby je však její cena, která činí cca 75 Kč na pouhou hodinu. (Část třetí, § 39, Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění, Haškovcová, 2010) Bohužel tato služba není pro seniory příliš dostupná z hlediska finančního. V hlavním městě lze narazit na ceny v rozmezí 100,- až 120,- Kč na hodinu.

Za zmínku jistě stojí i další sociální služby jako sociální rehabilitace či služba „Senior na telefonu“. Sociální rehabilitace seniorovi pomáhá při nácviku dovedností potřebných k zvládnutí běžných denních činností, podporuje jeho samostatnost, soběstačnost i nezávislost. Pomáhá tak zabránit sociálnímu vyloučení seniorů. Službu „Senior na telefonu“ provozuje tísňová péče. Jde o pravidelnou telefonickou kontrolu seniora žijícího ve své domácnosti, který se nachází ve vysokém riziku ohrožení zdraví a života. Při náhlém zhoršení zdravotního stavu pracovníci kontaktují zdravotnickou záchrannou službu. (Haškovcová, 2010, Malíková, 2011, s. 45)

Jistě nelze opomenout ani služby sociální prevence, které poskytují různé aktivizační činnosti. Jedná se často o kluby seniorů a podobné organizace. Tato práce však směřovala spíše ke službám sociální péče, protože s přibývajícím věkem u seniorů většinou roste potřeba pomoci a péče druhé osoby.

3.2.3 Ambulantní služby

Dalšími zařízeními sociálních služeb pro seniory jsou denní centra, denní stacionáře či domovinky, které umožňují rodinám starat se o své staré členy a přitom se věnovat bez omezení práci. Senioři tam mohou denně docházet a je o ně postaráno po celý den, dokud si je rodina opět nevyzvedne. (Haškovcová, 2010, Mlýnková, 2011, § 45 Zákon 108/2006 v platném znění)

3.2.4 Pobytové služby

Asi nejznámějším zařízením poskytujícím péči seniorům je domov pro seniory, který patří mezi pobytová zařízení. Slouží seniorům, kteří nemohou žít sami ve vlastní domácnosti a vyžadují dlouhodobou komplexní péči. O staré lidi zde nepřetržitě pečuje zdravotnický personál, jsou zajištěni z hlediska stravy a hygieny, během dne pro ně fungují různé zábavné i edukační programy. (Matoušek, 2007, Mlýnková, 2011, s. 65)

Zásadním problémem v oblasti pobytových služeb spočívá v tom, kam umístit seniory s chronickým (celoživotním) duševním onemocněním, se závislostí na návykových látkách, s mentálním postižením. Dle zákona o sociálních službách mohou vznikat domovy se zvláštním režimem, jejich výskyt však plně nepokrývá opravdovou potřebu. Tato zařízení disponují s větším počtem personálu, jenž se specializuje na danou poruchu. (Haškovcová, 2010, Mlýnková, 2011)

Týdenní stacionáře poskytují ubytování během týdne. Pro seniory jsou zde zajištěny aktivizační, sociálně terapeutické činnosti a další úkony komplexní péče podobně jako v denních stacionářích. Avšak tyto týdenní stacionáře u nás existují v malém měřítku. (Malíková, 2011, s. 45, § 47 ZSS)

Dříve u nás existovaly i domy s pečovatelskou službou či penziony pro seniory. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravil některé typy služeb (např. domovů se zvláštním režimem) nebo některé typy zařízení zrušil (domovy, penziony pro důchodce, domy s pečovatelskou službou, atd.). To vedlo k transformaci těchto služeb na jiné formy zařízení (zpravidla domovy pro seniory nebo chráněné bydlení). (Haškovcová, 2010, Průša a Výšek, 2012)

3.2.5 Respitní péče

Tzv. odlehčovací neboli respitní péče představuje velice efektivní službu poskytující pomoc nejen seniorovi, ale především jeho pečující rodině. Tato péče je poskytovaná formou pobytovou, ambulantní i terénní. U terénní respitní péče do domácnosti seniora dochází asistent. Další možnosti respitní péče je ambulantní forma, kdy senior po část dne pobývá v nějakém zařízení. Domovinky jsou často propojeny s pobytovým zařízením. V době, kdy odjede rodina seniora například na dovolenou atd., pobývá senior v lůžkové části tohoto zařízení. (Matoušek, 2007, Mlýnková, 2011, s. 66, § 46 Zákon 108/2006 Sb. v platném znění)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

1 Metodika výzkumu

Pro realizaci výzkumu byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat formou dotazníkového šetření. Mezi výhody kvantitativního výzkumu patří zejména relativně menší časová náročnost a poměrně rychlá analýza dat. Tento typ výzkumu umožňuje přesný popis získaných výsledků pomocí numerických dat. Výsledky tohoto výzkumu jsou nezávislé na výzkumníkovi. Nevýhody lze spatřovat v reduktivním způsobu získávání dat. Výsledky mohou mít velmi abstraktní a obecnou podobu. (Reichel, 2009).

Dotazník byl vyplňován osobně spolu s respondenty. To se jevilo jako vhodná metoda pro tuto cílovou skupinu respondentů z důvodu možného výskytu obtíží při čtení či psaní. Tato úvaha se ukázala jako opodstatněná v řadě případů. Navíc tato metoda umožnila rozšířit okruh dotazovaných. Bylo například jednáno i s nevidomým seniorem. Výhodou této metody také představovala redukce nějakého nedorozumění či nepochopení pokládaných otázek. Byla zde možnost doptat se či případně dovysvětlit otázku, aby se podařilo získat potřebné informace od respondentů. Přínos představovala i možnost vyslechnout si názory přímo z úst respondentů a tak lépe pochopit jejich mínění. V neposlední řadě tato metoda umožnila při přímém kontaktu se seniory pozorovat jejich chování i neverbální komunikaci.

Pro dotazníkové šetření bylo využito souboru otázek vlastní tvorby a technika anonymního dotazování. Dotazníkové otázky byly vytvořeny s cílem oslovit širokou komunitu seniorů využívajících i nevyžívajících sociální služby. Před zahájením rozhovoru bylo seniorům vždy sděleno, že se jedná o zcela anonymní dotazník a nebude po nich vyžadováno udání jakýchkoliv osobních údajů, které by nesouvisely s prováděním výzkumu a nějakým způsobem prozrazovaly jejich identitu. Tuto podmínku (zejména utajení adresy, jména a telefonního čísla) vyžadovali někteří senioři sami. Měli zřejmý strach z nějaké perzekuce například ze strany zřizovatele sociální služby, jež využívají. Ze strany seniorů nevyžívajících sociální služby byly znát mnohdy obavy, že se jedná o nějaký marketingový průzkum s cílem je obtěžovat nějakými výhodnými finančními nabídkami.

Seniorům byly kladeny otázky, na které odpovídali dle dotazníkových možností a po případě doplňovali otázky vlastní odpovědí. V dotazníku se nacházelo celkem 19 otázek. Z nich tvořily značnou část otázky polouzavřené (otázky č. 5, č. 9, č. 11, č. 13, č. 14, č. 15, č. 18), jež dávaly respondentům možnost doplnění vlastního názoru. Poté se zde nacházely otázky uzavřené: dichotomické (otázky č. 1, č. 4, č. 7 a č. 12), trichotomické (otázky č. 3,

č. 15, č. 16 a č. 17), polytomické výběrové (otázka č. 2, č. 10 a č. 14) a škála (otázka č. 8). Podstatnou otázkou představovala otázka filtrační otázka, podle níž byli respondenti rozlišeni z hlediska využívání sociálních služeb. Jednalo se o otázku č. 12. V dotazníku se ještě nacházely 2 otevřené otázky (otázky č. 6 a č. 19).

Senioři nevyužívající sociální služby byli náhodně vytipováni v okolí místa jejich bydliště, popřípadě poblíž nemocnic, poliklinik a nákupních center apod. Dalším cílem tohoto výzkumu bylo také oslovit seniory využívající nějaké sociální služby. Při oslovování poskytovatelů sociálních služeb představovala zásadní překážku neochota umožnit dotazníkově šetření přímo s jejich uživateli. V případě souhlasu těchto zařízení si poskytovatelé kladli požadavek, aby byl u vyplňování dotazníku při přítomnosti jejich pracovníků. To by však vedlo k možnému zkreslení poskytovaných informací zejména v oblasti hodnocení spokojenosti s využívanými službami. Samozřejmě tento postoj ze strany poskytovatelů těchto služeb byl naprosto pochopitelný, neboť oni mají za úkol hájit i chránit práva svých klientů. Proto tyto důvody byli uživatelé sociálních služeb vytipováni a jednalo se převážně o známé z širokého okolí. Pouze ve dvou případech byli uživatelé sociálních služeb osloveni náhodně. Celkem bylo vyplněno spolu se seniory 102 dotazníků. Délka jednotlivých rozhovorů činila zhruba 20 až 30 minut, což ovlivňovala také ochota seniorů odpovídat na dotazy. Vzhledem k tomu, že bylo se seniory hovořeno osobně, byla návratnost dotazníků 100 %. Výzkum probíhal v obdobích listopad 2012 až duben 2013. Delší průběh sběru dat způsobilo obtížné hledání respondentů, kteří využívali nějaké sociální služby.

1.1 Výzkumné otázky

1. Využívají svobodní senioři, svobodní, vdovci či vdovy sociální dávky častěji než páry?
2. Vyhledávají senioři informace o sociálních službách spíše na pracovním úřadě než u jiných zdrojů?
3. Využívají senioři žijící na vesnici sociální služby méně často než senioři z města?
4. Jsou lépe informováni o sociálních službách v místě jejich bydliště ženy než muži?
5. Chtěli by využívat senioři do budoucna spíše terénní sociální služby než pobytové?

1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořili senioři ve věku 65 a více let žijící ve městě či na vesnici. Z našeho hlediska nehrálo roli, o jaký kraj se jednalo. Šlo však převážně o tyto kraje: Hlavní město Praha, Královéhradecký kraj a kraj Vysočina. Volba krajů byla zcela náhodná a spíše vycházela z možností oslovit respondenty právě v těchto lokalitách (vlastní místo bydliště,

chatová oblast). Důležitý faktor představovalo to, zda senioři bydlí ve městě, nebo na vesnici. Město zde bylo charakterizováno jako sídelní útvar s počtem obyvatel nad 3000, vesnice pak reprezentovala sídlo s počtem obyvatel menším než 3000. Většina respondentů žijících na vesnici pocházela z kraje Vysočina, v Královéhradeckém kraji převažovali respondenti z měst. Hlavní město Praha představovalo specifickou lokalitu, kde bylo možné oslovit respondenty místní i respondenty žijící v blízkém okolí hlavního města (např. dojíždějící za lékařem apod.). Dalším podstatným ukazatelem pro nás bylo využívání sociálních služeb. Využíváním sociálních služeb zde bylo míněno využívání formální péče poskytované organizacemi dle Zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Neznamenalo to, že senioři nevyužívající sociální služby neměli dostupnou jakoukoliv formu neformální péče. Z celkového počtu 102 respondentů jich 72 nevyužívalo sociální služby a pouze 30 z nich využívalo nějaký druh sociální služby.

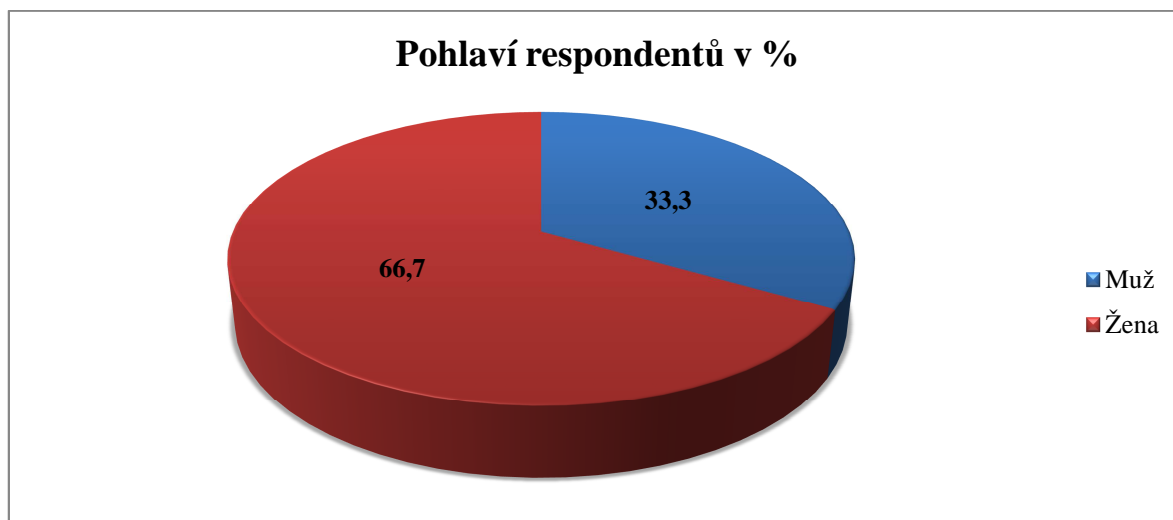
V této práci se operovalo také s pojmem obce s rozšířenou působností (ORP). Obec s rozšířenou působností (neboli obec III. typu) má na starosti výkon státní správy mimo jiné i v oblasti sociálního zabezpečení, na úřadech těchto obcí bývá odbor sociálních věcí. (Kopecký, 2010)

1.3 Zpracování získaných dat a jejich vyhodnocení

Ke zpracování výsledků získaných z výzkumného šetření bylo použito programů Microsoft Office 2010, z nichž byl využit Microsoft Word 2010 pro psaný text a pak Program Microsoft Excel 2010, jenž posloužil ke zpracování grafů a tabulek. Pro prezentaci zjištěných výsledků použita metoda popisné statistiky. V textu byly uvedeny hodnoty absolutní, relativní a celkové četnosti. Absolutní četnost (n) charakterizovala počet respondentů, kteří zvolili stejnou možnost odpovědi na konkrétní otázku. Relativní četnost (p) představovala podíl absolutní četnosti na celkovém počtu respondentů v daných skupinách dotazovaných a byla v celé výzkumné části této bakalářské práce vyjádřena v procentech zaokrouhlena případně s přesností na jedno desetinné místo. Relativní četnost byla vyjádřena v grafech pro názornější představu o podílu jednotlivých složek na celku. Celková četnost (Σ) charakterizovala souhrnný počet respondentů v rámci konkrétní skupiny oslovených respondentů. Pro zhodnocení několika otázek otázky bylo také využito výpočtu aritmetického průměru. Dle Hendla (2006) lze aritmetický průměr definovat jako součet všech naměřených údajů, který je následně vydělen jejich počtem.

2 Prezentace výsledků

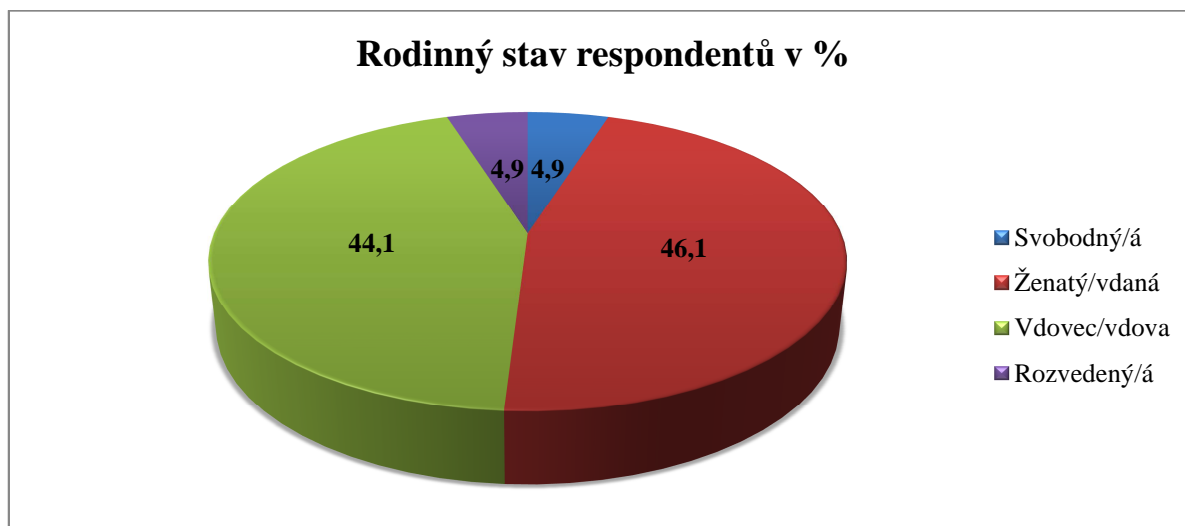
Otázka č. 1: Pohlaví respondentů



Obr. 1 Pohlaví respondentů

Obr. 1 znázorňoval graf, který se zaměřoval na pohlaví respondentů. Z grafu vyplývá, že v tomto výzkumu výrazně převažovaly ženy nad muži. Výzkumného šetření se zúčastnilo z celkového počtu 102 respondentů 68 (66,7 %) žen a 34 (33,3 %) mužů.

Otázka č. 2: Rodinný stav respondentů



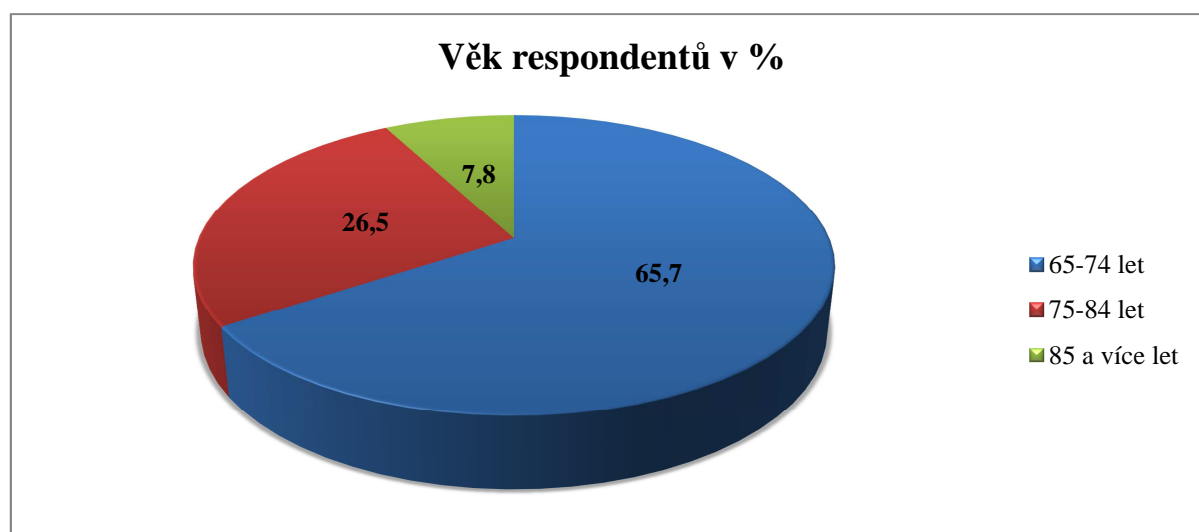
Obr. 2 Rodinný stav respondentů

Z obr. 2 lze vyčíst, jaký byl rodinný stav respondentů. Senioři zde měli na výběr z těchto možností rodinného stavu: svobodný/á, ženatý/vdaná, vdovec/vdova a rozvedený/á. U respondentů výrazně převažoval rodinný stav ženatý/vdaná a vdovec/vdova nad ostatními možnostmi. Mezi těmito skupinami existovaly minimální rozdíly. Rodinný stav ženatý/vdaná zvolilo dohromady 47 (46,1 %) dotazových. Celkem 45 (44,1 %) dotazovaných pak uvedlo,

že jsou vdovcem či vdovou. Ostatní možnosti se vyskytovaly v poměrně malém počtu. Celkem 5 (4,9 %) respondentů uvádělo rodinný stav svobodný/á, stejné množství respondentů pak zvolilo možnost rozvedený/á.

Otázka č. 3: Věk respondentů

Otázka č. 3 se zaměřovala na věk dotazovaných. Senioři byli na základě této položky rozděleni do 3 intervalů. První skupinu tvořili senioři ve věku 65-74 let, druhá skupina se skládala z respondentů uvádějících věk mezi 75-84 let. Poslední skupinu tvořili senioři, kteří spadali do kategorie 85 a více let.

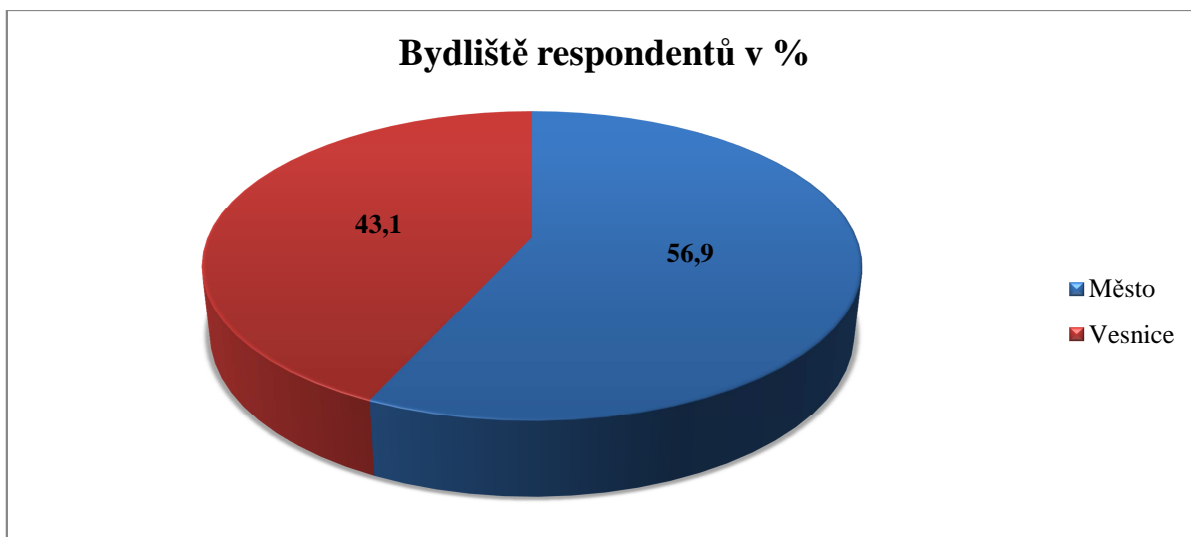


Obr. 3 Věk respondentů

Obr. 3 znázorňuje věkovou strukturu výzkumného vzorku respondentů z hlediska výše zmíněných kategorií. Z obrázku lze vyčíst, že nejpočetněji byli zastoupeni respondenti uvádějící věk v rozmezí 65 až 74 let. Jednalo se o 67 (65,7 %) oslovených. Ostatní věkové skupiny se vyskytovaly v podstatně menším měřítku. Celkem 27 (26,5 %) dotazovaných pak uvedlo odpověď, která spadala do intervalu 75 až 84 let. Nejméně početnou skupinu tvořili respondenti ve věku 85 a více let. Šlo celkově o 8 (7,8 %) dotazovaných.

Otázka č. 4: Bydliště respondentů

Tuto položku nebylo třeba příliš popisovat. Jednalo se o položku rozhodující pro rozdělení seniorů z hlediska toho, zda bydlí ve městě či na vesnici. Jak zde již bylo zmíněno v metodice výzkumu, městem zde byl míněn útvar osídlený více než 3000 obyvateli a vesnice byla pak charakterizována jako sídelní jednotka s méně než 3000 obyvateli.

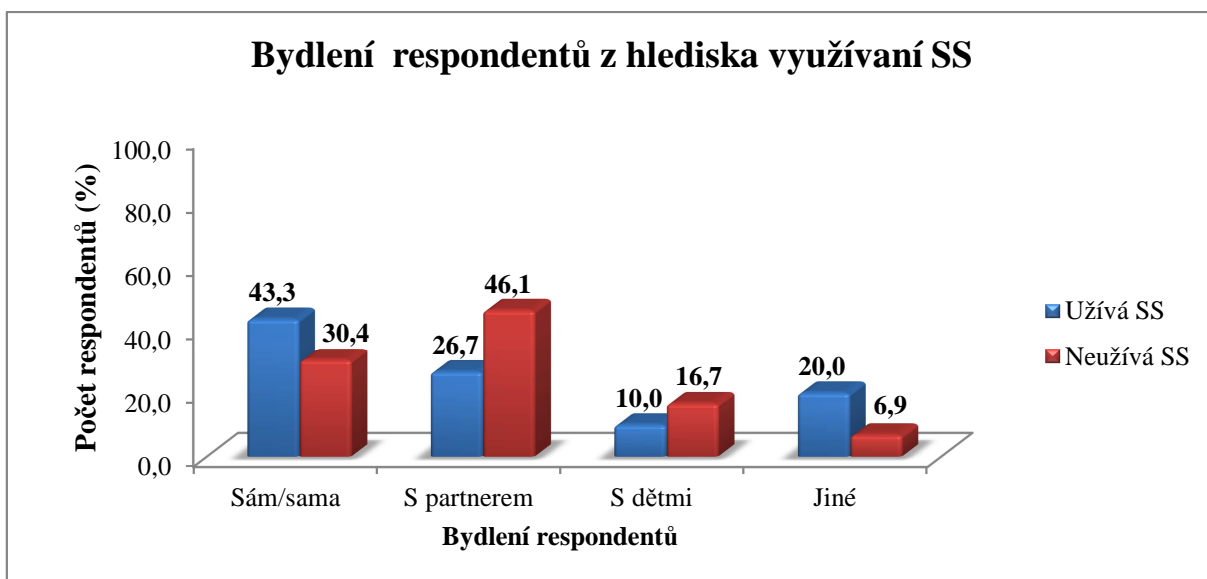


Obr. 4 Struktura respondentů na základě místa bydliště

V obr. 4 je znázorněn podíl obyvatel měst a vesnic na celkovém počtu respondentů. Jak z tohoto obrázku vyplývalo, převažovali o něco více respondenti pocházející z města nad těmi z vesnice. Celkem 58 (56,9 %) seniorů z počtu 102 dotazovaných bydlelo ve městě. Zbytek, tedy 44 (43,1 %) respondentů, tvořili senioři pocházející z vesnice.

Otázka č. 5: S kým bydlí respondenti

Otázka č. 5 se zaměřovala na bydlení seniorů z hlediska toho, s kým bydleli. Senioři měli na výběr možnost bydlení osamoceně. Další položka představovala bydlení s manželem/manželkou či partnerem/partnerkou. Pro zjednodušení grafu byla tato položka souhrnně označena jako bydlení s partnerem. Další položku reprezentovalo bydlení s dětmi. Pokud ani jedna z výše uvedených položek neodpovídala odpovědi seniorů, mohli uvést svoji vlastní do kolonky „jiné“.



Obr. 5 Bydlení respondentů v souvislosti s využíváním SS

Z obr. 5 vyplývá, s kým bydleli dotazovaní senioři. Pro zajímavé srovnání bylo uvedeno bydlení oslovených respondentů na základě využívání či nevyužívání sociálních služeb. Nutno podotknout, že obrázek neměl za úkol porovnávat rozdíly mezi oběma skupinami, neboť se jednalo o skupiny s nesouměrným počtem respondentů. Šlo zde pouze o snahu poukázat na to, jakou možnost zvolila ta daná skupina častěji a v jakém procentuálním poměru vůči počtu dotazovaných z daného celku. Možnost, že bydlí sám/sama, uvádělo více respondentů využívajících sociální služby. Jednalo se o 13 (43,3 %) respondentů z celkového počtu 30 dotazovaných uživatelů sociálních služeb. Osoby, které nevyužívaly sociální služby tuto možnost, zvolily v 18 (25,0 %) případech. Možnost bydlení s partnerem či partnerkou naopak převažovala u respondentů nevyužívajících sociální služby. Tuto možnost uvádělo 39 (54,2 %) oslovených nevyužívajících sociální služby a 8 (26,7 %) respondentů využívajících sociální služby. S dětmi bydlelo celkově 14 (19,4 %) dotazovaných nevyužívajících služby a 3 (10,0 %) respondenti využívající sociální služby. Jako jinou možnost uvedl jeden (1,4 %) respondent nevyužívající sociální služby, že bydlel s manželkou a dětmi. U respondentů využívajících sociální služby byla dána jiná možnost tím, že bydleli v pobytovém zařízení sociálních služeb (domov pro seniory, dům s pečovatelskou službou apod.). Tuto možnost zvolilo v této skupině 6 dotazovaných (20,0 %).

Otázka č. 6: Vzdálenost praktického lékaře úřadů obcí s rozšířenou působností od místa bydliště seniorů

V této otázce byl stanoven cíl zjistit, jak daleko to mají senioři na úřady obcí s rozšířenou působností (například pro vyřízení dokladů) a k praktickému lékaři. Senioři odpovídali, jaká je vzdálenost těchto institucí od jejich místa bydliště a jak dlouho jim trvá se tam dostat. Tato dotazníková položka představovala jednu z mála dotazníkových otázek, jež neměla žádné výběrové možnosti. Tato položka byla hodnocena výpočtem aritmetického průměru z dat převedených na kilometry a minuty. Vypočítávaly se jednotlivě průměrné hodnoty vzdáleností úřadů obcí s rozšířenou působností (ORP) a praktického lékaře (PL). Poté byly zpracovávány maximální a minimální hodnoty vzdáleností časových hodnot u praktických lékařů a úřadů obcí s rozšířenou působností. Pro prezentaci výsledků se rozdělili jednotliví respondenti do intervalů z hlediska četnosti odpovědí. Klíčové zde bylo zhodnocení vzdálenosti zmíněných institucí v kilometrech. Časové určení představovalo také podstatnou položku, nicméně nemělo takovou výpovědní hodnotu z hlediska vytvoření nějakých závěrů u souborů respondentů, protože respondenti využívali různých způsobů dopravy.

U oslovených seniorů žijících ve městě, vycházela průměrná vzdálenost úřadů obcí s rozšířenou působností 9 kilometrů. Cesta tam jim zabrala zhruba 21 minut. Nejdále byly úřady pro seniory z tohoto výzkumného souboru situovány ve vzdálenosti 40 kilometrů, naopak nejmenší vzdálenost činila pouhých 300 metrů. K praktickému lékaři to zde měli senioři průměrně 4 kilometry. Dva respondenti uvedli, že k nim praktický lékař dochází do pobytového zařízení sociálních služeb a oni ho jinak nevyhledávají. Nejmenší vzdálenost praktického lékaře od bydliště seniora činila u skupiny dotazovaných ve městě 16 metrů. Nejvíce uvedl 1 senior v tomto souboru 25 kilometrů. Průměrně zde seniorům trvalo 16 minut se ke svému praktickému lékaři dostat.

Skupina dotazovaných seniorů z vesnice měla úřady obcí s rozšířenou působností vzdálené průměrně 12 kilometrů a cesta jim zabrala průměrně 22 minut. Největší vzdálenost činila u seniorů na vesnici 40 kilometrů, nejméně pak půl kilometru. Řada seniorů z vesnice využívala dopravy automobilem či veřejnými dopravními prostředky. K praktickému lékaři to zde senioři měli v průměru 7 kilometrů. Cesta k němu seniorům průměrně trvala 18 minut. Nejmenší vzdálenost činila 100 metrů. Nejdále to měl respondent, který uvedl vzdálenost lékaře 50 kilometrů od místa bydliště. Překvapivé bylo, že v jednom případě dokonce respondent uvedl, že měl úřady obcí s rozšířenou působností blíže než praktického lékaře. Vzdálenost lékaře v tomto případě činila právě oněch 50 kilometrů a vzdálenost úřadu pouhé 2 kilometry.

Tab. 1 Vzdálenost PL a ORP od místa bydliště respondentů

Vzdálenost ORP a PL	Město				Vesnice			
	ORP		PL		ORP		PL	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
0-5 km	37	63,8	47	81,0	13	29,5	26	59,1
6-10 km	5	8,6	5	8,6	10	22,7	6	13,6
11-15 km	5	8,6	2	3,4	6	13,6	6	13,6
16-20 km	2	3,4	2	3,4	9	20,5	3	6,8
21-25 km	3	5,2	2	3,4	3	6,8	2	4,5
nad 25 km	6	10,3	0	0,0	3	6,8	1	2,3
celkem	58	100	58	100	44	100	44	100

Z tab. 1 lze vyčíst vzdálenost úřadů obcí s rozšířenou působností a praktického lékaře od místa bydliště respondentů znázorněnou v kilometrech. Respondenti byli rozděleni z hlediska bydlení ve městě nebo na vesnici. Do skupiny respondentů ve městě byli zahrnuti i 2 respondenti, kteří uvedli, že k nim praktický lékař dochází do zařízení sociálních služeb.

Vzdálenost obcí s rozšířenou působností v intervalu do 5 kilometrů uvedlo 37 (63,8 %) respondentů z celkového počtu 58 dotazovaných ve městě. Celkem 6 (10,3 %) seniorů z města uvedlo naopak interval nad 25 kilometrů. Vzdálenosti v rozmezí 6 až 10 kilometrů a 11 až 15 kilometrů vybralo v obou případech právě 5 (8,6 %) respondentů z města. S 3 (5,2 %) respondenty následoval interval 21 až 25 kilometrů. Další 2 (3,4 %) respondenti z města zvolili možnost spadající do intervalu 16 až 20 kilometrů. Zhruba 47 (81 %) dotazovaných ve městě uvádělo vzdálenost praktického lékaře v intervalech do 5 kilometrů. Na druhém místě se ve městě umístil interval 6-10 kilometrů, do kterého spadalo 5 (8,6 %) respondentů. Následující tři intervaly zastupovali ve městě vždy 2 respondenti (3,4 %). Šlo o intervaly: 11 až 15 kilometrů, 16 až 20 kilometrů a 21 až 25 kilometrů. Odpověď, která by spadala do intervalu nad 25 kilometrů, neuvedl ve městě žádný senior.

U respondentů z vesnice, jichž bylo celkově 44, uvedlo vzdálenost obcí s rozšířenou působností v intervalu do 5 kilometrů 13 (29,5 %) dotazovaných. Následovalo rozmezí od 6 do 10 kilometrů s počtem 10 (22,7 %) respondentů. Další nejčastější vzdálenost spadala do intervalu 16 až 20 kilometrů. Takovou vzdálenost uvádělo 9 (20,5 %) dotazovaných. V intervalu 11 až 15 kilometrů se zde pohybovalo 6 (13,6 %) dotazovaných. V intervalech 21 až 25 kilometrů a nad 25 kilometrů se nacházely 3 (6,8 %) odpovědi v obou případech. Celkem 26 (59,1 %) respondentů mělo praktického lékaře vzdáleného do 5 kilometrů od místa bydliště. Byl zde patrný větší počet osob, které měly praktického lékaře dále než 5 kilometrů. Celkem 6 dotazovaných (13,6 %) uvedlo vzdálenost praktického lékaře v intervalu 6 až 10 kilometrů. Stejný počet respondentů zvolil vzdálenost 11 až 15 kilometrů. V tomto souboru následoval pak interval 16 až 20 kilometrů s počtem 3 dotazovaných (6,8 %). Dohromady 2 (4,5 %) dotazovaní z vesnice uváděli vzdálenost praktického lékaře v rozmezí 21 až 25 kilometrů. Odpověď, která by náležela do intervalu nad 25 kilometrů, uvedl na vesnici jeden (2,3 %) oslovený.

Otázka č. 7: Výskyt zdravotních obtíží u seniorů

Otázka č. 7 se dotýkala přítomnosti zdravotních problémů u oslovených respondentů. Dotaz na zdravotní obtíže u seniorů v sobě zahrnoval řadu aspektů jejich zdravotního stavu. Zjištění přesné diagnózy či konkrétních zdravotních problémů nebylo předmětem tohoto výzkumného šetření, šlo o pouhé získání názoru seniorů na současný vývoj stavu jejich zdraví. Seniori měli zhodnotit, zda u sebe pociťují nějaké zdravotní obtíže či nikoliv. Jednalo se o dichotomickou otázku s možností odpovědí „ano“, „ne“. V této otázce byly opomíjeny

jednotlivé rozdíly ve zdravotním stavu u konkrétních respondentů z hlediska závažnosti. Byli zde senioři vážně nemocní i senioři zcela zdraví.



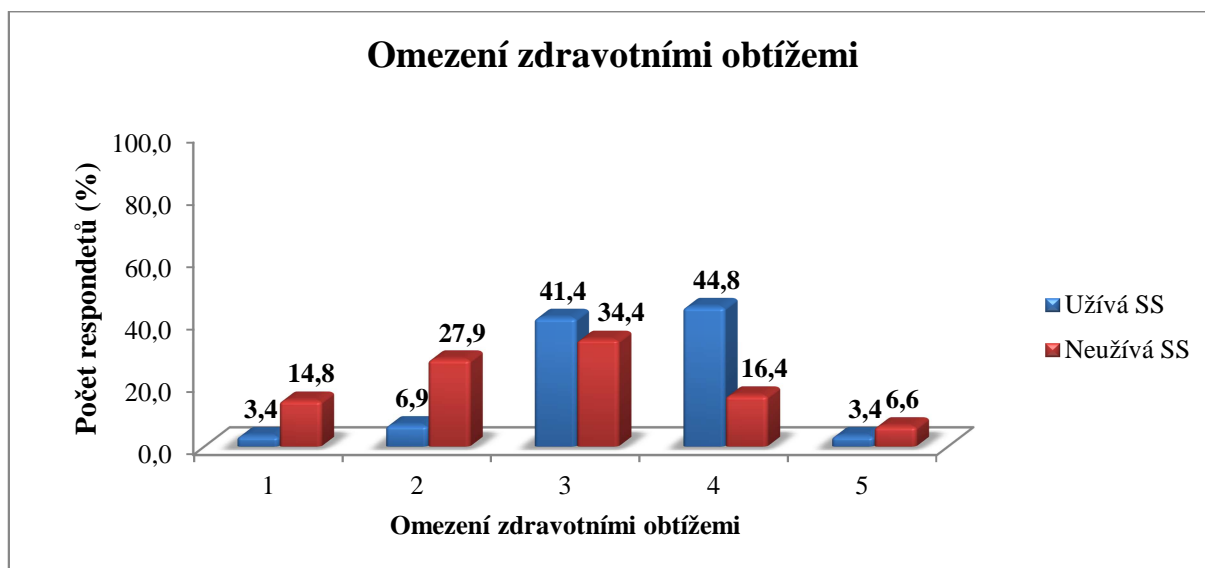
Obr. 6 Výskyt zdravotních obtíží u respondentů

Obr. 6 charakterizuje respondenty z hlediska jejich hodnocení, zda se u nich vyskytují nějaké zdravotní problémy. Převážná většina dotazovaných uváděla, že zdravotní obtíže na sobě pociťuje. Jednalo se 90 (88,2 %) dotazovaných. Pouze 12 (11,8 %) dotazovaných neudávalo zdravotní potíže. Přitom bylo zajímavým faktem, že pouze jeden respondent ze skupiny oslovených seniorů využívajících sociální služby uvedl nepřítomnost zdravotních obtíží.

Otázka č. 8: Omezení seniorů zdravotními obtížemi v běžných denních činnostech

Tato otázka se zaměřovala se na seniory, kteří odpověděli kladně na předchozí dotazníkovou položku. Jednalo se o škálu vlastní tvorby, která měla napomoci respondentům zhodnotit, do jaké míry je omezují jejich zdravotní obtíže ve vykonávání běžných denních činností. Denními činnostmi zde byly míněny oblasti péče o vlastní osobu, zvládání péče o domácnost (nákupy, úklid apod.) či mobilita. Škálu tvořila úsečka, níž bylo 5 bodů. Krajní body představovaly extrémy. Jeden konec reprezentoval žádné omezení zdravotními potížemi (1), následovala možnost minimálního omezení (2). Prostřední bod charakterizoval neutrální odpověď, že omezení v činnostech bylo seniorem pociťováno občas (3). Další bod reprezentoval omezení ve většině činností (4). Na druhém konci byla možnost omezení zdravotními komplikacemi ve všech činnostech (5). Znázornění omezení zakreslením úsečky mezi jednotlivými body na škále bylo původním záměrem této dotazníkové otázky. Nutno však poznamenat, že u této škály dávali senioři při zhodnocování míry dopadu zdravotního

stavu do oblastí jejich běžného života přednost konkrétnímu bodu nejvíce vystihujícímu jejich obtíže před naznačováním rozsahu omezení na úsečce z jednoho bodu do druhého. Tyto okolnosti měly dopad na výsledky této otázky. Z uvedených odpovědí respondentů byl vypočítán průměr, který se pohyboval svou hodnotou 2,6 mezi možnostmi „minimálně“ a „občas ano“. Škála byla posléze vyhodnocována na základě četností jednotlivých odpovědí dotazovaných. Tyto četnosti byly pak vyjádřeny v procentech.

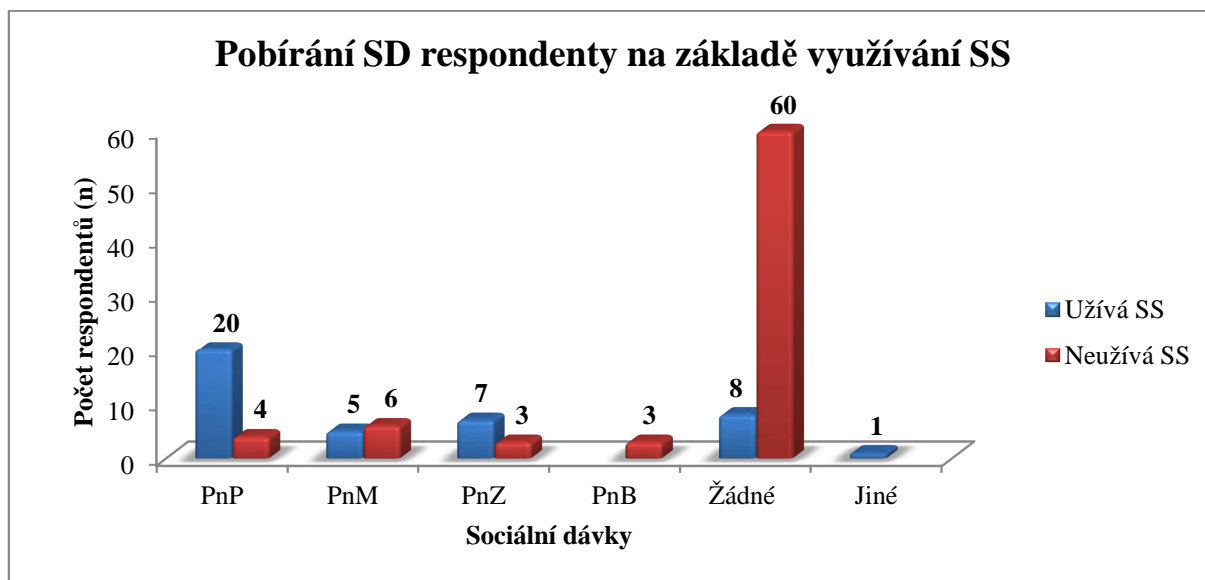


Obr. 7 Omezení respondentů zdravotními obtížemi

Obr. 7 znázorňuje udávané omezení respondentů zdravotními obtížemi. Na předchozí otázku týkající se výskytu zdravotních obtíží odpovědělo kladně dohromady 90 (88,2 %) dotazovaných, tito respondenti byli zahrnuti do vyhodnocování výsledků této otázky. Pro srovnání bylo porovnáno omezení zdravotními obtížemi u respondentů na základě využívání či nevyužívání sociálních služeb. Jak lze vyčíst z obrázku, minimální omezení žádné omezení v činnostech uváděl 1 (3,4 %) respondent využívající sociální služby a 9 (14,8 %) respondentů tyto služby nevyužívají. Minimální omezení v činnostech zvolili 2 (6,9 %) uživatelé sociálních služeb a 17 (27,9 %) osob nevyužívajících sociální služby. Občasné omezení zdravotními obtížemi pocítovala značná část respondentů, konkrétně 12 (41,4 %) respondentů z řad uživatelů sociálních služeb a 21 (34,4 %) respondentů nevyužívajících těchto služeb. Zásadní z hlediska uživatelů bylo omezení ve většině činností, to uvádělo v této skupině 13 (44,8 %) oslovených respondentů a 10 (16,4 %) oslovených nevyužívajících sociální služby. Ve všech činnostech cítilo omezení zdravotními obtížemi velice malé množství dotazovaných. U uživatelů to byl 1 (3,4 %) respondent, v druhé skupině pak 4 (6,6 %) respondenti.

Otázka č. 9: Pobírání sociálních dávek respondenty

V této otázce byli senioři dotazováni, zda pobírali nějaké sociální dávky. Výběrové položky této otázky byly zaměřeny na využívání nepojistných sociálních dávek, které by mohla využívat tato cílová skupina častěji než jiné. Předně zde byl v možnostech uveden příspěvek na péči jako významný zdroj financování sociálních služeb. Následovaly dávky určené pro osoby se zdravotním postižením: příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Nutno připomenout, že příspěvek na zvláštní pomůcku představuje jednorázovou nárokovou dávku. Dotaz na využívání této dávky se týkal těch respondentů, kteří využili tuto dávku v nedávné době. Příspěvek na bydlení, který spadá do kategorie dávek státní sociální podpory, byl zde zahrnut jako možnost na základě osobní zkušenosti z praxe na krajské pobočce Úřadu práce v Hlavním městě Praze v kontaktním pracovišti v místě bydliště. Mnoho uživatelů této dávky zde pocházelo právě z řad seniorské populace. U této dotazníkové položky byl prostor pro volnou odpověď, pokud by senior uvedl pobírání jiné sociální dávky. Další položku tvořila možnost, že senioři nepobírají žádné sociální dávky. Senioři mohli u této otázky zvolit více možností, což mělo dopad na hodnocení výsledků této otázky. U jednotlivých možností zde byly vyjádřeny počty respondentů, kteří je vybrali, proto zde počty respondentů neodpovídaly skutečnému počtu dotazovaných respondentů.

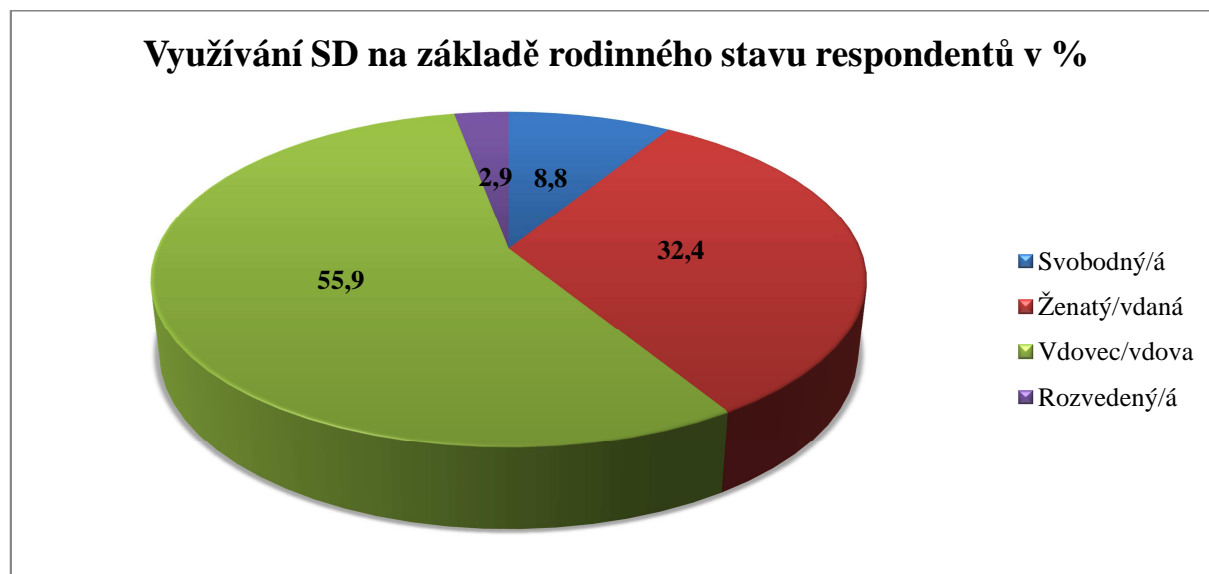


Obr. 8 Pobírání SD respondenty na základě využívání SS

V obr. 8 byly znázorněny absolutní četnosti počtu dotazovaných na základě toho, zda pobírali či nepobírali sociální dávky. Vzhledem k tomu, že někteří oslovení uvedli pobírání více sociálních dávek najednou, neodpovídaly celkové počty skutečnému počtu respondentů. Celkem 60 respondentů z celkového počtu 72 nevyužívajících sociální služby uvádělo, že

nepobíralo žádné sociální dávky. Z oslovených 30 uživatelů takovou skutečnost uvedlo pouze 8 dotazovaných. Dohromady se tak jednalo o 68 (66,7 %) dotazovaných. Zbytek, tedy 34 respondentů (33,3 %), zvolilo pobírání nějakého druhu sociální dávky. Nejvíce využívanou sociální dávkou mezi respondenty byl příspěvek na péči (PnP), jehož pobírání uvádělo 20 uživatelů sociálních služeb a 4 respondenti využívající tento příspěvek na platbu neformální péče. Poté zde byl zastoupen i příspěvek na mobilitu (PnM), který využívalo 6 respondentů nevyužívajících sociální služby a 5 oslovených uživatelů těchto služeb. Příspěvek na zvláštní pomůcku (PnZ) byl přiznán v poslední době 3 respondentům bez zajištěných sociálních služeb a 7 uživatelům těchto služeb. Příspěvek na bydlení měli přiznaný 3 respondenti, všichni nevyužívali žádný druh sociální služby. Jako jinou možnost uvedl jeden respondent, že pobíral invalidní důchod. Vzhledem k tomu, že se nejednalo o nepojistnou sociální dávku, blíže se tato problematika v rámci šetření nezkoumala.

S otázkou pobírání sociálních dávek souvisela i výzkumná otázka č. 1: Využívají svobodní senioři, svobodní, vdovci či vdovy sociální dávky častěji než páry? Tato výzkumná otázka souvisela s dotazníkovou otázkou č. 2 zabývající se rodinným stavem respondentů.

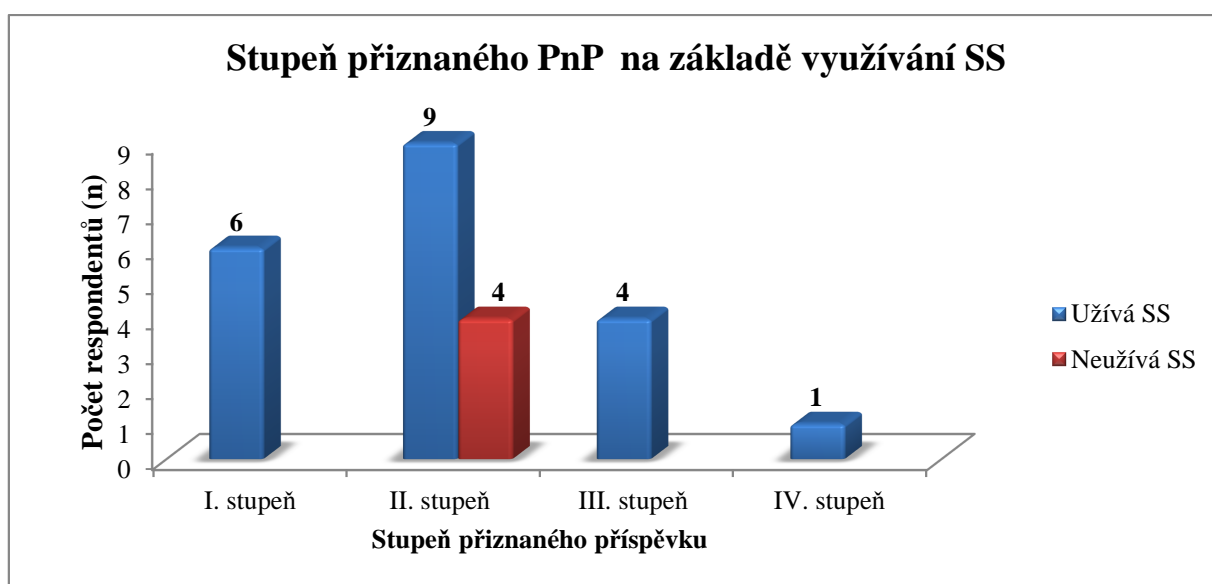


Obr. 9 Respondenti pobírající SD z hlediska rodinného stavu

Obr. 9 znázorňoval složení respondentů využívajících sociální dávky v závislosti na rodinném stavu dotazovaných. Celkem 34 respondentů z oslovených 102 respondentů využívalo nějaký druh sociální dávky. Rodinný stav vdovec či vdova uvádělo 19 (55,9 %) z těchto respondentů. Dalších 11 (32,4 %) dotazovaných uvedlo, že jsou ženatí či vdané. Svobodní byli 3 respondenti (8,8 %). Jeden respondent (2,9 %) pobírající sociální dávky byl rozvedený.

Otázka č. 10: Výše příspěvku na péči

Tato otázka byla pokládána v souvislosti s předcházející dotazníkovou položkou. Pokud senioři uvedli, že pobírali příspěvek na péči, zde odpovídali, v jaké výši tento příspěvek dostávají. Resp., o jakou konkrétní částku se jedná. To se jevílo jako srozumitelnější údaj pro seniory, než kdyby byli dotazováni na to, o jaký stupeň příspěvku na péči se jedná. Jak zde již bylo zmíněno v teoretické části, příspěvek na péči lze pobírat ve 4 stupních, které charakterizují stupeň závislosti na pomoci druhé osoby v běžných denních úkonech. Senioři zde měli na výběr z částek 800 korun (I. stupeň), 4000 korun (II. stupeň), 8000 korun (III. stupeň) a 12 000 korun (IV. stupeň). Možnosti výběru tedy odpovídaly částkám nastaveným Zákonem o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů aktuálních v době provádění výzkumného šetření. Pro grafické znázornění bylo však využito hodnocení na základě toho, v jakém stupni senioři tento příspěvek pobírali. Výsledky byly vyjádřeny v absolutních četnostech na základě odpovědí u jednotlivých výběrových položek.



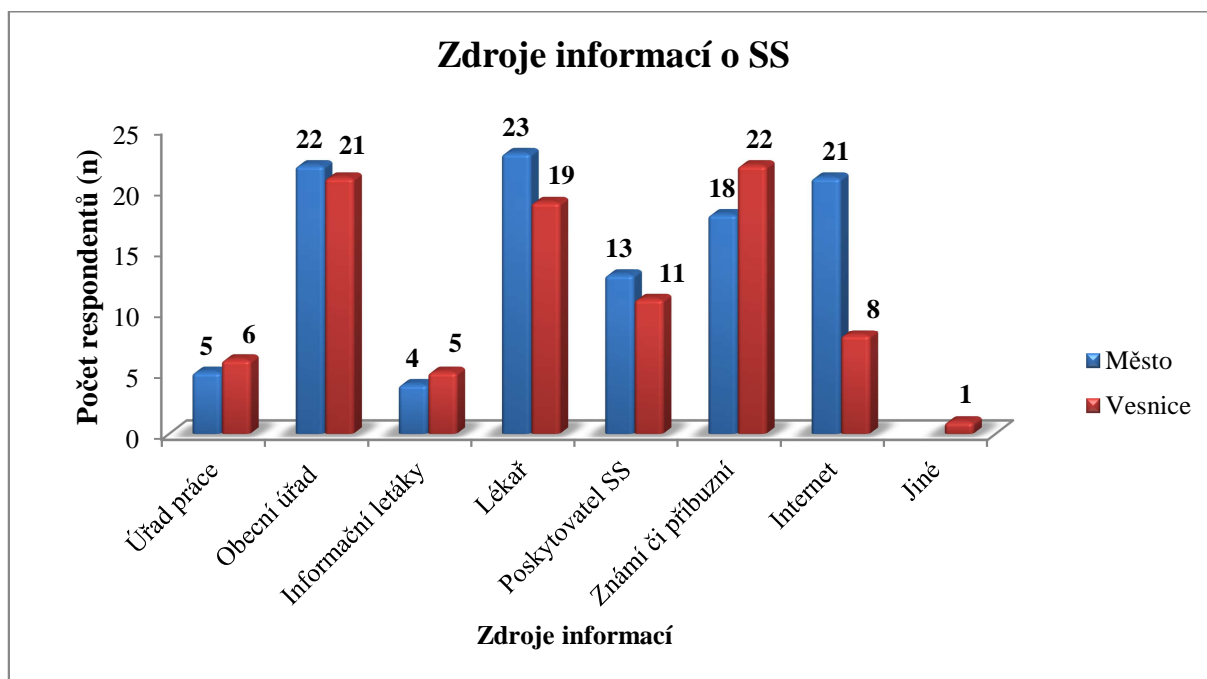
Obr. 10 Stupeň přiznaného PnP u respondentů

Obrázek č. 10 charakterizoval, v jaké výši pobírali příspěvek na oslovení respondenti. Na tuto otázku odpovědělo celkem 24 oslovených. Nejvíce seniorů mělo přiznaný příspěvek ve II. stupni (4 000 korun). Šlo o 9 oslovených respondentů užívajících sociální služby a 4 respondenty využívající neformální zdroje sociální péče. V jiném stupni se již senioři nevyužívající sociální služby v tomto výzkumném vzorku nevyskytli. V I. stupni (800 korun) pobíralo tuto dávku 6 seniorů. Ve III. stupni (8 000 korun) měli dávku přiznanou 4 oslovení. V nejvyšším stupni, tedy IV. (12 000 korun) pobírala tento příspěvek pouze jedna

respondentka. Překvapilo nás, že vůbec někdo z námi oslovených respondentů dosáhl takové výše příspěvku na péči. Jednalo se o respondentku využívající pobytovou sociální službu.

Otázka č. 11: Zdroje informací o sociálních službách a dávkách pro seniory

Tato otázka byla zaměřena na to, jaké informační zdroje by senioři využili v případě, že by hledali informace o sociálních službách a dávkách. Na výběr bylo několik možností, do nichž jsme zařadily formální i neformální zdroje informací. Mezi tyto zdroje se řadily: Úřad práce, obecní či městské úřady, informační letáky, praktický či jiný lékař, známý poskytovatel sociální služby, známí či příbuzní, internet a jiné zdroje dle vlastní volby respondenta. Respondenti u této otázky mohli zvolit více možností stejně jako u otázky č. 9. Do grafů zde byly vloženy počty respondentů u jednotlivých možnostech z výběru.



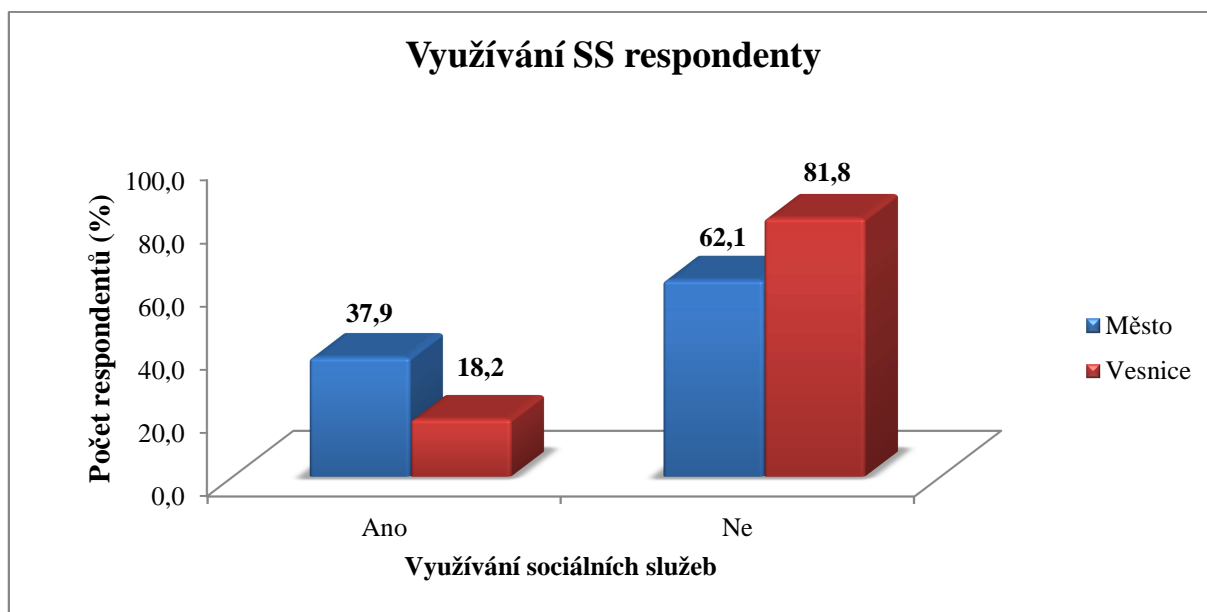
Obr. 11 Zdroje informací o SS a SD na základě bydliště respondentů

Obr. 11 znázorňuje informační zdroje o sociálních službách a sociálních dávkách, které by senioři v případě potřeby využili. Úřad práce, jehož využití jako informačního zdroje v této oblasti oproti jiným možnostem bylo součástí výzkumné otázky č. 2, by využilo celkem 5 respondentů z města a 6 z vesnice. Obecní či městský úřad by zvolilo srovnatelné množství respondentů. Ve městě to bylo 22 dotazovaných na vesnici 21. Informace prostřednictvím letáku by získávali celkem 4 dotazovaní z města a tuto odpověď zvolilo také 5 respondentů z vesnice. Dohromady 23 respondentů z města a 19 respondentů z vesnice by se poradilo ohledně sociální problematiky se svým praktickým či jiným lékařem. Poskytovatele sociální služby, kterého senioři již znali či využívali, by využilo jako informační zdroj 13 respondentů

z města a 11 respondentů z vesnice. Příbuzné a známé by oslovilo při hledání informací o sociálních službách a dávkách 18 respondentů z města a 22 respondentů z vesnice. U možnosti využití internetu převažovali výrazně respondenti pocházející z města nad respondenty z vesnice. Na internetu by hledalo informace 21 oslovených respondentů z města, zatímco na vesnici tuto možnost uvedlo pouze 8 dotazovaných. Pouze jedna respondentka zvolila vlastní možnost, uvedla, že by oslovila konkrétní charitu v místě jejího bydliště.

Otázka č. 12: Využívání sociálních služeb

Tato otázka měla za úkol zjistit, zda oslovení senioři využívali nějaký druh sociální služby. Sociální službou zde byla myšlena taková služba, která je poskytována organizacemi na základě Zákona 108/2006 Sb. Jednalo se tedy o využívání registrovaných poskytovatelů sociálních služeb nikoliv o neformální péči. Respondenti zde volili pouze z možností „ano“, „ne“.

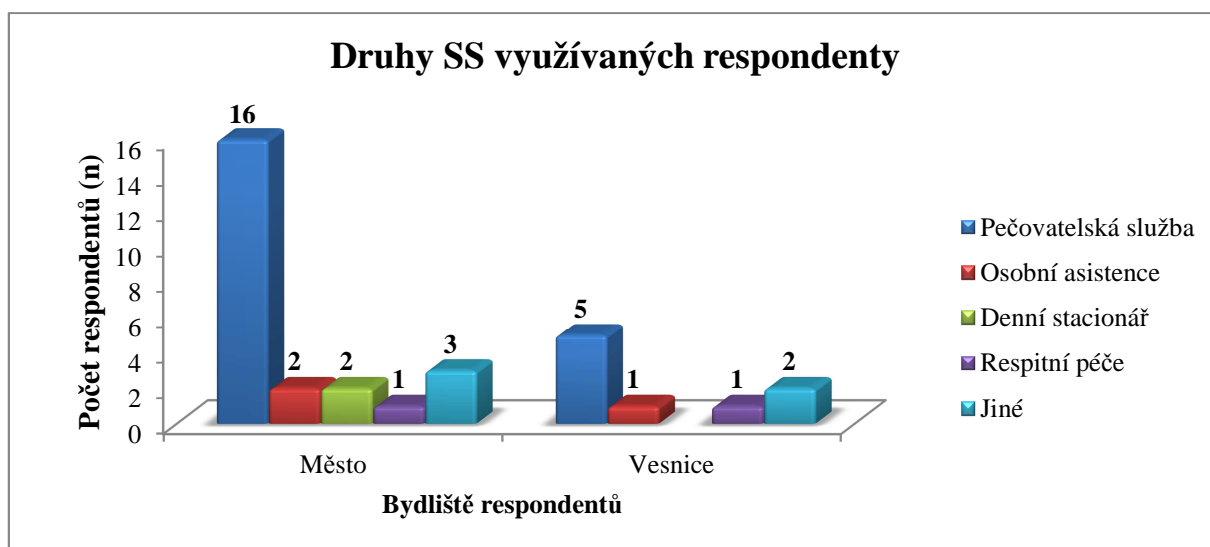


Obr. 12 Využívání SS respondenty

V obrázku č. 12 lze nalézt celkový počet respondentů tohoto výzkumu na základě využívání a nevyužívání sociální služby rozdělených do skupin seniorů žijících ve městě a na vesnici. Byl zde patrný větší počet respondentů z města, kteří využívají sociální služby. Ve městě bylo těchto seniorů 22 (37,9 %). Zbytek respondentů z města tvořilo 36 (62,1 %) seniorů, kteří nevyužívají sociální služby. Na vesnici se podařilo oslovit pouze 8 (18,2 %) seniorů, kteří uvedli, že jsou uživateli nějakého druhu sociální služby. Počet dotazovaných respondentů nevyužívajících sociální služby reprezentovalo 36 (81,8 %) seniorů. Využívání sociálních služeb na základě toho, zda senioři bydlí ve městě či na vesnici řešila také výzkumná otázka č. 4.

Otázka č. 13: Druhy sociálních služeb využívaných oslovenými seniory

Tato otázka se zabývala seniory, kteří využívali nějaké sociální služby. Byli dotazováni konkrétně, o jaké služby se jednalo. Pro představu seniorů zde byl soubor možností, jednalo se především služby sociální péče. Mezi uvedené možnosti sociálních služeb patřily tyto: pečovatelská služba, služby osobní asistence, denní stacionář a respitní péče. Byla zde i kolonka pro vlastní odpověď. Vzhledem k tomu, že někteří senioři využívali více sociálních služeb najednou, byly výsledky uvedeny v absolutních četnostech dle výskytu odpovědí u jednotlivých možností.



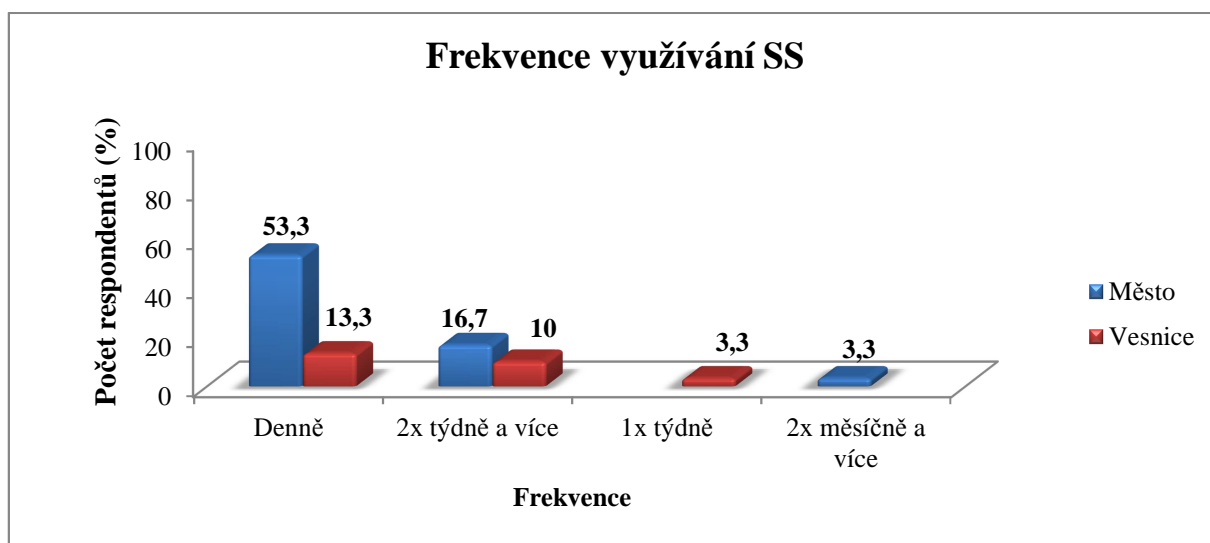
Obr. 13 Druhy SS využívaných respondenty

Strukturu sociálních služeb využívaných respondenty charakterizuje graf na obr. 13. Sociální služby využívalo celkem 30 respondentů, z toho žilo 22 ve městě a 8 na vesnici. Nejvíce dotazovaných využívalo pečovatelskou službu. Jednalo se o 16 dotazovaných z města a 5 dotazovaných z vesnice. Nebylo prioritou tohoto výzkumu zjišťovat, jaké konkrétní služby poskytované danou organizací respondenti využívali. Přesto někteří senioři v rámci hovoru byli konkrétní. Senioři často například uváděli, že tuto službu využívali na donášku obědů. Někteří v rámci dotazníkového šetření uvedli také, že je pečovatelky doprovázely k lékaři. Vícekrát se objevilo i využívání služby k úklidu domácnosti. Jako jinou možnost uvedli 3 senioři z města a 2 senioři z vesnice, že využívali pobytovou sociální službu (domov pro seniory či dům s pečovatelskou službou). Zjišťování využívání pobytových sociálních služeb nepředstavovalo původní záměr tohoto šetření a šlo spíše náhodně oslovené seniory a příbuzné. Jedna respondentka uvedla jako jinou možnost, že za ní dochází zdravotní sestra na rehabilitaci. Jednalo se tedy o službu domácí zdravotní péče neboli home care. Služby osobní asistence využívali 2 senioři z města a 1 z vesnice. Využívání denního stacionáře

uváděli 2 senioři z města. Tuto možnost nezvolil žádný respondent z vesnice. Respitní péči pak využívali celkem 2 dotazovaní, 1 z města a 1 z vesnice.

Otázka č. 14: Frekvence využívání sociálních služby respondenty

Tato otázka navazovala na předchozí a řešila, jak často dotazovaní využívají jimi zvolené služby. Pokud respondent zvolil více možností v předešlé otázce, zaznamenávalo se, jakou službu využívá nejčastěji. Uživatelé mohli volit z těchto možností: denně, 2x týdně a více, 1x týdně, 2x měsíčně a více, 1x měsíčně a méně často.



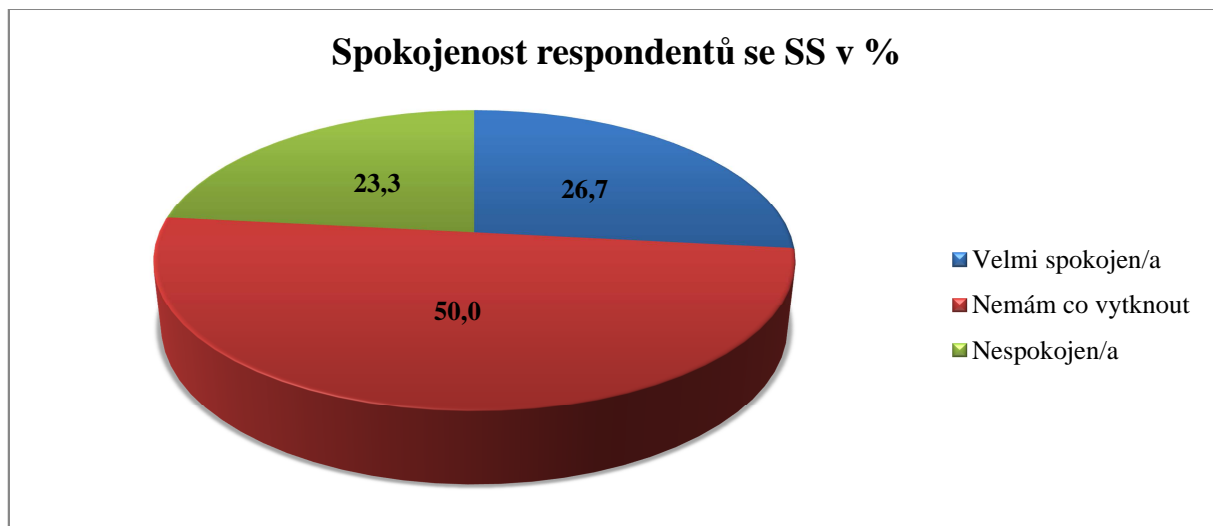
Obr. 14 Frekvence využívání SS respondenty

Obr. 14 charakterizoval složení respondentů z hlediska frekvence využívání jimi zvolených služeb. Největší počet dotazovaných uvedl, že sociální služby využíval denně. Šlo o 16 (53,3 %) oslovených ve městě a 4 (13,3 %) oslovené z vesnice z celkového počtu 30 dotazovaných využívajících sociální služby. Využívání služby o frekvenci 2x týdně a více zvolilo 5 (16,7 %) respondentů ve městě a 3 (10 %) na vesnici. Možnost, že službu využíval 1x týdně, zvolil 1 (3,3 %) oslovený žijící na vesnici. Ve městě tuto položku nikdo primárně nezvolil, 3 senioři ji uvedli jako druhou možnost v rámci využívání pečovatelské služby. Tyto odpovědi však nebyly zahrnuty do grafu. Jednalo se například o doprovod k lékaři. Využívání služby 2x měsíčně a více uvedl 1 (3,3 %) respondent žijící ve městě. Zbytek možností nevyužil žádný z oslovených seniorů.

Otázka č. 15: Spokojenost respondentů s užívanými sociálními službami.

Tato otázka se zaměřovala na spokojenost oslovených uživatelů s poskytovanými sociálními službami. Senioři měli na výběr ze tří položek. Mohli zvolit mezi možnostmi: „spokojen/a“, „nemám co vytknout“ a „nespokojen/a“. Senioři byli také dotazováni, zda se při

užívání jimi zvolené sociální služby setkávají s nějakou oblastí, která se jim jeví jako problematická. Respondenti zde mohli konkrétně vyjádřit, s čím nejsou spokojeni ze strany poskytovatele sociální služby potažmo jeho zaměstnanců apod. U položky „nespokojen/a“ byl ponechán prostor pro doplnění důvodu nespokojenosti.



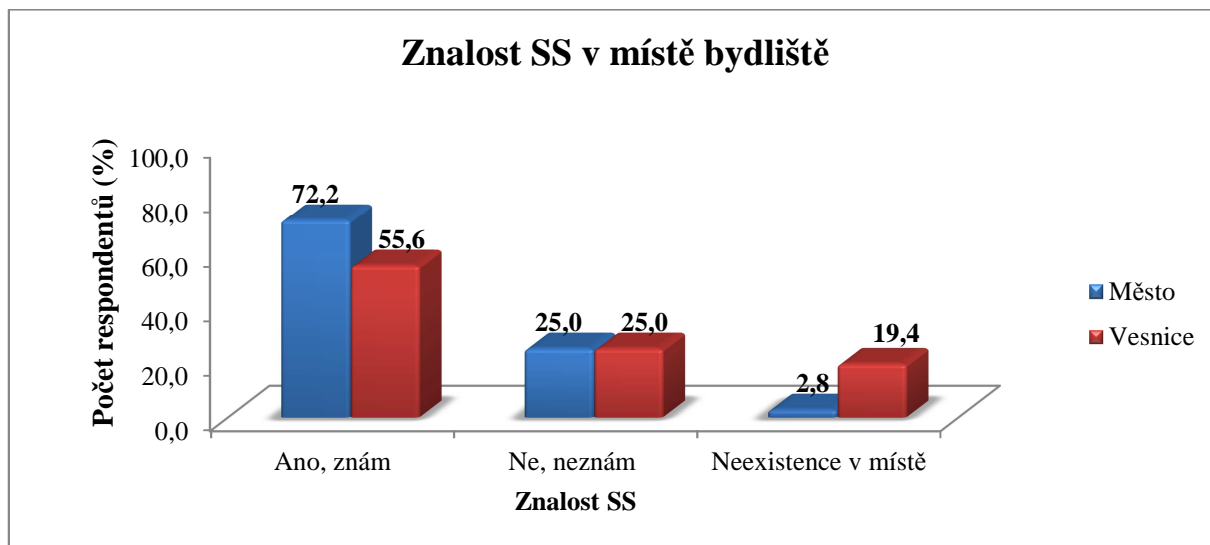
Obr. 15 Spokojenost seniorů s využívanými SS

Obr. 15 zobrazoval odpovědi respondentů. Nejvíce respondentů zhodnotilo, že k poskytované sociální službě nemělo co vytknout. Tuto možnost zvolilo 15 (50,0 %) z celkového počtu 30 dotazovaných využívajících sociální služby. Jeden respondent u této položky uvedl, že sice nemá, co vytknout, ale spokojen také úplně není. Své důvody nechtěl uvést. Se službami bylo velmi spokojeno 8 (26,7 %) respondentů. Nespokojenost vyjádřilo 7 (23,3 %) dotazovaných. Objevily se důvody nespokojenosti týkající se přístupu personálu ke klientům. Uváděli zejména tyto specifické důvody související s chováním pracovníků služby k nim: „Nelíbí se mi přístup personálu k mé osobě.“ „Přístup pracovníků je hnusný.“ „Nevhodné zacházení se starým člověkem.“ „Osobní asistent je příjemný, ale nedochvilný.“ Následovaly příčiny týkající se konkrétních technických nedostatků služby: „Chci být na pokoji sama.“ „Rozvoz obědů nechce jezdit kvůli stavu cesty, zatím jezdí v 10:30.“ „Kvalita jídla je nízká.“

Otázka č. 16: Znalost poskytovatelů sociálních služeb

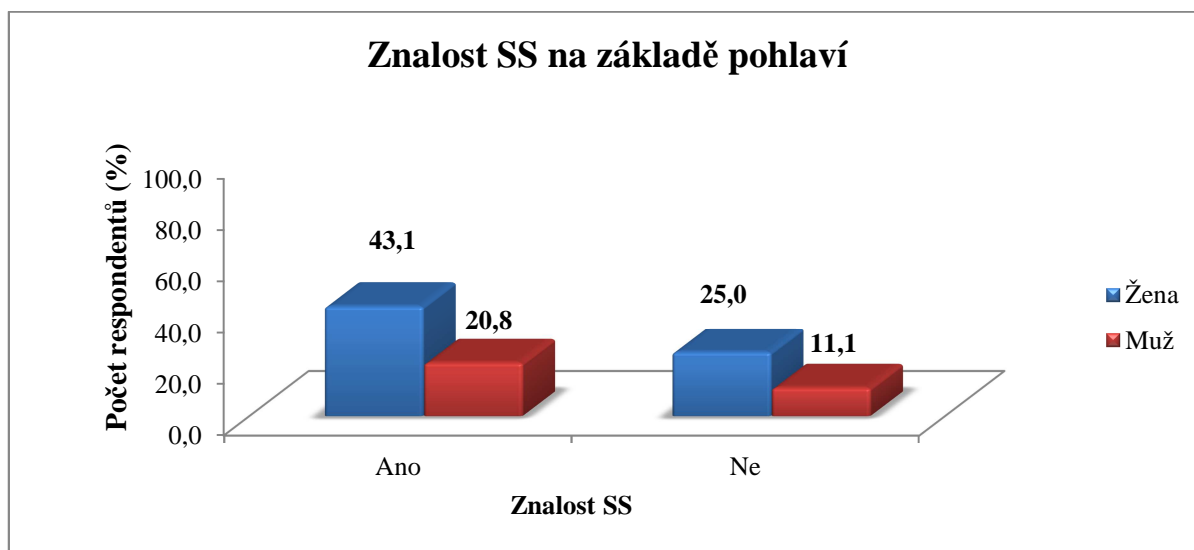
Tato otázka byla zacílena na seniory, kteří doposud nevyužívali žádné sociální služby ve smyslu Zákona o sociálních službách. Měla za úkol zmapovat základní povědomí seniorů o poskytovatelích sociálních služeb v jejich místě bydliště a nejbližším okolí. Senioři měli na výběr z možností: „Ano, znám.“, „Ne, neznám.“. „Žádné takové organizace v okolí mého

bydliště nejsou.“ V této otázce se také odrazilo mínění seniorů o tom, co považují za sociální služby. Tyto skutečnosti vyplývaly z hovoru se seniory.



Obr. 16 Znalost SS v okolí místa bydliště respondentů

V obr. 16 je znázorněna znalost sociálních služeb v místě bydliště uváděná respondenty, kteří nevyžívali žádné sociální služby. Na tuto otázku odpovídalo 72 respondentů z celkového počtu oslovených seniorů v rámci tohoto výzkumného šetření, resp. 36 ve městě a 36 na vesnici. Ve městě uváděli senioři v 26 (72,2 %) případech, že takové služby ve svém okolí znají. 9 (25,0 %) dotazovaných v této skupině sdělilo, že takové služby nezná. Pouze jeden (2,8 %) respondent uvedl, že takové organizace v místě jeho bydliště nefungují. Na vesnici 20 respondentů (55,6 %) potvrdilo, že sociální služby ve svém okolí zná. Stejně jako ve městě zde 9 (25 %) dotazovaných uvedlo, že takové organizace nezná. Neexistenci sociálních služeb v místě bydliště dokládalo 7 oslovených seniorů (19,4 %).

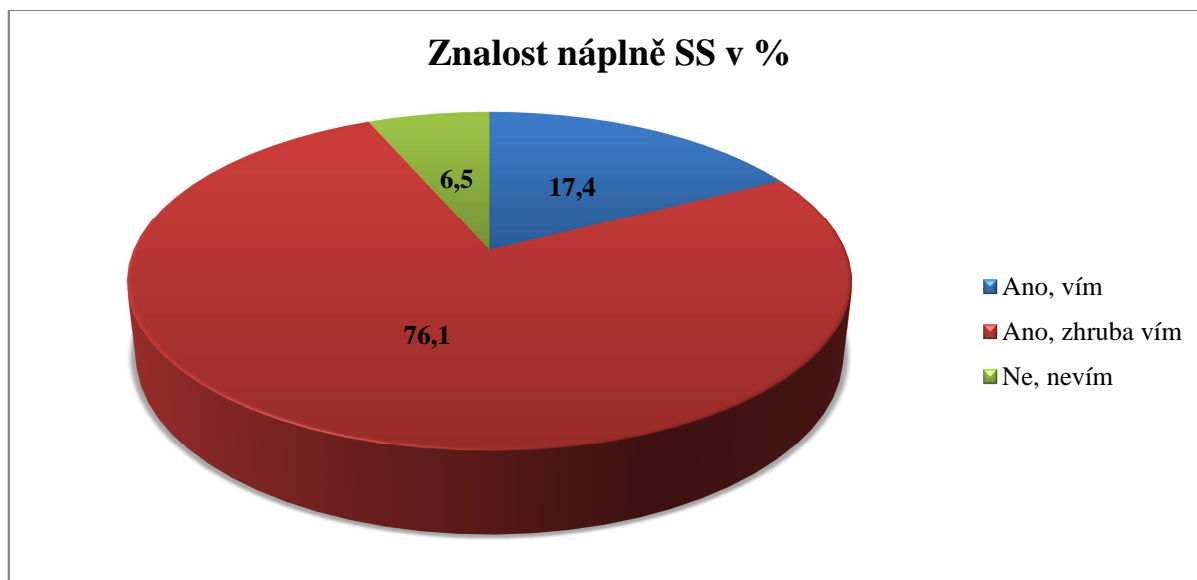


Obr. 17 Znalost SS v okolí místa bydliště na základě pohlaví respondentů

Obr. 17 charakterizoval znalost sociálních služeb v místě bydliště seniorů na základě pohlaví dotazovaných. To souviselo s výzkumnou otázkou č. 4, která řešila, zda ženy více znaly sociální služby než muži. Do skupiny respondentů uvádějících neznalost sociálních služeb v místě bydliště této skupiny byli zařazeni i senioři, kteří uváděli neexistenci sociálních služeb v okolí místa bydliště. V komparaci znalosti výskytu sociální služby na základě pohlaví převažovaly výrazně ženy. Toto pohlaví zde bylo zastoupeno počtem 49 respondentek. Muže zde reprezentovalo celkem 23 respondentů. V důsledku tohoto nepoměru nešlo porovnat rozdíly mezi jednotlivými pohlavími. Byly zde proto uvedeny podíly obou pohlaví na celkovém počtu respondentů odpovídajících na tuto otázku v závislosti na zvolené odpovědi. Dohromady 31 oslovených žen udávalo (43,1 %), že organizace poskytující sociální služby v okolí jejich místa bydliště zná. Stejnou odpověď zvolilo i 15 oslovených mužů (20,8 %). Neznalost těchto služeb uvedlo 18 dotazovaných žen (25,0 %) a 8 mužů (11,1 %).

Otázka č. 17: Znalost náplně činnosti sociálních služeb poskytovaných organizacemi působícími v okolí bydliště respondentů

Tato otázka se zaměřovala na seniory nevyužívající sociální služby, jež v předchozí otázce potvrdili, že znají sociální služby ve svém okolí. Tato otázka měla opět tři výběrové položky. Senioři vybírali z možností: „Ano, vím.“ „Ano, zhruba vím.“ a „Ne, nevím.“



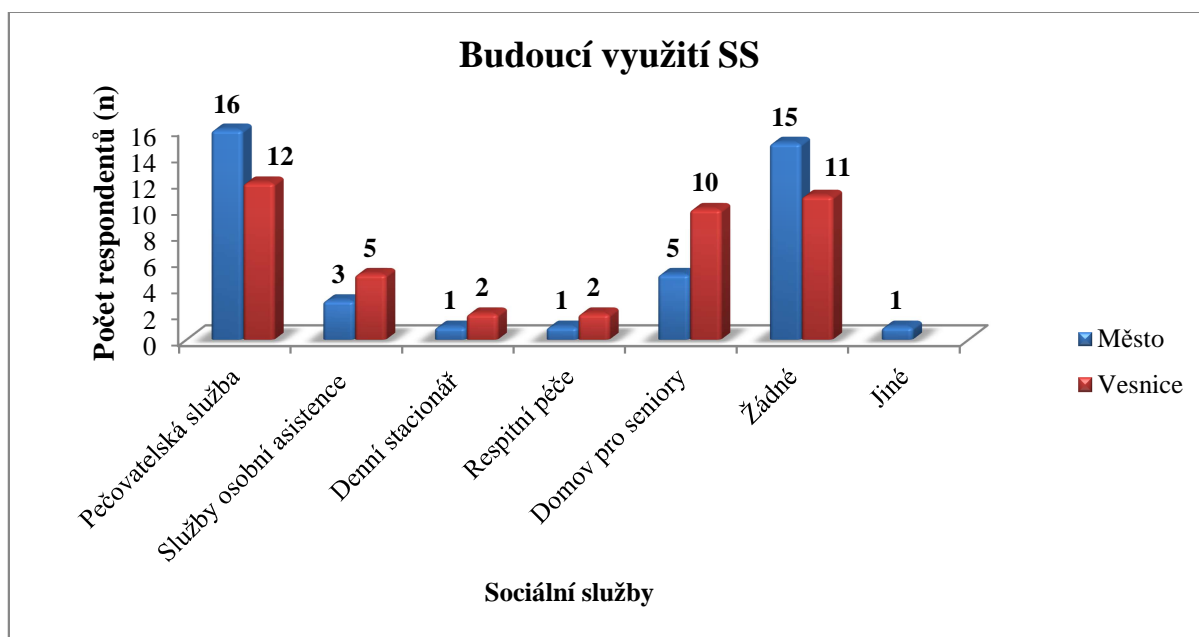
Obr. 18 Znalost náplně činnosti SS působících v blízkosti místa bydliště respondentů

Obr. 18 znázorňoval znalost náplně činnosti sociálních služeb u zvolených respondentů. Tato otázka se týkala respondentů, kteří uvedli, že takové organizace v místě bydliště znají. Jednalo se 46 respondentů. Z těchto respondentů celkem 35 (76,1 %) zvolilo možnost, že

zhruba ví, jaké služby daná organizace nabízí. Celkem 8 (17,4 %) dotazovaných odpovědělo, že ví přesně, o jaké služby se jedná. Dohromady 3 (6,5 %) oslovení senioři uvedli, že neví, co daná organizace poskytuje za služby.

Otázka č. 18: Jaké sociální služby by senioři do budoucna ocenili

Tato otázka směřovala do řad seniory nevyužívající sociální služby. Senioři byli tázáni, zda by měli do budoucna představu o službě, kterou by chtěli užívat. V této otázce mohli senioři opět zvolit více možností. Mezi výběrovými položkami byly zde zastoupeny obdobné položky, které se vyskytovaly v otázce č. 13 charakterizující využívání sociálních služeb. Byly zde tedy tyto možnosti: pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář, respitní péče, navíc oproti otázce č. 13 domovy pro seniory, možnost nevyužití žádné sociální služby a možnost „jiné“. Seniorům bylo při dotazu vysvětleno, co jednotlivé služby obnášejí a na základě toho mohli volit. Výsledky této otázky byly uvedeny v grafu ve formě absolutních četností u jednotlivých možností, protože respondenti uváděli opět více možností.



Obr. 19 Zájem respondentů o budoucí využívání konkrétních SS

Obrázek č. 19 znázorňoval zvolené možnosti budoucího využívání určitých druhů sociálních služeb u oslovených seniorů. Na tuto otázku odpovědělo všech 72 respondentů nevyužívajících sociální služby, tedy 36 z města a 36 z vesnice. Ve městě 16 respondentů uvedlo, že by ocenilo do budoucna pečovatelskou službu. Oproti tomu zde 15 respondentů uvedlo, že o žádné služby nemá ani do budoucna zájem. O domov pro seniory projevilo zájem 5 dotazovaných. Po 1 respondentovi měly možnosti: denní stacionář a domov pro seniory. Jedna respondentka uvedla jako jinou možnost, že by ráda v budoucnu využila službu, kterou

sama nazvala senior taxi. Šlo o službu, kterou měla údajně poskytovat organizace v místě bydliště oslovené seniorky.

Na vesnici nejvíce respondentů, tedy 12, vyjádřilo zájem o pečovatelskou službu. Na druhém místě uváděli nejvíce, že o žádné služby nemají zájem. Jednalo se o 11 dotazovaných. 10 seniorů by v budoucnu chtělo využít domov pro seniory. Dohromady 5 oslovených uvedlo, že by měli zájem o osobní asistenci. Tato položka nikdy nebyla zvolena samostatně, ale většinou jako druhá možnost. Možnost denního stacionáře a respitní péče zvolili v obou případech 2 dotazovaní.

Otázka č. 19: Návrhy seniorů na zlepšení v oblasti sociálních služeb

V této otázce měli senioři možnost vyjádřit své názory na oblast sociálních služeb a sdělit, co by v ní zlepšili. Jednalo se o otevřenou otázku.

U seniorů nevyužívajících sociální služby se často objevovaly odpovědi: „Protože jsem nikdy tyto služby nevyužil, nevím jak je zlepšit.“ V tomto duchu se neslo celkem 14 odpovědí. Poměrně často se zde vyskytovala odpověď: „Nic mě nenapadá.“ Takto odpovídalo zhruba 52 dotazovaných. Poté se zde vyskytovaly náměty a připomínky vztahující se k zlepšení chování k seniorům ať již ze strany personálu organizací poskytujících služby či státu obecně: „Lidský přístup a pochopení pro stáří.“ „Zlepšit komunikaci personálu ke klientovi.“ „Empatii vůči starým lidem.“ „Přístup úředníků a institucí k lidem.“ Takto namířená odpověď se vyskytovala v 15 případech. Další podněty souvisely s věcným zlepšením v procesu poskytování sociálních služeb a dávek: „Méně byrokracie, ty nahoře méně krást, a dát nám lidem to, co potřebujeme.“ „Větší důchod.“ „S-karty jsou nesmysl, zrušila bych je.“ „Aby bylo možné lépe získávat informace na úřadech a stát dával více peněz potřebným lidem.“ „Možná lepší informovanost.“ „Aktivní informační kampaň pro seniory.“ „Nemám přehled o službách.“ „Zlepšit podmínky pro získání péče.“ „Aby bylo vyhověno poptávce na umístění v domovech důchodců. Více takovýchto zařízení, aby se snížila alespoň čekací doba (nyní i 20 let).“ „Dostupnost služeb na malých vesnicích.“ „Rychlejší administrativu s ohledem na vyřizování žádostí, příspěvek pro vdovu trvalo vyřídít několik měsíců.“ Lepší informovanost a semináře pro seniory o sociálních službách.“ „Chtěla bych více možností služeb poskytovaných doma. Chtěla bych domů zpět.“ „Chtěla bych více možností pobytových služeb, kam bych se mohla dostat a žít tam spolu s partnerem.“ „Zlepšit dostupnost sociálních služeb na vesnici.“ Takto odpovídalo zhruba 21 dotazovaných.

3 Diskuze

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo zmapovat problematiku informovanosti o sociálních službách a dávkách v návaznosti na jejich využívání u oslovených seniorů. Přičemž zde důležitý faktor hrála samozřejmě dostupnost sociálních služeb, z níž se vycházelo při tvorbě dotazníkových položek. V této práci byla brána dostupnost zejména z hlediska geografických podmínek. Následně zde bylo pracováno s finančním aspektem dostupnosti sociálních služeb v souvislosti s využíváním sociálních dávek. Výsledky výzkumu byly v částech, kde to bylo možné, porovnány s výzkumem k bakalářské práci podobného zaměření. Byla zvolena zejména bakalářská práce studentky Trnkové z roku 2010, jež je citována níže. Její práce zkoumala informovanost seniorů o sociálních službách ve vybraném regionu s důrazem na bydlení respondentů ve městě či na vesnici. Následovaly podstatné informace pro doplnění od jiných autorů publikací zabývajících se sociálními službami a determinantami jejich dostupnosti.

3.1 Výzkumná otázka č. 1: Využívají svobodní senioři, svobodní, vdovci či vdovy sociální dávky častěji než páry?

Finanční dostupnost sociálních služeb hraje kromě dostupnosti místní či časové také podstatnou roli. Senioři v dnešní době začínají čím dál tím více tvořit sociální skupinu ohroženou tíživou finanční situací. Dle České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) průměrná výše starobního důchodu k 31. 3. 2013 činila celkově 10 929 Kč, z toho u mužů 12 109 Kč a u žen 9 923 Kč. Jak zde již bylo zmíněno, přibývá seniorů s nízkými příjmy, kteří nemohou vyjít finančně ani v případě zajišťování běžných potřeb jako je bydlení či stravování, natož v případě zhoršení zdravotního stavu a potřeby pomoci druhé osoby. Pobírání důchodu pod 5000 korun není také výjimkou, naopak takovou částku pobíralo v roce 2012 24 150 důchodkyň a důchodců. Penzi nižší než 3000 korun dostávalo zhruba 4600 lidí. (Lidové noviny, 2012) Z tohoto důvodu pro seniory může představovat i platba sociálních služeb velkou zátěž z hlediska finančního, a sociální služby se pro ně tak stávají nedostupnými. Nelze opominout fakt, že sociální služby se neustále zdražují a je vyvíjen tlak na poskytovatele, aby ceny za své služby navyšovali. Dle vyhlášky č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb. se ceny za služby k 1. 1. 2012 změnily. Ke změnám došlo i ve výši maximální úhrady za tyto služby. Klienti zaplatí maximálně: 120,- Kč/ hod. u vyjmenovaných úkonů a služeb (např. služby osobní asistence), 160,- Kč za zabezpečení celodenní stravy, z toho 75,- Kč za oběd, 200,- za poskytování ubytování v případě pobytových služeb. Problematiku financování sociálních služeb měl vyřešit příspěvek na péči,

ten však dle Průši a Víška (2012, s. 19) neplní svůj účel a peníze z tohoto příspěvku ne vždy jdou na potřeby využití sociálních služeb. To se však v tomto výzkumu neprokázalo, neboť většinu uživatelů příspěvku na péči, tedy 20 respondentů z 24 uživatelů příspěvku na péči, v tomto výzkumu tvořili klienti sociálních služeb.

Finanční situace se samozřejmě zhoršuje u osob, které žijí samy a nikoho nemají, tyto osoby tvořily také velkou část respondentů. Bydlení samostatně v tomto výzkumném vzorku uvedlo 31 (30,4 %) respondentů z celkového počtu 102 respondentů. Sami jsou často právě i vdovci či vdovy, svobodní senioři či rozvedení, v případě finančního zabezpečení se mnohdy nemohou spolehnout na nikoho jiného než na sebe. Ze zkušeností z praxe na Úřadu práce lze konstatovat, že není výjimkou, pokud tito senioři spadají do kategorií osob pobírajících dávky hmotné nouze. Z toho důvodu bylo pro tento výzkum zajímavé, jaký rodinný stav tito senioři mají ve vztahu k užívání sociálních dávek. Z hlediska rodinného stavu u respondentů využívajících sociální dávky převažoval stav vdovec či vdova. Ten uvádělo 19 (55,9 %) z těchto respondentů. Svobodní respondenti byli 3 (8,8 %). Jeden respondent (2,9 %) pobírající sociální dávky byl rozvedený. Oproti tomu 11 dotazovaných (32,4 %) uvedlo, že jsou ženatí či vdané. Z toho v tomto výzkumném souboru jasně vyplývala převaha uživatelů sociálních dávek ve stavu svobodný/á, vdovec či vdova nad osobami ve svazku manželském.

Tato výzkumná otázka byla potvrzena.

Pobírání sociálních dávek respondenty svobodnými, rozvedenými vdovci či vdovami ukazovalo v tomto výzkumu na větší potřebu finančního zabezpečení právě těchto osob oproti manželským párům. Senioři svobodní či ovdovělí často žijí osaměle a z důvodu své snížené soběstačnosti vyžadují o to více péče. Tato péče ovšem vyžaduje, aby senioři byli dostatečně finančně zabezpečeni. Jak zde jedna respondentka žijící osaměle konstatovala, dávky stejně pro ni samotnou nepokryjí její finanční výdaje a navrhovala by tedy zvýšit částku pobírané dávky. Jeden senior uvedl, že by uvítal vyšší důchod.

3.2 Výzkumná otázka č. 2: Vyhledávají senioři informace o sociálních službách spíše na pracovním úřadě než u jiných zdrojů?

Otázka po zdroji informací měla ukázat, jaké zdroje by respondenti využili, kdyby chtěli nalézt nějaké informace o sociálních službách či dávkách. Vycházelo se zde z předpokladu, že uživatelé sociálních služeb by mohli mít o místech, kde se mohou dozvědět informace o těchto službách, větší přehled. Předpokládalo se, že tito senioři by mohli více

čerpát informace od poskytovatelů služeb, které již využívali. Základní sociální poradenství by mělo být poskytováno v rámci každé služby, tato podmínka je zakotvena v zákonu č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývalo, jakým zdrojům informací by respondenti dali přednost. Veliký rozdíl se vyskytoval u možnosti využití internetových zdrojů – 22 respondentů z města oproti pouhým 8 respondentům z vesnice. To signalizovalo možnou nedostupnost tohoto média pro dané seniory z vesnice. Věkové složení respondentů na vesnici a ve městě zřejmě nehrálo roli, protože respondenti ve vyšší věkové kategorii nad 75 let s počtem 24 respondentů dokonce převažovali ve městě oproti 11 respondentům vesnici. Vzhledem k tomu, že internet je v dnešní době médium s nepřeborným množstvím informací a řada poskytovatelů zde vystavuje důležité informace o jimi poskytovaných sociálních službách, měla tato skutečnost možný dopad na zhoršenou dostupnost informací pro tyto seniory. V počtu 22 respondentů z města a 21 respondentů z vesnice by se obrátili senioři na obecní či městské úřady, kde by s naprostou jistotou tyto informace měli také získat. Překvapivě velké množství, 23 respondentů ve městě a 19 respondentů na vesnici, by se obrátilo na svého praktického či jiného lékaře. Bylo zde patrné, že senioři mají velkou důvěru v tuto profesi. Otázkou ovšem zůstává, jak dobře jsou právě praktičtí lékaři informováni o těchto službách a zda by vůbec tuto problematiku se seniory řešili. Ve výzkumu Trnkové (2010) by hledalo tyto informace u svého ošetřujícího lékaře 33 respondentů z města a 15 osob z vesnice. Další možností, kterou senioři vybírali hojně v našem výzkumu, byla možnost známých a příbuzných. Tato odpověď s 22 respondenty převažovala o něco více na vesnici oproti městu s 18 respondenty. V případě funkčnosti rodiny by se senioři zřejmě rádi spolehli na své rodinné příslušníky, aby jim pomohli vyřídit tyto záležitosti, jak vyplývalo z rozhovorů s nimi. Trnková (2010) měla možnost známých a příbuzných zahrnutou v možnostech jiné a uvedli je celkem pouze 2 respondenti.

Tato otázka měla zároveň zhodnotit, zda oslovení senioři věděli o přechodu agendy sociálních dávek pod Úřad práce. Z minulých zkušeností lze hovořit o tom, že senioři často nevěděli o přechodu výplatního místa sociálních dávek pod Úřad práce. Nedokázali si spojit Úřad práce se svojí situací, neboť už jsou v důchodu a již nepracují, proč by tedy měli chodit na Úřad práce. K problematice informování Úřadem práce se jeden z oslovených seniorů vyjádřil konkrétně. Šlo o člověka, který pobíral všechny sociální dávky zmíněné z výběrových položek dotazníkové otázky. Věděl tedy, že věci vyřízení sociálních dávek se má obrátit na Úřad práce. Senior konstatoval, že pokud chce vědět nějaké informace, je lepší

si je vyhledat na internetu. Na Úřadě práce toho prý vědí většinou méně než on. Úřad práce v našem výzkumu zvolilo minimum respondentů, pouze 11 respondentů z celkového počtu 102 dotazovaných.

Výzkumná otázka nebyla potvrzena.

Z této výzkumné otázky pro praxi vyplývalo, že by v budoucnu bylo dobré nezůstávat u poskytování základního sociálního poradenství na lůžkových odděleních ve zdravotnických zařízeních. Zvýšení informovanosti se vyskytovalo i v námětech respondentů na zlepšení poskytování sociálních služeb. Právě navázání spolupráce praktických lékařů s organizacemi zabývajícími se problematikou sociální péče, ať už se jedná o státní instituce či nestátní neziskové organizace, by mohlo napomoci k ulehčení životní situace vážně nemocných či nesoběstačných klientů/pacientů zůstávajících v domácím prostředí, neboť tito senioři z důvodu svého zhoršeného zdraví navštěvují mnohdy praktického lékaře častěji. Ten tak může mít lepší přehled o seniorově zdravotní potažmo i sociální situaci. Navíc dostupnost těchto lékařů byla pro většinu respondentů v tomto výzkumném souboru velice dobrá. Celkem 47 (81,0 %) respondentů z města a 26 (59,1 %) respondentů z vesnice udávali dostupnost praktického lékaře do 5 kilometrů od místa bydliště.

3.3 Výzkumná otázka č. 3: Využívají senioři žijící na vesnici sociální služby méně často než senioři z města?

Tato výzkumná otázka souvisela nejen s využíváním sociálních služeb jako takovým, ale také s možnostmi dostupnosti sociálních služeb pro tuto věkovou skupinu. Dostupnost sociálních služeb pro jejich klienty či uživatele představuje elementární podmínku pro to, aby sociální služby plnily svůj účel. Při posuzování dostupnosti sociálních služeb v jednotlivých regionech je třeba mít na paměti řadu faktorů, mezi něž se řadí zejména tyto: míru urbanizace, věkovou strukturu obyvatelstva, míru osídlení oblasti a velikost sídel, míru realizace tradiční rodinné péče o seniory v kontrastu rozpadem vícegeneračního soužití rodin, zdravotní stav obyvatelstva. Jinak je tedy nutné hodnotit dostupnost sociálních služeb v zemědělských oblastech a příměstských lokalitách, poté lze předpokládat odlišnosti ve velkých městech s důrazem na specifika hlavního města Prahy. (Průša, 2010, s. 1, Průša a Víšek, 2012, s. 19) Průša a Víšek (2012, s. 20) udávají, že lepší dostupnost sociálních služeb lze zaznamenat v krajských městech, v bývalých okresních městech a ve velkých městech. Naopak horší dostupnost je třeba předpokládat u oblastí vzdálených od regionálních a lokálních center. (Bareš, 2009, s. 16). Dostupnost sociálních služeb jako základní východisko plánování

rozvoje jejich sítě ve vybraných oblastech by měla být součástí krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb. Mnohdy však v těchto koncepcích chybí, jak uvádí Ondrušková a kol. (2011, s. 11), a tato problematika není často na úrovni jednotlivých krajů řešena. Jako výjimku dokládají vysokou úroveň kvality zpracovaného dokumentu zde autoři výše zmíněné analýzy uvádějí Královéhradecký kraj, kde ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb tato problematika byla řešena zvyšováním dopravní dostupnosti těchto služeb.

V tomto výzkumu byla vzata vzdálenost úřadů obcí s rozšířenou působností, potažmo obcí samotných jako ukazatel dostupnosti sociálních služeb. Na úřadech obcí s rozšířenou působností si mohou občané také vyřídit sociální dávky a následně získat informace o možných variantách řešení jejich situace (využití dalších sociálních služeb apod.) Byly předpokládány rozdíly mezi vesnicemi a městy. U oslovených seniorů žijících ve městě, vycházela průměrná vzdálenost úřadů obcí s rozšířenou působností 9 kilometrů. Skupina dotazovaných seniorů z vesnice měla úřady obcí s rozšířenou působností vzdálené průměrně 12 kilometrů. Mezi těmito dvěma skupinami z hlediska průměrných vzdáleností nebyly prokázány větší rozdíly. Po vytvoření intervalů bylo zjištěno, že 37 (63,8 %) z 58 respondentů ve městě mělo obce s rozšířenou působností vzdálené do 5 kilometrů a ostatní možnosti byly zastoupeny maximálně počtem 5 nebo 6 respondentů. Oproti tomu na vesnici bylo sice nejvíce respondentů zaznamenáno v intervalu do 5 kilometrů s počtem 13 (29,5 %), avšak s minimálním rozdílem zde byly zastoupeny i intervaly od 6 do 10 kilometrů s počtem 10 (22,7 %) respondentů a v intervalu 16 až 20 kilometrů 9 (20,5 %) respondentů. Zde již byly patrnější rozdíly mezi respondenty z měst a vesnic. Dostupnost těchto obcí mohla mít za následek menší dostupnost sociálních služeb, které jsou odtud mnohdy poskytovány centrálně. Například u obcí oslovených v kraji Vysočina tomu tak bylo, nejbližší terénní sociální služby byla poskytovány centrálně z bývalého okresního města, které nyní bylo obcí s rozšířenou působností pro zde oslovené seniory.

Z názorů respondentů oblast sociálních služeb v tomto výzkumu vyplývalo, že ve vzorku respondentů se nevyskytovali pouze senioři, kteří by vyloženě nechtěli využívat sociální služby. Problém spočíval mnohdy i v nedostupnosti těchto služeb v místě bydliště. Odrážela se zde také skutečnost, že senioři neměli k dispozici kompletní přehled forem sociálních služeb. Jak konstatovali někteří respondenti, uvítali by více informací o sociálních službách. V neposlední řadě se jevila jako problematická obsazenost a kapacita těchto služeb, zejména těch pobytových, kdy kupříkladu jedna respondentka konkrétně uvedla, že čekací

doba na domov pro seniory je i 20 let, což vnímala jako výrazný nedostatek sociálních služeb. Požadovala buď navýšení kapacit těchto služeb, nebo vybudování sociálních služeb doplňující funkci těchto pobytových zařízení. Na umístění do skutečně dobrého zařízení sociálních služeb se mnohdy čeká dlouho, zejména pokud se hovoří o velkých městech. Dle statistické ročenky v sociální oblasti ČSÚ za rok 2011 bylo například v Praze neuspokojeno 7 505 žadatelů o domov pro seniory, což byl třetí nejvyšší výsledek v této statistice. Lze říci z vlastní zkušenosti, že pokud nemá rodina nebo senior sám dobré známé či dostatek finančních prostředků, může očekávat i horší zacházení (požadování finančních darů za okamžité přijetí do domova pro seniory apod.). I když to samozřejmě nemusí platit ve všech případech. Dostupnost sociální služby jako problematiku vyhodnotili dva respondenti, kteří uvedli, že pečovatelská odmítá zajíždět do jejich lokality kvůli stavu silnice. Frekvence využívání těchto služeb se naopak jevila jako pozitivní ukazatel dostupnosti sociálních služeb, neboť 16 (53,3 %) uživatelů tyto služby využívalo denně.

V tomto výzkumném vzorku bylo celkem 30 respondentů využívajících sociální služby z celkového počtu 102 respondentů. Z toho na základě bydliště 22 respondentů pocházelo z města (37,9 %) a 8 z vesnice (18,2 %). Trnková (2012) měla obdobné výsledky ve svém výzkumu z celkového počtu 136 dotazovaných pouze 32 seniorů uživatelů sociálních služeb. Na vesnici využívalo sociální služby 9 respondentů (19 %) Ve městě bylo 23 uživatelů sociálních služeb (38 %).

Výzkumná otázka byla potvrzena.

Převaha respondentů užívajících sociální služby a bydlících ve městě nad těmi využívajícími sociální služby na vesnici ukazovala mimo jiné také na pravděpodobnost, že dostupnost těchto služeb v menších obcích byla pro respondenty z tohoto výzkumu problematičtější. Možná zde však byla i větší péči rodinných příslušníků danou odlišností životního stylu na vesnici. Avšak dostupnost těchto služeb mnohdy může být opravdu mizivá. Jak zde jeden respondent uvedl, bylo by dobré zlepšit dostupnost sociálních služeb na malých vesnicích. Otázkou zůstává, jak tyto potřeby seniorů naplnit. Na vesnicích bydlí méně lidí, což s sebou zákonitě nese menší příliv financí na jakékoliv služby, ty sociální nevyjímaje. Jak konstatuje Průša a Víšek (2012, s. 19), poskytovatelé sociálních služeb jsou často vázáni na získání dotace ze státního rozpočtu a příspěvek na péči tuto problematiku také nevyřešil. Tyto skutečnosti nezřídka brání vzniku nových služeb, noví poskytovatelé se objevují také v menším měřítku. V těchto oblastech bude asi i v budoucnu třeba počítat s menší dostupností sociálních služeb a spoléhat se na poskytování neformální péče na bázi rodinné péče

a dobrovolnictví. Příležitost by v této oblasti mohl poskytnout institut asistenta sociální péče. Tento institut by mohl pomoci nejen osobám potřebným, ale i jedincům dlouhodobě nezaměstnaným, kteří by v tomto případě alespoň byli placeni z příspěvku na péči a bylo by jim hrazeno zdravotní a sociální pojištění.

3.4 Výzkumná otázka č. 4: Udávají ženy znalost o sociálních službách v místě jejich bydliště častěji než muži?

Informovanost patří mezi základní kritéria poskytování sociálních služeb. Haškovcová (2010) uvádí srovnání informovanosti seniorů před rokem 1989. Tím, že stát řídil centrálně veškeré služby, klienti sociálních služeb byli jejími pouhými příjemci a nebyla od nich vyžadována žádná větší aktivita v tomto směru. V 90. letech započal proces postupné decentralizace sociálních služeb, které přešly pod kraje a obce. Široká veřejnost se postupně učila a učí, že za svou životní úroveň musí nést zodpovědnost především každý občan sám za sebe. (Průša a Víšek, 2012) Každý poskytovatel má dle § 88 zákona 108/2006 Sb. povinnost zajistit dostupnost informací o jím poskytované službě tzn. o druhu sociální služby, místě jejího poskytování, jejích cílech, okruhu osob, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby. Pokud senior nemá vyčerpávající přehled dostupných sociálních služeb, nemůže učinit správné rozhodnutí jakou formu těchto služeb zvolit. Haškovcová (2010) k této problematice konstatuje, že dnešní sociální péče je nejen pro seniory, ale i pro širokou veřejnost nepřehledná. Ve standardech sociálních služeb lze nalézt tuto podmínku přímo ve standardu číslo 12, tato podmínka však není zásadní při hodnocení kvality poskytovaných sociálních služeb. (Čámský a kol., 2008, s. 135)

V tomto výzkumu překvapivě senioři uváděli ve většině případů znalost těchto služeb. To lze považovat za pozitivní výsledek, neboť informovanost hraje důležitou roli při hledání adekvátních sociálních služeb. Otázkou však bylo, zda senioři mají kompletní přehled o možnostech poskytovaných služeb v místě bydliště či znali třeba jen jednu tuto službu. V otázce návrhů na zlepšení poskytování sociálních služeb uváděli senioři do souvislosti také informovaností o těchto službách. Nedostatek informací pro některé z nich představoval důležitý aspekt v oblasti kvality poskytovaných sociálních služeb. Řada seniorů uváděla nedostatek informací o sociálních službách a jeden respondent dokonce navrhoval vytvoření informační kampaně o sociálních službách. Navíc v následující otázce odpovídali senioři většinou, že o náplni činnosti služby, kterou znají, ví pouze zhruba. Tak odpovědělo 35 respondentů (76,1 %). Další vliv mělo také to, co si pod sociálními službami senioři

představovali. Mnohdy to byla i zdravotní služby a zdravotnická zařízení. To lze demonstrovat například na odpovědi jednoho respondenta, který uvedl jako návrh na zlepšení v oblasti sociálních služeb, že by chtěl mít hospicové zařízení blíže k domovu. Dalším příkladem byla respondentka, která uvedla jako jiné sociální služby využívání i domácí zdravotní péči.

Než bylo přistoupeno k hodnocení výzkumné otázky samotné, jevílo se jako vhodné shrnout a popsat rozdíly týkajících se pohlaví respondentů. Ve výzkumném šetření převažovaly z hlediska pohlaví ženy, to bylo z části dáno větší ochotou respondentek podrobit se rozhoru na toto téma. Ze strany dotazovaných seniorů mužů, ale i ze strany některých senierek, se vyskytoval mnohdy na nesouhlas s prováděním výzkumu zaměřeného na tematiku sociálních služeb a dávek. Považovali to za snižování jejich sociálního statusu a ponižování. Bylo zastiženo více žen v seniorském věku než mužů, což lze vysvětlit i demografickými ukazateli. Zřejmě i v tomto výzkumu sehrálo roli to, že ženy se dožívají vyššího věku než muži. Dle statistik ČSÚ tvořily ženy ve věku nad 65 let 24,6 % z celkového počtu všech žen v České republice, mužů v této věkové kategorii bylo pouze 13,4 %. (ČSÚ, 2012)

V tomto výzkumu bylo zastoupeno celkem 68 žen (66,7 %) a pouze 34 mužů (33,3 %). Vyskytoval se zde tedy poměrně vyšší počet respondentů ženského pohlaví oproti respondentům mužského pohlaví. To mělo dopad na výsledky této výzkumné otázky. Větší počet respondentek než respondentů uváděla i ve své bakalářské práci Trnková (2010), u níž vyšel počet žen 100 (74%) a mužů 36 (26 %). V této části došlo k hodnocení výzkumné otázky. Celkem 31 oslovených žen udávalo (43,1 %), že organizace poskytující sociální služby v okolí jejich místa bydliště zná. Stejnou odpověď zvolilo i 15 oslovených mužů (20,8 %). Neznalost těchto služeb uvedlo 18 dotazovaných žen (25,0 %) a 8 mužů (11,1 %). Vzhledem k tomu, že ženy výrazně početně převyšovaly muže, tato výzkumná otázka byla nevyhodnotitelná.

Výzkumná otázka nebyla potvrzena.

V této otázce se odrazilo mínění respondentů o tom, co považovali za sociální služby. Jak zde bylo již zmíněno, mnohdy se v názorech na sociální služby vyskytovaly i služby zdravotnické. To nelze považovat za selhání ze strany seniorů, ale spíše jako selhání. Naopak by zde měla vyvstat otázka, jak tyto služby propojit efektivněji pro potřeby seniorů. Ti totiž mnohdy vyžadují nejen zdravotní služby, ale i sociální a naopak. Z hlediska potřeb seniorů je

nutné nečlenit služby zdravotní a sociální, ale naopak garantovat jejich návaznost a propojenost. Tato oblast představuje zásadní problém v péči o seniory u nás. (Haškovcová, 2010) „*Během posledních let dochází bohužel spíše k oddálení než ke sblížení v organizaci zdravotnických a sociálních služeb.*“ (Holmerová, Jurášková a Zikmundová, 2007, s. 50) Jedním z mála příkladů snahy propojit tyto dvě složky je i existence zdravotně-sociálních pracovníků působících v nemocnicích a obdobných typech zařízení. Počet těchto pracovníků a jejich participace na zvládnání náročné sociální situace však mnohdy nemusí neodpovídat skutečným potřebám pacientů/klientů. Často se při posuzování sociální situace vychází z úsudku ostatního zdravotnického personálu, který posléze oslovuje sociálního pracovníka. Nehledě na to, že pacienti, kteří nejsou pro svůj vážný zdravotní stav hospitalizováni, jsou opomíjeni systémem kompletně.

3.5 Výzkumná otázka č. 5: Chtěli by senioři do budoucna využívat spíše terénní služby než pobytové?

S přibývajícím věkem se může u seniorů zhoršovat jejich zdravotní stav a oni mohou přestávat zvládat některé činnosti samostatně a potřebují pomoc. Někdy je to pomoc rodiny, někdy i pomoc pracovníků nějaké sociální služby. Právě zdravotní stav může sehrávat významnou roli v potřebě využití sociálních služeb. Samotný zdravotní stav zřejmě nehrál u respondentů tohoto výzkumného šetření takovou roli v potřebě sociálních služeb, neboť 90 (88,2 %) dotazovaných uvádělo přítomnost zdravotních obtíží a pouze 12 (11,8 %) nemělo žádné zdravotní obtíže. Nebyla také zhodnocena míra a druh zdravotních obtíží. Spíše bylo možné zaznamenat v některých případech využívání sociální služby v souvislosti s omezením v běžných denních činnostech. Ve skupině seniorů využívajících nějaké sociální služby téměř polovina, tedy 13 (44,8 %) respondentů, pociťovala omezení ve většině činností. Zatímco senioři nevyužívající žádné sociální služby pociťovali omezení spíše jen občas potažmo v některých činnostech.

Tato výzkumná otázka zaměřující se na seniory doposud nevyužívající žádné sociální služby vycházela především z domněnky, že senioři preferují spíše život ve svém domácím prostředí, které mnohdy znají téměř celý svůj život, a jejich vytržení z tohoto prostoru by pro ně mohlo být spíše traumatizující. Proto zde byl předpokládán zejména větší počet respondentů, kteří by ocenili terénní sociální služby oproti těm pobytovým. Trnková (2010) ve své bakalářské práci pojímala sociální služby jako konkrétní činnosti a nevyčleňovala jednotlivé druhy těchto služeb dle zákona č. 108/2006 jako tomu bylo v této bakalářské práci. Zvolila ve všech případech terénní formu sociální péče a zaměřila se na konkrétní činnosti

vykonávané touto službou. Což dle mého názoru nemuselo představovat vyčerpávající souhrn možností nabízených sociálních služeb. Byly zde obsaženy tyto činnosti: pomoc s hygienou a sebeobslužné činnosti, nákupy a pomůcky, společnost či doprovod k lékaři/jinam, dovoz oběda, úklid a pomoc v domácnosti, kombinace možností a jiné možnosti. Nejvíce byla zvolena jako jediná možnost položka dovoz oběda, kterou zvolilo ve městě 22 respondentů a na vesnici 14 respondentů.

V tomto výzkumu zvolili nejčastěji senioři pečovatelskou službu, a to v počtu 15 dotazovaných ve městě a 12 dotazovaných na vesnici. Zajímavým výsledkem bylo i to, že na vesnici uvedlo více respondentů v budoucnu možnost využití domova pro seniory, bylo to 10 respondentů. Oproti tomu respondenti ve městě tuto možnost uvedli pouze v 5 případech. Senioři na vesnici tuto možnost odůvodňovali například i tím, že by nechtěli být svým rodinám na obtíž a kdyby se stali nesoběstačnými, raději by zvolili ústavní péči. Pro výběr položku terénní služby se nerozhodli mnohdy také pro to, že zde například v místě bydliště tato možnost stejně nebyla, i když neexistenci sociální služby v místě bydliště potvrdilo pouze 8 dotazovaných z celkového počtu 72 seniorů nevyužívajících sociální služby. Nelze opomenout ani rozsáhlou skupinu respondentů, kteří odpověděli, že by nechtěli využívat žádné sociální služby. To pramenilo z toho, že senioři se cítili stále při síle a o možném poklesu jejich soběstačnosti nepřemýšleli. Mnohdy jim taková představa, že by na někom mohli být závislí, připadala nemyslitelná. Jako příklad lze uvést jednu respondentka, jež uvedla, že i přes přítomnost kolostomie u ní, je stále soběstačná a zvládá vše sama a nic by na tom neměnila. Dalším názorem seniorů v tomto výzkumném šetření, a to zejména na vesnici, bylo, že by se o ně měly postarat jejich děti. Stejně, jako se starali senioři kdysi o ně. V neposlední řadě se zde vyskytovala i skupina respondentů, která by ocenila služby domova pro seniory, šlo o 5 seniorů z města a 10 z vesnice.

Výzkumná otázka byla potvrzena.

Tato výzkumná otázka potvrdila u oslovených seniorů preferenci využívání sociálních služeb v domácím prostředí před ústavní péčí. Z toho plyne, že by poskytovatelé sociálních služeb, jejich zřizovatelé i stát měli dbát na rozvoj těchto sociálních služeb i v lokalitách s menším počtem obyvatel, aby mohli senioři prožít zbytek jejich života v pohodlí jim přirozeného prostředí. Nicméně, i přes preferenci terénních služeb zde budou vždy také respondenti, kteří budou vyžadovat pobytové sociální služby, protože nebudou chtít zůstat osamoceni. Nehledě na to, že u terénních služeb si senioři musí platit veškeré ostatní záležitosti jako jiní občané a k tomu navíc právě ony zmiňované terénní sociální služby. To

pro seniory s průměrným důchodem mnohdy představuje luxus, který si nemohou dovolit. Poptávka po pobytových sociálních službách potažmo stížnosti na dlouhou čekací dobu na umístění do těchto zařízení uváděné některými seniory i v návrzích na zlepšení sociálních služeb signalizovaly, že nelze všechna pobytová sociální zařízení zrušit či transformovat do jiných druhů sociálních služeb. I v budoucnu s těmito zařízeními bude nutné počítat, neboť terénní služby nelze aplikovat radikálně za každou cenu. V oblasti poskytování sociálních služeb by se nemělo zapomínat ani na seniory již využívající nějakou formu sociální služby. I když tyto respondenti nebyli v rámci této bakalářské práce dotazováni, jaké služby by v rádi v budoucnu využili, objevovaly se u nich tendence směřující ke změně sociální služby. Zejména v oblasti spokojenosti se sociálními službami: „Chtěla bych více možností pobytových služeb, kam bych se mohla dostat a žít tam spolu s partnerem.“ „Chtěla bych více možností služeb poskytovaných doma. Chtěla bych zpět domů.“. Jedni respondenti hovořili o špatné dostupnosti pobytových sociálních služeb, druzí naopak toužili po návratu do domácího prostředí a uvítali by více možností terénních sociálních služeb. Z toho vyplývalo, že je nutné myslet při tvorbě sítě sociálních služeb i na seniory využívající nějakou formu těchto služeb. Nestačí pouze poskytnout seniorovi nějakou službu a očekávat, že mu bude vyhovovat nastálo. Je třeba ho aktivně motivovat pro využívání dalších sociálních služeb dle jeho individuálních potřeb v návaznosti na jeho současnou situaci v oblasti sociální i zdravotní.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala informovaností a dostupností sociálních služeb a dávek pro seniory. Domnívala jsem se, že řada potřeb a názorů seniorů nevyužívajících sociální služby ani dávky zůstává v naší zemi nevyslyšena a opomíjena, proto bylo zajímavé je zhodnotit. U skupiny respondentů bylo zase přínosné sledovat, jaké služby využívají, jak často a co jim vadí na poskytování těchto služeb. U mnoha seniorů při rozhovorech byla znát vnímavost k negativním postojům společnosti vůči této věkové skupině obyvatel. Z rozhovorů mnohdy vyplývala nespokojenost seniorů s jejich současným postavením ve společnosti. I když jsem se setkala mnohdy s rázným nesouhlasem účastnit se výzkumného šetření ze strany řady oslovených seniorů, považovala jsem za přínosné dozvědět se, co si tito lidé o sociálních službách myslí.

Stárnutí naší populace se jeví čím dál tím více jako aktuální problém naší moderní společnosti. Z hlediska vytvoření adekvátní sítě sociálních služeb v jednotlivých krajích je nutné do budoucna počítat s významným nárůstem podílu seniorů v obyvatelstvu jednotlivých lokalit a začít budovat tuto síť v dostatečném předstihu, aby byly posléze naplňovány potřeby potenciálních i současných klientů. V této bakalářské práci respondenti hojně volili z možností využívat v budoucnu terénní sociální služby. Otázkou zůstává, jak tyto služby učinit dostupné svým klientů z hlediska regionálního i z hlediska dostupnosti informací. Řada seniorů upozorňovala na problematiku regionální dostupnosti, zejména na malých obcích, odkazovala v rámci návrhů na zlepšení v oblasti sociálních služeb. Někteří uváděli neexistenci působení těchto služeb v místě bydliště. Tato dostupnost může skutečně být na menších vesnicích a městech zcela minimální. Další problémovou oblast představuje nedostatek informací o těchto službách, na něž zde také senioři v několika případech naráželi. Ve velkých městech působí sociální služby ve větším měřítku, regionální dostupnost je zde tedy lepší, ale lze se zde setkat mnohdy s přemrštěnými cenami. Senioři potažmo jejich rodiny by například mohli ocenit služby osobní asistence. Pokud získají potřebné informace o této službě, může se jim jevit jako ideální, neboť se seniorem zůstává přes den asistent, který se o něj stará, vytváří různé aktivity apod. Avšak cenu 100 korun na hodinu i více při celodenní péči si může dovolit platit málokterý senior i s přiznaným příspěvkem na péči. Současný stav finančního zabezpečování těchto služeb nemusí vždy být přátelský seniorům a jejich rodinám. Opomíjenou skupinou v tomto výzkumu byla skupina seniorů nacházejících se v hmotné nouzi. Tito senioři mnohdy nemají šanci získat adekvátní služby jejich potřebám vůbec, protože na ně nedosáhnou v rámci své sociální a finanční situace. Toto se jeví jako aktuální

problém v současnosti ve velkých městech a je nutné hledat nové formy sociálních služeb, které by uspokojili potřeby této skupiny obyvatel,

Při vytváření odpovídajících sociálních služeb nelze zapomínat ani fakt, že tato věková kategorie může mít v budoucnu větší potřebu intenzivní péče v důsledku postupného či náhlého zhoršení zdravotního stavu. Taková událost determinuje možnost závislosti na pomoci druhých, ne-li kompletní závislosti. Nelze odhadnout, na kolik se podaří zcela závislé seniory udržet v domácím prostředí do konce života, domnívám se však, že tato možnost nebude dostupná všem seniorům beze zbytku. V mnohých lokalitách to představuje zcela nesplnitelný úkol, protože zde neexistují potřebné sociální služby. Navíc subjekty financující sociální služby, často nechtějí uvolňovat prostředky pro transformaci služeb. Je pro ně jednodušší udržovat stálou síť pobytových sociálních služeb. A i když existují snahy tyto pobytové služby transformovat na jiné typy terénních a ambulantních služeb, je nezbytné počítat do budoucna s přílivem zcela závislých seniorů do pobytových zařízení sociálních služeb. Dle mého názoru je nutné počítat s tím, že pobytové služby poskytované seniorům nelze plně transformovat. Smysl transformace vidím zejména u zařízení určených pro osoby se zdravotním postižením. Nelze ani opomenout, že řada seniorů, kteří nikoho nemají, touží po společnosti a odcházejí do těchto zařízení samostatně. Musí zde tedy existovat rezervy v kapacitách těchto služeb.

Domnívám se, že tato bakalářská práce nastínila základní rámec problematiky dostupnosti sociální péče pro seniory s ohledem na bydlení ve městě či na vesnici a přinesla základní pohled na uživatele sociálních služeb. V budoucnu by bylo dle mého názoru dobré učinit výzkum, který by porovnával nejen názory seniorů na dostupnost sociálních služeb, ale také oslovit poskytovatele sociálních. Mohly by zde být nastíněny problémy související s dostupností sociálních služeb z pohledu poskytovatele sociální služby, např. důvody, které ztěžují dle jeho názoru dostupnost péče na malých obcích apod.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BAREŠ, Pavel. *Regionální dostupnost sociálních služeb* [online]. Praha: VÚPSV, 2009, 68 s. ISBN 978-80-7416-047-9.
Dostupné z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_302.pdf>
2. ČÁMSKÝ, Pavel, Dagmar KRUTILOVÁ, Jan SEMBDNER a Pavel SLADKÝ. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008, 153 s. [online], [cit. 2013-06-18]. ISBN N/A. Dostupné z WWW: <http://w.csspraha.cz/users_data/file/manual-standardy-kvality.pdf>
3. Česko. Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů, Česká republika* [online]. 2006, částka 164, s. 7021-7048. [cit. 2012-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlaska_505_2006.pdf>
4. Česko. Vyhláška č. 388 ze dne 29. listopadu 2011, o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů, Česká republika* [online]. 2011, částka 136, s. 5018-5025. [cit. 2012-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z WWW: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_388.pdf>
5. Česko. Vyhláška č. 391 ze dne 30. listopadu 2011, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů, Česká republika* [online]. 2011, částka 136, s. 5033-5036. [cit. 2012-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_391.pdf>
6. Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika* [online]. 2006, částka 37, s. 1257–1289. [cit. 2012-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z WWW: <https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf>
7. Česko. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů, Česká republika* [online]. 2011, částka 115, s. 3970–3994. [cit. 2012-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z WWW: < http://socialnireforma.mpsv.cz/files/clanky/7/zakon_329_2011.pdf>
8. Česko. Zákon č. 366 ze dne 6. listopadu 2011, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů, Česká republika* [online]. 2011, částka 128, s. 4617-5036. [cit. 2012-06-18]. ISSN 1211-1244. Dostupné z WWW: <http://socialnireforma.mpsv.cz/files/clanky/7/zakon_366_2011.pdf>

9. Česká správa sociálního zabezpečení. In: *Počty důchodců a důchodů za 1. čtvrtletí 2013* [online]. 2013 [cit. 2013-06-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2013/2013-05-14-pocty-duchodcu-a-duchodu-za-1-ctvrtleti-2013.htm>>
10. Český statistický úřad. In: *Práce, sociální statistiky*. [online]. 2011 [cit. 2013-06-11] Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/aktual/ep-3#32>>
11. Český statistický úřad. In: *Statistická ročenka České republiky 2012* [online]. 2012 [cit. 2013-06-11]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/0001-12-r_2012-0400>
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
13. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie: České ošetřovatelství, Praktická příručka pro sestry č. 10*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006, 72 s.. ISBN 80-7013-363-7.
14. HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006, 583 s. ISBN 80-736-7123-9.
15. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: Gerontologická společnost, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
16. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
17. KOLDINSKÁ, Kristina. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, s. 35-51. ISBN 978-80-262-0041-43.
18. KOPECKÝ, Martin. *Právní postavení obcí a krajů-základy komunálního práva*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, 377 s. ISBN 978-80-7357-561-8.
19. KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 5. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010, 542 s. ISBN 978-80-7357-585-4.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
21. LANGMEIER, Josef, Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

22. LUKEŠOVÁ, Miloslava. Sociální šetření u příspěvku na péči. *Fórum sociální politiky* [online]. 2011(2), s. 27. [cit. 2012-04-17]. ISSN 1803-7488. Dostupné z WWW: <http://www.vupsv.cz/sites/File/forum_socialni_politiky/Casopis_FSP_2_2011.pdf#page=29>
23. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
24. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
25. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
26. MOLEK, Jan. *Marketing sociálních služeb*. [online]. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2009, 163 s. [cit. 2012-01-18]. ISBN 978-80-7416-026-4. Dostupné z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_290.pdf>
27. MORÁVKOVÁ, Štěpánka a Marie RADOLFOVÁ M. Počet obyvatel vzrostl, změnila se jejich struktura. *Statistika & My* [online]. 1. 1. 2012, 2. roč., č. 1. [cit. 2012-01-17], s. 6-9. ISSN 1804-7149. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/7D002A581B/\\$File/1804120106_09.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/7D002A581B/$File/1804120106_09.pdf)>
28. Na průměrný důchod nedosáhne v Česku polovina seniorů. In: *Lidové noviny* [online]. 2012 [cit. 2013-07-11]. Dostupné z WWW: <http://byznys.lidovky.cz/na-prumerny-duchod-nedosahne-v-cesku-polovina-senioru-ppq-/moje-penize.aspx?c=A120517_175853_moje-penize_Pta>
29. ONDRUŠOVÁ, Irena, Zuzana SKŘIČKOVÁ, Jan ŠPATENKA a Ladislav MAREK. Analýza střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb. In: *Analýza střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb* [online]. GI projekt o.p.s., 2011, 25 s. [cit. 2013-06-09]. Dostupné z WWW: <http://podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/02/Analyza_v2.pdf>
30. PEŠLOVÁ, Radka. *Právní průvodce pečujícími 2012*. 1. vyd. Brno: Moravskoslezský kruh o.s., 2012, 112 s. ISBN N/A.
31. Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065: Projekce 2010. In: *Český statistický úřad* [online]. 19. 1. 2010 [cit. 2012-01-16], Dostupný z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/A8002F1156/\\$File/402110u.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/A8002F1156/$File/402110u.pdf)>
32. PRŮŠA, Ladislav. Financování sociálních služeb. In: MATOUŠEK, O. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011, s. 65-87. ISBN 978-80-262-0041-43.

33. PRŮŠA, Ladislav: *Vývoj vybavenosti regionů službami sociální péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: RELIK, 2011, 10 s. ISBN 978-80-86175-75-1.
34. PRŮŠA, Ladislav a Petr VÍŠEK. *Optimalizace sociálních služeb* [online]. 1. vyd. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2012, 60 s. [cit. 2012-06-18]. ISBN 978-80-7416-099-8. Dostupné z WWW: <http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_343.pdf>
35. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociální výzkumů*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
36. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 1. vyd. Praha: Portál, 1990, 435 s. ISBN 80-201-0131-4.
37. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006, 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
38. TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.
39. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
40. TOPINKOVÁ, Eva. *Obrazový atlas chorobných stavů: diferenciální diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 346 s. ISBN 80-247-1670-4.
41. TRNKOVÁ, Michaela. *Informovanost seniorů o poskytování sociálních služeb na vesnici a ve městě*. [online] České Budějovice, 2010, 60 s. [cit. 2013-06-18] Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z WWW: <http://theses.cz/id/faqhbv/downloadPraceContent_adipIdno_16606>
42. VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ a Iva HOLMEROVÁVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010, 77 s. ISBN 978-807-4210-211.
43. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
44. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 233 s. ISBN 978-80-210-4627-6.
45. VIDOVIČOVÁ, Lucie a Eva GREGOROVÁ. *Mainstreaming věku jako strategie managementu populací se stárnoucí demografickou strukturou*. 1. vyd. Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007, 76 s. ISBN 978-808-7007-570.
46. WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80-701-3314-7.

PŘÍLOHY

Příloha A <i>Zákon o sociálních službách-doplňení</i>	69
Příloha B <i>Příspěvek na péči</i>	70
Příloha C <i>Dávky pro osoby se zdravotním postižením</i>	71
Příloha D <i>Dotazník k výzkumné části bakalářské práce</i>	72

Příloha A Zákon o sociálních službách - doplnění

Pro poskytování sociálních služeb dle tohoto zákona se zřizuje řada zařízení sociálních služeb: centra denních služeb, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče. Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra. (§ 34, Zákon 108/2006 Sb.)

Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb patří:

- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- Pomoc při osobní hygieny nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popř. přenocování;
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti;
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- Sociální poradenství;
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- Sociálně terapeutické činnosti;
- Pomoc při uplatňování práv, oprávnění zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- Telefonická krizová pomoc;
- Nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění;
- Podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Dále se zde uvádí v § 35 rozsah služeb, které jsou poskytovány v jednotlivých zařízeních sociálních služeb.

V § 36 se uvádí, že poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v zařízeních sociálních služeb, a to ambulantní formou: a) prostřednictvím zdravotnického zařízení, b) prostřednictvím svých zaměstnanců v rámci ošetrovatelské a rehabilitační péče.

Příloha B Příspěvek na péči

Příspěvek na péči přinesl významnou reformu ve financování sociálních služeb. Cílem této nové sociální dávky bylo (Průša in Matoušek, 2011):

1. Umožnit klientovi, aby měl možnost svobodně si zvolit způsob zabezpečení služeb, také ho stimulovat k větší spoluúčasti na řešení jeho sociální situace;
2. Nastolit jednotné podmínky získávání veřejných prostředků pro všechny subjekty, které poskytují péči, s podmínkou jejich registrace;
3. Změnit pohled na zdravotně postižené občany a starobní důchodce;
4. Zahájit proces deinstitucionalizace (dát přednost přirozenému sociálnímu prostředí před ústavní péčí) a individualizace péče (šitá na míru potřebám klienta).

Příspěvek na péči slouží osobám, které důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžadují pomoc druhé osoby při provádění úkonů péče o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. (Průša in Matoušek, 2011, s. 69) Tato dávka je od jejího přiznání vyplácena pravidelně každý měsíc. Lze ji vyplatit zpětně nejdříve ode dne podání žádosti. Výplata je přerušena v době dlouhodobější hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Tedy pokud se nejedná o zdravotnické zařízení hospicového typu. Skutečnost, že je uživatel příspěvku na péči hospitalizován, se musí oznámit na příslušné pobočce Úřadu práce nejpozději do osmi pracovních dnů.

Podklad rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči tvoří sociální šetření a posouzení stupně závislosti posudkovým lékařem okresní správy sociálního zabezpečení. (Lukešová, 2011). Při posuzování péče o vlastní osobu se hodnotí 10 úkonů z oblasti: mobility, orientace, komunikace, stravování, tělesné hygieny, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. U osob starších 18 let byl k 1. 1. 2012 vyplácen příspěvek ve 4 stupních závislosti na péči druhé osoby. První stupeň závislosti byl kvalifikován jako lehká závislost s vyplácenou částkou 800 korun měsíčně. Ve II. stupni se jednalo o středně těžkou závislost a vyplácený příspěvek v tomto případě činil 4 000 korun měsíčně. Ve III. stupni se šlo o těžkou závislost s vyplácenou částkou 8 000 korun měsíčně. V nejvyšším stupni přiznaného příspěvku na péči by se jednalo o úplnou závislost na péči druhé osoby s vyplácenou částkou 12 000 korun.

Příloha C *Dávky pro osoby se zdravotním postižením*

Dávky pro osoby se zdravotním postižením definoval zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a dále pak vyhláška 388/2011 o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Na základě těchto dokumentů náležely osobám se zdravotním postižením tyto dávky: příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz osoby se zdravotním postižením.

Příspěvek na mobilitu představoval opakující se nárokovou dávkou určenou osobám starším jednoho roku, které nebyly schopny plnit základní životní potřeby v oblasti mobility a orientace a pravidelně byly dopravovány v kalendářním měsíci a nevyužívaly pobytové sociální služby. Příspěvek činil k 1. 1. 2012 400 korun měsíčně.

Příspěvek na zvláštní pomůcku, jednorázová nároková dávka, je určen na pořízení kompenzačních pomůcek, které měly pomoci k překonání omezení způsobeného zdravotním postižením. Příspěvek nahradil a sloučil příspěvek na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na zakoupení motorového vozidla a příspěvek na úpravu motorového vozidla. Součástí tohoto příspěvku je mimo jiné zapůjčení schodolezu, plošiny a zvedacího systému. Výše úhrady kompenzační pomůcky činí maximálně 350 000 korun a spoluúčást žadatele činí 10% z celkové částky, minimálně však 1 000 korun.

Průkaz osoby se zdravotním postižením je automaticky vydán k příspěvku na péči či příspěvku na mobilitu nebo samostatně. (Pešlová, 2012, s. 43-47)

Příloha D Dotazník k výzkumné části bakalářské práce

Dobrý den,

jmenuji se Magdalena Veverková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií na Univerzitě Pardubice. Tento dotazník je určen pro mou bakalářskou práci, ve které se zabývám informovaností seniorů o dostupnosti sociálních služeb. Dotazník je zcela anonymní a získané údaje využiji jen pro vlastní potřebu. Předem děkuji za Vaši ochotu a Váš čas. Vámi zvolenou možnost prosím zakroužkujte.

1. Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Rodinný stav:

- a) Svobodný/á
- b) Ženatý/vdaná
- c) Vdovec/vdova
- d) Rozvedený/á

3. Kolik vám je let?

- a) 65 až 74 let
- b) 75 až 84 let
- c) 85 a více let

4. Kde bydlíte?

- a) Vesnice (do 3000 obyvatel)
- b) Město (nad 3000 obyvatel)

5. Bydlíte:

- a) Sám/sama
- b) S manželem/manželkou, s partnerem/partnerkou
- c) S dětmi
- d) Jiná možnost – uveďte:

.....

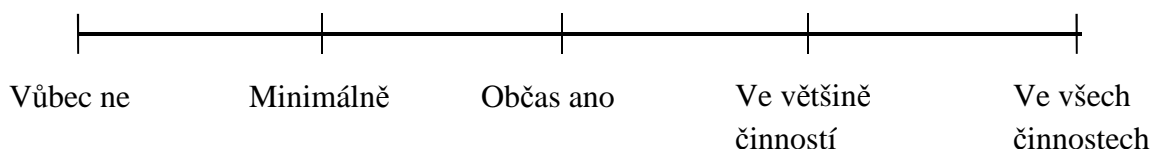
6. Jak daleko to máte na jednání na úřadech obcí s rozšířenou působností (např. vyřízení dokladů atd.) a k Vašemu praktickému lékaři? (Uveďte v kilometrech i časově!)

.....

7. Máte nějaké zdravotní problémy?

- a) Ano
- b) Ne

8. Omezují Vás nějak Vaše zdravotní potíže v běžných denních činnostech (péče o domácnost, hygiena atd.)? (Naznačte na úsečce)



9. Pobíráte nějaké sociální dávky?

- a) Příspěvek na péči
- b) Příspěvek na mobilitu (400,- Kč)
- c) Příspěvek na zvláštní pomůcku
- d) Příspěvek na bydlení
- e) Žádné nepobírám
- f) Jiné-uveďte

.....

10. Pokud čerpáte příspěvek na péči, o jakou částku se jedná?

- a) 800,- Kč
- b) 4 000,- Kč
- c) 8 000,- Kč
- d) 12 000,- Kč

11. Kde byste hledal/a informace o sociálních službách a dávkách?

- a) Na pracovním úřadě
- b) Na obecním či městském úřadě
- c) V informačních letácích
- d) U praktického či jiného lékaře
- e) U poskytovatele sociální služby, kterou již využívám/znám
- f) U známých či příbuzných
- g) Na internetu
- h) Jinde-uveďte:

.....

12. Využíváte Vy osobně nějaké sociální služby?

- a) Ano
- b) Ne

13. Jaké služby využíváte?

- a) Pečovatelskou službu (úklid, donáška obědů, pomoc s hygienou)
 - b) Služby osobní asistence (doprovod na úřady, k lékaři apod.)
 - c) Denní stacionář (domovinku)
 - d) Respitní péči (odlehčovací službu)
 - e) Jiné-uveďte
-

14. Jak často využíváte tyto služby?

- a) Denně
- b) 2x týdně a více
- c) Jednou týdně
- d) 2x měsíčně a více
- e) Jednou měsíčně
- f) Méně často

15. Jak jste s těmito službami spokojen/a?

- a) Velmi spokojen/a
 - b) Nemám, co vytknout
 - c) Nespokojen/a – uveďte proč:
-

16. Pokud žádné služby nevyžíváte, znáte organizace poskytující sociální služby v okolí Vašeho bydliště?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Žádné takové organizace v okolí mého bydliště nejsou

17. Pokud jste odpověděli ano, víte, jaké služby poskytují?

- a) Ano, vím
- b) Zhruba vím
- c) Nevím

18. Pokud žádné služby nevyužíváte, jaké sociální služby byste v případě potřeby ocenil/a?

- a) Pečovatelskou službu (úklid, donáška obědů, pomoc s hygienou)
- b) Služby osobní asistence (pomoc v domácnosti časově dle potřeb klienta, doprovod na úřady, k lékaři, apod.)
- c) Denní stacionář (domovinku)
- d) Respitní péči (odlehčovací službu)
- e) Domov pro seniory
- f) Žádnou, nemám o ně zájem
- g) Jiné-uveďte

.....

19. Co byste zlepšil/a v oblasti poskytování sociálních služeb? (Odpovězte maximálně 2-3 větami)

.....

(vlastní zdroj)