

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Sociální služby v Olomouckém kraji jako podpora kvality života seniorů
s onemocněním Alzheimerovou chorobou**

Bc. Jana Rábková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Alena Petrová, Ph.D.

Olomouc 2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a zdrojů literatury.

V Olomouci dne 1.4.2015

.....
Bc. Jana Rábková

Poděkování

Děkuji především vedoucí mé diplomové práce paní Doc. PhDr. Aleně Petrové, Ph.D. za její metodickou pomoc, cenné připomínky a laskavý přístup při vedení této práce.

Dále děkuji sociálním pracovnícům Domova se zvláštním režimem v Jedlí za ochotu a čas, který mi realizaci výzkumného šetření věnovaly. Poděkování patří také všem pracovníkům v přímé obslužné péči Domova v Jedlí za jejich obětavou péči, se kterou se starají o nemocné s Alzheimerovou chorobou.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jana Rábková
Katedra:	Psychologie a patopsychologie PdF
Vedoucí práce:	Doc.PhDr.Alena Petrová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Sociální služby v Olomouckém kraji jako podpora kvality života seniorů s onemocněním Alzheimerovou chorobou.
Název v angličtině:	Social services in Olomouc Region as a quality of life support by seniors with Alzheimer's disease.
Anotace práce:	Cílem diplomové práce je zmapovat systém sociálních služeb v Olomouckém kraji se zaměřením na služby určené uživatelům s onemocněním Alzheimerovou chorobou. Na vybraném pobytovém zařízení přiblížit péči o seniory s tímto onemocněním a zjistit, čím konkrétně Domov se zvláštním režimem přispívá ke zvýšení kvality života seniorů.
Klíčová slova:	Senior, Alzheimerova choroba, sociální služby, kvalita života, domov se zvláštním režimem.
Anotace v angličtině:	The aim of the paper is to map the system of social services in Olomoucký region with focus at services designated at users with Alzheimer's disease. An approximation of custody of senior citizens at a selected boarding facility is intended in order to find out what are the concrete outcomes by which the Home with special regimen contributes to the improvement of quality of life of seniors.
Klíčová slova v angličtině:	Senior, Alzheimer's disease, social services, quality of life, Home with special regimen
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Dotazník pro rodinné příslušníky a blízké uživatelů Domova se zvláštním režimem v Jedlí. Příloha č. 2: Dotazník pro zaměstnance v přímé obslužné péči Domova se zvláštním režimem v Jedlí. Příloha č. 3: Mapa územní dostupnosti sociální služby Domovy se zvláštním režimem. Příloha č. 4: Mapa územní dostupnosti sociální služby Domovy pro seniory.

	Příloha č. 5: Mapa územní dostupnosti sociální služby Pečovatelská služba. Příloha č. 6: Mapa územní dostupnosti sociální služby Centra denních služeb
Rozsah práce:	112 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

OBSAH

Čestné prohlášení	
Poděkování	
Anotace	
Obsah	
Úvod	2
I. Teoretické poznatky	4
1. Problematika stáří	4
1.1 Periodizace stáří	4
2. Lidské potřeby	6
2.1 Charakteristika lidských potřeb	6
2.2 Potřeby ve stáří a v nemoci	7
3. Sociální služby	8
3.1 Definice a účel sociálních služeb	8
3.2 Sociální služby před transformací	9
3.3 Zákon o sociálních službách	10
3.4 Přehled druhů a forem sociálních služeb poskytovaných dle zákona č. 108/2007 Sb. o sociálních službách	11
3.4.1 Sociální poradenství	12
3.4.2 Služby sociální péče	13
3.4.3 Služby sociální prevence	14
3.5 Zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb	14
3.6 Smlouva o poskytování služby	16
3.7 Standardy kvality sociálních služeb	16
3.8 Příspěvek na péči	16
3.8.1 Uplatnění příspěvku na péči	17
3.8.2 Stupně závislosti	18
3.8.3 Výše příspěvku	18
3.8.4 Financování sociálních služeb	19
4. Činitelé ovlivňující potřebu sociálních služeb	20
4.1 Změna tradičního způsobu života	20
4.2 Stárnutí populace	20
4.3 Specifické nemoci ve stáří	22
5. Alzheimerova choroba	23
5.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby	23
5.2 Příznaky a stádia nemoci	23
5.3 Péče o nemocné s ACH	25

11.2 Výsledky výzkumu v Domově se zvláštním režimem Jedlí	63
11.2.1 Charakteristika výzkumného souboru	63
11.2.2 Cíl šetření	63
11.2.3 Metodika dotazníkové šetření	63
11.2.4 Analýza výsledků a jejich interpretace	65
11.2.4.1 Dotazník pro rodinné příslušníky a blízké uživatelů Domova	65
11.2.4.2 Dotazník pro zaměstnance v přímé ošetrovatelské péči	83
Závěr	95
Seznam použité a nastudované literatury	100
Internetové a jiné zdroje	103
Seznam grafů, tabulek, obrázků	108
Seznam zkratk a pojmů	111
Seznam příloh	112

Úvod

Zrychlené tempo stárnutí populace je charakteristickým rysem demografického vývoje v České republice i v dalších zemích Evropy, jež se promítá do změny věkové struktury obyvatelstva. Díky zvyšující se životní úrovni a kvalitnější zdravotní péči se lidé dožívají vysokého věku a v populaci narůstá počet seniorů. Seniori tvoří heterogenní skupinu, ve které se vyskytují zdraví, ale převážně nemocní jedinci. Všichni však mají nárok na odpovídající sociální i zdravotní péči, která bude zachovávat jejich důstojnost i ve vysokém věku, protože stáří je stejně důležitá etapa života jako každá jiná a zaslouží si pozornost společnosti.

Část seniorů je odkázána na pomoc svého okolí. Potřeba péče však není primárně spojena s věkem, ale s poklesem funkčních schopností a soběstačností, které vyplývají především z vyšší nemocnosti a tím omezují starší lidi v jejich schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby. Čas nelze zastavit, ale lze zmírnit nejistoty, bolest, trápení, které svým pohybem na kolo života působí. Jednou ze závažných chorob, postihující ve stále větší míře seniory, je demence. Nejčastěji se jedná o demenci Alzheimerovského typu. V poslední době se výrazně zvýšil zájem o toto onemocnění z důvodu stále narůstající incidence, prevalence a ekonomických nároků v souvislosti s péčí o takto postižené osoby. Alzheimerova choroba (ACH) narušuje část mozku a způsobuje pokles takzvaných kognitivních funkcí – myšlení, paměti a úsudku. Současná medicína dokáže pouze zpomalit průběh onemocnění, předcházet či oddálit vznik komplikací, avšak dosažení léčebného úspěchu je možné jen velmi vzácně. ACH začíná pozvolna, ale v posledních stádiích onemocnění může dojít až k úplné ztrátě paměti, myšlení i úsudku. Následky vedou postupně k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka. Diagnóza této nemoci zasahuje nejen do života samotného jedince, ale také do života jeho blízkých a celé společnosti. Do popředí se dostává ruku v ruce se zdravotní péčí také péče sociální. Vyvstává tedy otázka, zda síť sociálních služeb určených seniorům s diagnózou Alzheimerovy choroby nabízí dostatek sociálních služeb a zařízení sociální péče a jakým způsobem sociální služby přispívají ke kvalitě života seniorů s ACH, protože seniorů, kteří tento druh služeb potřebují, bude stále přibývat.

Diplomová práce se zabývá sociálními službami v Olomouckém kraji, které poskytují pobytové, denní a ambulantní služby seniorům s onemocněním Alzheimerovou chorobou.

Téma práce bylo zvoleno na základě osobní zkušenosti autorky práce s Alzheimerovou chorobou v rodině a následně i volba praxe v pobytovém zařízení sociálních služeb poskytla diplomantce jedinečnou možnost seznámit se s péčí o nemocné s demencí a se službami poskytovanými v tomto zařízení.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část stručně vymezuje období stáří a dále je věnována charakteristice a účelu sociálních služeb v České republice. Zaměřuje se na objasnění druhů a forem sociálních služeb, jejich legislativní ukotvení a vysvětlení institutu příspěvku na péči. Blíže je pojednáno o domovech se zvláštním režimem.

Dále zmiňuje tzv. „Standardy kvality sociální péče“ a v neposlední řadě je zde popsána Alzheimerova choroba, její stádia a projevy. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na kvalitu života seniorů a faktory, které kvalitu života ovlivňují.

Z teoretických poznatků jsou v praktické části vyvozeny dílčí výzkumné otázky potřebné pro naplnění cílů práce.

Úvod praktické části spočívá ve zmapování celkové situace vybavenosti Olomouckého kraje sociálními službami a ostatními formami péče o seniory. Další část se konkrétně zaměřuje na sociální služby určené nemocným s diagnózou Alzheimerovy choroby. Některá zjištění jsou doplněna tabulkami, případně schémata.

V empirické části je blíže popsáno vybrané zařízení sociálních služeb – Domov se zvláštním režimem v Jedlí u Zábřeha (dále jen Domov). Zabýváme se v ní terapeutickými přístupy a procesem aktivizace seniorů. K naplnění výzkumného šetření byla užitá metoda pozorování a metoda dotazníku. Vzhledem ke zdravotnímu stavu a sníženým kognitivním schopnostem uživatelů Domova se zvláštním režimem nebyli do skreeningu zahrnuti uživatelé Domova, protože by jejich odpovědi nebyly z logiky věci validní. Na otázky týkající se kvality života uživatelů Domova odpovídali jejich rodinní příslušníci, blízcí, opatrovníci uživatelů a pracovníci v přímé ošetrovatelské péči domova. Další část zjišťovaných informací faktografického charakteru byla zajištěna za součinnosti pracovníků ošetrovatelského personálu Domova.

Získané poznatky z diplomové práce mohou sloužit k získání vhledu do problematiky sociální péče o nemocné seniory s Alzheimerovou chorobou v podmínkách Olomouckého kraje a také podrobně specifikovat činnost Domova se zvláštním režimem v Jedlí, který zajišťuje svým uživatelům důstojné prožívání stáří i v těžké nemoci a je tak dobrým příkladem z praxe.

I. TEORETICKÉ POZNATKY

1. Problematika stáří

Stáří je poslední fází lidského života. Je projevem a důsledkem biologických změn, které jsou významně ovlivněny vlivy prostředí, nemocemi, způsobem života i psychikou, včetně sebehodnocení a přijetí určité role. Stáří *„přináší nadhled a moudrost, pocit naplnění, ale také úbytek energie a nezbytnou proměnu osobnosti směřující k jejímu konci.“* Vágnerová, (2007, s. 299).

Staří lidé jsou neodmyslitelnou a široce zastoupenou součástí naší společnosti, kterou nelze vnímat jako okrajovou. Demografický vývoj ukazuje, že starých lidí přibývá, stejně tak jako jejich šance na dožití se vysokého věku. I když stáří není nutně synonymem nemoci, faktem je, že v současné době je stáří zatíženo vysokou mírou nemocnosti a zhoršováním fyzické zdatnosti a soběstačnosti. Rábková (2010).

Péče o seniory by měla vycházet nejenom ze zhodnocení tělesných změn, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti. Stáří je rovnocenným a smysluplným obdobím, které má pro každého člověka individuální význam, ale i své společenské poslání. Je to kus života s jeho právy a povinnostmi. Petřková (2004).

1.1 Periodizace stáří

Vzhledem ke skutečnosti, že stárnutí je součástí kontinuální proměny, je obtížné definovat okamžik, ve kterém končí střední věk a začíná stáří. Existuje řada přístupů a metod konstrukce objektivního měřítka stáří. Nejběžněji používaným kritériem určujícím počátek stáří bývá chronologický, tedy kalendářní věk. Stuart-Hamilton (1999).

Kalendářní věk je vymezený dosažením určitého věku, který uplynul od narození, avšak nepostihuje individuální rozdíly. Určuje, jak je člověk starý. Kalendářní hranice stáří se trvale posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití. V dnešní době se za počátek stáří vesměs považuje věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří teprve od věku 75 let. Stejně staří lidé mají společné jen jediné, a to počet roků, jinak u nich převládají individuální rysy a každý člověk stárne jiným tempem. Čornaničová (1998).

Podle Světové zdravotnické organizace lze stáří rozdělit na období raného stáří: 60 – 74 roků, vlastní stáří - senium: 75 – 89 let a dlouhověkost: 90 a více let.

Dalším měřítkem stárnutí je **biologický věk**, který se může individuálně lišit od věku kalendářního. Obecně je toto pojetí užíváno k vyjádření fyzického stavu lidského organismu s ohledem na míru involučních změn a degenerace. Rábková (2013).

Mezi stářím kalendářním a biologickým dochází často k rozporům, jak poukazuje Kalvach (2006, s. 7) „*Mnozí lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní a výkonní, jiní působí předčasně zestárlym dojmem. V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Často se však o věku 65-74 let hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75-80 let. Za dlouhověkost se považuje věk 90 a více let, i zde však dochází k posunu až k hranici 100 let.*“

Nejznámější periodizaci stáří definuje Holásková (2003) podle Příhody a jeho Ontogeneze lidské psychiky. Poslední fázi periodizace nazývá seniem a rozděluje ji do tří etap: **Senescence** - je vymezena věkem od 60-75 let, dále **kmetství** od 75-90 let a poslední etapou je **patriarchium**, které se udává od 90 let.

2. Lidské potřeby

2.1 Charakteristika lidských potřeb

Uspokojování potřeb člověka je jednou ze základních podmínek jeho existence a představuje jednu ze složek kvality života. Každý jedinec je vybaven určitým očekáváním toho, co bytostně potřebuje najít ve svém životě a má potřebu nasycovat své potřeby. Klevetová (2008). Člověk potřebuje jíst, spát, pociťovat bezpečí, setkávat se s druhými lidmi a uspokojovat mnoho jiných potřeb.

Trachtová (in Malíková 2011 s. 10) definuje potřebu jako „*projev určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí a je velký předpoklad, že saturace této potřeby povede ke zlepšení stavu člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti*“.

Potřeby lze rozčlenit podle různých kritérií. Základní členění podle důležitosti pro zachování života dělí odborná literatura na **primární** – biologické, fyziologické, přirozené – umožňující fyzickou existenci člověka a **sekundární** potřeby – jedná se o sociální, kulturní a základní společenské potřeby, kdy člověk potřebuje komunikovat s druhými a uplatnit se ve společnosti.

Lidskými potřebami se zabývalo mnoho badatelů, kteří je členili podle nejrůznějších kritérií. Nejčastěji užívané je členění potřeb podle psychologa Abrhama H. Maslowa, sestavené do pěti úrovní, nazývané jako Maslowova pyramida potřeb.

Abrham Maslow rozlišuje potřeby nižší – základní (fyziologické) a vývojově vyšší potřeby - seberealizace. Pyramida potřeb zahrnuje všechny oblasti lidských potřeb a je uspořádána do úrovní, které na sebe logicky navazují. Rábková (2013)

Základnu pyramidu tvoří **základní biologické potřeby** jako je dýchání, přijímání potravy, vylučování, vyměšování a fyzické aktivity. Druhou úroveň směrem nahoru od základny tvoří **potřeba bezpečí a jistoty**. Ta zahrnuje fyzické bezpečí, domov, zdraví, zaměstnání, příjem a přístup k zdrojům. Třetí úrovni odpovídá **potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti** – tyto potřeby bývají také nazývány sociální nebo společenské potřeby a reprezentují citové vztahy, jako je potřeba mít rodinu, partnerský vztah. **Potřeba uznání a úcty** se projevuje snahou o dosažení uznání a respektu. Saturace potřeby vede ke zlepšení sebedůvěry a sebepojetí. Nenaplnění potřeby se může projevovat jako komplex méněcennosti. Malíková (2011). **Potřeba seberealizace** je považována za nejvyšší potřebu, která souvisí s životní motivací a vyjadřuje snahu o naplnění záměrů a představ jedince. K potřebám seberealizace patří duchovní a estetické potřeby – uspokojení touhy

po kráse, umění, estetice apod. a kognitivní potřeby, které zahrnují potřebu poznávat, rozumět, orientovat se v něčem.

Teprve poté, co máme uspokojeny základní potřeby, obracíme se k uspokojení potřeb vyšších. Pociťovaný nedostatek na nižší úrovni potřeb nám zabraňuje postupovat výš a může se projevovat psychickými potížemi – neklidem, nesoustředěním, nervozitou či somatickými potížemi – poruchami spánku, výživy a vyústit ve stres či frustraci. Šamánková (2011).

Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné. Pichaud (1998).

2.2 Potřeby ve stáří a nemoci

Staří a nemocní lidé potřebují v životě uspokojovat své potřeby stejně jako lidé v produktivním věku. Ve stáří však dochází ke změnám v hierarchii potřeb. Senioři se cítí omezení svým onemocněním, smiřují se s jistou mírou závislosti na druhých lidech a do popředí se dostává potřeba podpory a bezpečí, jež vyjadřuje touhu po ochraně, jistotě a stabilitě. Jarošová (2006).

Mlýnková (2011, s. 48) tento vývoj charakterizuje slovy: „*Senioři jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům. Pomyslné domy životních potřeb nejsou u seniorů tak vysoké, mají méně pater a méně místností, protože potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou převážně satureovány.*“ Zvýrazněny jsou také potřeby fyziologické a z vyšších potřeb potřeba sounáležitosti a lásky.

Vágnerová (2007) objasňuje, jak jsou ve stáří modifikovány některé z vyšších potřeb. Postupně se redukuje potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem. Senioři dávají přednost stereotypu před novými zážitky, rádi setrvávají ve světě, který je jim důvěrně známý, což se projevuje oblibou ve vzpomínání. Potřeba citové jistoty a bezpečí bývá naopak intenzivnější, než ve středním věku. Je to způsobeno vědomím ubývání vlastních sil a schopností. Starý člověk potřebuje jistotu, že se o něho někdo dobře postará a že ho přijímá bez hodnocení jeho nedostatků a chápe jeho možnosti. Klevetová (2008). Potřeba intimity má podobu psychické blízkosti jiného člověka, pochopení a sdílení. Senioři preferují kontakty se známými lidmi, kteří posilují jejich pocit jistoty. Potřeba otevřené budoucnosti a naděje bývá založena na zachování sebeúcty a soběstačnosti.

3. Sociální služby

3.1 Definice a účel sociálních služeb

Sociální služby jsou činnosti, které zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění ze Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Služby napomáhají uspokojování specifických potřeb určitých skupin obyvatelstva, jako jsou senioři, nemocní, handicapovaní, osoby bez přístřeší, rodiny s dětmi a nemohoucí. Služby poskytují podporu v oblasti bydlení, vzdělávání a poradenství, dále v oblasti psychologické a kurativní. Duková (2013).

Pospíšil (2013) uvádí, že *„sociální služby lze v obecné rovině považovat za nástroj sociální politiky, který je směřován k osobám, jež mají zejména zákonem stanovenou potřebu je využívat.“*

Sociální služby zajišťují pomoc a podporu lidem, kteří se potýkají s nejrůznějšími problémy z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, zdravotního postižení apod., a kteří nejsou tyto své problémy schopni řešit bez pomoci druhých. Rozsah a forma pomoci musí vždy zachovávat lidskou důstojnost osob, vycházet z jejich individuálních potřeb, aktivně podporovat jejich samostatnost.[29]

Cílem služeb bývá mimo pomoci a uspokojování potřeb také podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů. Hrozenská, (2013).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí základních životních potřeb, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanoven Zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách. [29]

Matoušek (2007, s. 9) uvádí: *„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé*

nositeli. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“

Sociální služby tedy můžeme chápat jako intervenující faktor do životní situace člověka, který potřebuje pomoc.

3.2 Sociální služby před transformací

Sociální služby byly do roku 1989 jednotně zajišťovány státem, zejména prostřednictvím okresních ústavů sociálních služeb. Model poskytování sociálních služeb fungoval na zcela odlišných základech, než je tomu v současnosti. Senioři, lidé se sníženou soběstačností či zdravotním postižením byli izolováni v sociálních a zdravotnických ústavech. Společnost před existencí těchto skupin osob zavírala oči. Systém péče byl skupinový, rutinní bez individuálního přístupu a zohledňování potřeb uživatelů. Jedinci se sníženou soběstačností neměli mnoho možností výběru a volby. Existovaly státní domovy důchodců. Kapacity domovů důchodců často nestačily a v případě, že se o nesoběstačného seniora nemohla starat rodina, se situace těchto lidí řešila dlouhodobými pobyty v nemocnicích, umístěním na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných nebo v ústavech sociální péče. Malíková (2011).

Malíková (2011, s. 30) uvádí, že *„klient byl pasivním příjemcem poskytované péče a měl minimální prostor k tomu, aby mohl pokračovat ve svém předchozím navykklém způsobu života. Jeho návyky většinou nebyly zohledněny, nikdo se o něj nezajímal a musel se plně přizpůsobit chodu a režimu v zařízení. Pasivita, ponížení, zklamání, pocity křivdy a lítosti doprovázely mnoho seniorů po zbývající dny jejich života.“* Taktéž neexistovala možnost výběru ústavu, do kterého měl být senior umístěn. Striktně se dodržovala spádová příslušnost v rámci regionu s trvalým bydlištěm.

Tento model sociálních služeb byl značně nefunkční a odosobněný. Po roce 1989 zaznamenal systém sociální péče, a především pak v péči o seniory, značných změn, nutno podotknout, že pozitivních. Postupně docházelo k humanizaci péče a odborníci se začali zabývat otázkou kvality života. Některá zařízení sociálních služeb přešla z garance státu na obce, další pak přešla v roce 2002 v souvislosti s reformou veřejné správy na krajské úřady, ale k zásadním změnám celého systému sociálních služeb došlo až v roce 2007 nabytím účinnosti Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

3.3 Zákon o sociálních službách

Dne 1.1.2007 vstoupil v platnost Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vytváří právní rámec pro velké množství vztahů mezi institucemi poskytujícími v ČR sociální služby a uživateli, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Zákon je doplněn vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách. Smyslem tohoto zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a z dalších příčin. [29]

Dalším cílem Zákona č. 108/2006 Sb. je vytvoření podmínek pro uspokojování základních potřeb lidí v tíživé sociální situaci a to formou podpory a pomoci při péči o vlastní osobu a motivující k soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život.

Zákon jasně definuje a následně trvá na dodržování základních zásad poskytování sociálních služeb, jako je zachování důstojnosti a lidských práv osob, které sociální služby využívají. Dále vymezuje individuální rozměr poskytovaných služeb, což znamená, že poskytovatel musí vycházet z potřeb konkrétní osoby, nikoliv skupiny osob či z potřeb poskytovatele služby. [30]

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnutá prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost člověka. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb jedince, musí aktivizovat, podporovat rozvoj samostatnosti, motivovat k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu jejich příjemců, v náležité kvalitě a takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidské důstojnosti. [29]

K tomu, aby mohly být naplněny výše uvedené principy, nabízí Zákon o sociálních službách následující zásadní nástroje, jak uvádí Ministerstvo práce a sociálních věcí:

- garantuje každé osobě sociální poradenství
- nabízí pestrou nabídku druhů sociálních služeb, ze které si mohou osoby, které nezvládají svoji situaci, svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí.

- lidem, kteří jsou z důvodu věku nebo zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby v oblasti zvládnání péče o vlastní osobu, je poskytována sociální dávka - příspěvek na péči.
- garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu.
- vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druhích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji. [28]

Koldinská (in Matoušek 2007) uvádí, že Zákon č. 108/2006 Sb. byl zásadním krokem pro systém sociálních služeb v České republice.

V Zákoně č. 108/2006Sb. je také upravena oblast týkající se předpokladů pro výkon povolání sociálního pracovníka a výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí. Smyslem je poskytovat služby tak, aby byly bezpečné pro uživatele a měly náležitou odbornou úroveň. [29]. V neposlední řadě Zákon stanovuje povinnosti poskytovatelů mít oprávnění k činnosti a být veden v „Registru poskytovatelů sociálních služeb.“ Registr zároveň slouží jako informační databáze pro občany i odborníky v sociálních službách. [30]

3.4 Přehled druhů a forem sociálních služeb poskytovaných dle Zákona č. 108/2006 Sb.

Zákon o sociálních službách vymezuje tři základní oblasti služeb:

- **SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ** jako nedílnou součást všech sociálních služeb.
- **SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE** jako služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, v případě, že nemohou být zajištěny bez péče jiné osoby.
- **SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE**, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy. [29]

Sociální služby se dle § 33 Zákona 106/2007Sb. se vyskytují ve třech formách, podle místa poskytování:

- a) **pobytových služeb** - spojených s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- b) **ambulantních služeb** - kdy osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do

zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

c) **terénních služeb** - tyto jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí, např. v domácnosti, v místě, kde pracuje, vzdělává se nebo tráví volný čas

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb podle § 35 Zákona o sociálních službách jsou: Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti, podpora vytváření a zdokonalování základních návyků a dovedností. Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti. [28]

Současný systém služeb umožňuje žadatelům o službu vybrat si takové služby, které mu pomohou podpořit vlastní aktivitu vedoucí k řešení nepříznivé situace. Důležitým pozitivem je možnost kombinace různých druhů služeb anebo kombinace služeb s pomocí a podporou ze strany rodiny či jiných blízkých osob.

Dosud byly sociální služby zmiňovány obecně, nyní se blíže zaměříme na charakteristiku jednotlivých druhů těchto služeb.

3.4.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství se dělí podle § 37 Zákona 108/2006 Sb. na základní a odborné. *„Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je nedílnou složkou všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.“*[1]. Základní sociální poradenství by mělo tazatelům objasnit, v čem spočívá nabídka jednotlivých druhů a forem sociálních služeb, jak se služby od sebe odlišují a jakou pomoc jim jednotlivé služby mohou nabídnout. Výsledkem by pak měla být správná volba některé z dostupné nabídky sociálních služeb. Bezplatné poradenství zahrnuje kromě informací o sociálních službách také informace o možnosti získání pomoci z jiných sociálních systémů, zejména státní sociální podpory. Hrozenská (2013).

Odborné soc. poradenství se vůči základnímu soc. poradenství vymezuje jednak širším rozsahem, hloubkou a zaměřením na příslušnou skupinu. Zákon jej definuje takto:

„Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.“ [1]. Zákon dodává, že součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. [29]

3.4.2 Služby sociální péče

Služby sociální péče „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“ [1]

Do sociálních služeb můžeme zařadit tyto služby:

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- odlehčovací služby
- centra denních služeb,
- denní a týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem
- chráněná bydlení
- průvodcovské a předčitatelské služby
- tísňová péče

Vzhledem k zaměření DP zde uvádíme pouze ta zařízení sociální péče, která jsou určena pro seniory.

Služby sociální péče jsou poskytovány v zařízeních sociálních služeb a v domácím prostředí klientů. Zahrnují služby, jejichž hlavním cílem je zabezpečovat lidem základní

životní potřeby, které nemohou být zajištěny bez péče a pomoci jiné osoby. Dále napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

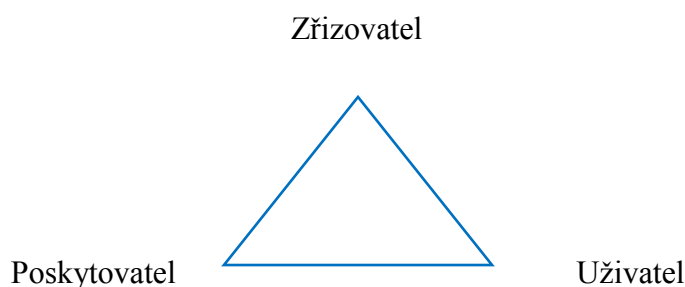
3.4.3 Služby sociální prevence

Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. [29]

Mezi služby sociální prevence například patří telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, raná péče, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, nízkoprahová denní centra, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace. [33]

3.5 Poskytovatelé, zřizovatelé a uživatelé sociálních služeb

Systém sociálních služeb tvoří tři základní činitele: Zřizovatel, poskytovatel a uživatel sociálních služeb. Matoušek (2007).



Obr. č. 1: Činitele systému sociálních služeb. Vlastní zpracování

Zřizovateli v našem právním systému mohou být krajské úřady (kraje), obce s rozšířenou působností (obce) a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zřizovatel je za práci poskytovatele sociální služby zodpovědný a kontroluje dodržování kvality poskytovaných služeb. Obce s rozšířenou působností mohou zřizovat sociální služby jako svoje vlastní

organizační složky nebo jako příspěvkové organizace. Stejně jako obce, i kraj může zřizovat sociální služby. MPSV České republiky zakládá zařízení sociální péče i speciální ústavy s celostátním působením. [29]

Pospíšil (2013) podotýká, že kraje či obce zajišťují zejména nejvíce nákladné pobytové služby sociální péče, které převzaly v souvislosti s reformou veřejné správy a decentralizací veřejných služeb od státu. Jedná se zejména o domovy pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Tyto služby realizují nejčastěji formou zřízení příspěvkových organizací.

Poskytovateli sociálních služeb rozumíme organizace a instituce, jež sociální služby poskytují či provozují na základě oprávnění dle Zákona č.108/2006 Sb. o sociálních službách. Jde o příspěvkové organizace zřizované krajem, městem či obcí, nestátní neziskové organizace jako jsou občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti či církevní organizace. Poskytovatelem může být i fyzická osoba. Poskytovatelem sociální služby nemohou být rodinní příslušníci nebo asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. Stejně tak nemůže být poskytovatelem sociální služby subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu výše uvedeného zákona. [29]. Nový Zákon 108/2006/Sb. dává uživatelům sociálních služeb možnost výběru takového poskytovatele, který nabízí pro uživatele nejvhodnější sociální službu.

Místně příslušné krajské úřady vedou od 1.1.2007 Registr poskytovatelů sociálních služeb, do něhož zapisují poskytovatele sociálních služeb, kterým bylo vydáno Rozhodnutí o registraci, a právnické a fyzické osoby uvedené v § 84 Zákona o sociálních službách. Zavedení registru poskytovatelů sociálních služeb slouží k získání přehledu o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb. Pro poskytovatele je zařazení do registru nejen podmínkou k poskytování sociálních služeb, ale také jedním z předpokladů pro čerpání finančních prostředků z veřejných rozpočtů. [27]

Uživatel - klient je člověk, který užívá sociální služby. Vztah mezi uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb musí být písemně potvrzen smlouvou. Matoušek (2007).

3.6 Smlouva o poskytnutí sociální služby

Poskytování sociálních služeb je zákonem o sociálních službách založeno na smluvním principu. Osoby v nepříznivé sociální situaci si vybírají typ, formu i poskytovatele služby a s ním uzavírají smlouvu, která konkretizuje, za jakých podmínek jim bude sociální služba poskytována včetně práv a povinností obou stran – uživatele i poskytovatele služby.

Poskytovatelům služeb zákon ukládá s osobou plánovat samotné poskytování služby, což staví uživatele do aktivní role. Cílem plánování služby jsou sjednané formy, způsoby a konkrétní aktivity, vedoucí k nastavení vhodné míry podpory, která by odpovídala potřebám uživatele. [30] Charakter smlouvy je soukromoprávní a řídí se příslušnými ustanoveními Občanského zákoníku.

3.7 Standardy kvality sociálních služeb

Poskytování kvalitní sociální služby by mělo být cílem každého poskytovatele sociální služby. Kritéria kvality sociálních služeb určují „Standardy kvality sociálních služeb.“ Ty udávají hodnoty, které jsou pro poskytovatele závazné a směřují k naplňování kvality služeb. Standardy jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií a popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jejich smyslem je mimo jiné umožnit průkazným způsobem posouzení kvality poskytované služby. Jedná se o celý souhrn jednoznačně stanovených a písemně deklarovaných předpokladů a opatření, kterými poskytovatelé sociálních služeb vymezují a garantují činnosti, jimiž naplňují samotné poslání poskytované služby. Vymezují zaměření služby, její specifika, cílovou skupinu, geografické vymezení, podmínky poskytované služby, garantují rozsah a využití služby. [2]

3.8 Příspěvek na péči

Důležitým prvkem pro fungování sociálních služeb je poskytování příspěvku na péči. Jedná se o státní sociální dávku, která posiluje finanční soběstačnost uživatele sociálních služeb. [28]. Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří „z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle Zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí

poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.“[28]. Znamená to tedy, že zájemce o službu se jednak sám rozhoduje o druhu, způsobu a průběhu poskytované služby, ale také díky příspěvku na péči si může vybranou sociální službu zakoupit.

3.8.1 Uplatnění nároku na příspěvek na péči

Nárok na příspěvek na péči nevzniká automaticky, žadatel musí o něj požádat na místně příslušném pracovišti krajské pobočky Úřadu práce. Do žádosti uvádí mimo jiné i informaci o tom, kdo bude potřebnou péči zajišťovat. Poté následuje proces posouzení stupně závislosti na pomoci jiné osoby. Pro účel rozhodování o příspěvku provádí nejprve sociální pracovník sociální šetření, při kterém zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Účelem šetření je objektivní zjištění životních podmínek žadatele a jeho schopnosti samostatného života v místě, kde žije.[28]

Pro posouzení stupně závislosti se hodnotí schopnost **zvládat 10 základních životních potřeb z každodenního života:**

- Mobilita
- Orientace
- Komunikace
- Stravování
- Oblékání a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologické potřeby
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost

Po provedení sociálního šetření posuzuje lékař OSSZ stupeň závislosti. Vychází při tom ze zdravotního stavu žadatele, doloženého nálezem ošetřujícího lékaře a z výsledku sociálního šetření. Výsledkem je rozhodnutí o přiznání či zamítnutí příspěvku a jeho výši.
[18]

3.8.2 Stupně závislosti

Zákon o sociálních službách definuje čtyři stupně závislosti ve dvou úrovních (osoby do 18 let věku a nad 18 let), na základě kterých je příspěvek vyplácen.

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- **stupni I**, (lehká závislost) pokud nezvládá
3 základní životní potřeby
3 nebo 4 základní životní potřeby (nad 18 let),
- **stupni II (středně těžká závislost)**, pokud nezvládá
4 nebo 5 základních životních potřeb (do 18 let),
5 nebo 6 základních životních potřeb (nad 18 let),
- **stupni III (těžká závislost)**, pokud nezvládá
6 nebo 7 základních životních potřeb (do 18 let),
7 nebo 8 základních životních potřeb (nad 18 let),
- **stupni IV (úplná závislost)**, pokud nezvládá
8 nebo 9 základních životních potřeb (do 18 let),
9 nebo 10 základních životních potřeb (nad 18 let),
a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. [18]

3.8.3 Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči pro osoby **do 18 let** věku činí za kalendářní měsíc:

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

Výše příspěvku na péči pro osoby **starší 18 let** činí za kalendářní měsíc:

- 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) [34]

3.8.4 Financování sociálních služeb

Financování sociálních služeb je tzv. vícezdrojové. Vedle státu se na financování sociálních služeb podílejí především kraje a obce, případně i soukromý sektor, nadace a fondy. Příjmy poskytovatelé získávají také z úhrad běžných uživatelů sociálních služeb, případně z projektů financovaných Evropskou unií.[2]

Uživatel sociální služby hradí poskytované služby jednak z příspěvku na péči, dále ze starobního či invalidního důchodu anebo z jiného sociálního transferu, např. z dávek hmotné nouze. K ostatním zdrojům patří dotace ze strukturálních fondů Evropské unie, dotace z rozpočtů samospráv, dary a příspěvky z nadací, nadačních fondů a dary fyzických a právnických osob. Pospíšil (2013)-

Od 1.1.2015 došlo novelou Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. k upřesnění pravidel pro poskytování dotací. Kompetence k poskytování účelové dotace na financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním základních druhů a forem sociálních služeb přešla z dominance státu - MPSV na krajské úřady. Zastupitelstva jednotlivých krajů rozhodují o výši poskytnuté dotace určené poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů SSL.[29]

4. Činitelé ovlivňující potřebu sociálních služeb

K základním sociálně-ekonomickým faktorům, které v současnosti ovlivňují vývoj a potřebu sociálních služeb v evropských zemích, patří prodlužování lidského věku a tím i období, kdy člověk potřebuje pomoc jiné osoby. Dalším faktorem je přenášení standardu života v produktivním věku i na období, kdy je člověk závislý na pomoci jiné osoby. Narůstají s tím také náklady na kompenzaci závislosti na vnější pomoci. Smutek (2006)

Mertl (2007) upozorňuje na skutečnost, která nemalou měrou ovlivňuje potřebu sociálních služeb, a to je změna tradičního způsobu života v rodinách i věkových struktur rodin. V neposlední řadě činitelem, na který musí systém sociálních služeb reagovat, je růst počtu diagnóz specifických či výlučných pro populaci seniorů.

4.1 Změna tradičního způsobu života

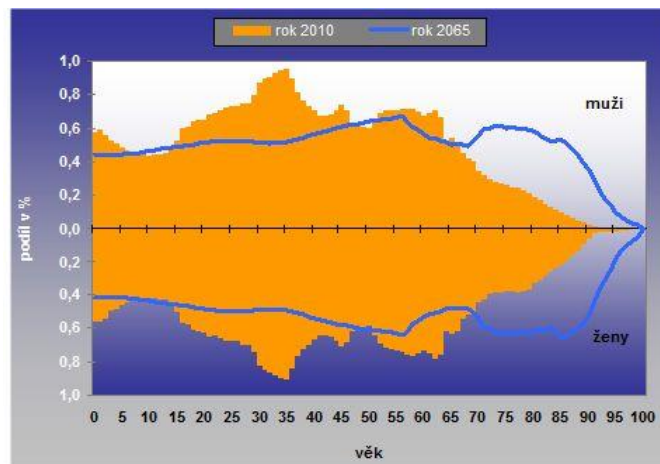
Změny v oblasti sociálních služeb souvisí se změnami tradičního způsobu života v rodině. Jak uvádí Mertl (2007), historicky celou řadu funkcí sociálních služeb zastávaly a pokrývaly právě rodiny, ať už to byla vzájemná péče sourozenců nebo princip „výměnku“, na nějž se uchylovali staří rodiče po předání hospodářství svým potomkům výměnou za definovaný životní standard v době stáří a nemoci. Celá řada aktivit, které v současné době řadíme mezi sociální služby, se tak odehrávala automaticky v rodinách samotných. Bylo to jednak umocněno nízkou mobilitou obyvatelstva, která umožňovala dlouhodobé kontakty jednotlivých členů rodiny a také velkým počtem pohromadě žijících členů rodiny, který umožňoval vzájemnou zastupitelnost jednotlivých členů rodiny. Tyto skutečnosti ale postupně, zejména během 20. století, přestávaly platit. Demografický vývoj přinesl významné snížení počtu dětí v rodině a větší mobilitu obyvatelstva. Jednotlivé generace přestaly sdílet společné domácnosti a trendem se stalo samostatné bydlení podle vlastních priorit. Zaměstnání se přesunulo mimo domov a lidé tak mají méně času a prostoru zabývat se problémy svých blízkých.

4.2 Stárnutí populace

Klíčovým demografickým problémem je stárnutí populace, které s sebou přináší zvyšující potřebu poskytování zdravotní a sociální péče. V této kapitole vycházíme z údajů zpracovaných ve vlastní bakalářské práci. Rábková (2013)

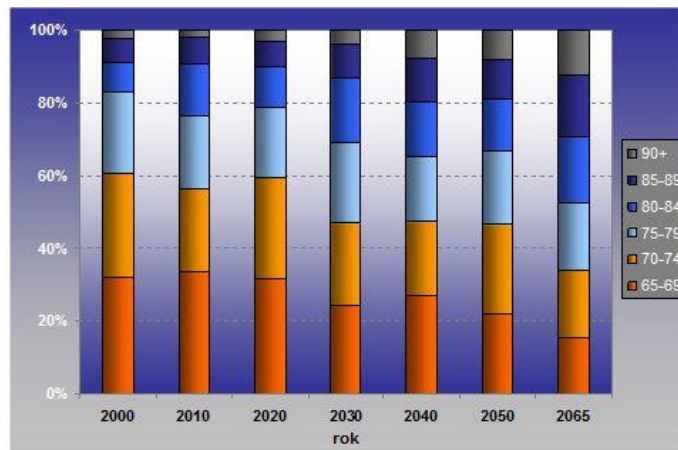
Demografická projekce zpracovaná ČSÚ „Prognóza populačního vývoje České republiky“ na období let 2008-2070 [12] ukazuje, že bude populace dále progresivně stárnout. Významnými činiteli jsou očekávaný pokles porodnosti a zároveň výrazný nárůst podílu seniorské populace způsobený zlepšováním úmrtnostních poměrů (prodlužování lidského života), a to zejména osob ve vyšším věku.

Následující graf ukazuje reálnou a předpokládanou věkovou strukturu obyvatelstva České Republiky v letech 2010 a 2065.



Graf č. 1: Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2010 a 2065. Zdroj: ČSÚ [12]

Znatelné změny způsobené nárůstem naděje na dožití se promítnou zejména v rámci skupiny samotných seniorů – zatímco v roce 2010 tvořily třetinu ze všech seniorů osoby ve věku 65-69 let, v roce 2065 bude tato věková skupina představovat pouze 15 % populace (viz. Graf 2). Absolutně i relativně se tedy zvýší zastoupení seniorů ve věku 70 a více let. Konkrétně věková skupina 70-79 let by měla ve srovnání s rokem 2010 vzrůst téměř dvojnásobně, skupina osob ve věku 80 a více let dokonce více než čtyřnásobně. Tzn. i samotná seniorská populace postupně stárne. Tento trend s sebou přinese i rostoucí intenzitu spotřeby sociálních služeb.



Graf 2: Věková struktura skupiny seniorů (ve věku 65 a více let) ve vybraných letech, reálný a projektovaný stav (v %). Zdroj: ČSÚ [12]

4.3 Specifické choroby stáří

Mezi fenomény, které ovlivňují potřebu sociálních služeb, patří také nárůst specifických chorob, postihujících především populaci seniorů. Stáří je poslední část životního běhu, která s sebou přináší nejen životní zkušenosti, ale i těžkosti v podobě výskytu širokého spektra nemocí. Stárnoucím lidem postupně ubývají nejen tělesné, ale i duševní síly. Vlivem psychického stárnutí se mění jejich vnímání, rozumové schopnosti, citové prožívání i osobnost člověka. Vzhledem k tematickému zaměření diplomové práce se zaměřujeme především na duševní onemocnění seniorů, která mají vliv na potřebu sociální péče.

Nejvýraznějším znakem úbytku duševních schopností velmi starých lidí je podle Grusse (2009) dramatický nárůst stařeckých demencí, které s sebou vysoký věk přináší. Meluzínová (2013, s. 192) uvádí, že „*Demence představují novodobou pandemii na přelomu tisíciletí, která má hluboké dopady biologické, psychologické a společenské.*“

Demence je organické postižení mozku, v jehož důsledku dochází ke snížení duševní výkonnosti a rozumových schopností. Mlýnková (2011) popisuje latinský původ pojmu demence. Předpona „de“ znamená odstranit a „mens“ znamená mysl. Význam pojmu doslova znamená „bez mysli.“ Mezi projevy onemocnění člověka s demencí patří neschopnost zapamatovat si nové informace, změna sociálního chování a postupná ztráta intelektových funkcí. Změnami mozku jsou nejvýrazněji zasaženy tři oblasti psychiky, jak je charakterizuje Čechová (1999). Jedná se o změny emocionality, změny adaptability a snížení psychických schopností. Může se projevit neklid až agresivita, dezorientace,

deprese. Nakonec senior nezvládá každodenní činnosti a stává se závislým na péči okolí. Nejrozšířenějším typem demence je **Alzheimerova choroba**, která tvoří více než polovinu všech případů demence.

5. Alzheimerova choroba

5.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova demence (Dementia of the Alzheimer Type) je nejčastěji se vyskytujícím typem demencí a je známá i pod názvem demence Alzheimerova typu nebo Alzheimerova choroba (ACH). Jedná se o závažné degenerativní onemocnění mozku, při kterém dochází k odumírání nervových buněk v mozkové hemisféře a úbytku mozkové hmoty. Callone (2006).

Odborná literatura se shoduje na tom, že podstatou nemoci je ukládání chorobně vzniklé bílkoviny beta-amyloidu v mozku. Ve větším množství tato bílkovina tvoří tzv. plaky – ložiska, ničící mozkové buňky. Mlýnková (2011). Úbytek buněk pak vede k významnému narušení kognitivních funkcí. Nemocný si přestává si pamatovat, není schopen logicky uvažovat, komunikovat, nedokončuje myšlenky, postupně ztrácí návyky a dovednosti. Mění se celá jeho osobnost. V posledních stádiích dochází k úplné ztrátě paměti a nemocný už vůbec není schopen se sám o sebe postarat.[19]

Alzheimerovu chorobu poprvé popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907. V té době se považovala za nemoc vzácnou. Nyní se demence v různých formách vyskytuje více než u sedmi miliónů obyvatel Evropy.[5]. Alzheimerova choroba je onemocnění především vyššího věku a s narůstajícím věkem riziko vzniku onemocnění stoupá. Ve skupině 65-ti letých jsou postiženy zhruba 2 – 3 %, každých 5 let se toto procento zdvojnásobuje. Ve skupině 80-ti letých je postižena polovina populace. V současné době se odhaduje, že je ve světě kolem 20 miliónů lidí, trpících Alzheimerovou chorobou.[6]

5.2 Příznaky a stádia nemoci

Příznaky ACH se vyvíjejí plíživě. Koukolík (1998) uvádí, že rozlišení nemoci od příznaků doprovázející klinicky normální stárnutí nemusí být zpočátku jednoduché, protože není jasné, jak dlouho trvá preklinické stádium nemoci. Autor se domnívá, že to je

několik let. Nejčastěji bývají prvním příznakem choroby poruchy paměti s charakteristickým zapomínáním každodenních událostí.

Ve vývoji Alzheimerovy choroby lékaři rozlišují tři stadia. Pro každé z nich jsou charakteristické jiné potíže, přičemž některé z těchto problémů se mohou objevit v kterémkoli stádiu, zatímco jiné nemusejí nastat vůbec. Přejít mezi stadiem I. (mírná demence) a II. (středně pokročilá demence) a mezi stadiem II. a III. (pokročilá demence) může trvat i několik let. Mlýnková (2011).

V **počátečním stádiu** nemoci se objevuje porucha vybavování čerstvě uložených paměťových dat a porucha schopnosti pojmenování. Zhoršuje se obrazová představivost, logické uvažování a schopnost úsudku. K dalším projevům patří zhoršování paměti, projevující se zapomínáním zcela nedávných událostí, blouděním, neschopností nalézt známou cestu domů. Také se objevují poruchy prostorové a časové orientace. Nemocný si neumí vybavit jaký je den, měsíc nebo rok. Poruch paměti si nemocní nebývají vědomi, cítí se zdraví a popírají své problémy. Stává se, že někdy podezírají blízké, že jim věci schovávají. [38]. V tomto stádiu se mohou vyskytovat i první psychologické příznaky a poruchy chování, např. poruchy vnímání, deprese, úzkosti i agrese, ojediněle i bludy. Postupně se mění osobnost a povaha nemocných, začínají být egocentričtí a soustředění na sebe. Pacienti jsou však schopni se o sebe zatím sami postarat, i když se u nich může vyskytnout ztráta iniciativy.

Ve **druhém stádiu** nastávají problémy výraznějšího charakteru, které již nemocnému znemožňují vykonávat řadu běžných každodenních činností. Česká alzheimerovská společnost uvádí tyto příznaky: Významné výpadky paměti, snížená schopnost postarat se sám o sebe, přiměřeně se obléci, udržovat své věci v pořádku. Nemocní nedovedou pojmenovat známé věci, z paměti jim vypadávají běžná slova, dochází ke zhoršování schopnosti artikulace řeči. Přesto, že postižení paměti není při krátkém kontaktu nemocného s neznámými lidmi patrné, pacient je již z velké části odkázán na péči okolí. Callone (2006).

Třetí stádium – těžké demence je stádiem úplné ztráty soběstačnosti a pacient je ve všem závislý na péči okolí. V této fázi onemocnění klesá schopnost pacientů komunikovat s okolím. Nemocní bývají apatičtí, přestávají poznávat přátele i příbuzné. Vyskytují se u nich poruchy chůze, pády, neurologické poruchy. Časté jsou obtíže při příjmu potravy.

Postupně chátrají a hubnou. Nakonec přijdou i o schopnost udržet oční kontakt s lidmi, kteří o ně pečují. Jsou odkázáni na lůžko, inkontinentní a němí. [21]

Koukolík (1998) uvádí, že Alzheimerova nemoc obvykle probíhá 3-8 let. Zahraniční literatura Callone (2006) se však v tomto tvrzení liší a uvádí horní hranici až 20 let, a dodává, že tato skutečnost závisí na podmínkách a zdravotním stavu osoby. Muži s touto chorobou umírají dříve než ženy.

5.3 Péče o nemocné s Alzheimerovou chorobou

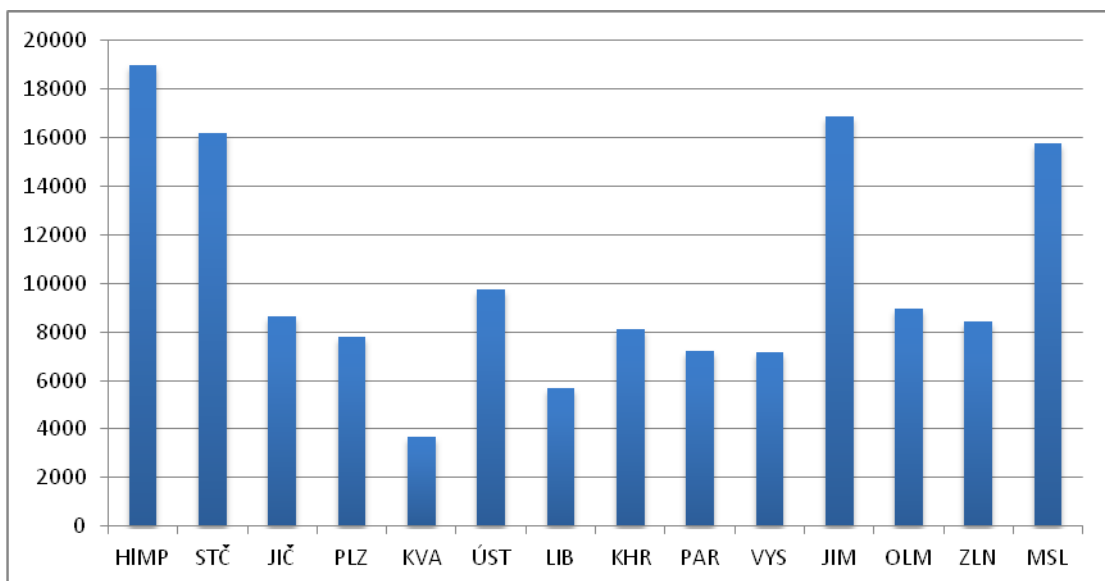
Péče o nemocného se odvíjí od toho, v jakém stádiu se nemoc nachází. **V prvním stádiu** nemoci není nutná kontinuální péče pečovatele, nemocný je v domácím prostředí a pečovatel mu pomáhá např. při hygienické péči, při zajišťování nákupů, doprovází ho k lékaři, na úřady atd. Důležitý je v tomto období trénink paměti nemocného, protože oddaluje zhoršování nemoci. Rodina musí dostatečně zajistit bezpečí domova. Patří k tomu zajištění elektrických spotřebičů, ostrých předmětů, nainstalování madel, upevnění piktogramů na dveře toalety. Doporučuje se v kuchyni odstranit otočné knoflíky regulující přívod plynu a elektřiny, vypínat elektrické spotřebiče ze zásuvek. Rodina nemocného by měla být připravena na změny chování nemocného, v souvislosti se zhoršujícím se stavem jsou možné jeho agresivní reakce. **Ve druhém stádiu** je péče o seniora náročnější, stálý dohled je nezbytný. Rodina většinou uvítá pomoc jiné osoby, velkou oporou se stávají terénní, ambulantní i respitní sociální služby. Pečovatelé pomáhají nemocnému při uspokojování základních potřeb. Stává se, že se senioři brání pomoci, stravování, hygieně, apod. Může docházet ke konfliktům a agresivnímu jednání seniora. I přes snahu maximální možné péče je třeba, aby pečovatel ustoupil, protože toto jednání nemocného je projevem nemoci. Nemocný přestává poznávat své blízké a cítí se ohrožen. **Ve třetím stádiu** nemoci je senior zcela odkázán na pomoc okolí. Pro rodinu se stává péče pro nemocného nevladatelná. Mozkové funkce seniora jsou nenávratně ztraceny, senior je imobilní a prioritou se stává komplexní ošetrovatelská péče a vlídný přístup k nemocnému. Mlýnková (2011).

5.4 Výskyt demence a Alzheimerovy choroby v České republice

V České republice Alzheimerovou chorobou či jinými typy demence trpí přibližně 143 tisíc lidí. Z tohoto počtu jsou přitom více než dvě třetiny ženského pohlaví. Mužů trpících

demencí je ve všech věkových skupinách odhadováno 45,5 tisíce, žen pak 97,7 tisíc. Toto je však kvalifikovaný odhad, který vychází z evropských a světových výzkumných prací a studií. V tuzemských podmínkách totiž dosud neexistuje relevantní studie, která by otázku prevalence či incidence Alzheimerovy choroby validně mapovala. Mátl (2014).

Následující graf ukazuje výskyt onemocnění v jednotlivých krajích a v hlavním městě v roce 2013.



Graf č. 3: Počet lidí s demencí v krajích ČR. Zdroj: Mátl (2014)

6. Kvalita života

6.1 Teoretické vymezení kvality života

Kvalita života je obecný a široký pojem. Vždy záleží na jedinci, který ji definuje, tedy na jeho postojích, zdraví, zkušenostech, uspořádání životních hodnot a především na aktuální životní situaci. Názor na kvalitu života je pravděpodobně odlišný u mladého člověka než u seniora. Bártlová (2010).

Pojem kvalita života (Quality of Life-QOL) se obsahově i historicky vyvíjel. V každém údobí byla kvalita života chápána poněkud odlišně, vzhledem k dané kulturní, sociální ekonomické i hodnotové situaci. V novodobé historii byl pojem kvalita života poprvé zmíněn ve dvacátých letech 20. století v souvislosti s úvahami o ekonomickém a sociálním vývoji společnosti a roli státu v oblasti materiální podpory chudších vrstev obyvatelstva. Dvořáčková (2012). Období po druhé světové válce znamenalo naději v pokrok vědy a průmyslu a vedlo k přesvědčení, že tyto zlepšující se sociálně-ekonomické determinanty povedou ke zlepšení kvality života lidí. Výzkum kvality života intenzivně začal v 90. letech minulého století a od té doby je zkoumán jako „*komplexní, proměnná a subjektivně pojatá veličina, o jejíž objektivní uchopení se vlastně snažíme až dodnes.*“ Lužný (2009, s. 35)

Smyslem studia kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní podmínky a prostředí, které by lidem umožňovaly žít takovým způsobem, jaký je pro ně nejlepší a ve kterém nacházejí smysl života a mohou si ho užít.

Podle Světové zdravotnické organizace se kvalita života vyjadřuje tím, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. Vries (1997)

Kvalita života je předmětem zkoumání několika vědních oborů - medicíny, filozofie, sociologie, psychologie, andragogiky, ošetřovatelství i pedagogiky. Jelikož se prolíná více vědními obory, je tedy obtížné ji přesně definovat, a proto jednotná definice kvality života neexistuje. Vaňurová (2005) uvádí, že vzhledem k subjektivní, kulturní a multidimenzionální podmíněnosti není možné uvést jednotný teoretický základ tohoto pojmu.

6.2 Pojetí kvality života

Každý vědní obor má tendenci vymezovat kvalitu života ze svého úhlu pohledu a vytváří vlastní koncept kvality života. Dvořáčková (2012) přibližuje několik pojetí kvality života.

Medicínské pojetí posuzuje kvalitu života z pohledu zdraví-nemoc, neboť právě zdraví či nemoc ovlivňuje kvalitu jedincova života nejvýznamněji. Světová zdravotnická organizace (WHO) však zdraví nechápe pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Kvalita života je tedy ovlivněna nejen intenzitou příznaků nemoci a její závažností, ale i celkovou spokojeností pacienta s životní situací.

Psychologické pojetí chápe kvalitu života z více hledisek. Jednak se zaměřuje na zjišťování životní spokojenosti, přičemž si klade otázku, co činí lidi spokojenými a které faktory ke spokojenosti přispívají, zároveň se ptá, co přináší jedinci v životě nesnáze, smutek, beznaděj. Dalším aspektem je subjektivní spokojenost jedince s vlastním životem. Tato subjektivní stránka je označována jako pocit osobní svobody – štěstí, nazývaný „well-being.“ V české terminologii se užívá jako ekvivalent pojmu well-being termín „pocit osobní pohody.“ Hrozenská (in Dvořáčková 2013) shrnuje, že v psychologickém přístupu kvalitou života rozumíme koncepci toho, co člověku přináší pocit spokojenosti v životě. Koncept vychází z analýzy individuálního životního stylu, způsobu života, rodinné a zdravotní situace, hodnotového systému a postojů člověka.

Sociologické pojetí chápe kvalitu života více v kontextu člověka jako společenské bytosti. Zaměřuje se na atributy sociální úspěšnosti, postavení člověka ve společnosti, jeho vzdělání i životního stylu, který je ovlivněn materiálními a ekonomickými podmínkami života člověka. Životní styl je posuzován jako souhrn životních zvyků a obyčejů.

V obecné rovině můžeme kvalitu života chápat jako průsečík zdravotních, sociálních, psychických, i ekonomických faktorů, které ovlivňují jednotlivce.

Ukázalo se, že kvalita života nezávisí pouze na zjistitelných vnějších faktorech, ale je ve velké míře ovlivněna subjektivním prožíváním smyslu života. Hogenová (in Dvořáčková 2012) uvádí, že z filozofického hlediska kvalita života souvisí s cílem, ke kterému čemu člověk směřuje - smyslem života.

6.3 Dimenze kvality života

Na koncept kvality života lze podle Kirbyho (in Dvořáčková 2012) nahlížet ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního hlediska.

Subjektivní pohled souvisí s jedincovým vnímáním svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a systému hodnot, sebeuplatnění v pracovním, rodinném a sociálním prostředí a také se všeobecnou spokojeností s vlastním životem a zdravím.

Objektivní rovina sleduje vnější podmínky ovlivňující kvalitu života a představuje naplnění požadavků, které se týkají sociálních a materiálních podmínek života a fyzického zdraví. Dvořáčková (2012, s. 69) vymezuje objektivní rovinu jako „*souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.*“ Vymětal (in Dvořáčková 2012) dodává, že kvalitu života lze vidět také jako míru, v níž člověk využívá možnosti svého života.

V současnosti se zkoumání kvality života zaměřuje spíše na subjektivní rovinu. Platí to i pro zdravotnictví, které dlouhou dobu považovalo za stěžejní především objektivní měření kvality života pacientů. V posledních letech se zásadním způsobem změnil medicínský přístup k pacientovi a do centra pozornosti se dostává nejen fyzický stav pacientů a výsledky léčby, ale přístup k pacientovi se zaměřuje na jeho celkovou spokojenost a každodenní život. [35]

Vaďurová (2005) shrnuje, že život jako takový se uskutečňuje v součinnosti vnitřních a vnějších činitelů, které mají zásadní vliv na jedincovo vnímání kvality života. Mezi vnitřní činitele řadí psychické a somatické vybavení člověka, vnějšími činiteli jsou podmínky existence, zejména společensko-kulturní, výchovně-vzdělávací, ekologické, pracovní a ekonomické faktory. Vaďurová (2005).

Kvalita života je tedy dána objektivními podmínkami k dobrému životu a subjektivním prožíváním dobrého života.

Na závěr kapitoly uvádíme přehledný model kvality života, vyvinutý Centrem pro podporu zdraví při Univerzitě Toronto v Kanadě. Tento model vychází z holistického pojetí kvality života a zahrnuje tři základní domény a devět dílčích domén. Kvalita života jedince je určena osobní důležitostí jednotlivých domén a mírou, jakou je naplňována v reálném životě. Možnosti, příležitosti a omezení, které jedinec ve svém životě má, jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. Bulková (2011).

BÝT (BEING) – osobní charakteristiky člověka	
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
PATŘÍT NĚKAM (BELONGING) - spojení s konkrétním prostředím	
Fyzické napojení	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální napojení	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Komunitní napojení	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (BECOMING) – dosahování osobních cílů; naděje a aspirace	
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasové realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Tabulka č. 1: Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto, podle Bulkové (2011).

6.4 Kvalita života seniorů

Jak už bylo uvedeno výše, na utváření kvality života se podílí výčet faktorů - zdravotní, sociální, ekonomické a environmentální. Nejčastěji zdůrazňovaný faktor ovlivňující kvalitu života seniorské populace, jak uvádí Topinková, (in Dvořáčková 2012) je zdravotní stav. Stáří není nemoc, ale část starých lidí má zdravotní a funkční problémy. Zdraví či nemoc výrazně determinují způsob prožívání života v pokročilejším věku a ovlivňují všechny běžné činnosti seniorů. Vohralíková (in Dvořáčková 2012) dodává, že nejzávažnějším důsledkem nemoci je snížení soběstačnosti, které může vést až k bezmocnosti,

vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby nebo institucionalizaci. K nezanedbatelným problémům patří také sociální izolace, která mnohdy vyústí v osamělost seniorů.

Dvořáčková (2012) shrnuje nejvýraznější faktory ovlivňující spokojenost seniorů a kvalitu jejich života:

- Zdraví – soběstačnost, sebeobsluha, úroveň mobility, osobní pohoda
- Mezilidské vztahy – respekt k seniorům, vůle naslouchat
- Smysluplné cíle, aktivita
- Hmotné zabezpečení – bydlení, strava
- Zdravotní a sociální služby – přístup ke službám, kvalita služeb, dostatečná síť služeb
- Sociální prostředí, autonomie - dostatek sociálních kontaktů
- Bezpečí životního prostředí, ve kterém senioři žijí

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7. Cíl výzkumného šetření a výchozí předpoklady

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjištění aktuální situace v terénu v podobě seznámení se sociálními službami v Olomouckém kraji, určených osobám trpícím Alzheimerovou chorobou a ve vybraném pobytovém zařízení - Domově se zvláštním režimem v Jedlí u Zábřeha přiblížit a vyhodnotit pohled rodinných příslušníků na péči o seniory s tímto onemocněním.

V souladu se stanoveným cílem výzkumného šetření jsme se zaměřili na následující dílčí cíle:

1. Zmapovat zastoupení všech sociálních služeb pro seniory v Olomouckém kraji.
2. Zjistit zastoupení sociálních služeb určených seniorům s Alzheimerovou chorobou. v Olomouckém kraji.
3. Zjistit, zda stávající nabídka vybraných sociálních služeb v Olomouckém kraji pokrývá poptávku žadatelů a zda jsou tyto služby dostupné pro nemocné seniory.
4. Přiblížit konkrétně poslání vybraného zařízení – Domova se zvláštním režimem v Jedlí u Zábřeha.
5. Zjistit, do jaké míry přispívají pobytové sociální služby Domova se zvláštním režimem v Jedlí ke zlepšení kvality života seniorů z pohledu jejich rodinných příslušníků.

Výchozí předpoklady

1. Pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory v Olomouckém kraji nejsou dostupná pro všechny nemocné seniory s diagnózou demence (nabídka nepokrývá poptávku).
2. Rodinní příslušníci volí pobytové služby pro své nemocné seniory s diagnózou Alzheimerovy choroby nejčastěji v případě, když není v jejich silách se o nemocného postarat, či je tato péče pro ně nepřiměřenou zátěží.

3. Sociální služby v Domově se zvláštním režimem v Jedlí přispívají ke zlepšení kvality života seniorů s demencí.
4. Rodinní příslušníci hodnotí péči v zařízení převážně kladně.
5. Pracovníci Domova se zvláštním režimem v Jedlí zaujímají ke své práci kladné stanovisko.
6. Analýza zjištěných dat poskytne podstatné informace k vyvození aktuálního obrazu o kvalitě péče ve sledovaném zařízení.

8. Užité prostředky a metody šetření

K naplnění cílů práce byl zvolen **kvalitativní přístup** jako hlavní výzkumná strategie. V dílčích oblastech je tento typ přístup podpořen kvantitativním postupem. Disman (2002, s. 285) definuje kvalitativní výzkum jako „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality s cílem odkrýt význam pokládaný sdělovaným informacím.*“ Při výzkumu byla uplatněna metoda pozorování, z deskriptivních metod pak popis zkoumaného stavu včetně statistik. Dále byla použita technika dotazníku a vycházela jsem i z konzultací se sociálními pracovníci Domova se zvláštním režimem v Jedlí u Zábřeha.

Pro naplnění hlavního cíle a nalezení odpovědi na dílčí otázky diplomové práce byly využity tyto prostředky a metody:

- o studium a rešerše odborné literatury a internetových zdrojů
- o sběr dat
- o studium problematiky Alzheimerovy choroby
- o metoda pozorování reality
- o konzultace se sociálními pracovníci Domova se zvláštním režimem v Jedlí
- o analýza dostupných informací
- o odborná sociální praxe v Domově se zvláštním režimem v Jedlí
- o dvě dotazníkové metody vlastní konstrukce
- o vlastní šetření a vyhodnocení shromážděných podkladů

9. Organizace šetření

Výzkumné šetření probíhalo ve dvou liniích a v několika fázích. První linie mapovala síť sociálních služeb pro seniory s onemocněním Alzheimerovou chorobou (ACH) v Olomouckém kraji, druhá linie byla zaměřena na konkrétní pobytové zařízení sociálních služeb - Domov se zvláštním režimem v Jedlí u Zábřeha v Olomouckém kraji. Během šetření se obě linie prolínaly.

V první fázi jsem se v rámci třítydenní odborné praxe v květnu roku 2014 blíže seznámila s posláním Domova se zvláštním režimem v Jedlí, se sociální a zdravotní péčí o nemocné uživatele, s uplatňovanými aktivizačními a terapeutickými metodami práce s uživateli sociálních služeb.

V další fázi byly shromažďovány informace týkající se Alzheimerovy choroby a současně informace vztahující se k jednotlivým typům a formám sociálních služeb v Olomouckém kraji. Za tímto účelem jsem vyhledávala informace v knihovnách, odborných časopisech, ve statistických ročenkách, výročních zprávách, na webových portálech ČSÚ, MPSV, Olomouckého kraje a obcí s rozšířenou působností v Olomouckém kraji, v katalogu poskytovatelů sociálních služeb a analytických studiích. Oslovila jsem opakovaně sociální odbor krajského úřadu Olomouckého kraje s požadavkem o poskytnutí statistických údajů týkajících se sociálních služeb v kraji. Po rozsáhlé komunikaci, která zpočátku neměla požadovaný efekt, se mi nakonec podařilo od krajského úřadu získat potřebné aktuální údaje.

Po provedení rešerše odborné literatury a důkladné analýzy dostupných informací byly vymezeny oblasti zájmu a byl hledán vhodný prostředek k realizaci průzkumu. Po rozvaze byly vyhotoveny dva dotazníky, jeden pro rodinné příslušníky uživatelů Domova se zvláštním režimem, druhý pro zaměstnance Domova v přímé obslužné péči. Finální podoba dotazníků byla konzultována se sociálními pracovníci Domova se zvláštním režimem a dále s nezávislými osobami.

Následně byla provedena analýza získaných statistických dat současného stavu oblasti sociálních služeb pro seniory v Olomouckém kraji. Na základě získaných údajů byly vytvořeny analytickou činností a tříděním dat přehledy typů sociálních služeb, které byly

zpracovány do podoby tabulek. Tyto tabulky shrnují získané údaje do struktury umožňující vyslovit relevantní závěry.

Po analýze statistických dat jsem začátkem roku 2015 navštěvovala zařízení Domova za účelem pozorování a konzultací se sociálními pracovníci, následovalo studium dokumentace, výročních zpráv, fotografií. Švaříček (2007, s. 143) popisuje zúčastněné pozorování jako *„dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život.“*

Poté proběhlo od 28. 2. do 23. 3. 2015 Domově se zvláštním režimem dotazování respondentů pomocí dotazníků. Dotazníky byly vyhodnoceny, zpracovány a interpretovány příslušné závěry.

10. Dokumentace výsledků – sociální služby v Olom. kraji

10.1 Základní sociodemografické údaje Olomouckého kraje

Olomoucký kraj se rozkládá ve střední části Moravy a zasahuje i do její severní části. Celková výměra kraje činí 5 267 km² a tvoří 6,7 % z celkové rozlohy České republiky. Svou rozlohou se řadí k menším regionům, zaujímá osmé místo mezi čtrnácti kraji v České republice. Olomoucký kraj hraničí na severu s Polskem, na východě sousedí s Moravskoslezským krajem, na jihu se Zlínským a Jihomoravským krajem a na západě s krajem Pardubickým.[9]

10.1.1 Administrativní členění kraje

Olomoucký kraj je tvořen územím pěti okresů: Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov a Šumperk. Na území Olomouckého kraje bylo ustanoveno 13 správních obvodů obecních úřadů obcí s rozšířenou působností a 20 správních obvodů obcí s pověřeným obecním úřadem. [9]



Graf. č. 4: Administrativní členění Olomouckého kraje, zdroj ČSÚ

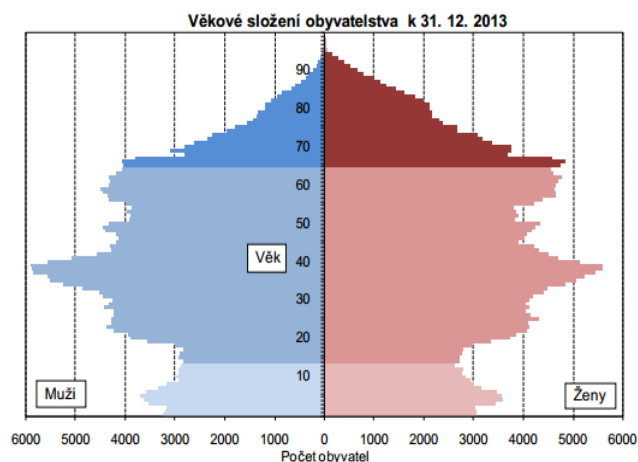
Obyvatelé Olomouckého kraje žijí v 399 obcích, z nichž má 30 přiznaný statut města a 12 statut městyse. V městech bydlí 56,4 % obyvatel z celkového počtu osob žijících v kraji, v městysech 2,6 %. Krajským městem je statutární město Olomouc, které k 31. 12. 2013 mělo 99 489 obyvatel. Počty osob žijících v jednotlivých okresech jsou uvedeny v tabulce níže. [9]

	Kraj celkem	v tom okresy				
		Jeseník	Olomouc	Prostějov	Přerov	Šumperk
Základní údaje						
Rozloha v km ²	5 267	719	1 620	770	845	1 313
Obce	399	24	96	97	104	78
Části obcí	767	63	232	158	152	162
Obyvatelstvo						
Počet obyvatel	636 356	39 659	233 032	109 130	131 746	122 448

Tab. č. 2: Vybrané ukazatele v olomouckém kraji podle okresů k 1.1.2014. Zdroj ČSÚ. Vlastní zpracování.

10.1.2 Struktura a počet obyvatel

Jak vyplývá z výše uvedené tabulky, měl Olomoucký kraj 31. 12. 2013 celkem 636 356 obyvatel. Kraj je sedmým nejlidnatějším mezi ostatními čtrnácti kraji v České republice a podílí se šesti procenty na celkovém počtu obyvatel republiky. Podle údajů ze statistické ročenky z roku 2014 [9] v kraji žilo více žen (325 338) než mužů (311 018). Každý šestý obyvatel kraje bydlí v krajském městě. Počtem obyvatel na 1 km² (120,8) se přibližuje průměrné hustotě zalidnění za celou ČR (133,3 osob na km²). Rozdíly v osídlení jsou způsobené přírodními podmínkami a historickým vývojem v severních částech kraje. Okres Jeseník je nejméně osídleným okresem v rámci kraje (55,5 osob na 1 km²). Okresy v jižní části kraje mají vysokou hustotu osídlení, nejvyšší okres Přerov (156,3 osob na 1 km²). Věkové složení obyvatelstva Olomouckého kraje k 31.12.2013 je graficky vyjádřeno v grafu č. 5.



Graf č. 5: Základní tendence demografického, sociálního a ekonomického vývoje Olomouckého kraje v roce 2013. Zdroj: ČSÚ [11]

Demografický vývoj v Evropě má za následek významnou proměnu věkových struktur obyvatelstva, obecně je tento jev nazýván stárnutím obyvatelstva. Základními příčinami jsou snížená porodnost a prodlužování střední délky života. V důsledku prodlužování střední délky života dochází jednak k nárůstu počtu obyvatel starších 65 let, ale i obyvatel starších než 80 let života. Tomuto jevu se říká „stárnutí seniorů.“ Snížený počet narozených dětí má vliv na změnu populační základny obyvatelstva. Tyto dva významné sociální jevy zvyšují tzv. index stáří a významným způsobem mění tzv. demografický strom života. [8]

Tabulka č. 5 podrobněji dokumentuje postupné narůstání podílu osob ve věkové kategorii nad 65 let věku a s tím související zvyšující se průměrný věk obyvatel kraje. (41,7 let k 31. 12. 2013).

	2010	2011	2012	2013
Počet obyvatel celkem (stav k 31. 12.)	641 681	638 638	637 609	636 356
v tom: - muži	313 430	312 033	311 608	311 018
- ženy	328 251	326 605	326 001	325 338
v tom ve věku 0 - 14 let	91 795	92 972	93 440	94 054
15 - 64 let	448 607	440 747	435 300	429 863
65 a více let	101 279	104 919	108 869	112 439
Průměrný věk obyvatel (k 31. 12.)	40,9	41,2	41,5	41,7
- muži	39,4	39,7	39,9	40,2
- ženy	42,4	42,7	43,0	43,2
Živě narození	6 922	6 311	6 303	6 322
Zemřelí	6 748	6 559	6 701	6 830
Naděje dožití při narození u mužů	74,0	74,1	74,3	74,4
Naděje dožití při narození u žen	80,3	80,7	81,0	81,1

Tab. č. 3 Demografický vývoj v Ol. kraji. Zdroj: ČSÚ [7] Upraveno.

Uvedené sociodemografické údaje potvrzují, že v Olomouckém kraji, tak jako v celé ČR a ostatních zemích Evropy, dochází ke změně věkové struktury obyvatelstva ve prospěch seniorů. Projevuje se tedy i zde nejcharakterističtější rys demografického vývoje – stárnutí obyvatelstva. Proces stárnutí populace bude nadále provázet zvyšování parametrů průměrného věku a indexu stáří. [34]

Důsledky demografického stárnutí budou mít dopad i na sociální systémy. Lze očekávat, že v souvislosti s tímto trendem poroste i potřeba sociálních služeb osob, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku a onemocnění.

10.2 Zastoupení sociálních služeb v Olomouckém kraji

V souladu s hlavním cílem diplomové práce jsme v počátečních fázích zkoumání (výzkumu) zjišťovali zastoupení jednotlivých druhů sociálních služeb registrovaných v souladu s ustanovením Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, které poskytují občanům na území Olomouckého kraje a sociální služby. Konkrétně jde o služby tvořící „sít' sociálních služeb,“ jejich druhy a formy. K tomuto účelu byl použit „Katalog poskytovatelů sociálních služeb Olomouckého kraje“, dále Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2015 – 2017 a v neposlední řadě závěrečná zpráva „Zpracování analytických podkladů pro efektivní nastavení sítě sociálních služeb v Olomouckém kraji,“ která vznikla v rámci individuálního projektu financovaného z projektu ESF „Podpora zajištění dostupnosti a kvality sociálních služeb v Olomouckém kraji.“ Katalog poskytovatelů sociálních služeb Olomouckého kraje je určen veřejnosti a slouží k získání prvotních informací o druzích a formách poskytovaných sociálních služeb s vymezením základních činností, které lze jejich prostřednictvím zajišťovat. Jádro katalogu tvoří adresář poskytovatelů služeb, členěných podle druhů a forem poskytovaných sociálních služeb. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Olomouckého kraje pro roky 2015 – 2017 je stěžejním strategickým dokumentem kraje v sociální oblasti. Zpracovává ho Krajský úřad Olomouckého kraje v rámci povinnosti dané Zákonem č. 108/2006 Sb. a je taktéž veřejně přístupný na webových stránkách Olomouckého kraje. Závěrečná zpráva z projektu je neveřejný zdroj, který mi poskytl sociální odbor krajského úřadu v Olomouci.

V Olomouckém kraji bylo v roce 2014 celkem 156 subjektů, kteří poskytovali 353 registrovaných sociálních služeb. [33]. Jednalo se o tyto typy služeb: sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče.

10.2.1 Služby sociálního poradenství

Jak už bylo stručně uvedeno v teoretické části práce, sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a je poskytováno občanům v nepříznivé sociální situaci i uživatelům služeb všemi stávajícími poskytovateli. Poskytovatelé služeb jsou povinni ze zákona zajistit tuto činnost. Naproti tomu odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, osoby se zdravotním postižením atd. V roce 2014 existovalo na území Olomouckého kraje celkem **34 služeb** sociálního poradenství. Konkrétně se jedná o služby odborného sociálního poradenství pro osoby se zrakovým postižením, odborné sociální poradenství pro osoby se sluchovým postižením, odborné sociální poradenství pro cizince (imigranty a azylanty) a služby odborného sociálního poradenství pro oběti domácího násilí. Z tabulky je patrné, že oproti roku 2013 počet služeb odborného poradenství klesl o dvě služby. [34]

Typ služby	Počet služeb v roce 2012	Počet služeb v roce 2013	Počet služeb v roce 2014
Odborné sociální poradenství	32	34	34

Tab. č. 4: Služby sociálního poradenství v Ol. kraji. Zdroj: [2]. Vlastní zpracování.

10.2.2 Služby sociální prevence

V roce 2014 existovalo na území Olomouckého kraje celkem **156 služeb sociální prevence**. Nejrozšířenější službou sociální prevence na území Olomouckého kraje byly sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi (22) a sociálně-aktivizační služby pro seniory (22). Následovaly azylové domy (21) a terénní programy (21).

Typ služby	Počet služeb v roce 2012	Počet služeb v roce 2013	Počet služeb v roce 2014
Azylové domy	21	21	21
Domy na půl cesty	1	1	1
Intervenční centra	1	1	1
Kontaktní centra	5	5	5
Krizová pomoc	3	3	2
Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	15	14	12
Nízkoprahová denní centra	6	6	6
Noclehárny	9	9	9
Raná péče	5	5	5
Služby následné péče	2	2	2
Soc.aktiviz.služby pro seniory a osoby se zdr. postižením	23	22	22
Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	17	23	22
Sociálně terapeutické dílny	4	4	4
Sociální rehabilitace	13	15	15
Telefonická krizová pomoc	4	4	4
Terapeutické komunity	1	1	1
Terénní programy	21	21	21
Tlumočnické služby	3	3	3
Celkem	154	160	156

Tab. č. 5: Služby sociální prevence v Olomouckém kraji Zdroj:[2]. Vlastní zpracování.

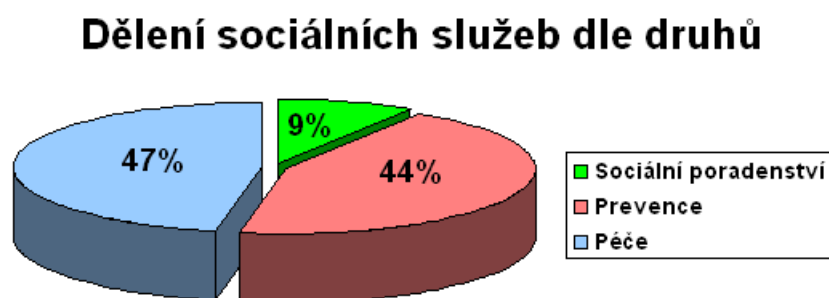
10.2.3 Služby sociální péče

V Olomouckém kraji mohou zájemci využít celkem 14 druhů a 163 služeb sociální péče, z toho 8 druhů pobytových a 6 druhů služeb terénních a ambulantních. Nejčetněji zastoupenou službou sociální péče v kraji byly pečovatelské služby (36) dále domovy pro seniory, (34) následovaly denní stacionáře (16). Počet těchto služeb oproti dvou minulým roků mírně narostl, což je pozitivní zjištění. U domovů se zvláštním režimem činil nárůst služeb od roku 2012 o 4 služby, u odlehčovacích služeb o 3 služby, služby chráněného bydlení přibyly dvě služby. Nejmenší zastoupení pak měla na území Olomouckého kraje sociální služba tísňová péče, která byla v roce 2012 a 2013 zastoupená pouze jednou službou, a v roce 2014 byla tato služba zrušena a není již poskytována.

Typ služby	Počet služeb v roce 2012	Počet služeb v roce 2013	Počet služeb v roce 2014
Osobní asistence	11	11	11
Pečovatelská služba	34	36	36
Tísňová péče	1	1	1
Průvodcovské a předčítatelské služby	1	1	0
Podpora samostatného bydlení	3	3	3
Odlehčovací služby	5	7	8
Centra denních služeb	7	7	7
Denní stacionáře	16	16	16
Týdenní stacionáře	3	3	3
Domovy pro os. se zdravotním postižením	11	11	11
Domovy pro seniory	34	34	34
Domovy se zvláštním režimem	9	11	13
Chráněné bydlení	10	11	12
SSL poskytované ve zdravot. zařízeních lůžkové péče	6	7	8
Celkem	151	159	163

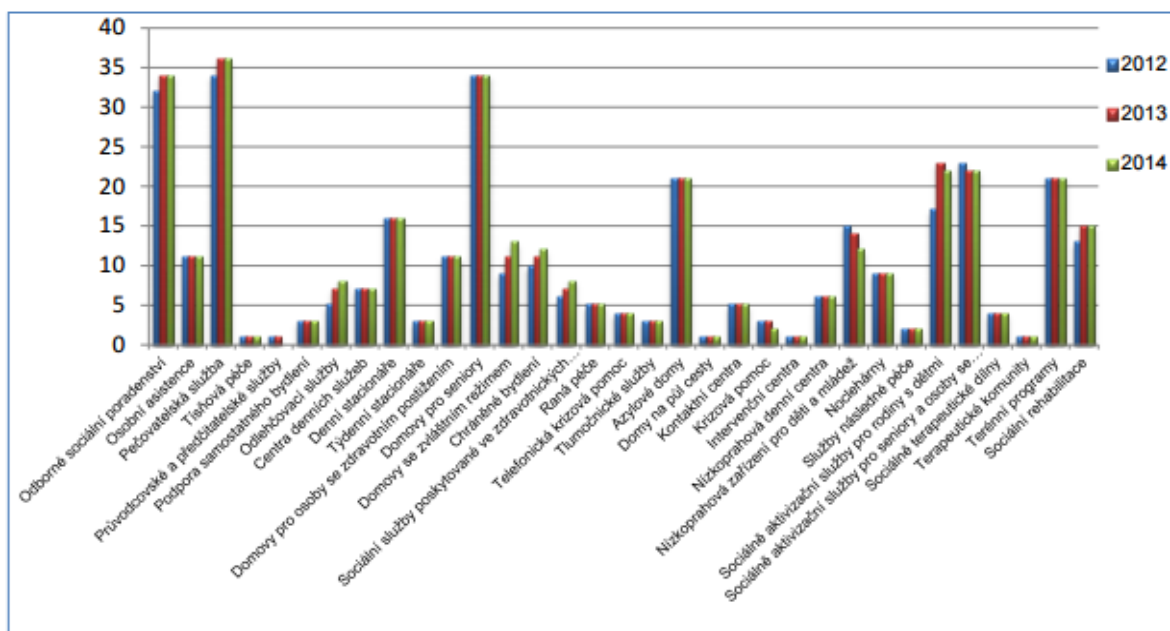
Tab. č. 6: Služby sociální péče v Olomouckém kraji. Zdroj:[2]. Vlastní zpracování

Následující graf ilustruje poměr jednotlivých druhů sociálních služeb v Olomouckém kraji. Je zřejmé, že za období posledních tří let 2012-2014 bylo zastoupeno nejvíce služeb sociální péče (47%), dále pak služeb sociální prevence (44%) a nejméně bylo služeb sociálního poradenství (9%).



Graf č. 6: Dělení sociálních služeb dle druhů. Zdroj:[2]. Vlastní zpracování

Následující graf znázorňuje jednotlivé typy služeb v letech 2012-2014.



Graf č. 7: Sociální služby v Olomouckém kraji v letech 2012-2014. Zdroj:[2]. Vlastní zpracování

Pro orientaci uvádíme tabulku s numerickým vyjádřením poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých okresech Olomouckého kraje. Uváděná data jsou však z roku 2010, novější statistické údaje uvádějící členění v okresech, nejsou dostupné. Uvedené údaje zhruba odpovídají současnému stavu.

Okres	Sociální poradenství	Služby sociální péče	Služby sociální prevence	Sociální služby v okresech celkem
Jeseník	4	17	21	42
Šumperk	8	37	21	66
Olomouc	21	43	62	126
Prostějov	6	20	14	40
Přerov	8	31	24	63
Celkem v Olomouckém kraji	47	148	142	337

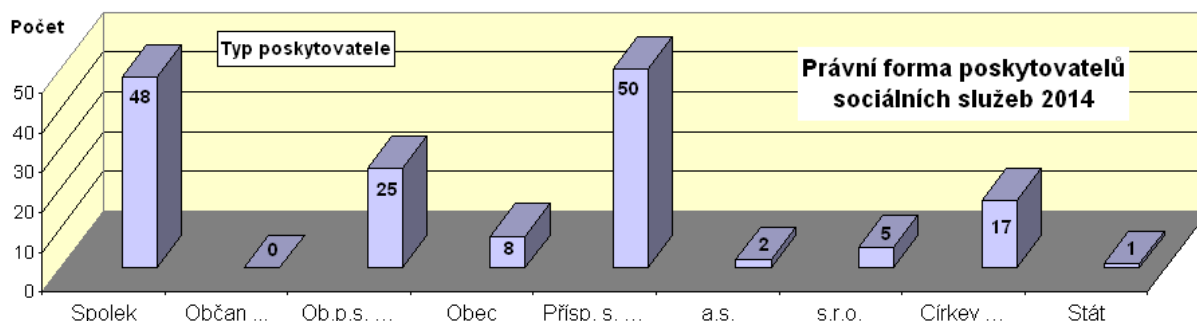
Tab. č. 7: Počet poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých okresech Olomouckého kraje. Zdroj:[33].

Porovnáme-li vybavenost jednotlivých okresů registrovanými sociálními službami, byl pokryt nejvíce okres Olomouc, dále pak Šumperk a Přerov. Nejmenší zastoupení měly služby sociální péče v okrese Prostějov.

Uvedené přehledy se týkají výhradně sociálních služeb definovaných zákonem o sociálních službách, a to bez ohledu na právní formu poskytovatele.

10.2.4 Právní formy poskytovatelů sociálních služeb

Na území Olomouckého kraje sociální služby v roce 2014 poskytovalo 156 poskytovatelů registrovaných sociálních služeb. Byly to: spolky (48), obecně prospěšné společnosti (25), obce (8), příspěvkové organizace (50), akciové společnosti (2), společnosti s ručením omezeným (5), evidované právnické osoby, církve a náboženské společnosti (17) a organizační složky státu (1). V poskytování sociálních služeb na území Olomouckého kraje převažují příspěvkové organizace. Významné bylo zastoupení příspěvkových organizací a spolků.



Graf č. 8: Právní formy poskytovatelů sociálních služeb v Olomouckém kraji. Zdroj [2], vlastní zpracování

10.3 Zastoupení sociálních služeb pro seniory s onemocněním Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji

Z údajů uvedených v předešlé kapitole je zřejmé, že v Olomouckém kraji existuje široké spektrum sociálních služeb určených různým cílovým skupinám. Vzhledem ke konkrétnímu zaměření práce je však nutno provést přesnější vymezení a zúžení na tu část sociálních služeb, která se věnuje péči o seniory postižené onemocněním Alzheimerovou chorobou. Jedná se především o služby sociální péče. Důvodem pro tento výběr je stěžejní význam právě služeb sociální péče pro nemocné s touto chorobou.

Na základě dostupných dat však není možné kvantifikovat, jaký objem péče je lidem s demencí, respektive s Alzheimerovou chorobou poskytován. Na rozdíl od zdravotní péče neexistují v sociálních službách pravidelně zveřejňované informace, které by se věnovaly

problematické demence. Veřejně dostupné informace v „Registru poskytovatelů sociálních služeb“ neumožňují identifikovat poskytovatele zaměřené na osoby s demencí, ani objem poskytované péče. Mátl (2014). Cílovou skupinou se nejvíce přibližuje nemocným s ACH kategorie seniorů a do určité míry kategorie osob s chronickým duševním onemocněním.

V teoretické části jsme ve stručnosti uvedli členění sociálních služeb podle místa poskytování na formy terénní, ambulantní a pobytové. Nyní je představíme blíže.

10.3.1 Terénní služby

Terénní služby jsou poskytovány v prostředí, kde člověk žije a tráví volný čas, tedy v domácnosti seniora. Příkladem terénní služby pro seniory s ACH je pečovatelská služba a osobní asistence.

10.3.1.1 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je obecně, nejen v Olomouckém kraji, je nejrozšířenější formou terénní služby. Kromě toho, že je poskytována klientům v jejich domácnostech, je také poskytována v domech s pečovatelskou službou. Primárně je určena všem seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost, ale je také podpůrnou službou pro nemocné s ACH v první fázi nemoci, kdy ještě nepotřebují kontinuální péči. Poskytovaná pomoc a podpora směřuje k posílení stávajících schopností a dovedností seniorů tak, aby mohli co nejdéle setrvat ve svém domácím prostředí. Tato pomoc vychází z individuálních potřeb jednotlivých osob. Konkrétní úkony, které žadatel od služby požaduje, jsou dojednávány při uzavírání písemné „Smlouvy o poskytování sociálních služeb.“ Zájemce o službu si určí, které z nabízených úkonů pečovatelské služby bude požadovat. Jedná se např. o tyto úkony: pomoc při osobní hygieně, zajištění dovozu stravy, pomoc se zajištěním chodu domácnosti, nakupování apod. Služba je zpoplatněna a poskytuje se ve vymezeném čase, tzn. že nemá nepřetržitý provoz, čímž tato služba schází některým klientům o víkendech. Olomoucký kraj nabízí 36 pečovatelských služeb pro 6161 zájemců. Současné pečovatelské služby nejsou schopny pokrýt požadavky dalších zájemců o tuto službu. Počet žadatelů je stále vysoký, jak ukazuje tabulka č.10. Příčina narůstajících žádostí o terénní pomoc seniorů je daná tím, že senioři chtějí zůstat ve svém přirozeném prostředí a zároveň nemají nikoho blízkého ze svého okolí, kdo by se o ně postaral. Do budoucna je žádoucí větší počet osob činných v tomto typu sociální služby.

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA	2010	2011	2012	2013
Počet služeb	31	34	34	36
Počet klientů - uživatelů	6683	6544	6228	6161
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	408	467	476	439

Tab.č. 8: SSL Pečovatelská služba v Olomouckém kraji v letech 2010-2013. Zdroj: [2].

Územní dostupnost služby „pečovatelská služba“ v Olomouckém kraji je graficky znázorněna na Mapě územní dostupnosti v příloze č. 5

10.3.1.2 Osobní asistence

Osobní asistence je také terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Na rozdíl od pečovatelské služby se služba poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba je poskytována za úhradu od klienta. Cílovou skupinou služeb osobní asistence jsou spíše než senioři osoby s tělesným postižením a mladší lidé. V Olomouckém kraji je dostatek služeb osobní asistence a počet neuspokojených žadatelů o službu je minimální.

OSOBNÍ ASISTENCE	2010	2011	2012	2013
Počet služeb	9	11	11	11
Počet klientů - uživatelů	302	311	320	358
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	5	17	14	6

Tabulka č. 9: SSL osobní asistence v Olomouckém kraji v letech 2010-2013. Zdroj: [2]

10.3.2 Ambulantní služby

Za **ambulantními službami** klient dochází do specializovaných zařízení, jako jsou například Centra denních služeb pro seniory a Denní stacionáře pro osoby se zdravotním postižením.

10.3.2.1 Centra denních služeb

V centrech denních služeb, dříve nazývaných „domovinky“ jsou poskytovány prostřednictvím denního pobytu a středisek hygienické péče služby seniorům a osobám se zdravotním postižením, kteří žijí ve svém domově a potřebují pomoc z důvodu snížené soběstačnosti a péče o svoji osobu. Pobyt klientů v těchto zařízeních je výhodný, protože kombinací odborné péče s pobytem doma tak klient zcela neztrácí kontakt s rodinou a svým domácím zázemím a nemusí tak docházet k předčasnému umístění seniorů v pobytových sociálních nebo zdravotních zařízeních. Nevýhodou je však dostupnost služeb, protože v Olomouckém kraji jsou tato zařízení pouze ve městech – Olomouci, Hranicích, Šumperku, Kojetíně a Zábřehu, jak názorně ukazuje mapa v příloze č. 2

Podpora uživatelů je díky různým aktivitám jako je např. čtení, cvičení motoriky, reminiscenční terapie, ergoterapie atd. zaměřena na posilování zbývajících dovedností a kompenzaci ztracených schopností tak, aby mohli co nejdéle setrvat ve svém sociálním prostředí. Centra poskytují aktivity přiměřené schopnostem a úrovni dovedností každého jedince. Klient tráví v centru tolik času, kolik si předem dojedná a odpoledne se pak vrací do vlastního domácího prostředí. Někteří klienti navštěvují centra denně, jiní pouze ve vybrané dny. Některá zařízení, jako např. Centrum denních služeb v Olomouci, fungují i v sobotu dopoledne. Prostřednictvím návštěv denních center je minimalizována možnost vzniku sociální izolace seniora. Některá z těchto center jsou schopna zajistit dovoz i rozvoz uživatelů. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

CENTRA DENNÍCH SLUŽEB	2010	2011	2012	2013
Počet služeb	7	7	7	7
Počet klientů - uživatelů	227	190	186	216
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	0	0	0	0

Tabulka č. 10: SSL centra denních služeb v Olomouckém kraji v letech 2010-2013. Zdroj: [2]

10.3.3 Pobytové služby

Zatímco v ambulantní a terénní péči je cílová skupina služeb často širší, v oblasti **pobytových služeb** se některá zařízení zaměřují přímo na péči o nemocné s

Alzheimerovou chorobou, popř. jiných forem demence. Pobytové sociální služby jsou kombinací péče a ubytování poskytovaného v zařízeních, kde člověk v určitém období svého života žije. Jedná se především o domovy se zvláštním režimem a zvláštní oddělení domovů pro seniory.

Právě v této oblasti lze sledovat nárůst pečovatelských kapacit. Zatímco v roce 2010 dosahoval počet domovů se zvláštním režimem v Olomouckém kraji 6 zařízení s kapacitou 310 lůžek, v současnosti je to již 11 zařízení s kapacitou 512 lůžek. V případě domovů pro seniory je to nyní 34 domovů s kapacitou 2877 míst, což je nárůst od roku 2010 o 232 míst. Podle zprávy o demenci vydané v roce 2014 Českou alzheimerovskou společností představují lidé s demencí v domovech pro seniory v České republice cca 70 % z obyvatel, v domovech se zvláštním režimem více než 90 %. Mátl (2014).

10.3.3.1 Domovy pro seniory

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby seniorům se sníženou soběstačností, jejichž situace jim nedovoluje žít ve vlastním domácím prostředí a vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Posláním domovů je vytvořit klidné, bezpečné a kvalitní prostředí seniorům tak, aby mohli své stáří prožít aktivně a důstojně i přes vysoký věk a fyzická omezení.[16]. Domovy v současné době běžně poskytují svým obyvatelům řadu terapeuticko-rekreačních činností a kulturních programů, které aktivně naplňují volný čas a přispívají k udržení soběstačnosti uživatelů. V Olomouckém kraji je 34 domovů pro seniory s kapacitou 2877 míst. Počet žadatelů (podaných žádostí) o tuto službu je však téměř dvojnásobný, což je alarmující zjištění. Nabízí se však otázka, zda počet žadatelů je skutečný, nebo zda žádosti o umístění do domovů pro seniory si podávají někteří senioři bez skutečného zájmu čerpání služby v okamžiku podání žádosti, tedy v době, kdy tento typ služby akutně nepotřebují, přičemž motivací k takovém kroku je obvykle obava z toho, že v případě reálné potřeby pro ně nebude služba dostupná. Pak by tyto údaje byly zkreslené.

DOMOVY PRO SENIORY	2010	2011	2012	2013
Počet služeb	24	33	34	34
Počet klientů - uživatelů	2645	2815	2894	2877
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	2004	2849	3035	2787

Tab. č. 11: SSL Domovy pro seniory v Olomouckém kraji v letech 2010-2013. Zdroj: [2]

Pokrytí kraje sociální službou Domovy pro seniory zachycuje mapa územní dostupnosti v příloze č. 4.

10.3.3.2 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové sociální služby specializované pro nemocné s Alzheimerovou nemocí, stařeckou demencí a ostatními typy demencí, kteří nemohou vzhledem ke snížené soběstačnosti zůstat v přirozených podmínkách vlastního domova a vyžadují ve zvýšené míře dohled, podporu a péči, jež není možné zajistit rodinnými příslušníky ani jiným typem sociálních služeb. [16].

Způsob poskytování služby je podobný jako v domovech pro seniory, je však přizpůsoben specifickým potřebám osob s demencí, tzn. že péče je zaměřena právě na zvládnutí projevů jejich onemocnění. Protože onemocnění jakoukoliv demencí, včetně Alzheimerovy choroby, s sebou nese ztrátu paměťových a orientačních schopností, domovy vytváří pro takto nemocné bezpečné prostředí, ve kterém se mohou pohybovat bez rizika, že se zraní, zabloudí nebo se ztratí. Služby jsou poskytovány za úhradu od uživatelů. Podrobnější pojednání o činnosti domovů se zvláštním režimem se zaměřením na konkrétní zařízení bude uvedeno v následující kapitole.

DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	2010	2011	2012	2013
Počet služeb	6	9	9	11
Počet klientů - uživatelů	310	399	418	512
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	299	472	427	539

Tab. č. 12: SSL Domovy SzR v Olomouckém kraji v letech 2010-2013. Zdroj: [2]

Stále platí, že domovů se zvláštním režimem je větší nedostatek než jiných sociálních zařízení. Olomoucký kraj nabízel v roce 2010 šest zařízení DsZR s kapacitou 310 uživatelů. Kapacita tehdy pokryla zhruba polovinu zájemců o službu. Přesto, že se od roku 2010 navýšil počet služeb a tím i kapacita o 202 míst, stále je současná kapacita 512 míst nedostačující a neuspokojuje poptávku žadatelů. Je to dáno jednak zvyšujícím se nárůstem četnosti výskytu tohoto typu onemocnění, ale také demografickým trendem - stárnutím obyvatelstva. Na mapách územní dostupnosti Domovů se zvláštním režimem v příloze č. 4 si můžeme všimnout, že v některých oblastech domovy se zvláštním režimem chybí, i když by bylo jejich působení opodstatněné.

Zaměříme-li se podrobněji na jednotlivé obce s rozšířenou působností (ORP) Olomouckého kraje, zjistíme, že nejvíce kapacitních možností v DsZR mají obce s rozšířenou působností Přerova (156) a Šumperka (127), nejmenší kapacitu míst v domovech se zvláštním režimem nabízí ORP Jeseník (21) Největší poptávka po DsZR je taktéž v ORP Přerova a Šumperka.

DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	2010	2011	2012	2013
ORP HRANICE				
Počet klientů - uživatelů	42	30	30	41
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	11	9	16	0
ORP JESENÍK				
Počet klientů - uživatelů	0	0	0	21
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	0	0	0	12
ORP LITOVEL				
Počet klientů - uživatelů	0	0	0	46
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	0	0	0	4
ORP PROSTĚJOV				
Počet klientů - uživatelů	84	84	78	76
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	40	55	62	64

ORP PŘEROV				
Počet klientů - uživatelů	75	96	125	156
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	179	247	251	350
ORP ŠUMPERK				
Počet klientů - uživatelů	68	146	140	127
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	21	105	98	90
ORP ZÁBŘEH				
Počet klientů - uživatelů	41	43	45	45
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	48	56	0	19

Tab. č. 13: SSL Domovy SzR v jednotlivých okresech Olomouckého kraje v letech 2010-2013 Zdroj: [2]

Výše uvedené závěry ukazují, že zájem o sociální službu Domov se zvláštním režimem převyšuje zhruba o polovinu kapacitní možnosti těchto zařízení. Nemocní jsou většinu zařazeni do pořadníku vybraných zařízení a čekají několik měsíců, někdy i let, až se pro ně uvolní místo. Do té doby se o ně starají rodinní příslušníci, nebo jsou hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních (většinou psychiatrických léčebnách), či pobývají ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

10.3.3.3 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních poskytují dočasnou podporu a zázemí osobám, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný a již nevyžadují lůžkovou zdravotní péči, ale jsou i nadále nesoběstačné a závislé na pomoci jiné osoby. Sociální služby mohou být v tomto případě poskytovány do doby, než bude možné, aby péče mohla být zajištěna buď v domácím prostředí, nebo v jiném zařízení sociálních služeb.

V Olomouckém kraji poskytuje sociální služby 7 zdravotnických zařízení: Vojenská nemocnice Olomouc, Odborný léčebný ústav Paseka, léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) Prostějov, LDN Šternberk, LDN Přerov, Interna Zábřeh a Šumperská nemocnice. Počet uživatelů se v porovnání s rokem 2011 a 2012 mírně snižoval. Žádný z žadatelů o službu nebyl odmítnut.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTOVANÉ VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH ÚSTAVNÍ PÉČE	2010	2011	2012	2013
Počet služeb	3	4	5	7
Počet klientů - uživatelů	176	200	223	192
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	0	0	72	0

Tab. č. 14: SSL poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče v letech 2010-2013. Zdroj: [2]

13.3.4 Respitní služby

Ve výčtu sociálních služeb pro nemocné s demencí nelze opomenout respitní službu, která pomáhá především rodinným příslušníkům v péči o nemocné seniory. Rodinní pečovatelé často při péči o nemocného podléhají vyčerpání, protože péče je nesmírně náročná a vyžaduje obrovské úsilí a stálou bdělost. Respitní služby, říká se jim také odlehčovací, jsou pobytové, ale i terénní a ambulantní služby, které umožňují pečující osobě, většinou rodinným příslušníkům, nezbytný odpočinek od celodenní péče o nemocného se sníženou soběstačností. Jarošová (2006). Respitní služby jsou časově ohraničené. V Olomouckém kraji je 7 odlehčovacích služeb pro 192 klientů. Kapacita této služby je dostačující. Je však nutno podotknout, že služba je finančně náročná a to může být příčinou tomu přiměřené míře snížené poptávky této službě.

ODLEHČOVACÍ SLUŽBY	2010	2011	2012	2013
Počet služeb	2	4	5	7
Počet klientů - uživatelů	44	417	404	444
Počet žadatelů o službu, kteří byli odmítnuti z kapacitních důvodů	0	0	0	2

Tab. č. 15: Respitní SSL v Olomouckém kraji v letech 2010-2013. Zdroj: [2]

11. Dokumentace výsledků v konkrétním zařízení sociálních služeb

11.1 Domov se zvláštním režimem Jedlí

Domov se zvláštním režimem v Jedlí u Zábřeha (dále jen Domov), je příspěvková organizace, zřízená Krajským úřadem Olomouckého kraje, která poskytuje v souladu se Zákonem 108/2006 Sb. pobytovou službu sociální péče, určenou osobám postiženým Alzheimerovou chorobou. Jedná se o cílovou skupinu osob starších 50 let, které nemohou žít běžným způsobem života ve svém přirozeném prostředí ani za pomoci jiných typů sociálních služeb nebo rodiny a jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Domov je organizačně součástí Domova důchodců Štítý.

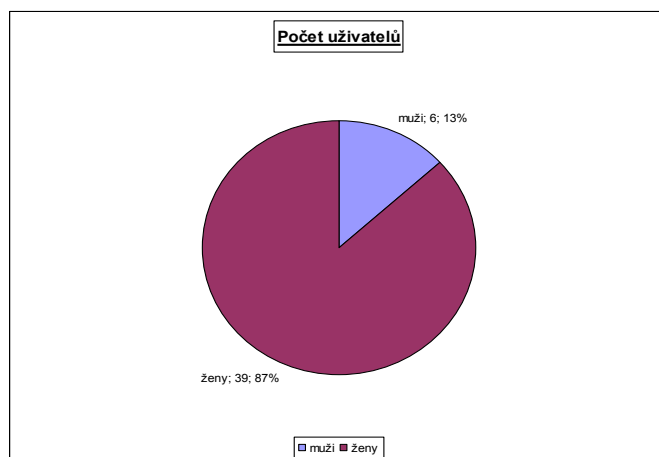
11.1.1 Poslání a cíle

Posláním Domova je podpora fyzické a psychické soběstačnosti osob s Alzheimerovou chorobou po co nejdelší dobu. Péči zajišťuje multidisciplinární tým - sociální, ošetrovatelský a zdravotní, který klade důraz na individuální potřeby uživatelů. Služba je koncipována tak, aby zachovávala vazby s rodinou a dalšími blízkými osobami s cílem umožnit v nejvyšší možné míře zapojení uživatelů do běžného života. [14]. Součástí jsou i ošetrovatelská lůžka pro uživatele, kteří vyžadují zvýšenou ošetrovatelskou péči.

Cílem služby je podpora stávající soběstačnosti uživatelů, vytváření podmínek pro aktivní prožívání volného času, rozšiřování nabídky zájmových činností a také podpora vztahů uživatelů s vlastní rodinou a dalšími blízkými osobami.

11.1.2 Struktura uživatelů

Celkový počet uživatelů k 31.12.2014 činil 45 uživatelů, z toho bylo pouze 6 mužů a 39 žen, jak je graficky vyjádřeno v grafu č. 9

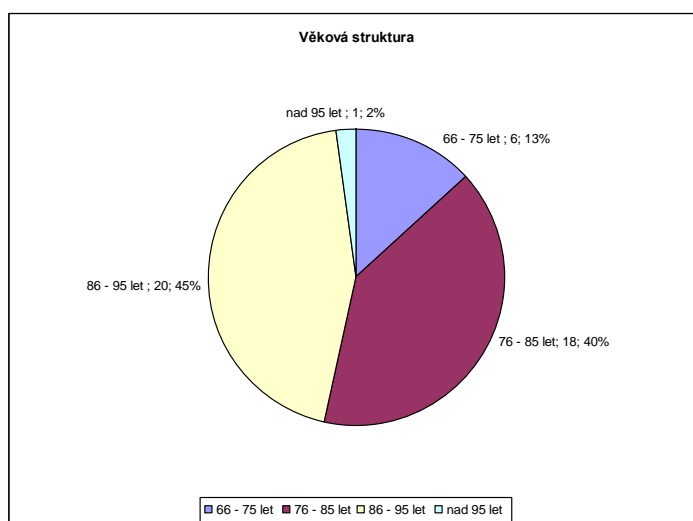


Graf č. 9: Počet uživatelů Domova a jejich skladba dle pohlaví. Zdroj: [15]

Průměrný věk uživatelů je 84,27 roků. Nejmladšímu uživateli je 67 let, nejstaršímu 98 let. Struktura obyvatel dle věku je vyjádřena v tabulce č. 18. V roce 2014 zemřelo 7 uživatelů, nově bylo přijato 10 uživatelů a propuštěni byli 2.

27 - 65 let	0
66 - 75 let	6
76 - 85 let	18
86 - 95 let	20
nad 95 let	1

Tab. č. 16: Věková struktura uživatelů Domova v Jedlí. Zdroj: [15]



Graf č. 10: Věková struktura uživatelů Domova v Jedlí. Zdroj: [15]

Struktura uživatelů podle stupně závislosti je vyjádřena v tabulce č.17. Stupni závislosti odpovídala i výše poskytovaného příspěvku na péči.

bez příspěvku	0
I. stupeň závislosti	1
II. stupeň závislosti	1
III. stupeň závislosti	11
IV. stupeň závislosti	32

Tab. č. 17: Struktura uživatelů podle stupně závislosti

11.1.3 Popis zařízení

Domov se nachází v podhůří Jeseníků, ve vesnici Jedlí u Zábřeha, která je zasazená do klidné přírody, obklopené množstvím lesů, luk a polí. Domov funguje od roku 2006 a poskytuje podporu, pomoc i zázemí 45 seniorům s diagnózou Alzheimerovy choroby, o které pečuje 40 zaměstnanců.



Obr. č. 2: Domov se zvláštním režimem v Jedlí. Zdroj: [13]

V domově jsou tři oddělení, každé na samostatném podlaží. Dvě oddělení jsou ošetrovatelská a jedno je určeno pro mobilní uživatele. Rozdělení na ošetrovatelské oddělení a oddělení pro mobilní uživatele se operativně mění dle aktuálního zdravotního stavu jednotlivých uživatelů. Ošetrovatelský režim se však týká prakticky všech uživatelů sociální služby. V Domově je celkem k dispozici 21 dvoulůžkových a jeden třílůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením. K základním příslušenstvím pokojů patří polohovací lůžka s elektrickým nebo mechanickým ovládním, dřevěný nábytek, LCD televizor, komunikační zařízení. Uživatelé mají možnost doplnit si vybavení pokoje vlastními drobnými předměty a elektronikou, např. rádiem. Pokoje jsou útulně vybaveny s důrazem

na individuální soukromí klienta. Neopomenutelnou samozřejmostí je v rámci každého oddělení velká koupelna, umožňující hygienu i zcela imobilních uživatelů.

Komunikační význam nejen ve smyslu „pohybu“ mají i chodby. Na chodbě v I. podlaží je zookoutek s králíčkem Teddym a andulkami a na opačném konci chodby je prostor pro setkávání uživatelů, společné sledování televize a případně i pro některé terapeutické aktivity. Tento kout bezprostředně sousedí s ošetrovnou a pracovnou sociálních pracovníků, kterým dané uspořádání místností usnadňuje častý kontakt s uživateli. Součástí domova je malá společenská místnost, kde probíhají nejrůznější aktivity – pečení moučnicků, ruční práce, výroba drobných předmětů z keramické hlíny, atp.



Obr. č. 3: Společenská místnost Domova v Jedlí. Zdroj: [14]

Společenským a hojně využívaným prostorem je i jídelna, která plní víceúčelovou funkci. Kromě stravování zde probíhají i nejrůznější společenské akce a řada ergoterapeutických, kulturních i duchovních aktivit, např. návštěvy kněze.

Domov je vybaven dřevěným nábytkem s polstrovanými křesílky a dřevěnými doplňky. Důležitým faktorem je i optimistická barevnost doplňků i dekorací. Celkové ladění, užití materiály a dekorace v interiéru vytváří příjemnou domácí atmosféru prostředí, která potlačuje výraz ústavního zařízení a vytváří podmínky pro kvalitní a pokojný život seniorů od těch částečně soběstačných až po ty zcela imobilní.

11.1.4 Poskytované služby

Domov poskytuje uživatelům nepřetržitou péči, která zahrnuje sociálně-ošetrovatelské služby, terapeutické a aktivizační činnosti. Samozřejmostí jsou nezbytné služby ubytování, poskytování stravy, praní prádla, úklidu, žehlení. Strava je poskytována v rozsahu tří

hlavních jídel (snídaně, oběd, večeře) a dvou vedlejších jídel (přesnídávka, svačina). Strava respektuje zásady správné výživy a zdravotní stav uživatelů. Je připravována ve vlastní kuchyni a podávána v jídelně či přímo na pokojích za pomoci ošetrovatelského personálu.

K dalším dostupným službám patří rehabilitace, ordinace lékaře, zajištění kadeřnických služeb, holičství, nákupů, bohoslužeb a duchovní péče.

Služby jsou poskytovány s individuálním přístupem k potřebám jednotlivých uživatelů s respektováním lidské důstojnosti a ctí zásadu, že uživatel je považován za rovnocenného partnera, kterému Domov vytváří vhodné prostředí a podmínky pro důstojný život. Služby jsou pružně přizpůsobovány potřebám uživatelů, nikoli potřeby uživatelů potřebám pracovníků. Uživatelé mají možnost rozhodovat se a vyjadřovat svá přání, touhy i stížnosti.

11.1.5 Sociálně-ošetrovatelské a zdravotní služby

Nepřetržitou ošetrovatelskou a zdravotní péči zajišťuje tým pracovníků ošetrovatelsko-zdravotního úseku v počtu 8 všeobecných sester a 22 pracovníků a pracovníc v přímé obslužné péči. Vzhledem k diagnóze a progresi nemoci je tato péče velice náročná, protože uživatelé potřebují trvalý a nepřetržitý dohled a pomoc při všech úkonech. Zdravotní personál využívá speciální zdravotní pomůcky, včetně zvedacího zařízení pro přesun imobilních uživatelů.

V rámci poskytované ošetrovatelské péče je aktivně prováděna bazální stimulace. Bazální stimulace je komunikační, interakční a stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Jeho principem je zprostředkovat člověku vjemy z jeho těla a stimulací vnímání organismu mu umožnit lépe vnímat okolní svět a následně s ním navázat komunikaci. Základními prvky konceptu jsou pohyb, komunikace a vnímání a jejich úzké propojení.[3]. Personál je díky tomuto konceptu schopen přijímat od nekomunikující uživatelů informace.

Odbornou **zdravotní péči** poskytuje klientům Domova v Jedlí obvodní lékařka ze Štítů, která pravidelně ordinuje jednou týdně a k akutním stavům dochází dle potřeby. Pro specializovaná vyšetření a ošetření jsou uživatelům zprostředkována příslušná zdravotnická zařízení včetně dopravy do těchto zařízení.

Rehabilitační péče je zajišťována fyzioterapeutkami, které umožňují uživatelům každodenní kondiční cvičení, procvičování jemné a hrubé motoriky, masáže a krátké vycházky do okolí. V domově pravidelně po snídani probíhá společné ranní cvičení.

Cvičení někdy nebývá jednoduché, protože většina klientů je upoutaná na invalidní vozík. Péče o imobilní a ležící obyvatele se soustřeďuje zejména na léčebnou tělesnou výchovu proti svalovým kontrakturám a dechová cvičení pro dobrou ventilaci plic. Soběstačnost je také podporována zajištěním vhodných kompenzačních pomůcek a jejich používáním zaměstnanci, jak pro individuální potřeby uživatelů, tak pro potřeby více osob. Jedná se např. o antidekubitní matrace, polohovatelná křesla, pěnové válečky do ruky atd. [14].

11.1.6 Naplňování potřeb uživatelů

Starat se o nemocného člověka neznamena jen péči o jeho zdraví prostřednictvím technických úkonů, které mu pomáhají žít v čistém a hygienickém prostředí, ulevují od bolesti, či mu poskytují pohodlí. Péče znamená také vztah a naplnění vyšších potřeb. Vztah zahrnutý do péče, takový, který je její součástí. Pokud má být opravdový, musí zahrnovat všechny dimenze člověka – fyzickou, psychickou, sociokulturní i duchovní. Pichaud (1998)

V přístupu k seniorům musí být pečováno stejnou měrou o fyzické, mentální i psychosociální potřeby. Senioři jsou díky onemocnění závislí na jiných lidech, cítí se ohroženi a do popředí vstupuje potřeba podpory a bezpečí.

Potřeba fyzického bezpečí vyjadřuje touhu po jistotě, ochraně, je potřebou vyvarovat se nebezpečí. Je zajištěna vhodným prostředím, ve kterém se člověk trpící demencí dokáže zorientovat a kde o něj bude dobře postaráno.

Jednotlivá oddělení Domova jsou barevně odlišena pastelově tónovanými omítkami zelené (I.patro) žluté (přízemí) nebo oranžové (II.patro) tak, aby uživatelé snadno identifikovali patro, na kterém bydlí a nebyli dezorientováni. Ve stejné barvě, jako jsou jednotlivé chodby, jsou i stěny v pokojích. Každý pokoj je označen křestním jménem a příjmením seniora, který v něm bydlí. V domově je pravidlem, že personál oslovuje uživatele křestními jmény, např. „Květuško, Jiřinko, atd. Působí to vřele a lidsky a je tím saturována seniorova potřeba být přijímán a někam patřit.

Potřeba bezpečí se nevztahuje jen na bezpečí v objektivním smyslu, ale vztahuje se i na subjektivní pocit ochrany před hrozbou fyzickou a emocionální. Nemocný člověk spoléhá v každém okamžiku na své okolí a na lidi, kteří mu poskytují zpětnou vazbu týkající se pocitu bezpečí a jejich vlastní hodnoty. Každý uživatel domova má svého patrona či důvěrníka, který je nazýván pracovním názvem „klíčový pracovník.“ Je-li ve službě,

navštěvuje svého uživatele pravidelně, vyhodnocuje jeho momentální potřeby a spokojenost. Klíčový pracovník koordinuje služby pro svého uživatele, seznamuje ho s aktivitami, jež domov nabízí. Uživatel nebo jeho rodina se na něj může obrátit s jakýmkoliv dotazem nebo problémem. Klíčový pracovník také provádí individuální plánování služby jemu svěřených uživatelů. Vychází při tom ze znalosti zájmů, vyznávaných hodnot a osobní historie uživatele. K tomu, aby tyto informace měl k dispozici, spolupracuje s rodinou uživatele a vytváří rámec aktivit, díky kterým je umožněno postižené osobě, aby úspěšně vykonávala smysluplnou činnost bez ztráty pocitu vlastní identity a užitečnosti a podporovala ji v udržení co nejdelší soběstačnosti. Klíčový pracovník by se dal s trochou nadsázky lidově nazvat „andělem strážným,“ který má nad seniorem roztažená křídla a stará se o maximální zajištění jeho potřeb.

11.1.7 Aktivizace, naplňování volného času, společenská činnost

K nejdůležitějším složkám péče patří smysluplné aktivity. Cílem aktivizací lidí s demencí je udržení dosud zachovaných schopností seniorů, jako je posilování kapacity paměti, umožnění adekvátního vnímání a úsudku i zásobení dostatečným množstvím senzorických podnětů (Zgola 2003). Aktivity zároveň přispívají k tomu, aby prožitý čas v Domově byl co nejpříjemnější, smysluplný a pomáhal k sociálnímu začlenění. Sociální pracovnice pravidelně organizují nejrůznější kulturní a společenské aktivity, které se v různých cyklech opakují. Ve velké oblibě jsou hudební dopoledne, kdy k poslechu i tanci přijíždí do Domova zahrát a zazpívat hudebníci písničky seniorům z dob jejich mládí. Součástí koncertu „Vzpomínky na 30. léta“ byla v loňském roce i přehlídka klobouků. Děti z místní mateřské a základní školy připravují pravidelně obyvatelům domova hudební a taneční besídky. A nejen to. V prosinci loňského roku, v rámci mezigeneračního setkávání, uživatelé domova společně s dětmi pekli vánoční cukroví. Ve velké oblibě bývají narozeninové oslavy. Jednou měsíčně se konají oslavy uživatelů, kteří mají v daném měsíci narozeniny. Jubilanti mají možnost, za asistence personálu, podílet se na přípravách oslav vyráběním chuťovek, pečením moučníků a jiných pochutin.



Obr. č. 4: Volnočasové aktivity v Domově. Zdroj: [14]

V předvánočním čase se uživatelé rádi účastní „Mikulášování“, adventních koncertů. Během roku pak domov nabízí promítání filmů a mnoho dalších aktivit, které budou přiblíženy dále. Většina společenských setkání a kulturních aktivit se odehrává v jídelně Domova. V případě pěkného počasí se uskutečňují společné vycházky do blízkého okolí. Obyvatelé Domova však nejsou izolováni od veřejnosti, naopak, jezdí na návštěvy jiných domovů při příležitosti konání slavností a plesů, taktéž jezdí na výlety do okolí a do společnosti. V dubnu loňského roku navštívili klienti Velikonoční výstavu v Domově Paprsek v Olšanech, v měsíci květnu jeli na prohlídku Léčebných lázní Bludov, v měsíci srpnu se zúčastnili Zahradní slavnosti v PONTIS Šumperk, dále se zúčastnili povídání o fuchsích v domově ve Štítech, v září nechyběli na Sportovních hrách v domově v Šumperku, v listopadu oslavili Svatomartinskou slavnost v domově ve Štítech. [15]. Mimo to Domov vytváří podmínky pro setkávání uživatelů s veřejností a s rodinnými příslušníky. Pravidelnou a oblíbenou akcí tohoto typu je květnová „Zahradní slavnost“ a podzimní „Jiřinková slavnost.“ Jednotlivé akce jsou plánovány tak, aby se co nejlépe přizpůsobily možnostem a zájmům uživatelů.

Program, který domov svým uživatelům nabízí, je pestrý, aby si každý mohl najít pro sebe něco, co ho naplňuje, něco co je mu blízké. Plán krátkodobých aktivit je vytvářen sociálními pracovníky vždy na týden, aby mohl pružně reagovat na nově vzniklé potřeby uživatelů.

11.1.8 Terapeutické činnosti

Podpora fyzické a psychické soběstačnosti uživatelů je realizována pomocí nabídky a následného zajištění různých terapeutických činností. K velmi oblíbeným terapiím patří zooterapie – léčení pomocí zvířat. Do Domova v Jedlí pravidelně dochází tři terapeutky z občanského sdružení „Pro dotyk“ s malými i většími psy: Mikem, Frajerem, Bivojem a

Bárou. Psi jsou oblíbenými společníky obyvatel domova. Všichni se z jejich přítomnosti radují a ani oni neskrývají svou radost ze společnosti. Od Vánoc má Domov i svého zakrslého terapeutického králíka, o kterého se uživatelé starají. Pojmenovali ho Matylda. Nejen uživatelé, ale i zaměstnanci jsou z něj nadšeni. Zvířecí společníci jsou obyvatelům Domova blízcí, protože většina z nich prožila svůj život v minulosti převážně na venkově a zvířátka tvořila neodmyslitelnou součást jejich domova. Kromě toho přítomnost psů, kočky nebo králíka pomáhá v mnoha směrech. Jednak může usnadnit člověku, který přišel do nového prostředí, zlepšit komunikaci, protože přispívá k pozitivní komunikaci nejen mezi pacienty, ale také mezi zaměstnanci a uživateli navzájem. Mimo to lidé, kteří obtížně komunikují s jinými lidmi, se pustí snáze do interakce se zvířetem. To totiž nevyžaduje řeč. Dále pak dávají možnost seniorům vzpomínat na vlastní život a zvířata, která sami měli. Dalším faktorem je i to, že zvíře rozptyluje stereotyp a přináší do něj dotyk normálního života, spojení s přírodou a bezprostřední emoce. Domov navštěvuje také terapeutka s kočkou Šedou. Využití kočky v rámci zooterapie se nazývá felinoterapie a tento typ terapie je založen na kontaktu člověka s kočkou, při němž dochází k vzájemnému pozitivnímu působení.



Obr.č. 5: Zooterapie v Domově. Králík Teddy, pes Frajer a pes Bivoj. Zdroj: [14]

Právě senioři jsou skupinou, pro kterou může být soužití s kočkou mimořádně přínosné, a to hned z několika důvodů. Kočka je oproti jiným zvířecím druhům nejen inteligentní, společenská a přítulná, ale i klidná a tichá. Kočka poskytuje, jako jiná zvířata, nepodmíněné přijetí, nesmírně ráda se mazlí, vyžaduje od člověka láskyplnou pozornost a péči, čímž obnovuje jeho pocit zodpovědnosti a dává mu možnost, aby i on se stal opět poskytovatelem péče, nejen jejím příjemcem. Kadlecová (2009). Dalším z důvodů, proč je kočka vhodným partnerem pro starého člověka, je fakt, že lidé pokročilejšího věku často lépe reagují na dotek, než na slovní komunikaci a tím je podporováno zvyšování kvality jejich života.

Atmosféra a výsledky terapií záleží především na osobnosti terapeuta, který může významně ovlivnit výsledky terapeutických procesů. Terapeuti, kteří v Domově pracují, mají nejen dostatečné odborné dovednosti, ale jsou schopni pochopit klienty, vystupovat autenticky a správně s klienty komunikovat.

Reminiscenční terapie - vzpomínání. Reminiscence je u seniorů s demencí důležitá aktivita, protože díky ní trénují paměť a pracovníci mají při sdílení vzpomínek možnost zjistit, co senioři ve svém mládí považovali za důležité a podle toho s nimi dále pracují.

Senioři mají možnost v rámci **ergoterapie**, která usiluje prostřednictvím jednoduchých aktivních činností o dosažení maximální možné soběstačnosti a samostatnosti, společně vyrábět předměty pro jednotlivá roční období. Na jaře připravují uživatelé Domova Velikonoční výzdobu, malují vajíčka, osazují truhlíky kytkami. V průběhu roku vyrábí drobné předměty z keramické hlíny, pečou moučníky, připravují aranžmá z přírodnin. Cílem je nejen příjemně strávený volný čas, ale i procvičování motoriky. V létě pečují o záhon se zeleninou, který byl nově v loňském roce zřízen ve venkovních prostorách Domova. Taktéž se senioři starají o kytky, které jim působí radost. Před Vánocemi je oblíbenou činností především žen pečení cukroví a výroba vánočních ozdob a svícnů. Aktivizační postupy nezvrátí stav nemocného, ale měly by redukovat efekt senzorické deprivace, sociální izolace a oslabování funkcí. Zgola (2003).



Obr. č. 6: Ergoterapie, záhon se zeleninou, květiny. Zdroj: [14], Vlastní foto.

Péče o starého člověka se skládá z mozaiky nejrůznějších činností. Nejen ošetřovatelská a zdravotnická pracovníci, ale všichni, kteří svou péčí obklopují starého člověka, mohou být pokládáni za pečovatele v tom smyslu, že se o něj starají, aby mu pomohli žít v rámci maxima možného.

11.2 Výsledky výzkumu v Domově se zvláštním režimem Jedlí

11.2.1 Charakteristika výzkumného souboru

Ve snaze získat informace, které by validně referovaly o tom, čím přispívají pobytové sociální služby Domova se zvláštním režimem ke zlepšení kvality života seniorů, proběhlo dotazníkové šetření, zaměřené na dvě cílové skupiny. První z nich byli rodinní příslušníci a blízcí uživatelů pobytové sociální služby Domov se zvláštním režimem v Jedlí. Důvodem tohoto výběru je skutečnost, že nelze šetření provádět přímo s uživateli, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Vzhledem k této diagnóze, projevující se úbytkem kognitivních schopností, by výsledky nebyly z logiky věci validní. Rodinní příslušníci nejlépe znají své blízké, uživatele služeb Domova, a dokáží dobře posoudit, zda a jak služby přispívají ke kvalitě jejich života. Druhou skupinou respondentů byli zaměstnanci v přímé obslužné péči Domova, kteří zajišťují ošetrovatelskou péči uživatelů. Tato skupina lidí patří k dalším osobám, kteří uživatele dobře znají. Díky nim jsme měli snahu zachytit další nezávislý úhel pohledu na stejnou problematiku.

11.2.2 Cíl šetření

Předmětem zkoumání v Domově se zvláštním režimem v Jedlí u Zábřeha bylo zjišťování celkové spokojenosti uživatelů s pobytovou sociální službou Domov se zvláštním režimem, která zahrnuje ošetrovatelsko-zdravotnickou péči, podporu soběstačnosti uživatelů prostřednictvím aktivizačních činností, terapeutických činností a v neposlední řadě také sociální péči. Vytýčeným cílem empirického výzkumu bylo zjišťování pomocí dotazníkového šetření, čím přispívají pobytové služby Domova ke zlepšení kvality života seniorů.

11.2.3 Metodika dotazníkového šetření

Do dotazníkového šetření se zapojilo celkem 29 respondentů, z toho 16 rodinných příslušníků a blízkých uživatelů Domova a 13 ošetrovatelů z Domova se zvláštním režimem.

Dotazník, který byl **určený pro rodinné příslušníky** uživatelů Domova SzR, obsahoval 22 otázek. Hodnotil jednotlivé aspekty pobytu v zařízení. Otázky byly zaměřeny na charakteristiku péče o nemocné. Jednotlivé položky byly koncipovány tak, že prvních pět se zaměřovalo na zjištění základní informace o uživateli a vztahovalo se časovým údajům – délce pobytu seniora v domově, v domácí péči a čekací době.

Další položky se týkaly dotazování na ostatní typy sociálních služeb pro nemocné s ACH – dostupnosti, povědomí o těchto službách, spokojenosti s nabídkou služeb. Stěžejní byly otázky zaměřené konkrétně na pobyt v Domově se zvláštním režimem v Jedlí. Zjišťovaly fakta i mínění rodinných příslušníků o kvalitě služeb domova, názory na péči a taktéž motivy rodinných příslušníků k umístění nemocného do zařízení.

Důležitým okruhem otázek byly ty, které zjišťovaly faktory, které přispívají ke spokojenosti pobytu seniora v zařízení. Dotazovaly se na preference aktivizačních, terapeutických či volnočasových aktivit seniora. Taktéž byl v otázkách prostor pro vyjádření výhrad k péči. Položky v dotazníku měly většinou strukturovanou podobu (polytomické otázky), kdy byl respondentům nabízen určitý počet připravených odpovědí, nebo škála od 1 do 5, s možností výběru podle důležitosti. Vybrané dichotomické otázky nabízely odpověď typu: určitě ano - spíše ano - částečně - spíše ne - vůbec ne.

Kromě výběrových položek dotazník obsahoval i dvě nestrukturované položky, ve kterých respondenti mohli formulovat vlastní odpověď. Tyto položky však vyplnila jen malá část dotazovaných. Jisté úskalí dotazníkového šetření spočívalo v tom, že některé oblasti mohou rodinní příslušníci vnímat subjektivně, avšak otázky byly koncipovány tak, aby toto riziko bylo minimalizováno.

Dotazník určený ošetřovatelskému personálu obsahoval 15 otázek. Struktura dotazníku byla sestavena s ohledem na stanovené cíle. Jeho smyslem bylo doplnění informací o další skutečnosti, zachycené z úhlu pohledu ošetřovatelů. První část dotazování byla zaměřena na osobu respondenta, jeho motivaci pracovat v Domově a délku jeho praxe.

Další část otázek se týkala sociálních služeb v obecné rovině. Tak jako v dotazníku pro rodinné příslušníky, i zde byla nosná část dotazů zaměřena na otázky týkající se spokojenosti a naplňování potřeb uživatelů, což je faktor, který výrazně ovlivňuje kvalitu

života uživatelů služby. V závěru měli zaměstnanci možnost vyjádřit své náměty na vylepšení služeb v Domově.

Oproti dotazníku pro rodinné příslušníky tento obsahoval více otevřených otázek, kdy odpověď vytvářel respondent sám, ostatní dotazy měly formu dichotomických otázek a polytomických otázek s možností výběru.

Dotazníkové šetření proběhlo v období 28.2. do 25.3.2015. Vyhodnocení proběhlo již na konci března. Údaje získané z dotazníků, byly pro větší názornost zpracovány graficky nebo do tabulkové podoby.

11.2.4 Analýza výsledků a jejich interpretace

Následný text předkládá výsledky průzkumu, tak jak byly získány z dotazníkového šetření.

11.2.4.1 Dotazník pro rodinné příslušníky

Otázka č. 1: Ve vztahu k ošetřovanému jste:

- a) manžel(ka)**
- b) dcera (syn)**
- c) vnuk (vnučka)**
- d) opatrovník**
- e) jiná blízká osoba**

manžel(ka)	4
vnuk (vnučka)	5
jiná blízká osoba	4
dcera (syn)	1
opatrovník	2
Celkem	16

Tabulka č. 18: Vztah k ošetřovanému



Graf č. 11: Vztah k ošetřovanému

Na dotazník odpovědělo celkem 16 respondentů-rodinných příslušníků a blízkých uživatelů Domova se zvláštním režimem v Jedlí. Nejčastěji se jednalo o vnuky a vnučky (5), dále životní partnery-manžele, manželky (4) a jiné blízké osoby (4).

Otázka č. 2: Jak dlouho využívá Váš blízký sociální službu Domov se zvláštním režimem v Jedlí?



Graf č. 12: Délka užívání služby

Respondenti uváděli délku pobytu jejich blízkého v zařízení od 0,5 roku do 7 let. Průměrně se jedná o 3 roky. Odborná literatura uvádí, že nemoc trvá průměrně 6 let.

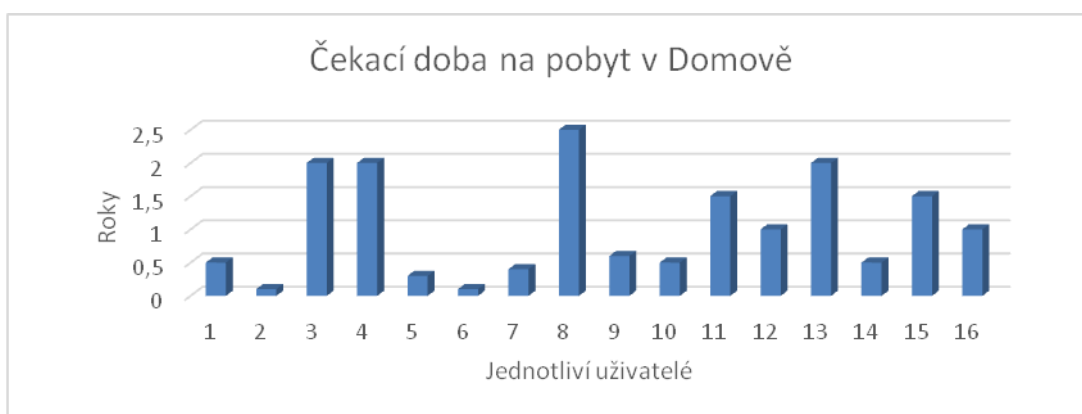
Otázka č. 3: Přibližně jak dlouhou dobu od vzniku choroby byl(a) v domácí péči?



Graf č. 13: Délka ošetřování v domácí péči

Doba, kdy je nemocný před umístěním v pobytovém zařízení sociálních služeb v domácí péči, činí podle výsledků dotazování v průměru 2,3 roku.

Otázka č. 4: Jak dlouho jste čekali na uvolnění místa v Domově?



Graf č. 14: Čekací doba na pobyt v Domově

Doba, kdy vážný zájemce o službu je zaevidovaný v seznamu zájemců o službu a čeká na uvolnění místa, je daná kapacitou služby. Respondenti uváděli čekací dobu od jednoho měsíce, (v tomto případě však došlo pouze k přemístění v rámci jedné instituce z domova pro seniory ve Štítech do domova se zvláštním režimem v Jedlí) do 2,5 let. Průměrná doba, vypočítaná z odpovědí respondentů činí 1,03 roku.

Otázka č. 5: Do kterého stupně závislosti na péči je Váš blízký zařazen?

- I. stupeň - lehká závislost
- II. stupeň - středně těžká závislost
- III. stupeň - těžká závislost
- IV. stupeň - úplná závislost
- nevím

I.stupeň - lehká závislost	0	0%
II.stupeň - středně těžká závislost	2	12%
III.stupeň - těžká závislost	6	38%
IV.stupeň -úplná závislost	7	44%
nevím	1	6%
Celkem	16	100%

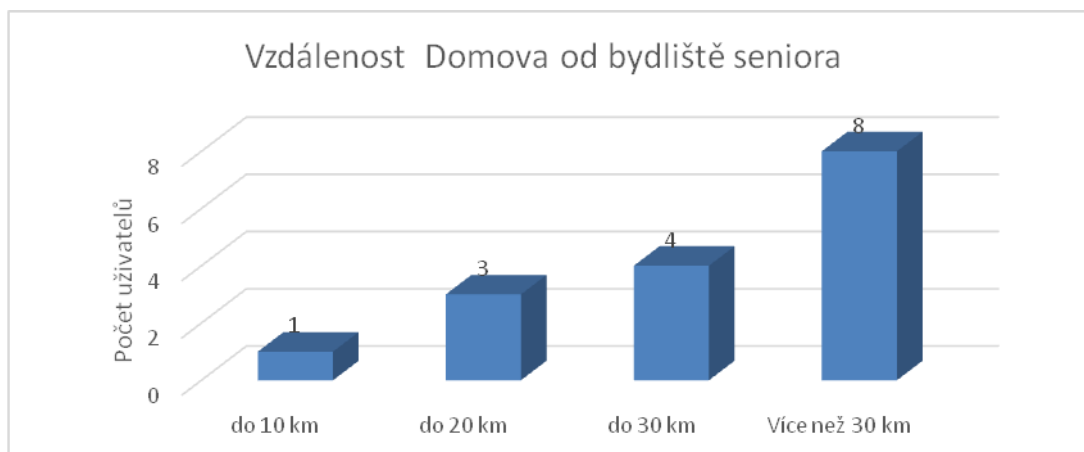
Tab. č. 19: Stupně závislosti**Graf č. 15:** Stupně závislosti

Převaha uživatelů s nejvyšším stupněm závislosti odpovídá i statistickým údajům zahrnující všechny uživatele Domova za rok 2014. Vzorek dotázaných odpovídá v menším měřítku struktuře všech uživatelů Domova.

Otázka č. 6: Jak daleko je Domov od seniorova původního bydliště?

do 10 km	1	6%
do 20 km	3	19%
do 30 km	4	25%
Více než 30 km	8	50%
Celkem	16	100%

Tab. č. 20: Vzdálenost Domova od bydliště seniora



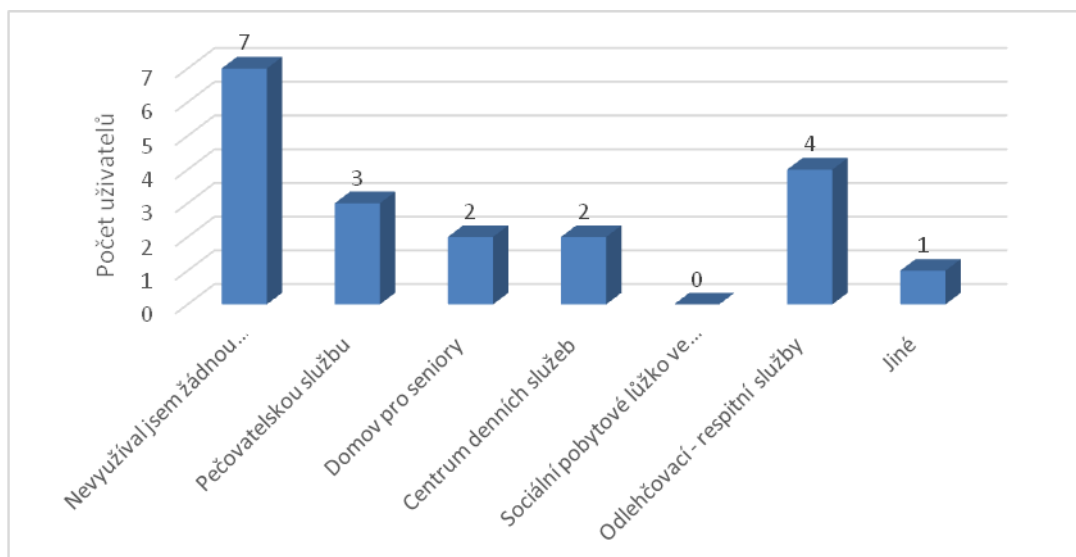
Graf č. 16: Vzdálenost Domova od bydliště seniora

Vzdálenost Domova od seniorova původního bydliště je u poloviny dotázaných nad 30 kilometrů. Podle četnosti následovala varianta do 30 kilometrů, kterou označilo 25% dotázaných. Znamená to, že rodinní příslušníci volili zařízení buď podle preference, nebo podle toho, že v místě jejich bydliště tento typ sociální služby chybí.

Otázka č. 7: Využíval(a) jste v době před umístěním Vašeho blízkého do Domova v Jedlí nějakou jinou sociální službu, která by přinesla úlevu v péči o nemocného?

Nevyužíval jsem žádnou sociální službu	7	37%
Pečovatelskou službu	3	16%
Domov pro seniory	2	10%
Centrum denních služeb	2	10%
Sociální pobytové lůžko ve zdravotnickém zařízení	0	0%
Odlehčovací - respitní služby	4	21%
Jiné	1	5%
Celkem	19	100%

Tab.č. 21: Využití jiných sociálních služeb před SSL DsR



Graf č. 17: Využití jiných sociálních služeb před SSL DsR

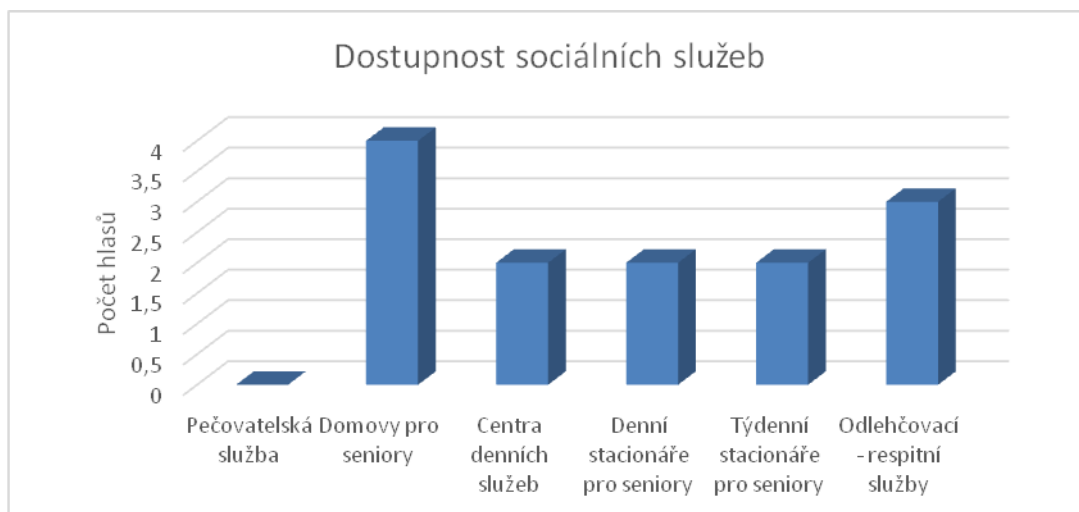
37% respondentů odpovědělo, že před umístěním blízkého do Domova v Jedlí nevyužívali žádnou sociální službu. Odlehčovací služby využívalo 21 klientů, pečovatelskou službu 16% klientů a Domov pro seniory a Centrum denních služeb využíval stejný počet 10% klientů. Nabízí se otázka dostupnosti těchto služeb, ať již územní nebo finanční, dále pak otázka volných kapacit v jednotlivých zařízeních.

Otázka č. 8: Které sociální služby v Olomouckém kraji jsou dle Vašeho názoru pro potřeby nemocných s Alzheimerovou chorobou málo dostupné, nebo úplně nedostupné?

Uveďte příčinu nedostupnosti (kapacita, územní nedostupnost, finanční náročnost)

Pečovatelská služba	0	0%
Domovy pro seniory	4	31%
Centra denních služeb	2	16%
Denní stacionáře pro seniory	2	15%
Týdenní stacionáře pro seniory	2	15%
Odlehčovací - respitní služby	3	23%
Celkem	13	100%

Tab. č. 22: Dostupnost sociálních služeb



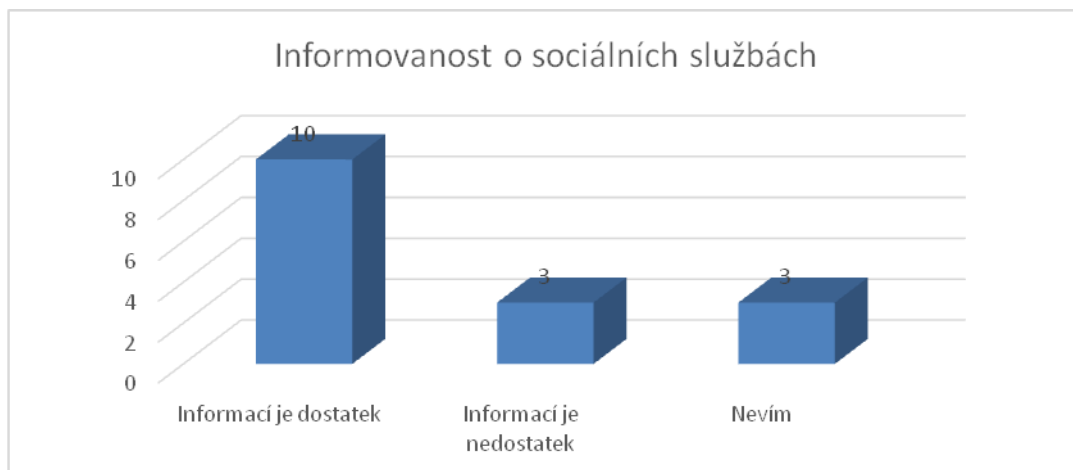
Graf č. 18: Dostupnost sociálních služeb

Tato otázka souvisela s otázkou předešlou - mapovala dostupnost jednotlivých typů sociálních služeb pro nemocné s diagnózou ACH. Z odpovědí vyplynulo, že jednoznačně málo dostupné jsou právě domovy se zvláštním režimem. Hlavní příčinou nedostupnosti je kapacita – tento důvod uvedlo 11 dotázaných. Územní dostupnost byla z výběru zvolena 2x, finanční náročnost také 2x.

Otázka č. 9: Jaká je podle Vás informovanost o nabídce sociálních služeb pro seniory s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji?

Informací je dostatek	10	62%
Informací je nedostatek	3	19%
Nevím	3	19%
Celkem	16	100%

Tabulka č. 23: Informovanost o sociálních službách



Graf č. 19: Informovanost o sociálních službách

Informovanost o nabídce sociálních služeb je podle respondentů na dobré úrovni. Většina odpověděla, že má informací dostatek, 3 respondenti deklarovali, že je informací nedostatek. 3 respondenti nebyli schopni k položenému dotazu zaujmout stanovisko.

Otázka č. 10: V čem vidíte přínos pobytu v Domově se zvláštním režimem pro nemocného? Seřaďte podle pořadí důležitosti 1.-7.

Ot.	V čem vidíte přínos pobytu v Domově se zvláštním režimem pro nemocného?	Seřazení dle pořadí důležitosti	Součet bodů	Vyhodnoc. pořadí dle důležitosti
	Seřaďte podle pořadí důležitosti 1.-7.			
1.	v odborné péči zdravotnického i ošetrovatelského personálu	2,1,2,3,1,3,1,1,6,2,5,3,2,2,2	36	2
2.	v bezpečném prostředí	3,5,3,2,1,2,1,4,1,2,7,4,4	39	3
3.	v nepřetržité, 24 hodin trvající péči	1,2,1,1,2,2,7,1,2,1,1,2,3	26	1
4.	v pozornosti k potřebám nemocného	4,3,4,5,5,4,2,6,3,5,3,5,1	50	4
5.	v možnosti aktivního prožívání volného času	7,6,5,6,7,6,3,7,4,4,5,6,2	68	6
6.	v obětavé péči ošetrojícího personálu	5,4,6,4,4,5,5,5,6,7,4,1,7	63	5
7.	v možnosti kontaktu s vrstevníky	6,7,7,7,6,7,4,3,7,6,6,7,5	78	7
8.	další možnosti.....		0	8

Tab. č. 24: Hodnocení parametrů péče



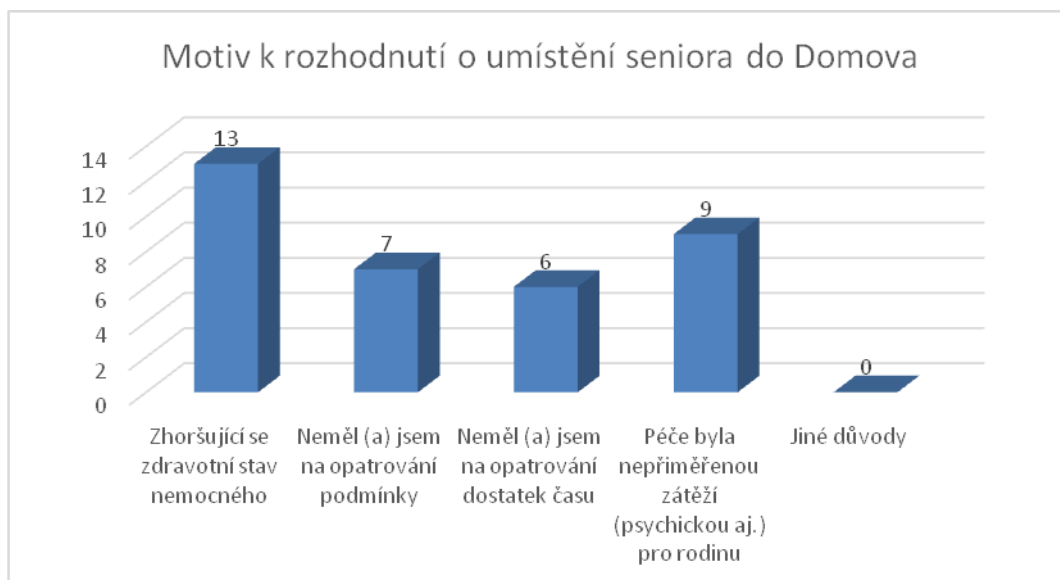
Graf č. 20: Hodnocení parametrů péče

Abychom zjistili stupeň důležitosti parametrů péče podle různých kritérií, použili jsme metodu nominálního (klasifikačního) měření a vytvořili stupnici od 1 - 8, kdy jednička znamenala nejvyšší známku pro parametr z nabídky možností přínosu pobytu v Domově, 8 nejnižší. Hodnocení ukázalo, že největší přínos pobytu v Domově SzR spatřují rodinní příslušníci v nepřetržitě, 24 hodin trvající péči. Za další důležitý faktor považují odbornou péči zdravotnického i ošetřovatelského personálu, na třetím místě v pořadí důležitosti se řadí bezpečné prostředí, čtvrté místo patří pozornosti k potřebám nemocného, na páté příčce je obětavá péče ošetřujícího personálu, na šestém místě je možnost aktivního prožívání volného času. Sedmé místo náleží možnosti kontaktu s vrstevníky. Otevřenou otázku, která se dotazovala na další možnosti, nevyplnil nikdo.

**Otázka č. 11: Co Vás přivedlo k rozhodnutí umístit Vašeho blízkého do Domova?
Je možné zatrhnout i více odpovědí.**

Zhoršující se zdravotní stav nemocného	13	37%
Neměl (a) jsem na opatrování podmínky	7	20%
Neměl (a) jsem na opatrování dostatek času	6	17%
Péče byla nepřiměřenou zátěží (psychickou aj.) pro rodinu	9	26%
Jiné důvody	0	0%
Celkem	35	100%

Tab. č. 25: Motiv k rozhodnutí o umístění do DsR



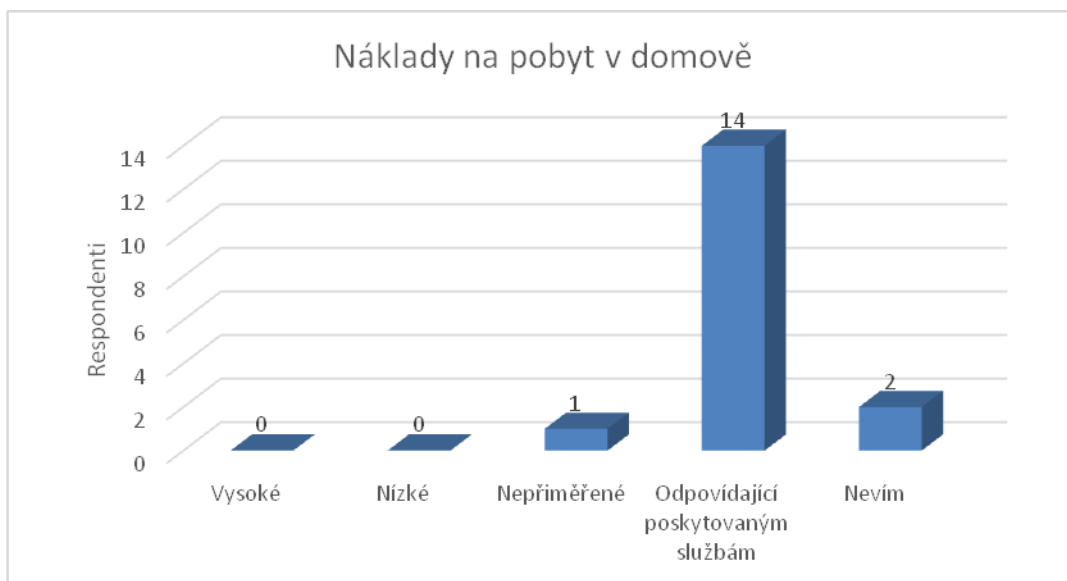
Graf č. 21: Motiv k rozhodnutí o umístění do DsR

Motivem, který přivedl rodiny umístit své blízké s onemocněním ACH do Domova, byl ve většině případů jejich zhoršující se zdravotní stav. V důsledku toho se pak péče stala nepřiměřenou zátěží. Nezanedbatelným faktem je i to, že neměli na opatrování podmínky, ani dostatek času, protože péče o nemocného vyžaduje obrovské nasazení.

Otázka č. 12: Náklady na pobyt v Domově jsou podle vašeho názoru:

Vysoké	0	0%
Nízké	0	0%
Nepřiměřené	1	6%
Odpovídající poskytovaným službám	14	82%
Nevím	2	12%
	17	100%

Tabulka č. 26: Náklady na pobyt v Domově



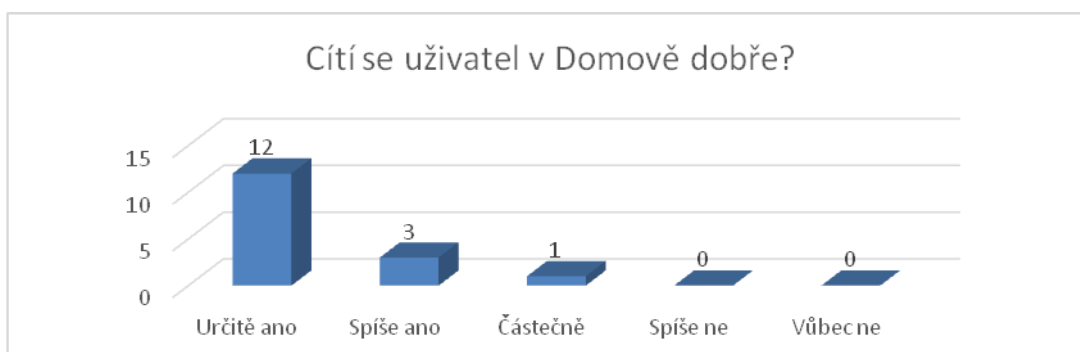
Graf č. 22: Náklady na pobyt v Domově

Náklady na pobyt v zařízení odpovídají podle většiny dotazovaných poskytovaným službám.

Otázka č. 13: Myslíte si, že se Váš blízký v domově cítí dobře?

Určitě ano	12	75%
Spíše ano	3	19%
Částečně	1	6%
Spíše ne	0	0%
Vůbec ne	0	0%
Celkem	16	100%

Tab. č. 27: Cítí se uživatel v DsR dobře?



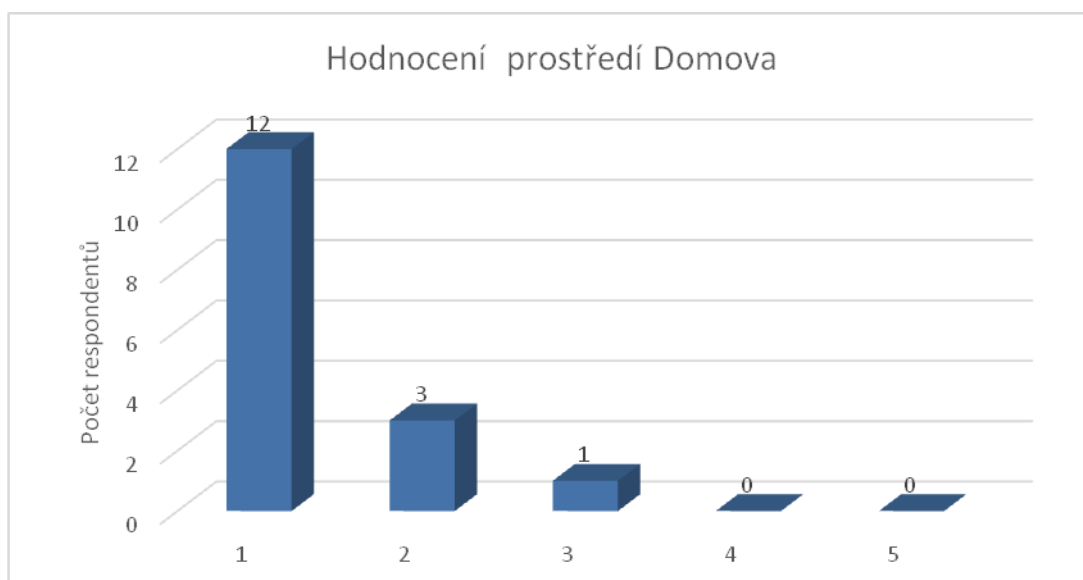
Graf č. 23: Cítí se uživatel v DsR dobře?

Optimisticky vyznívá skutečnost, že rodinní příslušníci se ve většině (75%) domnívají, že se v něm uživatelé cítí dobře. Ani v jednom případě se nevyskytl názor, že by tomu tak nebylo, což je pozitivní zjištění.

Otázka č. 14: Hodnoťte známkou či slovně, jak jste spokojeni s prostředím Domova?

1	12	75%
2	3	19%
3	1	6%
4	0	0%
5	0	0%
Celkem	16	100%

Tab.č. 28: Hodnocení prostředí Domova



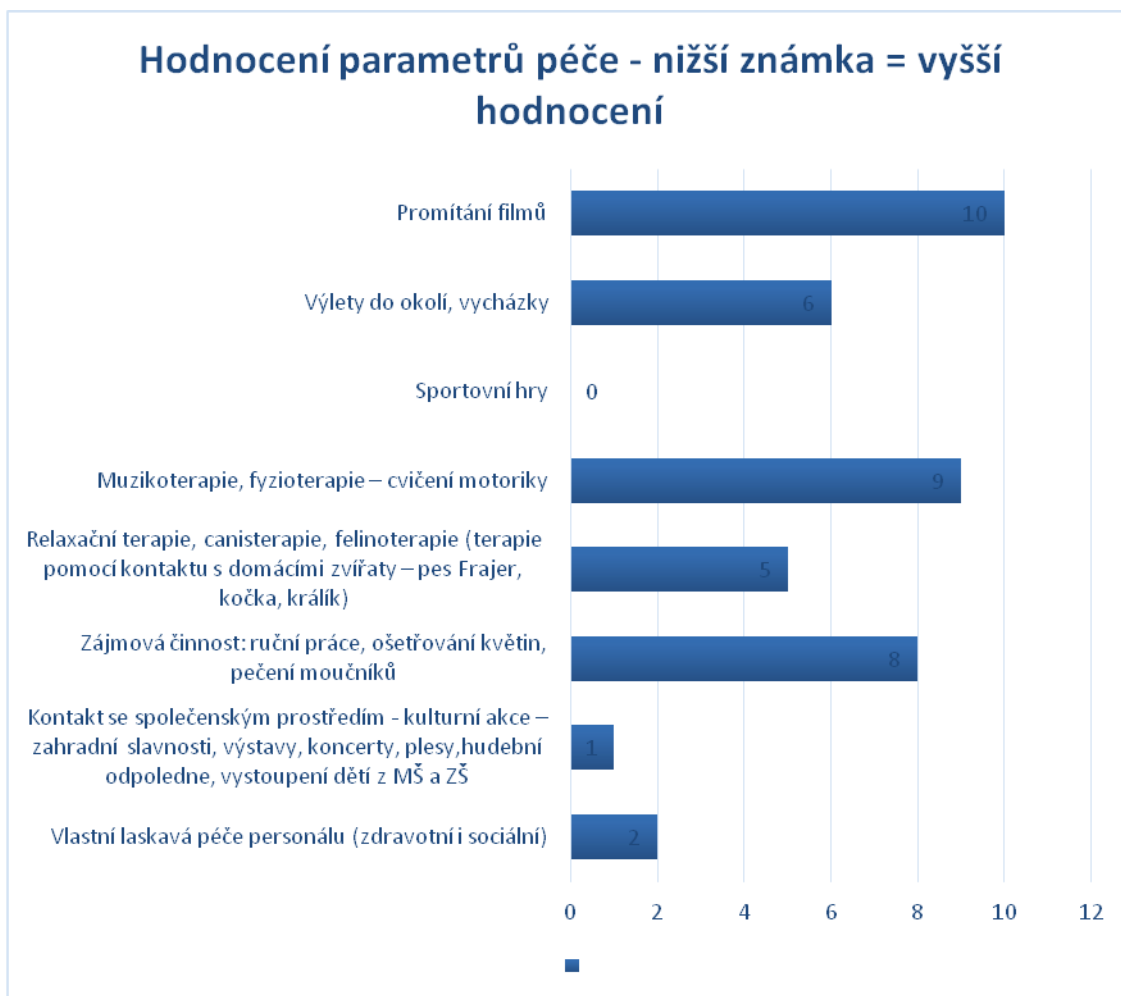
Graf. č. 24: Hodnocení prostředí Domova

I v případě této otázky se pozitivní hodnocení podobalo předešlé otázce, hodnocené také 75% ve prospěch spokojenosti s prostředím domova.

Otázka č. 15: Co se podle Vašeho názoru Vašemu blízkému v zařízení líbí, co rád dělá, s čím je spokojen(a) a co ho baví? Seřad'te podle důležitosti 1.-10.

Ot.	Co se podle Vašeho názoru Vašemu blízkému v zařízení líbí, co rád dělá, s čím je spokojen(a) a co ho baví?	Seřazení dle pořadí důležitosti	Průměrná známka	Vyhodnoc.poradí dle důležitosti
	Seřad'te podle pořadí důležitosti			
1.	Vlastní laskavá péče personálu (zdravotní i sociální)	1,1,1,1,1,1,1,1,4,7,4,1,4,1,	2,15	2
2.	Kontakt se společenským prostředím - kulturní akce – zahradní slavnosti, výstavy, koncerty, plesy, hudební odpoledne, vystoupení dětí z MŠ a ZŠ	3,2,1,2,1,1,2,1,1,1,7,1,2,3	2	1
3.	Zájmová činnost: ruční práce, ošetřování květin, pečení moučníků	2,6,7,6,5,3,6	5	8
4.	Relaxační terapie, canisterapie, felinoterapie (terapie pomocí kontaktu s domácími zvířaty – pes Frajer, kočka, králik)	2,7,2,3,5,2,2,3,5	3,4	5
5.	Muzikoterapie, fyzioterapie – cvičení motoriky	4,6,6,3,6,7	5,3	9
6.	Sportovní hry			0
7.	Výlety do okolí, vycházky	3,2,4,8,5,2	4	6
8.	Promítání filmů	5,10,4	6,3	10
9.	Reminiscence - (terapie pomocí vzpomínek na rodinu, práci)	4,2,5,1	3	3
10.	Bohoslužby, návštěvy řádových sester	3,4,3,3,6,1,2	3,14	4
11.	Dobré jídlo	2,3,2,5,9,4,7,1	4,12	7
12.	Jiné			

Tab. č. 29: Hodnocení parametrů péče – aktivity



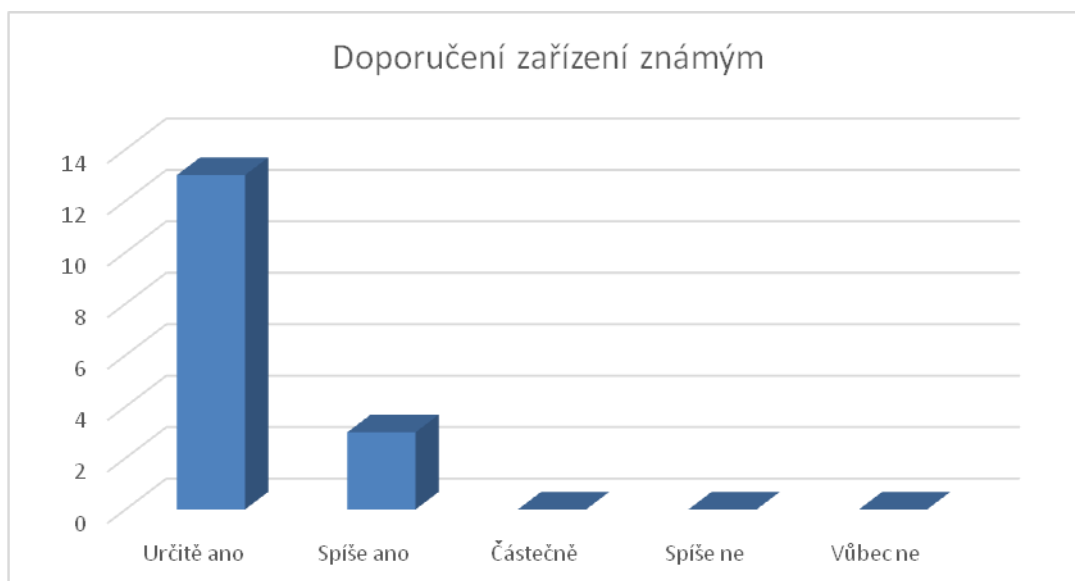
Graf č. 25: Hodnocení parametrů péče - aktivity

V této otázce měli rodinní příslušníci možnost vybrat z nabízených možností tu, která nejvíce přispívá ke spokojenosti uživatele v zařízení. Vyhodnocené grafy ilustrují, že uživatelé mají nejraději kontakt se společenským prostředím, který zahrnuje různé kulturní akce, slavnosti, výstavy, koncerty, vystoupení dětí z místní ZŠ a MŠ. Avšak nejen kultura je považována za nejdůležitější faktor přispívající ke spokojenosti, ale i vlastní laskavá péče personálu je pro uživatele zásadní. K dalším preferovaným aktivitám patří reminiscence, bohoslužby a různé terapie – canisterapie, felinoterapie, relaxační terapie. Když to počasí dovolí, senioři chodí rádi i na vycházky do okolí a jezdí na výlety. Ani dobré jídlo není zanedbatelné. Další pořadí aktivit je zřejmé z grafu.

Otázka č. 16. Doporučil byste toto zařízení Vaším známým?

Určitě ano	13	81%
Spíše ano	3	19%
Částečně	0	0%
Spíše ne	0	0%
Vůbec ne	0	0%
	16	100%

Tab. č. 30: Doporučení zařízení známým



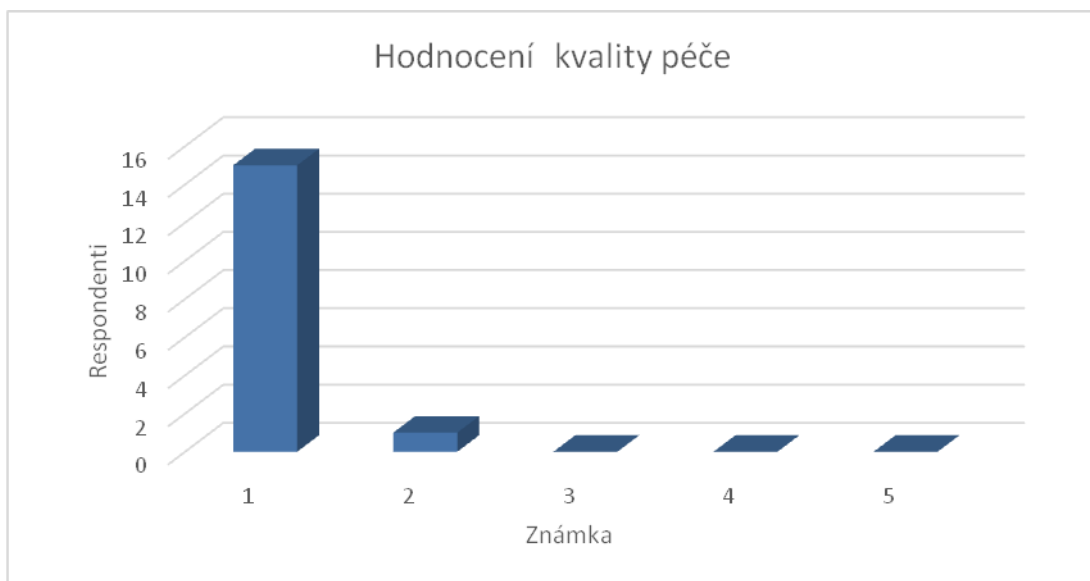
Graf č. 26: Doporučení zařízení známým

Tabulka č. 26 a graf č. 30 prezentují, že 81% tázaných by určitě doporučilo zařízení známým.

Otázka č. 17: Ohodnoťte školní známkou, jak jste spokojeni s kvalitou péče, která je Vašemu blízkému poskytována?

1	15	94%
2	1	6%
3	0	0%
4	0	0%
5	0	0%
Celkem	16	100%

Tab. č. 31: Hodnocení kvality péče



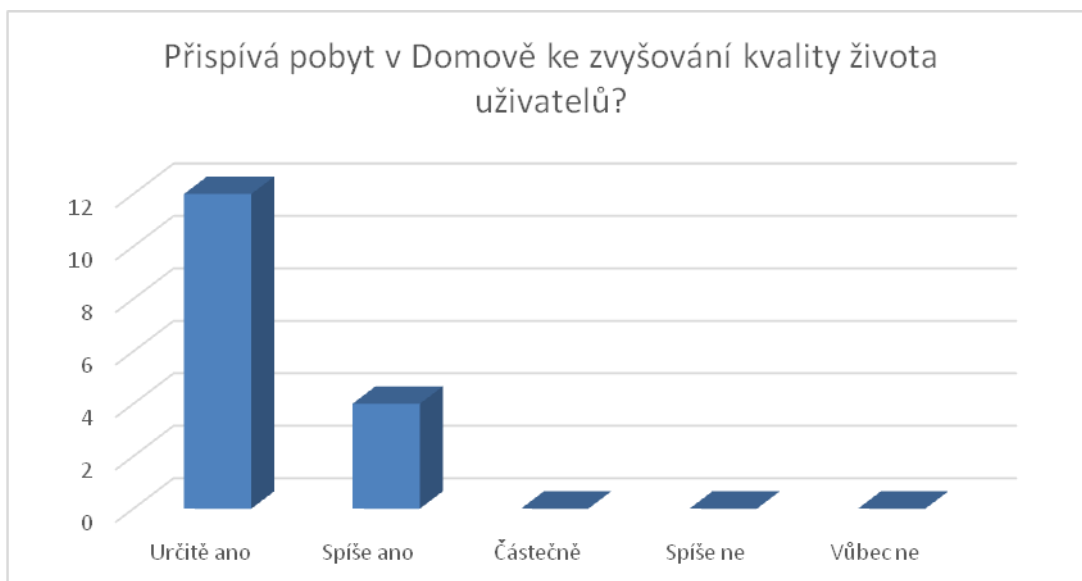
Graf č. 27: Hodnocení kvality péče

Tabulka č 31 a graf č. 27 demonstrují, že kvalita péče je hodnocena 94% hodnotitelů známkou nejvyšší.

Otázka č. 18: Domníváte se, že pobyt v Domově přispívá ke zvyšování kvality života uživatelů?

Určitě ano	12	75%
Spíše ano	4	25%
Částečně	0	0%
Spíše ne	0	0%
Vůbec ne	0	0%
	16	100%

Tab. č. 32: Názor na kvalitu života seniorů



Graf č. 28: Názor na kvalitu života seniorů

Pobyt v Domově podle 75% dotazovaných určitě přispívá ke zvyšování kvality života uživatelů.

Otázka č. 19: Má pobyt v Domově také záporné stránky? Jaké?

Nemá	9	60%
Špatná dopravní dostupnost	6	40%
Vysoká cena za služby	0	0%
Mám výhrady k...	0	0%
	15	100%

Tab. č. 33: Záporné stránky pobytu v Domově



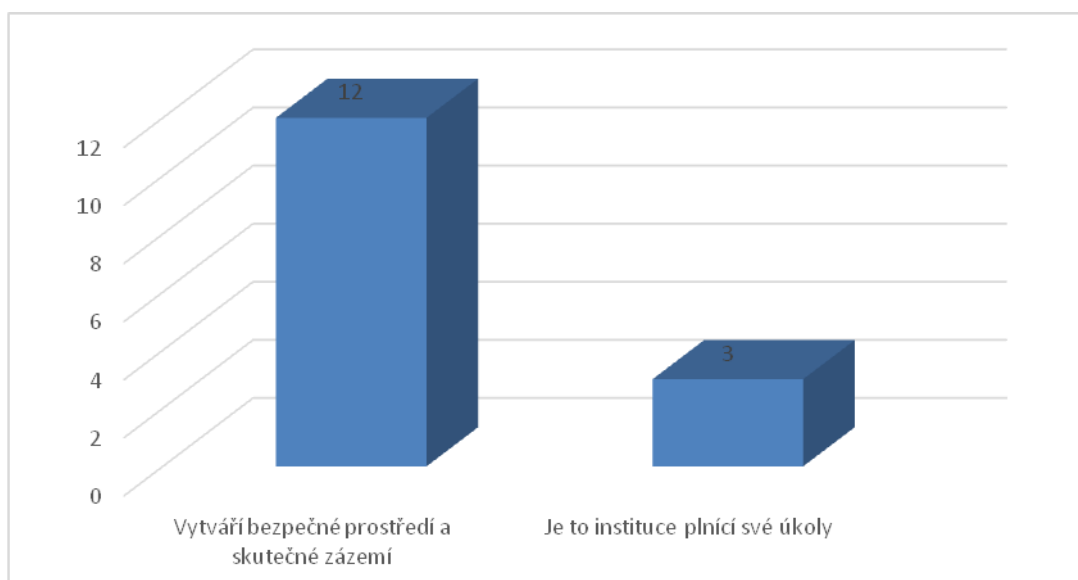
Graf č. 29: Záporné stránky pobytu v Domově

Dotazovaní měli možnost uvést i záporné stránky domova. Této možnosti využilo 6 respondentů, kteří uvedli špatnou dopravní dostupnost domova. Dalších 9 respondentů se vyjádřilo, že domov nemá zápornou stránku. Otevřenou otázku, která umožňovala vlastní odpověď, nevyplnil nikdo.

Otázka č. 20: Považujete úsilí zaměstnanců Domova se zvláštním režimem za takové, že vytváří skutečný DOMOV pro seniory, nebo je pouze institucí plnící své úkoly?

Vytváří bezpečné prostředí a skutečné zázemí	12	80%
Je to instituce plnící své úkoly	3	20%
	15	100%

Tab. č. 34: Domov – bezpečné zázemí či instituce?



Graf č. 30: Domov – bezpečné zázemí či instituce?

Graf č. 30 velmi pozitivně prezentuje názor rodinných příslušníků, že Domov se zvláštním režimem vytváří bezpečné prostředí a skutečné zázemí seniorům a usiluje o to, aby se stal jejich skutečným domovem pro poslední období jejich života.

Otázka č. 21: Chtěl(a) byste ještě doplnit nějakou informací k práci ošetřovatelů, sociálních a jiných pracovníků?

Otevřená otázka umožnila dotazovaným vyjádřit vlastní názory doplňující informace, které předchozí otázky dotazníku nepostihly.

Této možnosti využilo 5 dotazovaných a uvedli tyto názory:

„Mám 80 roků. Až budu na tom zdravotně špatně, chci jít do Domova v Jedlí.“

„Jsem se službami plně spokojen.“

„Zatím je v domově krátkou dobu.“

„Spokojenost.“

„Laskavá péče personálu, domácí prostředí, zaměstnanci dělají svoji práci srdcem.“

Otázka č. 22: Pokud jste ochoten(a) podělit se o neobvyklou situaci, zajímavost či dokonce příběh ve vztahu k péči o Vašeho blízkého, uveďte, prosím.

K závěrečné otázce se vyjádřili 3 dotazovaní slovy:

„Je vidět pokrok“

„Spokojenost naší maminky je pro nás velkou odměnou.“

„Náročné povolání.“

11.2.4.2 Dotazník pro zaměstnance zabezpečující přímou péči

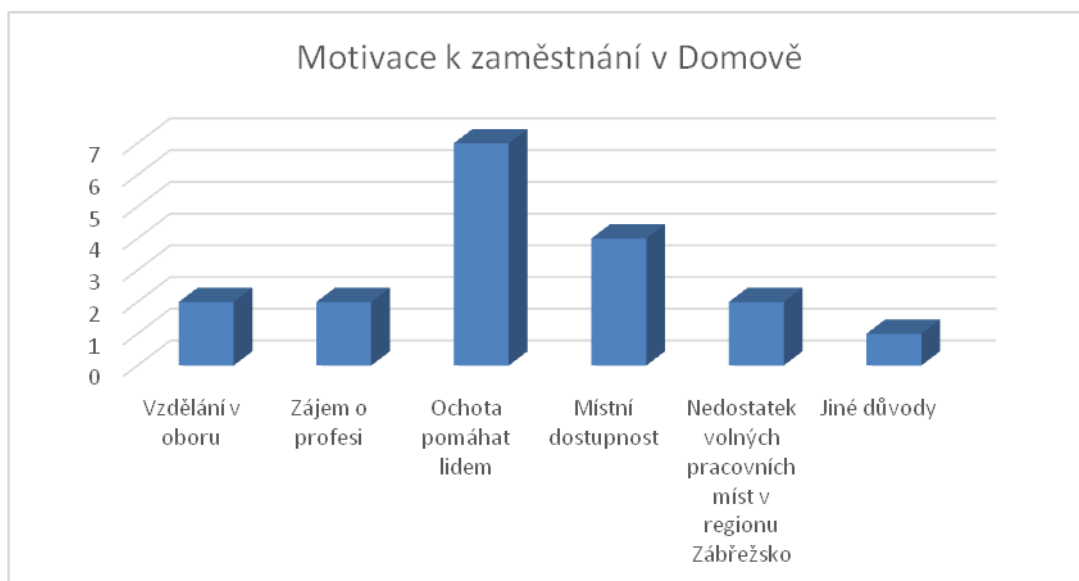
Dotazník obsahoval 15 otázek. 13 zaměstnanců vyplnilo dotazník.

Otázka č. 1: Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat v Domově?

- Vzdělání v oboru
- Zájem o profesi
- Ochota pomáhat lidem
- Místní dostupnost
- Nedostatek volných pracovních míst v regionu Zábřežsko
- Jiné důvody.....

Vzdělání v oboru	2	11%
Zájem o profesi	2	11%
Ochota pomáhat lidem	7	39%
Místní dostupnost	4	22%
Nedostatek volných prac. míst v regionu Zábřežsko	2	11%
Jiné důvody	1	6%
	18	100%

Tab. č. 35: Motivace k zaměstnání v Domově



Graf č. 31: Motivace k zaměstnání v Domově

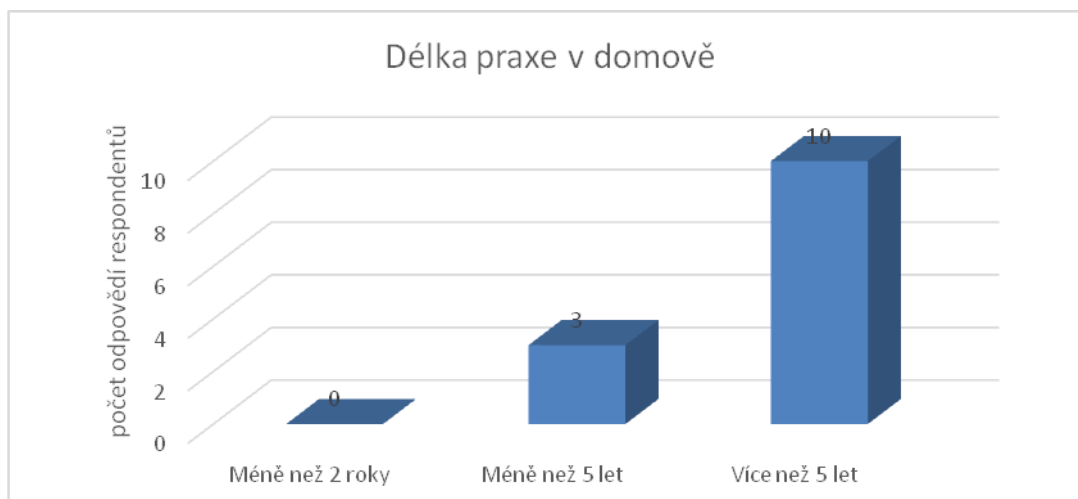
První otázka byla zaměřena na zjištění motivace k výběru zaměstnání v Domově. Nejvíce odpovědí 7 ze 13 dotazovaných odpovědělo, že si vybrali tuto profesi proto, že chtějí pomáhat lidem. Dalším motivem v pořadí je místní dostupnost. V regionu Zábřežsko je nedostatek pracovních příležitostí a je pravděpodobné, že u některých zaměstnanců se faktory motivace kombinovaly s danou situací. Někteří respondenti totiž uvedli více důvodů, a proto celkový počet odpovědí je vyšší než počet respondentů.

Otázka č. 2: Jak dlouho pracujete v domově?

- Méně než 2 roky
- Méně než 5 let
- Více než 5 let

Méně než 2 roky	0	0%
Méně než 5 let	3	23%
Více než 5 let	10	77%
Celkem	13	100%

Tab. č. 36: Délka praxe v Domově



Graf č. 32: Délka praxe v Domově

Druhá otázka se tázala zaměstnanců na to, jak dlouho pracují v Domově. Většina (77%) odpověděla, že déle než 5 let. Znamená to, že v domově je ošetrovatelský personál, který má dostatek zkušeností se specifickou péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou. Tato skutečnost je pozitivní, protože nemocní vzhledem ke své diagnóze potřebují mít ve svém okolí stabilitu a stereotypy, které přispívají k naplňování jejich potřeb jistoty a bezpečí.

Otázka č. 3: Co činí Domov v Jedlí podle Vašeho názoru jedinečným, neopakovatelným?

V odpovědi na tuto otevřenou otázku měli zaměstnanci možnost vyjádřit svůj názor na to, čím je zařízení jedinečné, např. oproti jiným zařízením stejného typu.

Zaměstnanci uváděli tyto odpovědi:

„Malé zařízení opravdu rodinného typu“

„Zasazen do krásné krajiny“

„Pěkné vesnické prostředí“

„Domácí prostředí, menší domov“

„Vzorná péče o seniory“

„Malá kapacita domova“
„Lokalita, velikost“
„Diagnóza ve 100%“ (míněno tak, že všichni uživatelé domova mají stejnou diagnózu)
„Individuální přístup“
„Zájem o klienta“
„Péče a prostředí domova“

Z odpovědí, které se v několika případech jinými slovy opakují, vyplývá, že jedinečnost zařízení Domova je daná především jeho malou kapacitou a rodinným prostředím, což umožňuje individuální přístup k nemocným uživatelům a v důsledku toho se toto promítá do vzorné péči o seniory.

Otázka č. 4: Čím se Domov snaží zlepšit kvalitu života svých uživatelů?

Respondenti uváděli tyto odpovědi:

„Přístupem k uživatelům jako ke svým rodinným příslušníkům“
„Individuálním přístupem“
„Domov neizoluje, nabízí kulturní vyžití“
„Zájem o uživatele, více aktivit, individuální přístup“
„Širokou nabídkou volnočasových aktivit“
„Naprosto vším – asistencí, péčí, prostředím“
„Různými aktivitami, vybavením domova, společenskými prostory“
„Aktivizací, zapojováním klientů do běžných aktivit“
„Reminiscencí, aktivitou“
„Domácí pohodou“
„Neustálým rozšiřováním svých služeb, vybavením, pomůckami“

Odpovědi potvrzovaly a doplňovaly odpovědi na otázku předchozí. Důležitým činitelem, kterým domov přispívá ke zvyšování kvality života uživatelů z pohledu ošetřovatelů je kromě individuální péče také široká nabídka aktivit, které zpříjemňují seniorům poslední fázi života, trávenou mimo vlastní domov.

Otázka č. 5: Co Vás na Vašem zaměstnání baví, na co se do práce těšíte?

Zaznamenané odpovědi na otevřenou otázku:

- „Baví mě práce s lidmi“*
- „Úsměv uživatelů“*
- „Mám ráda práci lidmi“*
- „Těším se na jejich reakce a zpětné vazby“*
- „Pomáhat lidem“ „Kolektiv“*
- „Práce s uživateli“ (odpověď se 3x opakovala)*
- „Kontakt s klientem“*
- „Každý den je jiný – různé aktivity“*

Z uvedených odpovědí vyplývá, že ošetrovatelský personál rád pracuje s lidmi, což se bezesporu promítá do kvality poskytované péče.

Otázka č. 6: Co považujete za negativní stránku Vašeho zaměstnání?

Zaznamenané odpovědi na otevřenou otázku:

- „Velká psychická zátěž“*
- „Málo volného času“*
- „Psychická náročnost“ (odpověď se opakovala)*
- „Náročnost“*
- „Velká fyzická i psychická námaha“*
- „Zbytečné papírování“*
- „Nepřetržitý provoz, práce na Vánoce a jiné svátky“*
- „Psychická vyčerpanost. V této chvíli přemýšlím o změně zaměstnání“*

Zaměstnanci měli možnost uvést negativní stránku zaměstnání. Pomáhající profese obecně a především pak práce ošetrovatelů v přímé obslužné péči je nesmírně psychicky i fyzicky náročná. Je málo lidí, kteří ji mohou a jsou ochotni vykonávat. Tato profese si od člověka žádá nejen dovednosti či znalosti, ale kus jeho „srdce“, o které se dělí s nemocnými. Pracovníci jsou ohroženi syndromem vyhoření, což také dokladuje jedu z uvedených odpovědí.

Otázka č. 7: Myslíte si, že se cítí uživatelé v Domově spokojeni?

Spíše ano	10	83%
Spíše ne	0	0%
Nevím	2	17%
Celkem	12	100%

Tab. č. 37: Spokojenost uživatelů z pohledu ošetřovatelů



Graf č. 33: Spokojenost uživatelů z pohledu ošetřovatelů

Většina (83%) respondentů uvedla názor, že se uživatelé cítí v domově spokojeni.

Otázka č. 8: Které volnočasové, kulturní, příp. aktivizační činnosti MAJÍ podle Vašeho názoru uživatelé rádi?

Na tuto položku dotazníku odpověděli zaměstnanci takto:

„Běžné denní činnosti“

„Muzikoterapie, canisterapie, felinoterapie“ (2x)

„Čtení časopisů“

„Hudební a taneční vystoupení“ (3x)

„Kino, pobyt venku, pečení“

„Kulturu, žehlení“

„Poslouchání dechovky, zvířata, návštěvy dětí, hudba“ (2x)

„U imobilních různé masáže a relaxační hudba“

„Reminiscence“

Otázka č. 9: Které volnočasové, příp. aktivizační činnosti NEMAJÍ podle Vašeho názoru uživatelé v oblibě? (otevřená otázka)

Respondenti uvedli tyto zajímavé odpovědi:

„Povídání s psychology“ (2x opakující se odpověď)

„Je to individuální, záleží na osobnosti“ (2x)

„Malování, práci.“

„Ruční práci- vystřihování“

„Je to různé, záleží na jejich momentální náladě“

„Nedá se říct, každý má rád něco jiného“

„Hygienu, nácvik soběstačnosti“

„Kulturní vystoupení, které trvají déle než 1 hodinu (divadlo, kouzelník)

„Nevím.“ „Snažíme se dělat pro ně co mají rádi“

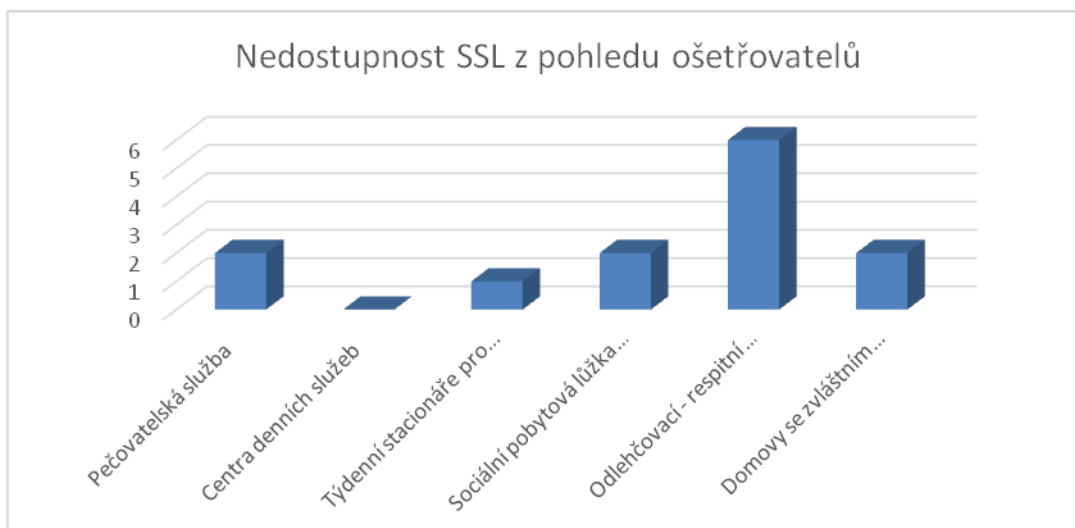
Odpovědi dokumentují, že obliba nebo nelibost volnočasových aktivit vyplývá z individualit uživatelů.

Otázka č. 10: Které sociální služby v Olomouckém kraji jsou dle Vašeho názoru pro potřeby nemocných s ACH málo dostupné nebo úplně nedostupné? Uveďte příčinu nedostupnosti (kapacita, územní nedostupnost, finanční nákladnost, jiné)

- Pečovatelská služba
- Centra denních služeb
- Týdenní stacionáře pro seniory
- Sociální pobytová lůžka ve zdravotnických zařízeních
- Odlehčovací služby (terénní, pobytové)
- Domovy se zvláštním režimem

Pečovatelská služba	2	16%
Centra denních služeb	0	0%
Týdenní stacionáře pro seniory	1	8%
Sociální pobytová lůžka ve zdravotnických zařízeních	2	15%
Odlehčovací - respitní služby	6	46%
Domovy se zvláštním režimem	2	15%
	13	100%

Tab. č. 38: Nedostupnost SSL z pohledu ošetřovatelů



Graf č. 34: Nedostupnost SSL z pohledu ošetřovatelů

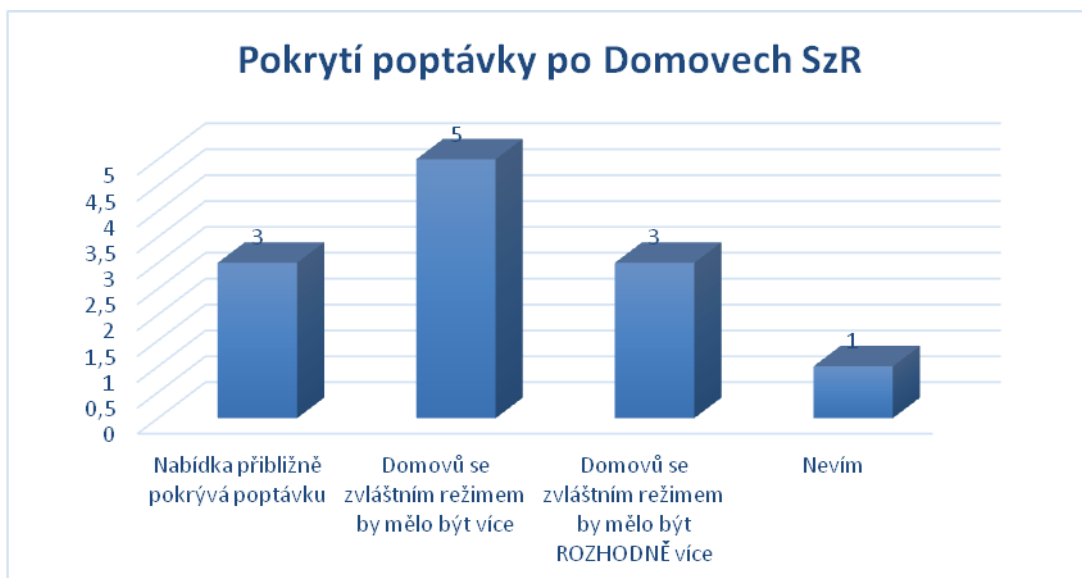
Z pohledu většiny (46%) ošetřovatelů jsou nejméně dostupné respitní – odlehčovací sociální služby. Dále je to podle 16% dotazovaných pečovatelská služba a 15% respondentů uvedlo stejný nedostatek sociální služby domov se zvláštním režimem a sociální pobytová lůžka ve zdravotnických zařízeních. Tři z dotazovaných uvedli, že nemají přehled. Příčinou nedostupnosti je uváděna finanční nákladnost a kapacita ve stejné míře)

Otázka č. 11: Domníváte se, že nabídka Domovů se zvláštním režimem dostatečně pokrývá poptávku po takových zařízeních?

- Nabídka přibližně pokrývá poptávku
- Domovů se zvl. režimem by mělo být více
- Domovů se zvl. režimem by mělo být ROZHODNĚ více

Nabídka přibližně pokrývá poptávku	3	25%
Domovů se zvláštním režimem by mělo být více	5	42%
Domovů se zvláštním režimem by mělo být ROZHODNĚ více	3	27%
Nevím	1	8%
	12	100%

Tabulka č.: 39: Pokrytí poptávky po Domovech SZR



Graf č. 35: Pokrytí poptávky po Domovech SzR

Graf č. 35 ilustruje názor zaměstnanců, že by domovů se zvláštním režimem mělo být více. 42 % dotázaných odpovídá, že by jich mělo být více, 27% dotázaných si myslí, že by jich mělo být rozhodně více, 25% si myslí, že nabídka přibližně pokrývá poptávku a jeden z dotazovaných odpověděl, že neví.

Otázka 12: Kolik procent pracovní doby věnujete péči o uživatele a kolik administrativě?

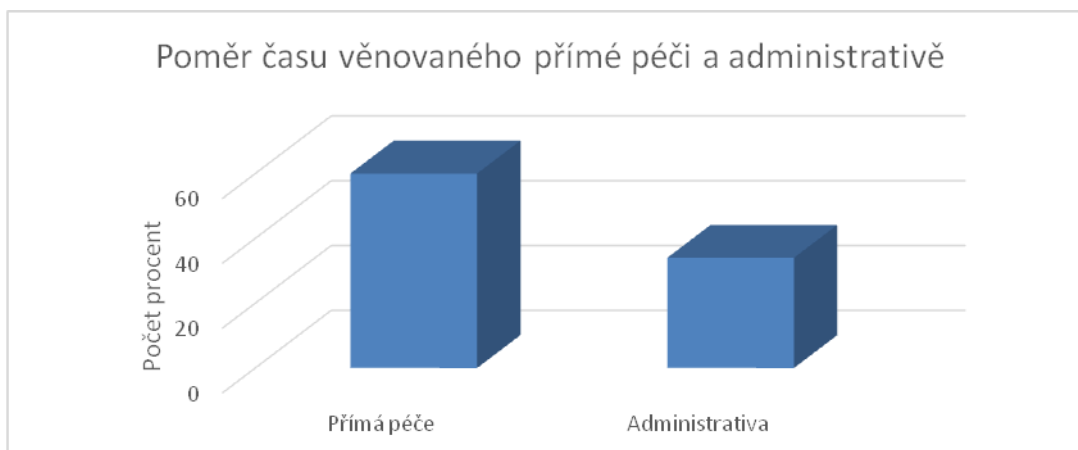
Péči %

Administrativě %

														součet	průměr
Přímé péči	40	60	70	80	70	90	80	80	60	10	80	50	75	845	65
Administrativě	60	40	30	20	30	10	20	20	40	90	20	50	25	455	35

Tab. č. 40: Poměr času věnovaného přímé péči a administrativě

Dvanáctá otázka odpověděla na otázku, kolik procent péče věnují pracovníci přímé péči a kolik administrativě. Přímé péči věnují průměrně 65% času, administrativě 35%. Vypočet byl docílen aritmetický průměrem.



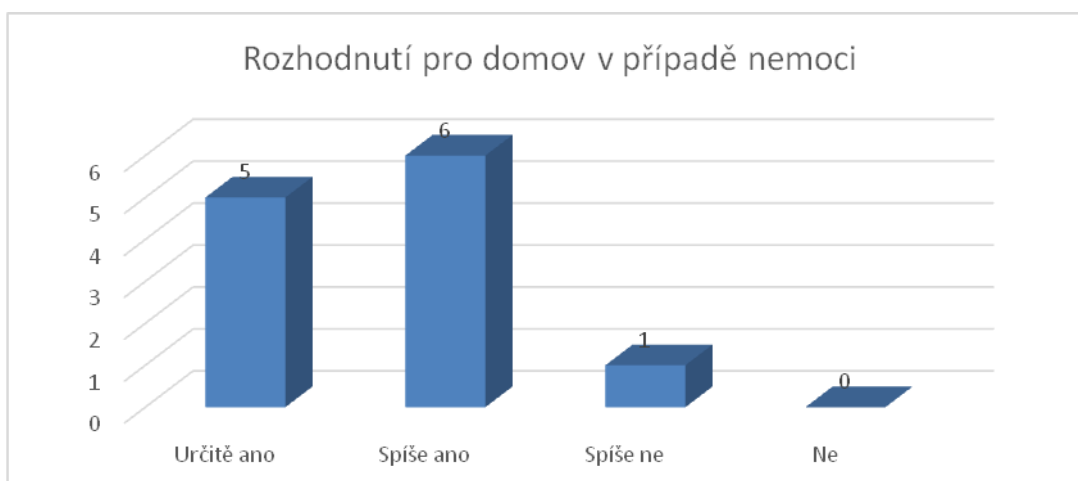
Graf č. 36: Poměr času věnovaného přímé péči a administrativě

Otázka č. 13: Kdyby Vás potkalo stejné onemocnění, jako uživatele domova, zvolili byste si tento Domov jako uživatel(ka)?

Určitě ano - Spíše ano – Spíše ne - Ne

Určitě ano	5	42%
Spíše ano	6	50%
Spíše ne	1	8%
Ne	0	0%
Celkem	12	100%

Tab. č. 41: Rozhodnutí pro Domov v případě nemoci



Graf č. 37: Rozhodnutí pro Domov v případě nemoci

Tabulka a graf ukazují, že 42% respondentů uvedlo, že v by si případě, že by je potkalo stejné onemocnění, jako uživatele domova, si **určitě** zvolili si Domov v Jedlí jako uživatelé. Volbu „Spíše ano“ uvedlo 50% dotázaných. Nikdo z dotázaných by se nebyl proti této volbě. Jedna odpověď byla formou komentáře „Nevím, asi bych nebyla schopna učinit nějaké rozhodnutí.“

Otázka č. 14: Co byste v Domově změnili, vylepšili?

Otevřená otázka umožnila dotazovaným uvést náměty, připomínky a jiné poznámky k fungování domova. V rámci konkrétních návrhů zaměstnanců pro zlepšení fungování služby se nejčastěji objevovaly podněty týkající se provozu:

„Posezení na zahradě“

„Příjezdová komunikace“

„Rehabilitaci“

„Vybuodovala bych velkou terasu a balkony u pokojů“

„Chybí balkony a terasa z jídelny“

„Domov není vhodně řešen. Chybí zákoutí pro posezení s rodinou. Není členitý, je příliš moderní“

„Vylepšila bych venkovní prostory – altán, parčík, více laviček“

„Bylo by dobré více aktivizačních místností“

„Více informovanosti jak pro pracovníky, tak pro uživatele“

„Dostatek financí na provoz“

„Snažíme se, ale myslím, že je ještě cesta k více domácímu prostředí ve smyslu zařízení, vybavení, nábytku.“

„Méně administrativy“

Řešení návrhů většinou spočívá v dostatku financí, což je problém celé naší ekonomiky, nejenom jednoho sociálního zařízení.

Otázka č. 15: Pokud jste ochoten (a) podělit se o neobvyklou situaci, zajímavost či dokonce příběh ve vztahu k péči o některého z uživatelů, uveďte, prosím.

Tato otázka byla spíše doplňující a založená na dobrovolnosti, tak jako všechny předešlé.

Odpovědi využili 2 dotazovaní tímto příspěvkem:

„Přišla k nám imobilní klientka, která se 10 let nedostala z bytu. U nás jezdí na vozíku všude, včetně cest do města, na výlety do kaváren – úplně rozkvetla!“

„Pro mě je nejdůležitější jejich spokojenost a úsměv“

Dotazník pro zaměstnance se v některých otázkách zdánlivě odkláněl od tématu, avšak ukázalo se, že odpovědi na otázky přinesly velmi cenné informace, které doplnily mozaiku informací, vyplývající z dotazníku pro rodinné příslušníky.

ZÁVĚR

Alzheimerova choroba je závažné degenerativní onemocnění mozku, projevující se úbytkem kognitivních dovedností, zhoršením mobility, soběstačnosti, a to vše postupně odkazuje k závislosti nemocného na péči druhé osoby či instituce. Nemoc postihuje především věkovou kategorii seniorů. Nemocných s Alzheimerovou chorobou stále přibývá, tak jako narůstá i početní zastoupení věkové kategorie seniorů v celé populaci. Kvalita života seniorů, kteří musí zvládat situace spojené s nemocí, nebo trvalou závislostí na pomoci druhé osoby, se odvíjí od řady sociálních a ekonomických faktorů, jakými jsou např. míra pomoci okolí, nabídka sociálních služeb, jejich dostupnost i kvalita poskytované sociální péče.

Sociální služby mají v péči o nemocné s touto diagnózou nezastupitelné místo. Zajišťují systematickou pomoc a podporu při zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho setrvání po co nejdelší dobu ve vlastním domácím prostředí a přispívají k naplňování potřeb nemocných.

Cílem předkládané diplomové práce bylo **zjištění aktuální situace v terénu v podobě seznámení se sociálními službami v Olomouckém kraji, které jsou určeny seniorům trpícím Alzheimerovou chorobou. Na vybraném pobytovém zařízení – Domově se zvláštním režimem v Jedlí přiblížit a popsat péči o osoby s tímto onemocněním včetně pohledu jejich rodinných příslušníků na péči o nemocné.**

V počátečních fázích výzkumu jsem **mapovala celkové zastoupení jednotlivých druhů a forem sociálních služeb** registrovaných v souladu s ustanovením Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. V Olomouckém kraji bylo v loňském roce 156 subjektů, které poskytovaly celkem 353 sociálních služeb. Jedná se o služby sociální prevence, služby sociální péče a sociální poradenství, přičemž největší zastoupení (47%) mají služby sociální péče. Při porovnání vybavenosti jednotlivých okresů sociálními službami bylo zjištěno, že největší pokrytí sociálními službami má okres Olomouc. Kapitola 10.2 prezentuje spektrum těchto služeb poskytovaných občanům na území Olomouckého kraje.

Druhý dílčí cíl přesněji **vymezuje tu část sociálních služeb, které poskytují péči seniorům postiženým Alzheimerovou chorobou.** V Olomouckém kraji jsou poskytovány ambulantní, terénní a pobytové formy sociálních služeb. Při výběru služby volí nemocný

nebo jeho rodina takový typ a formu sociální služby, která je adekvátní aktuálnímu zdravotního stavu dotčené osoby tak, aby ho podporovala v soběstačnosti a umožnila mu pokud možno co nejdéle setrvat v přirozeném domácím prostředí.

Za ambulantními službami klient dochází do specializovaných zařízení. Patří k nim především centra denních služeb. V 7 těchto zařízeních na území Olomouckého kraje jsou poskytovány prostřednictvím denního pobytu a středisek hygienické péče, služby seniorům, kteří potřebují „dopomoc“ z důvodu snížené soběstačnosti a péče o svoji osobu. Podpora uživatelů je zaměřena díky terapeutickým aktivitám na posilování zbývajících dovedností a kompenzaci ztracených schopností tak, aby ji bylo umožněno zachovávat aktivní způsob života a co nejdéle setrvat ve svém přirozeném prostředí, což má i pro společnost pozitivní ekonomické dopady.

Terénní formy poskytování pomoci mohou vhodným způsobem zajistit asistovaný život osobám se sníženou soběstačností v přirozeném domácím prostředí. Nejčastější službou je pečovatelská služba, která napomáhá seniorům v běžných denních činnostech a motivuje je k udržení soběstačnosti. Olomoucký kraj nabízí 36 pečovatelských služeb pro 6161 uživatelů sociálních služeb. Pečovatelskou službu využívají nesoběstační senioři s různými potížemi, nejen s diagnózou Alzheimerovy choroby. Rodiny by měly být schopny s pomocí terénních a ambulantních služeb po delší dobu zvládat péči o seniora, aniž by požadovaly jeho předčasné trvalé umístění v ústavním zařízení či pobytové sociální službě.

Jakmile se vývojem nemoci (ACH) soběstačnost nemocného sníží natolik, že již není možné, aby žil sám ve své původní domácnosti a rovněž i rodinní příslušníci nejsou schopni zajistit adekvátní péči vlastním úsilím, přichází na řadu pobytové sociální služby. K nim patří domovy pro seniory, ale především domovy se zvláštním režimem, které se specializují na péči o nemocné s diagnózou demence Alzheimerovského typu.

Výzkumem vedoucím k naplnění 1. a 2. cíle diplomové práce jsem získala určitou informační základnu o síti sociálních služeb v Olomouckém kraji, určených seniorům s onemocněním Alzheimerovou chorobou.

Třetí výzkumná otázka se dotýkala oblasti dostupnosti stávající nabídky sociálních služeb pro nemocné seniory. Zkoumáním bylo zjištěno, že síť sociálních služeb na území Olomouckého kraje není zcela rovnoměrná. Síť sociálních služeb je soustředěna převážně do městských aglomerací. Další skutečností je i to, že stávající kapacita služeb není v současné době dostupná pro všechny potřebné seniory.

Jak podrobně uvádí kapitola 10.3.3.1 a 10.3.3.2, Olomoucký kraj má nedostatečnou kapacitu míst především v domovech pro seniory a v domovech se zvláštním režimem. Zájem o služby v domovech pro seniory je mnohem větší, než je stávající kapacita zařízení. V Olomouckém kraji je 34 domovů pro seniory s kapacitou 2877 míst. Aby nabídka pokryla poptávku žadatelů, musela by být kapacita v těchto zařízeních dvojnásobná. Otázkou však zůstává, zda počet žadatelů je skutečný, nebo zda si žádosti o umístění do domovů pro seniory podávají někteří zájemci předčasně, v době, kdy tento typ služby ještě akutně nepotřebují. Motivací k takovém kroku může být jejich obava z nedostupnosti služby v době její reálné potřeby. Pak by tyto údaje byly zkreslené.

Stále platí, že domovů se zvláštním režimem je větší nedostatek než jiných sociálních zařízení. Podle dostupných statistických údajů je v Olomouckém kraji poskytována služba 512 uživatelům, zároveň však je evidováno 539 odmítnutých žadatelů o službu, což je alarmující zjištění. Přesto, že se kapacity domovů se zvláštním režimem za poslední čtyři roky v kraji navýšily o 60%, kapacita je stále nedostačující. Je to dáno jednak zvyšujícím se výskytem tohoto onemocnění, ale také demografickým trendem - stárnutím obyvatelstva.

Nabídka služeb denních center odpovídá poptávce po službě. Nabízí se však otázka, zda není důvodem finanční nákladnost této služby, což se může promítnout do poptávky. Dalším aspektem je i fakt, že tento typ služeb je nabízen pouze ve větších městech Olomouckého kraje, což službu činí také dílem nedostupnou.

K dalším zařízením patří Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče a respitní služby. Jedná se však o službu s omezenou dobou trvání. Kapacita služby je dostačující. Je třeba však dodat, že stejně jako u center denních služeb platí, že poptávku po respitních službách ovlivňuje cenová dostupnost.

Hypotéza, že pobytová zařízení sociálních služeb pro seniory v Olomouckém kraji nejsou dostupná pro všechny nemocné seniory s diagnózou demence, se potvrdila.

Zkoumanou problematikou, zahrnutou do dílčích cílů, bylo konkrétně **přiblížit poslání vybraného zařízení - Domova se zvláštním režimem v Jedlí u Zábřeha a zjistit, do jaké míry přispívají pobytové služby Domova ke zlepšení kvality života seniorů z pohledu jejich rodinných příslušníků.**

Domov se zvláštním režimem v Jedlí poskytuje pobytové sociální služby specializované pro nemocné s Alzheimerovou nemocí, kteří nemohou vzhledem ke snížené soběstačnosti zůstat v přirozených podmínkách vlastního domova a vyžadují ve zvýšené míře dohled a

péči, jež není možné zajistit rodinnými příslušníky ani jiným typem sociálních služeb. Domov poskytuje nepřetržitou podporu a zázemí 45 seniorům, o které pečuje 40 zaměstnanců. Péče je přizpůsobena specifickým potřebám osob s demencí a je zaměřena právě na zvládnutí projevů jejich onemocnění.

Podpora seniorů nespočívá jen ve zdravotní a sociální péči či materiálním zabezpečení. V přístupu k seniorům je v domově pečováno stejnou měrou o fyzické, mentální a psychosociální potřeby. K nejdůležitějším složkám péče patří smysluplné aktivity a terapie, protože podporují fyzickou a psychickou soběstačnost seniorů a zároveň přispívají k tomu, aby prožitý čas v Domově byl co nejpříjemnější, naplněný a pomáhal k sociálnímu začlenění. Nabídka aktivizačních, terapeutických, kulturních a společenských činností v Domově je bohatá a pestrá. Podrobněji o nich pojednává kapitola 11.1.

Díky pozorování a průzkumu, který jsem v Domově v Jedlí absolvovala, považuji **aktivizační činnosti spolu s podporujícím zacházením a vlídným přístupem personálu v příjemném a bezpečném prostředí domova, za pilíř péče o nemocného s Alzheimerovou chorobou, což je zásadním prvkem k podpoře kvality jejich života.**

Pečovatelé Domova respektují individuální potřeby, zájmy i charakterové vlastnosti uživatelů, což je také důležitým rysem pro jejich plnohodnotný a spokojený život. Nejen ošetřovatelská a zdravotnická pracovníci, ale všichni, kteří svou péčí obklopují nemocné seniory, mohou být pokládáni za pečovatele v tom smyslu, že se o ně starají, aby jim pomohli žít.

K tomu, aby mohly být potvrzeny další výchozí předpoklady, bylo provedeno dotazníkové šetření. Bylo zaměřeno na rodinné příslušníky a zaměstnance v přímé ošetřovatelské péči Domova. Položené otázky zjišťovaly názory dotázaných na kvalitu péče a služeb domova a na faktory přispívající ke spokojenosti pobytu seniora v zařízení. Ukázalo se, že ke spokojenosti uživatelů v zařízení přispívá největší měrou kontakt se společenským prostředím a vlastní laskavá péče personálu. 75% rodinných příslušníků se domnívá, že se uživatelé cítí v domově dobře. Ani v jednom případě se nevyskytl názor, že by tomu tak nebylo. Toto pozitivní zjištění bylo podpořeno i hodnocením tří čtvrtin respondentů nejvyšší známkou spokojenosti se službami Domova a názorem, že by hodnotitelé ve většině případů doporučili zařízení svým známým.

Předpoklad, že **rodinní příslušníci hodnotí péči v Domově převážně kladně, byla analýzou dotazníkového šetření potvrzena.** Domov vytváří seniorům bezpečné prostředí a skutečné zázemí. Předmětem dotazování byla i otázka, která zjišťovala, za jakých

okolností se rozhodnou rodinní příslušníci pro pobytové služby. Motivem, který přivedl rodiny umístit své blízké s onemocněním ACH do Domova, byl ve většině případů jejich zhoršující se zdravotní stav. V důsledku toho se pak péče stala nepřiměřenou zátěží a nezanedbatelným faktem je i to, že neměli na opatrování podmínky, ani dostatek času, protože péče o nemocného vyžaduje obrovské nasazení. Hypotéza předpokládala, že **rodinní příslušníci volí pobytové služby pro své nemocné seniory nejčastěji v případě, když není v jejich silách se o nemocného postarat, či je tato péče pro ně nepřiměřenou zátěží.** Předpoklad se potvrdil.

Smyslem vykazování druhého dotazníku bylo zachytit pohled zaměstnanců v přímé péči na zařízení Domova.

Ukázalo se, že většina dotázaných pracuje v zařízení víc než 5 let a má ke svojí práci vřelý vztah. Motivem pro výběr jejich profese je práce s lidmi a ochota pomáhat, což se bezesporu kladně promítá do vlastní péče o seniory. Předpoklad, že **pracovníci Domova se zvláštním režimem v Jedlí zaujímají ke své práci kladné stanovisko**, byla potvrzena. Zároveň však ošetřovatelé poukázali na skutečnost, že tato profese je nesmírně psychicky náročná a vyčerpávající. Ostatní výpovědi týkající se preferencí aktivizačních činností se v mnohém překrývaly s názory rodinných příslušníků.

Jsem přesvědčena, že poznatky z prezentovaného výzkumu mohou být užitečným zdrojem informací nejen pro samotné zařízení, v němž byla výzkumná část realizována, ale i pro všechny, kteří pečují o seniora s Alzheimerovou chorobou doma, aby věděli, že existují pro jejich blízké služby a zařízení, která svojí péčí podporují kvalitu života takto nemocných a přispívají tak k důstojnému prožívání závěru jejich života.

Seznam použité a prostudované literatury:

BÁRTLOVÁ S. a kol. *Komunitní ošetrovatelství pro sestry*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Brno 2010. 154s. ISBN 978-80-7013-499-3.

BULKOVÁ, V. *Hodnocení kvality života a nákladů na léčbu u pacientů s fibrilací síní*. Olomouc, 2011, Disertační práce. Univerzita Palackého. Lékařská fakulta. Ústav sociálního lékařství.

CALLLONE, P.R., KUDLACEK, P.C., VASILOFF, B.C, MANTERNBACH, J.V., BRUMBACK, R.A. *A Caregiver's Guide to Alzheimer's Disease 300 Tips for Making Life Easier*. New York, 2006, Demos Medical Publishing, LLC, ISBN 978-1-932603-16-6.

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ S., ROZSYPALOVÁ M. *Speciální psychologie*. Brno, 1999. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-243.

ČORNANICHOVÁ, R. *5 rokov Univerzity tretieho veku na Univerzite Komenského a na Slovensku*. Zborník príspevkov z odborného seminára. Bratislava 10.-11. októbra 1995: Univerzita Komenského, 1996, 97 p. ISBN 8022311375.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha, Karolinum 2002, ISBN 978-80-246-0139-7, 374 s.

DUKOVÁ, I. a kol. *Sociální politika*. Učebnice pro obor sociální činnost. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2013, 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál 2009, 222 s. ISBN: 978-80-7367-605-6.

HANZLÍKOVÁ A. a kol. *Komunitné ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2004, 279 s. ISBN 80-8063-155-7.

HROZENSKÁ M, DVOŘÁČKOVÁ D. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

HROZENSKÁ M. a kol. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin 2008: Osveta, 160 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava, Ostravská univerzita 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

KADLECOVÁ E, *Využití felinoterapie u seniorů žijících v instituci*. Sborník IV. ročníku konference SENIOR LIVING. České Budějovice 11.11.2009. ISBN: 978-80-254-6455-7.

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

KOUKOLÍK, F., JINDRÁK, R. *Alzheimerova nemoc a další demence*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 1998, 232s. ISBN 80-7169-615-3.

LUŽNÝ, J. *Kvalita života u seniorů hospitalizovaných pro duševní poruchu na gerontopsychiatrických odděleních psychiatrické léčebny v Kroměříži*. Olomouc 2009. Disertační práce. Lékařská fakulta.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2011.328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MÁTĽ, O., HOLMEROVÁ I, MÁTĽOVÁ M., *Zpráva o stavu demence 2014*. Praha, Česká alzheimerovská společnost, 2014, 1. vydání, 26 s, ISBN 978-80-86541-34-1.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování*,

hodnocení. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-9.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. Učebnice pro obor sociální činnost. 1. vydání, Praha: Grada Publishing 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

PETŘKOVÁ, A., ČORNANIČOVÁ, R. *Gerontagogika*. Úvod do teorie a praxe edukace seniorů. Studijní texty pro distanční studium. 1. Vyd. UP Olomouc: FF 2004. ISBN 80-244-0879-1.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi. Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál. 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

RÁBKOVÁ J. *Vybrané aspekty edukace na oddělení geriatry ve Fakultní nemocnici v Olomouci*. Olomouc 2013, Bakalářská práce. Univerzita Palackého. Pedagogická fakulta. Katedra psychologie a patopsychologie. Vedoucí práce Alena Petrová.

SMUTEK, M. Kappl, M. *Proměny klienta služeb sociální práce*. Pdf Hradec Králové, 2006, Gaudeamus, ISBN 80-7041-716-1.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVARŤÍČEK, R. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha, 2007, Portál 1. vyd., ISBN 978-80-7367-313-0., 384 s.

VAĐUROVÁ, H., MŮHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, Pdf, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1.vyd. UK Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-8.

ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Obecně závazné právní předpisy:

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

Vyhláška MPSV č. 505/2006, kterou se provádí Zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové a jiné zdroje:

[1] Augur Consulting. Zpracování analytických podkladů pro efektivní nastavení sítě sociálních služeb v Olomouckém kraji. Brno, 2014. Závěrečná zpráva projektu Podpora zajištění dostupnosti a kvality sociálních služeb v Olomouckém kraji, CZ.1.04/3.1.00/A9.00017, Neveřejný zdroj.

[2] Centrum Bazalka. [online]. Dostupné z:

<http://www.centrubazalka.cz/cz/page/2577/bazalni-stimulace.html>

[3] Česká alzheimerovská společnost. [online]. [cit. 27.1.2015] <http://www.alzheimer.cz/>

[4] Česká alzheimerovská společnost. Co je demence: Alzheimerova nemoc a jiné příčiny demence [online]. [cit. 12.1.2015]. Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/co-je-demence/>>

[5] Česká alzheimerovská společnost. Světová zpráva o Alzheimerově chorobě 2012 [online]. [cit. 18.2.2015]. Dostupný z <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba-ve-svete/svetova-zprava-o-alzheimerove-chorobe-2012/>>

- [6] Český statistický úřad. [online] [cit. 1.2.2015]. Dostupné z:
[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/68002DB1C7/\\$File/71136412k1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/68002DB1C7/$File/71136412k1.pdf)
- [7] Český statistický úřad. [online]. Dostupné z: www.csu.cz
- [8] Český statistický úřad. Statistická ročenka Olomouckého kraje 2014. ISBN 978-80-250-2597-0.[online] [cit. 11.2.2015] Dostupné na:
http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/krajkapitola/330096-14-r_2014-22
- [9] Český statistický úřad. Vybrané demografické údaje v České republice [online]. 2009 cit., dostupné z: www.csu.cz
- [10] Český statistický úřad. Základní tendence demograf, soc. a ek vývoje Ol. kraje v roce 2013. [online] [cit. 14.2.2015] Dostupné z: www.csu.cz
- [11] Demografický informační portál. ISSN 1801-2914. Dostupné z:
http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=824&
- [12] Demografický informační portál.[online] ISSN 1801-2914. Dostupné z :
http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=824&PHPSESSID=6e8a69a6ebb816629ae64ced9dd9f10f
- [13] Domov pro seniory Štíty, [online]. Dostupné z: www.domovstity.cz
- [14] Domov se zvláštním režimem Jedlí. [online] Dostupné na www.domovjedli.cz
- [15] Domov se zvláštním režimem Jedlí. Podklady pro výroční zprávu. Jedlí, 2015.
Neveřejný zdroj
- [16] Domov se zvláštním režimem Tovačov. [online] Dostupné z:
<http://www.dstovacov.cz/>

- [17] DRTINOVÁ L, POHANKA M. Alzheimerova demence: aspekty současné farmakologické léčby. Časopis Pro lékaře [online] [cit. 1.2.2015]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/cesla-slovenska-farmacie-clanek/Alzheimerova-demence-aspekty-soucasne-farmakologicke-lecby-36422>
- [18] Finance. Co předchází získání příspěvku na péči. [online] Portál společnosti Finance media. [cit. 2.2.2015] Dostupné z: <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/socialni-davky/socialni-pece/prispevek-na-peci/co-predchazi-ziskani-prispevku-na-peci/>
- [19] Gerontologie. [online] Dostupné z: www.gerontologie.cz
- [20] KALVACH, Z.: Kdy začíná stáří. Časopis Můžeš. Sdružení přátel Konta BARIÉRY s Nadací Charty 77, [online]. [cit. 18.2.2015]. Dostupné z: <http://www.muzes.cz/aktuality/tema/kdy-zacina-stari/>
- [21] KONRÁD, J. Stádia alzheimerovy nemoci. Třetí věk. Portál pro seniory [online] [cit. 14.2.2015] Dostupné z: <http://www.tretivek.cz/200609/stadia-alzheimerovy-nemoci-priznaky-pr/>
- [22] Královéhradecký kraj. Oficiální stránky královéhradeckého kraje.[online] Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/nejsem-na-to-sam-1/stari-a-psychika.php>
- [23] Kvalita života. Sborník příspěvků, Třeboň 25.10.2004, Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISBN: 80-86625-20-6
- [24] MELUZÍNOVÁ, H. WEBER, P. Alzheimerova demence – epidemie 21.století: Můžeme a umíme jí předcházet? Časopis Geriatrie a Gerontologie 2013, 2, 3.4: 192-196. [online] Dostupné na: <http://www.prolekare.cz/geriatrie-gerontologie-clanek/alzheimerova-demence-epidemie-21-stoleti-muzeme-a-umime-ji-predchazet-45430>
- [25] MERTL, J. Přístupy k hodnocení efektivnosti sociálních služeb v národním hospodářství syntéza teoretických východisek a konceptů. [online]. Praha, Výzkumný

ústav práce a sociálních věcí, 2007, 1.vyd., ISBN 978-80-87007-72-3. Dostupné na :
http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_244.pdf

[26] Ministerstvo financí České republiky: Prognóza populačního vývoje české republiky na období 2008–2070 [online] [cit. 2013-01-24] dostupný z www:
http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/Prognoza_2010.pdf

[27] Ministerstvo práce a sociálních věcí. Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online]
Dostupné na: <http://iregistr.mpsv.cz/>

[28] Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby a příspěvek na péči [online].
Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/7174/Socialni_sluzby_a_prispevek_na_peci.pdf

[29] Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální služby. Integrovaný portál. [online].
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

[30] Ministerstvo práce a sociálních věcí. Standardy kvality sociálních služeb. Příručka pro uživatele. [online]. Praha, 2008. Dostupné z :
http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf

[31] Olomoucký kraj. [online]. Dostupné z: <http://www.kr-olomoucky.cz/socialni-sluzby-v-olomouckem-kraji-katalog-a-registr-poskytovatelu-cl-1284.html>

[32] Olomoucký kraj. [online]. Dostupné z: <http://www.kr-olomoucky.cz/>

[33] Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ol. kraji pro roky 2010-2014. [online].
Dostupné z: <http://www.kr-olomoucky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-olomouckem-kraji-pro-roky-2011-2014-cl-2738.html>

[34] Olomoucký kraj. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ol. kraji pro roky 2015 – 2017 [online]. Dostupné z: <http://www.kr-olomoucky.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-olomouckem-kraji-pro-roky-2015-2017-cl-2737.html> Olomoucký kraj

- [35] ONDRUŠOVÁ J. Měření kvality života u seniorů. Časopis Geriatrická revue. 2009 č. 1, s. 36-39. Dostupné na: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf
- [36] POSPÍŠIL, D. Střednědobé plánování rozvoje sociálních služeb na krajské úrovni. Diplomová práce. Praha 2013, UK, Institut sociologických studií. [online]. Praha, 181 s. Dostupné <http://www.komunitniplanovani.estranky.cz/>
- [37] TOPINKOVÁ, E.: Časopis Sanquis, [online] Dostupný na: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art754>
- [38] Třetí věk. Portál pro seniory.[online]. Dostupné na: www.tretivek.cz
- [39] VRIES J, Van HECK G. World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100). Validation study with the Dutch version. European Journal of Psychological Assessment 1997; 13. 164-178.

Seznam grafů, tabulek, obrázků

Seznam grafů:

Graf č. 1	Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva ČR v letech 2010 a 2065
Graf č. 2	Věková struktura skupiny seniorů ve vybraných letech, reálný a projektovaný stav
Graf č. 3	Počet lidí s demencí v krajích ČR
Graf č. 4	Administrativní členění Olomouckého kraje
Graf č. 5	Základní tendence demograf, soc. a ekonomického vývoje Ol. kraje v roce 2013
Graf č. 6	Dělení sociálních služeb dle druhů
Graf č. 7	Sociální služby v Olomouckém kraji v letech 2012-2014.
Graf č. 8	Právní formy poskytovatelů sociálních služeb v Olomouckém kraji
Graf č. 9	Počet uživatelů Domova v Jedlí a jejich skladba dle pohlaví
Graf č. 10	Věková struktura uživatelů Domova v Jedlí
Graf č. 11	Vztah k ošetřovanému
Graf č. 12	Délka užívání služby
Graf č. 13	Délka ošetřování v domácí péči
Graf č. 14	Čekací doba na pobyt v Domově
Graf č. 15	Stupně závislosti
Graf č. 16	Vzdálenost Domova od bydliště seniora
Graf č. 17	Využití jiných sociálních služeb před SSL DsR
Graf č. 18	Dostupnost sociálních služeb
Graf č. 19	Informovanost o sociálních službách
Graf č. 20	Hodnocení parametrů péče
Graf č. 21	Motiv k rozhodnutí o umístění do DsR
Graf č. 22	Náklady na pobyt v Domově
Graf č. 23	Cítí se uživatel v DsR dobře?
Graf č. 24	Hodnocení prostředí Domova
Graf č. 25	Hodnocení parametrů péče - aktivity
Graf č. 26	Doporučení zařízení známým
Graf č. 27	Hodnocení kvality péče
Graf č. 28	Názor na kvalitu života seniorů
Graf č. 29	Záporné stránky pobytu v Domově

Graf č. 30	Domov – bezpečné zázemí či instituce?
Graf č. 31	Motivace k zaměstnání v Domově
Graf č. 32	Délka praxe v Domově
Graf č. 33	Spokojenost uživatelů z pohledu ošetřovatelů
Graf č. 34	Nedostupnost SSL z pohledu ošetřovatelů
Graf č. 35	Pokrytí poptávky po Domovech SzR
Graf č. 36	Poměr času věnovaného přímé péči a administrativě
Graf č. 37	Rozhodnutí pro Domov v případě nemoci

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1	Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto
Tabulka č. 2	Vybrané ukazatele v Olomouckém kraji podle okresů k 1.1.2014
Tabulka č. 3	Demografický vývoj v Olomouckém kraji
Tabulka č. 4	Služby sociálního poradenství v Olomouckém kraji
Tabulka č. 5	Služby sociální prevence v Olomouckém kraji
Tabulka č. 6	Služby sociální péče v Olomouckém kraji
Tabulka č. 7	Počet poskytovaných sociálních služeb v jednotlivých okresech Olom. kraje
Tabulka č. 8	SSL Pečovatelská služba v Olomouckém kraji v letech 2010-2013
Tabulka č. 9	SSL Osobní asistence v Olomouckém kraji v letech 2010-2013
Tabulka č. 10	SSL Centra denních služeb v Olomouckém kraji v letech 2010-2013
Tabulka č. 11	SSL Domovy pro seniory v Olomouckém kraji v letech 2010-2013
Tabulka č. 12	SSL Domovy SzZR v Olomouckém kraji v letech 2010-2013
Tabulka č. 13	SSL Domovy SzZR v jednotlivých ORP Olomouckého kraje v letech 2010-2013
Tabulka č. 14	SSL poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče v letech 2010-2013
Tabulka č. 15	Respitní SSL v Olomouckém kraji v letech 2010-2013
Tabulka č. 16	Věková struktura uživatelů DsR.
Tabulka č. 17	Struktura uživatelů DsR podle stupně závislosti
Tabulka č. 18	Vztah k ošetřovanému
Tabulka č. 19	Stupně závislosti
Tabulka č. 20	Vzdálenost Domova od bydliště seniora
Tabulka č. 21	Využití jiných sociálních služeb před SSL DsR
Tabulka č. 22	Dostupnost sociálních služeb
Tabulka č. 23	Informovanost o sociálních službách

Tabulka č. 24	Hodnocení parametrů péče
Tabulka č. 25	Motiv k rozhodnutí o umístění do DsR
Tabulka č. 26	Náklady na pobyt v Domově
Tabulka č. 27	Cítí se uživatel v DsR dobře?
Tabulka č. 28	Hodnocení prostředí Domova
Tabulka č. 29	Hodnocení parametrů péče - aktivity
Tabulka č. 30	Doporučení zařízení známým
Tabulka č. 31	Hodnocení kvality péče
Tabulka č. 32	Názor na kvalitu života seniorů
Tabulka č. 33	Záporné stránky pobytu v Domově
Tabulka č. 34	Domov – bezpečné zázemí či instituce?
Tabulka č. 35	Motivace k zaměstnání v Domově
Tabulka č. 36	Délka praxe v Domově
Tabulka č. 37	Spokojenost uživatelů z pohledu ošetřovatelů
Tabulka č. 38	Nedostupnost SSL z pohledu ošetřovatelů
Tabulka č. 39	Pokrytí poptávky po Domovech SzR
Tabulka č. 40	Poměr času věnovaného přímé péči a administrativě
Tabulka č. 41	Rozhodnutí pro Domov v případě nemoci

Seznam obrázků:

Obrázek č. 1	Činitelé systému sociálních služeb
Obrázek č. 2	Domov se zvláštním režimem v Jedlí
Obrázek č. 3	Společenská místnost Domova v Jedlí
Obrázek č. 4	Volnočasové aktivity v Domově
Obrázek č. 5	Zooterapie v Domově. Králík Teddy, pes Frajer a pes Bivoj.
Obrázek č. 6	Ergoterapie, záhon se zeleninou, květiny.

Seznam zkratk a pojmů

ACH	Alzheimerova choroba
ČSÚ	Český statistický úřad
DsZR	Domov se zvláštním režimem
ESF	Evropský strukturální fond
Kraj	Krajský úřad
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
ORP	Obec s rozšířenou působností
SSL	Sociální služby

Incidence - počet nově vzniklých případů dané nemoci ve vybrané populaci za určité časové období.

Index stáří - vyjadřuje, kolik je v populaci obyvatel ve věku 60 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let.

ORP – obce s rozšířenou působností (tzv. obce III. stupně) jsou mezičlánkem přenesené působnosti samosprávy mezi krajskými úřady a obecními úřady.

Prevalence - poměr počtu všech existujících případů (tj. bez ohledu na dobu jejich vzniku) daného onemocnění k počtu obyvatel v dané lokalitě ve sledovaném časovém období. Je vztažena k určitému časovému okamžiku (momentu) a obvykle se vyjadřuje v procentech.

Standardy kvality sociální péče – soubor měřitelných kritérií kvality sociálních služeb.

Seznam příloh:

- Příloha č. 1:** Dotazník pro rodinné příslušníky a blízké uživatelů Domova se zvláštním režimem v Jedlí.
- Příloha č. 2:** Dotazník pro zaměstnance v přímé obslužné péči Domova se zvláštním režimem v Jedlí.
- Příloha č. 3:** Mapa územní dostupnosti sociální služby Domovy se zvláštním režimem.
- Příloha č. 4:** Mapa územní dostupnosti sociální služby Domovy pro seniory.
- Příloha č. 5:** Mapa územní dostupnosti sociální služby Pečovatelská služba.
- Příloha č. 6:** Mapa územní dostupnosti sociální služby Centra denních služeb

Dotazník pro rodinné příslušníky a blízké uživatele Domova

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jana Rábková a jsem studentkou magisterského oboru Sociální práce na Pedagogické fakultě UP v Olomouci.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku týkajícího se sociálních služeb pro seniory trpící Alzheimerovou chorobou. Vyplnění tohoto dotazníku je dobrovolné a anonymní. Vaše informace jsou důvěrné a budou použity pouze pro mou magisterskou práci.

Předem děkuji za spolupráci.

1. Ve vztahu k ošetřovanému jste:

- a) manžel(ka)
- b) dcera (syn)
- c) vnuk (vnučka)
- d) opatrovník
- e) jiná blízká osoba

2. Jak dlouho využívá Váš blízký sociální službu Domov se zvláštním režimem v Jedlí?

.....

3. Přibližně jak dlouhou dobu od vzniku choroby byl(a) v domácí péči?

.....

4. Jak dlouho jste čekali na uvolnění místa v Domově?

.....

5. Do kterého stupně závislosti na péči je Váš blízký zařazen?

- I. stupeň - lehká závislost
- II. stupeň - středně těžká závislost
- III. stupeň - těžká závislost
- IV. stupeň - úplná závislost
- nevím

6. Jak daleko je Domov od seniorova původního bydliště?

- Do 10 km
- Do 20 km
- Do 30 km
- Více než 30 km

7. Využíval(a) jste v době před umístěním Vašeho blízkého do Domova v Jedlí nějakou jinou sociální službu, která by přinesla úlevu v péči o nemocného?

- Nevyužíval (a) jsem žádnou sociální službu
- Pečovatelskou službu
- Domov pro seniory
- Centrum denních služeb
- Sociální pobytové lůžko ve zdravotnickém zařízení
- Odlehčovací (respitní) služby
- Jiné

8. Které sociální služby v Olomouckém kraji jsou dle Vašeho názoru pro potřeby nemocných s Alzheimerovou chorobou málo dostupné, nebo úplně nedostupné?

- Pečovatelská služba
- Domovy pro seniory
- Centra denních služeb (tzv. „školky pro seniory“)
- Denní stacionáře pro seniory
- Týdenní stacionáře pro seniory
- Sociální pobytová lůžka ve zdravotnických zařízeních
- Odlehčovací služby (terénní, pobytové)
- Domovy se zvláštním režimem
- Jiné

Uveďte příčinu nedostupnosti (kapacita, územní nedostupnost, finanční náročnost, jiné ...)

.....

9. Jaká je podle Vás informovanost o nabídce sociálních služeb pro seniory s Alzheimerovou chorobou v Olomouckém kraji?

- Informací je dostatek
- Informací je nedostatek
- Nevím

10. V čem vidíte přínos pobytu v Domově se zvláštním režimem pro nemocného? Seřad'te podle pořadí důležitosti 1.-7.

- v odborné péči zdravotnického i ošetrovatelského personálu
- v bezpečném prostředí
- v nepřetržité, 24 hodin trvající péči
- v pozornosti k potřebám nemocného
- v možnosti aktivního prožívání volného času
- v obětavé péči ošetrujícího personálu
- v možnosti kontaktu s vrstevníky
- další možnosti.....

11. Co Vás přivedlo k rozhodnutí umístit Vašeho blízkého do Domova? Je možné zatrnout i více odpovědí.

- Zhoršující se zdravotní stav nemocného
- Neměl(a) jsem na opatrování podmínky
- Neměl(a) jsem na opatrování dostatek času
- Péče byla nepřiměřenou zátěží (psychickou aj.) pro rodinu
- Jiné důvody

12. Náklady na pobyt v Domově jsou podle vašeho názoru:

- Vysoké
- Nízké
- Nepřiměřené
- Odpovídající poskytovaným službám
- Nevím

13. Myslíte si, že se Vás blízký v domově cítí dobře?

Určitě ano - spíše ano - částečně - spíše ne - vůbec ne

14. Ohodnoťte známkou nebo slovně, jak jste spokojeni s prostředím Domova?

1 2 3 4 5

15. Co se podle Vašeho názoru Vašemu blízkému v zařízení líbí, co rád dělá, s čím je spokojen(a) a co ho baví? Seřad'te podle důležitosti 1.-7.

- Vlastní laskavá péče personálu (zdravotní i sociální)
- Kontakt se společenským prostředím - kulturní akce – zahradní slavnosti, výstavy, koncerty, plesy, hudební odpoledne, vystoupení dětí ze ZŠ a MŠ atd.
- Zájmová činnost: ruční práce, ošetřování květin, pečení moučníků
- Relaxační terapie, canisterapie, felinoterapie (terapie pomocí kontaktu s domácími zvířaty – pes Frajer, kočka, králík)
- Muzikoterapie, fyzioterapie – cvičení motoriky
- Sportovní hry
- Výlety do okolí, vycházky
- Promítání filmů
- Reminiscence - (terapie pomocí vzpomínek na rodinu, práci)
- Bohoslužby, návštěvy řádových sester
- Dobré jídlo
- Jiné

16. Doporučil byste toto zařízení Vaším známým?

Určitě ano - spíše ano - částečně - spíše ne - vůbec ne

17. Ohodnoťte školní známkou, jak jste spokojeni s kvalitou péče, která je Vašemu blízkému poskytována?

1 2 3 4 5

18. Domníváte se, že pobyt v Domově přispívá ke zvyšování kvality života uživatelů? (podtrhněte)

Určitě ano - spíše ano - částečně - spíše ne - vůbec ne

**19. Má pobyt v Domově také záporné stránky? Jaké?
Seřad'te podle důležitosti**

- Nemá
- Špatná dopravní dostupnost
- Vysoká cena za služby
- Mám výhrady k

20. Považujete úsilí zaměstnanců Domova se zvláštním režimem za takové, že vytváří skutečný DOMOV pro seniory, nebo je pouze institucí plnící své úkoly?

- a) vytváří bezpečné prostředí a skutečné zázemí
- b) je to instituce plnící své úkoly

21. Chtěl (a) byste ještě doplnit nějakou informaci k práci ošetřovatelů, sociálních a jiných pracovníků?

22. Pokud jste ochoten(a) podělit se o neobvyklou situaci, zajímavost či dokonce příběh ve vztahu k péči o Vašeho blízkého, uveďte, prosím.

Děkuji za Vaši ochotu a čas, který jste vyplnění dotazníku věnovali.

Dotazník pro zaměstnance zabezpečující přímou péči

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jana Rábková a jsem studentkou magisterského oboru Sociální práce na Pedagogické fakultě UP v Olomouci.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku týkajícího se sociálních služeb pro seniory trpící Alzheimerovou chorobou. Vyplnění tohoto dotazníku je dobrovolné a anonymní. Vaše informace jsou důvěrné a budou použity pouze pro mou magisterskou práci.

Předem děkuji za váš čas a spolupráci.

1) Co Vás přivedlo k rozhodnutí pracovat v Domově?

- Vzdělání v oboru
- Zájem o profesi
- Ochota pomáhat lidem
- Místní dostupnost
- Nedostatek volných pracovních míst v regionu Zábřežsko
- Jiné důvody.....

2) Jak dlouho pracujete v domově?

- Méně než 2 roky
- Méně než 5 let
- Více než 5 let

3) Co činí Domov v Jedlí podle Vašeho názoru jedinečným, neopakovatelným?

.....

4) Čím se Domov snaží zlepšit kvalitu života svých uživatelů?

.....

5) Co Vás na Vašem zaměstnání baví, na co se do práce těšíte?

.....

6) Co považujete za negativní stránku Vašeho zaměstnání?

.....

7) Myslíte si, že se cítí uživatelé v Domově spokojeni?

- Spíše ano
- Spíše ne
- Nevím

8) Které volnočasové, kulturní, příp. aktivizační činnosti MAJÍ podle Vašeho názoru uživatelé rádi?

.....

9) Které volnočasové, příp. aktivizační činnosti NEMAJÍ podle Vašeho názoru uživatelé v oblibě?

.....

10) Které sociální služby v Olomouckém kraji jsou dle Vašeho názoru pro potřeby nemocných s ACH málo dostupné nebo úplně nedostupné?

- Pečovatelská služba
- Centra denních služeb
- Týdenní stacionáře pro seniory
- Sociální pobytová lůžka ve zdravotnických zařízeních
- Odlehčovací služby (terénní, pobytové)
- Domovy se zvláštním režimem

Uved'te příčinu nedostupnosti (kapacita, územní nedostupnost, finanční nákladnost, jiné ...)

.....

11) Domníváte se, že nabídka Domovů se zvláštním režimem dostatečně pokrývá poptávku po takových zařízeních?

- Nabídka přibližně pokrývá poptávku
- Domovů se zvl. režimem by mělo být více
- Domovů se zvl. režimem by mělo být ROZHODNĚ více

12) Kolik procent pracovní doby věnujete přímé péči o uživatele a kolik

administrativě?

Přímé péči %

Administrativě %

13) Kdyby Vás potkalo stejné onemocnění, jako uživatele domova, zvolili byste si tento Domov jako uživatel(ka)?

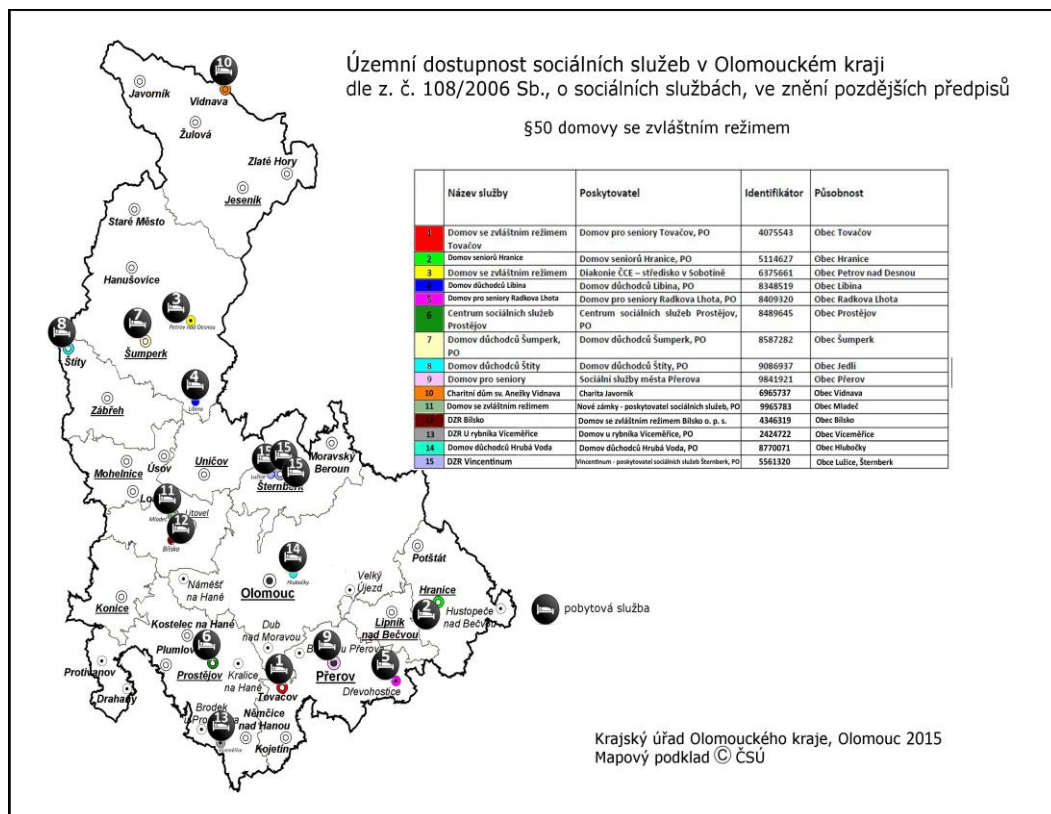
Určitě ano - Spíše ano – Spíše ne - Ne

14) Co byste v Domově změnili, vylepšili?

15) Pokud jste ochoten (a) podělit se o neobvyklou situaci, zajímavost či dokonce příběh ve vztahu k péči o některého z uživatelů, uveďte, prosím.

Děkuji za Vaši ochotu a čas, který jste vyplnění dotazníku věnovali.

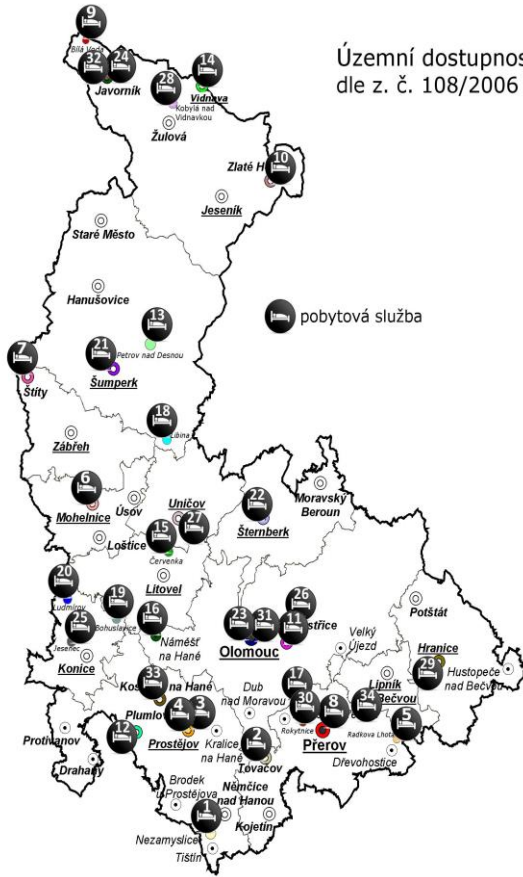
Příloha č. 3:



Příloha č. 4

Územní dostupnost sociálních služeb v Olomouckém kraji
dle z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

§49 domovy pro seniory



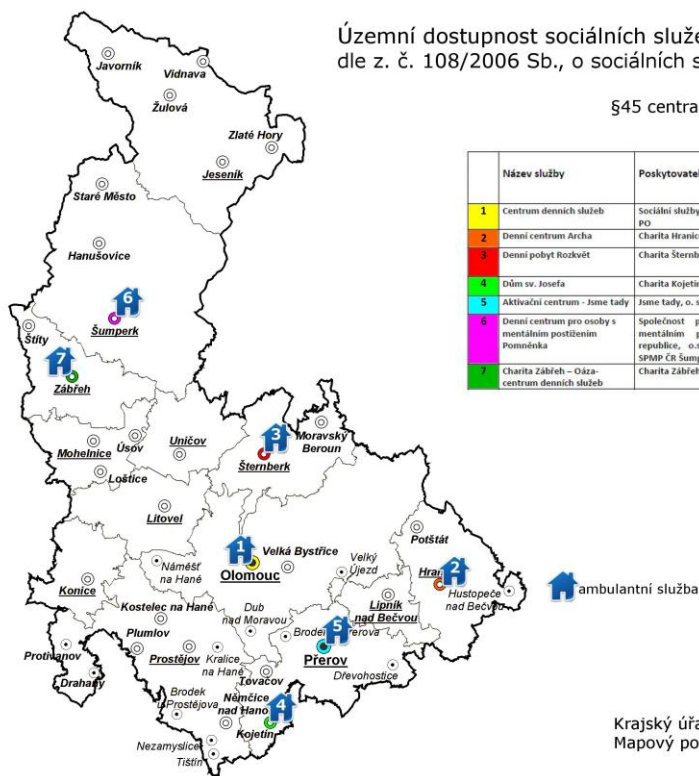
Název služby	Poskyvatel	Identifikátor	Působnost
1 Domov pro seniory	Domov u rybníka Víceměřice, PO	1742378	Obec Nezamyslice u Prostějova
2 Domov pro seniory Tovačov	Domov pro seniory Tovačov, PO	2172521	Obec Tovačov
3 Centrum sociálních služeb Prostějov	Centrum sociálních služeb Prostějov, PO	2244884	Obec Prostějov
4 Domov důchodců Prostějov, PO	Domov důchodců Prostějov, PO	2742485	Obec Prostějov
5 Domov pro seniory	Domov pro seniory Radkova Lhota, PO	2773816	Obec Radkova Lhota
6 Domov pro seniory a pečovatelská služba Mohebnice, PO	Domov pro seniory a pečovatelská služba Mohebnice, PO	2788489	Obec Mohebnice
7 Domov důchodců Štíty, PO	Domov důchodců Štíty, PO	3650190	Obec Štíty
8 Domov pro seniory	Sociální služby města Přerova, p. o.	3742064	Obec Přerov
9 Dům S. M. Stanislav Ernestové	Institut Krista Velekměze	4019091	Obec Bláhá Voda
10 Domov důchodců	Domov důchodců	4184171	Obec Zlaté Hory
11 Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice	Dům pokojného stáří sv. Anny Velká Bystřice	4339830	Obec Velká Bystřice
12 Domov pro seniory	Domov pro seniory Soběšův, PO	4753474	Obec Plumlov
13 Domov pro seniory	Diakonie CCE – středisko v Sobotíně	4879530	Obec Petrov nad Desnou
14 Domov pokojného stáří sv. Hedviky Vidnava	Charita Javorník	5410563	Obec Vidnava
15 Domov důchodců Červenka, PO	Domov důchodců Červenka, PO	5411338	Obec Červenka
16 Dům seniorů FRANTIŠEK – pobytová služba domova pro seniory	Dům seniorů FRANTIŠEK Náměšř na Hané, PO	5699652	Obec Náměšř na Hané
17 Domov pro seniory	Centrum Dominika Kokory, PO	5852897	Obec Kokory
18 Domov pro seniory	Domov důchodců Libina, PO	6151236	Obec Libina
19 Dům pokojného stáří Bohuslavice	Charita Konice	6168537	Obec Bohuslavice
20 Domov pro seniory	Domov pro seniory Ludmírov	6513355	Obec Ludmírov
21 Domov důchodců Šumperk, PO	Domov důchodců Šumperk, PO	6669041	Obec Šumperk
22 Ošetřovatelský domov	Sociální služby Sternberk, PO	6758499	Obec Sternberk
23 Domov pro seniory	Domov seniorů POHODA Chválkovice, PO	7237555	Obec Olomouc
24 Domov pro seniory Javorník, PO	Domov pro seniory Javorník, PO	7300941	Obec Javorník
25 Domov pro seniory	Domov důchodců Jesenec, PO	7369254	Obec Jesenec
26 Domov pro seniory	Domov důchodců Hrubá Voda, PO	7663462	Obec Hrubá Voda
27 Dům pro seniory Uničov s. r. o.	Dům pro seniory Uničov s. r. o.	8256894	Obec Uničov
28 Domov důchodců Kobylá nad Vidnavkou	Domov důchodců Kobylá nad Vidnavkou, PO	8298670	Obec Kobylá nad Vidnavkou
29 Domov seniorů Hranice, PO	Domov seniorů Hranice, PO	8656029	Obec Hranice
30 Domov pro seniory	Domov Na zámětku Rokytnice, PO	8907426	Obec Rokytnice
31 CKCH Charitní domov Svaty Kopeček	Česká katolická charita	9108154	Obec Olomouc
32 Domov pokojného stáří sv. Františka Javorník	Charita Javorník	9825174	Obec Javorník
33 Domov pro seniory Kostelec na Hané, PO	Domov pro seniory Kostelec na Hané, PO	9850132	Obec Kostelec na Hané
34 Domov pro seniory	Domov Alfreda Škneho Pavlovice u Přerova, PO	8921686	Obec Pavlovice u Přerova

Krajský úřad Olomouckého kraje, Olomouc 2013
Mapový podklad © ČSÚ

Příloha č. 6:

Územní dostupnost sociálních služeb v Olomouckém kraji
dle z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

§45 centra denních služeb



	Název služby	Poskytovatel	Identifikátor	Působnost
1	Centrum denních služeb	Sociální služby pro seniory Olomouc, PO	3342323	Obec Olomouc
2	Denní centrum Archa	Charita Hranice	4362944	Obec Hranice
3	Denní pobyt Rozkvet	Charita Šternberk	6046183	Obec Šternberk
4	Dům sv. Josefa	Charita Kojetín	7448197	Obec Kojetín
5	Aktivační centrum - Jáme tady	Jáme tady, o. s.	5002960	Obec Přerov
6	Denní centrum pro osoby s mentálním postižením	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o.s. okresní organizace SPMP ČR Šumperk	5889895	Obec Šumperk
7	Charita Zábřeh - Oáza-centrum denních služeb	Charita Zábřeh	1125474	Obec Zábřeh

Krajský úřad Olomouckého kraje, Olomouc 2013
Mapový podklad © ČSÚ