

JIHOČESKÁ UNIVERSITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Pobytové služby pro seniory v nových  
podmínkách zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních  
službách**

Diplomová práce

Bc. Vítová Jaroslava

Mgr. Zimmelová Petra Ph.D.

5. května 2008

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Pobytové služby pro seniory v nových podmínkách zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 5. května 2008

Děkuji své rodině, nejbližším spolupracovníkům za podporu v době mého studia.

Děkuji své vedoucí práce.

## **Abstract**

The quality of social services in the Czech Republic became an object of interest during last decade. Earlier, quality in this sphere wasn't observed in principle and its criteria weren't determined. In connection with the preparation of the Act on social services the Standards of Social Services Quality were published in 2002. Into this material the general models of quality were applied and especially the experience from some European countries, e.g. Great Britain were used. The aim was to summarize everything what is expected from good social service in general. Filling of quality standards concerns many senior houses. Ego-involvement with the requirements given by the law will mean an important advance in approach to offered services and in ways of their performance. The aim of my thesis is to compare the readiness of chosen senior houses how to fill the requirements on providers of social services given by the act on social services. The work analyses the contents of public obligation of social service provider. The obligation contains function of the service and its aims. Mission of the organization and aims of social service, agreeable to main rules of the law are the key documents impacting the quality of offered service. In senior houses the stay is offered to people with lowered self-sufficiency, especially because of age, people whose situation asks regular help of another person. The range and form of help and support given through social service must preserve human-dignity, come out from individual needs of service user. The help must support individuals in their self-independence to strengthen social incorporation whereas service must be given in individual's interest and appropriate quality in order to ensure keeping of human rights and basic liberties.

## Obsah

Úvod	strana 6
1. Současný stav	8
1.1 Stáří a stárnutí	8
1.1.1 Strategie zvládnutí stárnutí a stáří	8
1.1.2 Demografické údaje	9
1.1.3 Zdraví a proměny ve stáří	11
1.1.4 Stáří jako životní etapa	13
1.1.5 Autonomie, ochrana práv	15
1.2 Sociální politika	17
1.2.1 Termíny a definice sociální politiky	17
1.2.2 Evropské dimenze cílů sociální politiky	19
1.2.3 Komunitní plánování	21
1.3 Sociální práce	22
1.3.1 Cíle a kontexty sociální práce	23
1.3.2 Poznámky z historie sociální práce	24
1.3.3 Sociální práce se seniory	25
1.3.4 Sociální integrace	26
1.4 Sociální služby	28
1.4.1 Nový systém sociálních služeb	28
1.4.2 Zákon o sociálních službách	29
1.4.3 Cíl sociálních služeb, cílová skupina	31
1.4.4 Nepříznivá sociální situace	32
1.5 Sociální péče pro seniory	35
1.5.1 Kategorizace sociálních služeb	37
1.5.2 Pobytové služby pro seniory	38
1.6 Aktivní stárnutí	40
1.6.1 Životní pohoda	42
1.6.3 Kvalita života	45

1.7	Evaluace služeb	strana 46
1.7.1	Kvalita v sociálních službách	47
1.7.2	Standardy kvality sociálních služeb	49
1.7.3	Kvalita sociálních služeb v EU	50
1.8	Neziskové organizace	51
2.	Cíle práce a hypotézy	53
3.	Metodika	54
3.1	Metody výzkumu	54
3.2	Charakteristika souboru	55
4.	Výsledky	56
5.	Diskuse	80
6.	Závěr	93
7.	Seznam použitých zdrojů	95
8.	Klíčová slova	99

## Úvod

Všichni bychom si měli umět odpovědět na otázku, jak si představujeme vlastní stáří nebo jak si představujeme, že bude postaráno o rodiče či nejbližší osoby.

Důležitá potřeba člověka, je potřeba jistoty a bezpečí, a to i v situaci, kdy jeho stav vyžaduje pomoc druhé osoby. Nemusí jít vždy o převzetí komplexní péče, úplnou ztrátu samostatnosti a soběstačnosti, ale například i o pouhou podporu udržet stávající společenské, mezilidské vztahy neboť právě v těchto vztazích je člověk nejrůznějším způsobem limitován. Starý člověk se může dostat do situace, kdy došlo k přerušení veškerých vztahů a kontaktů, tedy potřebuje pomoc je znovu navázat, obnovit a případně zabránit opakovanému přerušení těchto vztahů.

Ve kterémkoli období života a s respektováním zdravotních či psychických růzností by měl člověk být součástí stále stejného prostředí. Být součástí tzv. přirozeného prostředí. Takto je vyjádřena jistota bezpečí, zakořenění, nedílné součásti společenství, kde každý sehraává nezastupitelnou roli. V současné době intenzivně diskutovaný problém sociální integrace se významně dotýká i starého člověka. Bezpečné prostředí, ochrana jeho práv, vnímání individuálních potřeb je více než jistě zahrnuto v nutnosti zajištění sociální integrace jako setrvalého stavu. Je-li přirozené prostředí chápáno v širších souvislostech, ne pouze jako místo posledního pobytu, pak by tuto jistotu mělo přinášet. Pokud přirozené prostředí znamená rodinu, vazby k blízkým, fungující domácnost, místo, kde člověk pracuje a realizuje své sociální aktivity, pak je samozřejmou součástí přirozeného prostředí i celá škála sociálních služeb. Služeb, které respektují stávající způsob života člověka a poskytují podporu pouze tam a v takové míře, kterou jedinec skutečně potřebuje. Výjimkou není ani využívání pobytových zařízení. Připodobnění instituce přirozenému prostředí představuje model, který směřuje k naplnění standardů kvality. Pokud pobytová zařízení pro seniory nazýváme domovy, pak je třeba mít na mysli, že domov je otiskem osobnosti člověka, součástí jeho identity; je symbolem sociálního začlenění, příslušnosti k rodině, sociální skupině, komunitě, sociální vrstvě; domov je zdrojem bezpečí a svobodného rozhodování; domov utváří kontinuitu života, s domovem jsou spojeny vzpomínky. Jistě existují limity, které ale je možné omezit na minimum tím, že se bude

důsledně dbát na to, aby tato zařízení pro seniory byla tzv. otevřená, měla úzké vazby na veřejnost, to znamená byla v centru dění. Je-li centrem pozornosti věnované pobytové sociální službě uživatel této služby, pak je nutné chápat domov pro seniory se všemi jeho atributy domova jako je soukromí, osobitost, svobodné rozhodování, péče o své prostředí a o sebe, život v intimní skupině, sousedství, lokální společenství a všechno další co k životu patří.



## **1. Současný stav**

V současné době se stává jednou z priorit společnosti kvalita života ve stáří. K zajištění vyšší kvality života ve stáří jsou nezbytné koncepční změny a přijetí opatření v různých oblastech. Co učiníme nyní významně ovlivní kvalitu života ve stáří budoucích generací a nás všech. Naplnění závazku vyšší kvality života ve stáří vyžaduje strategické partnerství vlády a samosprávy. Téma stárnutí populace a kvality života ve stáří se týká celé společnosti **(23)**.

### **1.1 Stáří a stárnutí**

Stárnutí české populace nastoupilo oproti západoevropským zemím s jistým zpožděním a probíhá ve specifických společenských a ekonomických podmínkách. Přestože české obyvatelstvo je nyní historicky nejstarší, jeho věková struktura patří prozatím k evropskému průměru **(28)**.

Stárnutí obyvatelstva je jedním z nejvýznamnějších aktuálních problémů vyspělých zemí. Tento problém se dotýká i České republiky. Podle statistiky ČSÚ žilo koncem roku 2001 více než 1420000 osob starších šedesáti pěti let. Tato skupina představovala přibližně 14% obyvatel. Do roku 2030 předpokládá střední varianta prognózy ČSÚ nárůst na 24% (2,33 miliónů osob starších 65 let) **(36)**.

Proces stárnutí populace (a někdy dokonce jejího vymírání) se projevuje s rostoucí intenzitou v řadě evropských zemích. Počet starších 60 let se neustále zvyšuje a spolu s tím se zhoršuje početní poměr mezi lidmi ekonomicky aktivními a těmi, kdo jsou v postaktivním věku **(10)**.

#### ***1.1.1 Strategie zvládnutí stárnutí a stáří***

V příběhu jak se lidé vyrovnávají se stárnutím a stářím, vystupuje do popředí problém ochrany identity v konfrontaci s biologickými, psychologickými a sociálními změnami, jejichž zdrojem stárnutí a stáří jsou. Být seniorem a prožívat dané životní období tedy znamená zvládat důsledky změn – ztrát stáří, senioři se snaží mít ztráty stáří pod kontrolou. Hodnotí své fyzické zdraví a vitalitu, zejména mobilitu, psychické zdraví, svoje aktivity, osobnostní vlastnosti, finanční situaci v rovině příjmů, potřeb

a výdajů, schopnost a možnosti samostatně rozhodovat, i své místo mezi významnými druhými. Zvažují, zda došlo k negativním změnám. Jestliže vnímají ztráty stáří, pak je posuzují vzhledem k fyzické a finanční soběstačnosti a svobodě rozhodování, čili k osobní kompetenci a autonomii **(28)**.

Modely vyrovnávání se stářím. Konstruktivnost – člověk se smířil s faktem stáří a stárnutí, je soběstačný, realizuje přiměřené plány a cíle. Závislost – tato strategie směřuje k pasivitě, ať se postarají druzí, je poměrně vyrovnaný rád se vzdal své práce a odešel do důchodu. Obranný postoj - zaujímají lidé úspěšní, soběstační profesionálové a jsou na to hrdí, odmítají pomoc druhých, necítí se staří. Nepřátelství – tendence svalovat své neúspěchy na druhé, v jednání agresivní a podezřívají, žijí v ústraní, hrozí jim izolace, dávají najevo odpor k představě stáří. Vůči mladým jsou nepřátelští. Sebenenávist – nepřátelství obracejí proti sobě, na svůj předchozí život hledí kriticky a pohrdavě, zanedbávají společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční. Mají pocit, že už si užili dost, mladým nezávidí **(20)**.

### ***1.1.2 Demografické údaje***

Stárnutí populace představuje celosvětový jev. Nárůst podílu starých osob v populaci je zvláště patrný v ekonomicky vyspělých evropských zemích. Příčinu lze spatřovat především v prodlužování střední délky života a ve snižování porodnosti. Podle demografické prognózy OSN z roku 1993 by do roku 2020 mělo dojít ke zvýšení podílu seniorů v populaci téměř o jednu polovinu **(5)**.

Současné pozoruhodné demografické změny způsobí, že do poloviny století budou mladí a staří lidé představovat stejně velké skupiny ve světové populaci. Očekává se, že do roku 2050 stoupne celosvětově podíl lidí ve věku 60 a více let na celkové populaci z 10 na 21 procent **(13)**.

Demografové upozorňují, že perspektivně, v průběhu desetiletí, se převaha žen mezi starými lidmi zřejmě oslabí. I nadále budou žít relativně vysoké počty osob v manželství. Bude přibývat rozvedených a nepatrně i svobodných a naopak ubývat ovdovělých seniorů. S úmrtím partnera budou lidé konfrontováni o čtyři až pět let později než nyní, takže vdovství mužů potrvá zhruba 13 až 14 roků a žen 17 až 18 let.

V souhrnu se životní dráha bez stálého partnera stane realitou pro 15 až 20 procent mužů starších 60 let a pro polovinu žen tohoto věku **(28)**.

Klesá počet úplných rodin v kterých je možno předpokládat možnou péči o své blízké. Roste počet neúplných rodin. V mnoha případech se sníží citové vazby dětí k jednomu z rodičů. Zvyšuje se počet domácností jednotlivců. Demografické změny ve svých důsledcích omezují možnosti, aby v případě potřeby měli senioři možnost péče v rodinném prostředí.

Péče o seniora se stává vážným sociálním problémem předpokládajícím:

- rozvíjení forem aktivního stáří, včetně zvyšování odpovědnosti za svůj život a zdraví
- hledání způsobů zkvalitnění rodinných vztahů, zejména výchovy mladé generace
- posílení společenské role péče o seniory, zejména rozvíjením všech forem komunitní péče **(12)**.

Demografické stárnutí přitahuje pozornost jak v Česku, tak i v jiných zemích zvláště svými předpokládanými ekonomickými důsledky. Řešení problémů vyvolaných demografickým stárnutím se obvykle zužuje na otázku financování důchodů a časování vstupu do penze. Demografické stárnutí bude jistě klást vyšší nároky na zajištění zdravotní a sociální péče, ale díky prevenci, odpovědnějšímu osobnímu přístupu a fyzické soběstačnosti seniorů by tyto údaje nemusely růst dramaticky **(28)**.

Jednou z možností jak odhadnout aktuální potřebu sociálních služeb je sociálně demografická analýza, která se opírá o tři základní normativy. Hlavním údajem je odhad velikosti cílové skupiny ve vztahu k celé populaci. Tyto normativy byly zpracovány v polovině osmdesátých let a udávají orientační hodnoty výskytu zdravotního postižení a sociálních znevýhodnění v populaci. Druhým normativem je doporučující vybavenost územní jednotky s ohledem na trendy v demografickém vývoji a předpokládané trendy ve vývoji sociálních služeb. Třetí normativ navrhuje regionální distribuci sociálních služeb podle správního dělení státu. Optimální uspořádání sítě sociálních služeb by se mělo rovněž opírat o sociální analýzu obce, případně regionu **(16)**.

### **1.1.3 Zdraví, proměny ve stáří**

Definování zdraví je složitý a multidimenzionální problém. Někteří autoři se dokonce domnívají, že nelze zdraví definovat. Velmi rozšířené pojetí zdraví člověka vychází z definice, která je od roku 1948 obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizace: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. Tato definice pokládá lidské zdraví za relativně složitý systém, v němž subsystémy fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek. Zdraví je zde vymezováno třemi navzájem rovnocennými složkami – tělesnou, duševní a sociální. To co činí definici SZO tak užitečnou, je, že tyto tři zmíněné oblasti, které jsou analyticky oddělitelné, spojuje ve skutečnosti, v reálné existenci propojený, strukturovaný a dynamický systém. S pomocí těchto tří rovin se pojem zdraví člověka s konečnou platností vymanil z tradičního biologizujícího pojetí, které se v medicíně v minulosti hluboce zakořenilo. Zároveň tato vícerozměrnost vymezení zdraví člověka umožňuje učinit závěr, že jde o jev, který se vztahuje nikoliv na samostatně existující individuum, nýbrž na individuum neoddělitelně spjaté se sociálním prostředím. Zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. Zdraví lidí je podmíněno tím, do jaké míry dokáží k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních a v celé společnosti **(2)**.

Při fyziologickém stárnutí a stáří se kvalitativně nemění struktura osobnosti. Pro kvalitu psychiky ve stáří má zřejmě větší význam osobnost člověka a její úroveň než kalendářní věk. Charakteristické osobnostní rysy ovšem získávají nebo upadají ve své intenzitě. Říká se, že člověk ve stáří karikuje svou vlastní povahu. Z úzkostného člověka ve stáří může být hypochondr, šetrnost se může vystupňovat v lakotu, opatrnost v nedůvěru **(20)**.

Proces stárnutí přináší anatomické a fyziologické změny, změny psychických funkcí, osobnosti, emocionálního stavu, motivace atd. Stárnutí znamená postupné ubývání sil, přibývání a kumulaci poruch a nemocí, zejména chronických, a výsledné celkové oslabení organismu člověka. Srovnáme-li osoby starší šedesáti let a mladší třiceti let, zjistíme, že senioři trpí v průměru osmkrát více chronickým onemocněním,

jde-li o muže, a dvanáctkrát více v případě žen. Až čtyřicetkrát častěji se potýkají s dlouhodobými potížemi v oblasti pohybové a smyslové, v osobní péči a komunikaci. Také duševní zdraví se zhoršuje, emoční poruchy, pocity deprese a úzkosti se vyskytují u starých lidí nad sedmdesát let v šestkrát vyšším rozsahu než u osob pětadvacetiletých. Se zvyšujícím věkem souvisí nárůst počtu dní strávených na lůžku v nemocnici. Přináší i několikanásobně větší podíl osob užívajících léky předepsané lékařem a podstatně vyšší výdaje za platby mimo zdravotní pojištění **(28)**.

Změny nastávají zejména v oblasti percepce. U 90% starých lidí se objevuje zhoršení zrakové percepce, 30% má výrazné zhoršení sluchového vnímání, což přináší sníženou schopnost komunikace s druhými lidmi. Tato omezení mohou vnášet do komunikace se starými lidmi problémové momenty. Patrné změny jsou i v oblasti paměti a učení. Zhoršuje se zejména krátkodobá paměť tj. starý člověk si hůře pamatuje nové události. Starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být emočně i obsahově zkresleny. Minulé časy bývají nadhodnocovány a posuzovány výhradně kladně **(20)**.

Intelligence měřená běžnými testy klesá. Je to zejména proto, že běžné testy nejsou vhodné pro osoby vyššího věku. S věkem klesá psychomotorické tempo, starší lidé podávají horší výkon v časově limitovaných úkolech. Schopnost práce s čísly se může zachovat bez známek deficitu. Vzestup intelektových schopností je možný ještě v období stárnutí, ale záleží na povaze práce a společenské angažovanosti jedince **(20)**.

Zdraví patří mezi elementární lidské potřeby, je vnímáno jako základ kvality jejich života. Přes veškerou heterogenitu seniorské populace jsou v tomto ohledu staří lidé velmi jednotní – v období stáří hrozí zdravotní potíže reálněji než dříve a riziko či přestálá onemocnění vynášejí zdraví do popředí. Hodnota zdraví je akceptována i na úrovni společnosti a zdravotní stav populace představuje jeden z indikátorů jejího welfare **(28)**.

Citové prožívání ve stáří je méně bezprostřední a snižuje se intenzita emocí. Emoce jsou labilnější, starý člověk často podléhá dojetí, události ho již tolik nevzrušují a nezaujmu jako mladého člověka. Díky tomu se může více stahovat do sebe, do svého vnitřního světa, příliš se soustředit na své vlastní problémy. Zvýšené sebezpozorování může vést k přecitlivělosti až hypochondrii. Starý člověk se špatně adaptuje na změny,

rovněž se nerad rozhoduje. Uvedené změny v citovém prožívání spolu se sníženou schopností komunikovat v závislosti na zhoršení zraku a sluchu vedou k tomu, že se starý člověk může ocitnout v sociální izolaci, což umožňuje pocity osamělosti, méněcennosti, zbytečnosti **(20)**.

Zhoršení zdravotního stavu vyvolává změnu strategií ochrany identity. Čím těžší je postižení a čím výrazněji je omezena mobilita, tím obtížnější je mít identitu pod kontrolou. Při podstatnější redukci rezervních zdrojů senioři předávají kontrolu nad určitými doménami svého života druhým. Po vyčerpání zdrojů především psychických se senioři stávají totálně závislí a kontrola je přebírána druhými. V prvním kontextu je cílem udržet autonomii, ve druhém, tj. při naprosté nesoběstačnosti, se dostává na první místo zachování lidské důstojnosti a osobního bezpečí **(28)**.

Většina zdravotní péče je v současnosti organizována na modelu akutní péče, který neodpovídá zejména potřebám starých a chronicky nemocných osob. Prioritou a nedílnou součástí by měla být strategie rozvoje dlouhodobé péče. Důležitými požadavky pro systém dlouhodobé péče je kvalita, důstojnost, rovnost přístupu, možnost volby a flexibilita mezi formální a neformální péčí a mezi institucionální a domácí péčí. Integrovanou součástí dlouhodobé péče je paliativní péče, zájem o důstojnost a duchovní a sociální potřeby starších osob a pečovatelů **(23)**.

#### ***1.1.4 Stáří jako životní etapa***

V souvislosti s pokračujícími společenskými změnami a měnící se ekonomickou situací rodin, zaměstnaností či cestováním za prací a také nepříznivou bytovou situací, dále klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nemocného a často i nesoběstačného člena rodiny postarat. Jejich péči zpravidla supluje zdravotní a sociální péče **(5)**.

Odchod dětí z domova, snížení příjmů, zhoršení hybnosti, to jsou některé možné důvody, které vyvolávají potřebu staršího člověka změnit dosavadní bydliště. Starší lidé odcházejí do různých zařízení sociální péče. Ve většině případů si uvědomují, že je to do konce života. Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším co tvořilo dosavadní život. Tato změna je mnohem horší pokud přichází náhle a člověk

na ni není dostatečně připraven nebo dokonce s ní nesouhlasí. Zaměstnanci zařízení sociální péče si pak musí uvědomit, že je tato změna pro starého člověka nesmírně psychicky náročná a musí mu pozorně pomáhat při překonávání tohoto těžkého období **(20)**.

Senioři připisují primárním sociálním vazbám bezesporu zásadní význam. Kontakty a vztahy s dospělými dětmi, jejich rodinami a s přáteli mají tendenci rozvíjet, s ostatními lidmi naopak redukovat **(28)**.

Partnerova smrt je jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se staří lidé musí vyrovnávat. Partner, jenž zůstává pociťuje opravdové roztržení, něco se rozbíjí, jedna část jeho bytosti umírá. Mnoho vdov a vdovců nakonec smutné období překoná a může začít znovu žít. Ale u některých lidí se rána už nezahojí. Kromě partnera mizí postupně také stejně staří přátelé. Úmrtí přichází jedno za druhým a často velmi brzy po sobě. Každá nová smrt blízkého člověka znovu oživí vzpomínky na ty předcházející a rovněž může vyvolat strach, příště to budu já **(20)**.

Rodina se vyznačuje tím, že členové zastávají společnou identitu v oblasti kulturně - společenských požadavků, představ a hodnot. V širším pojetí je rodina společenství různých generací v systému rodiče – dítě, bez ohledu na to, zda se jedná o manželský pár s dětmi, samostatně žijící rodiče s dětmi nebo neoddané dvojice s dětmi. Rodiny s dětmi patří po staletí mezi nejvýraznější formu společenství. Rodiny poskytují dětem jistotu, zabezpečují soudržnost a tím tvoří základ solidární společnosti. Klasický obraz rodiny více generací byl dlouhá léta tradičně spojován s obživou – obděláváním půdy, rukodělnou prací případně s obchodem. Úkoly zabezpečující obživu všech členů rodiny byly striktně rozděleny mezi všechny, podle druhu vykonávané práce. Postupem času se počet členů žijících v tomto společenství snižoval, přesto klasický model s různými obměnami zůstal zachován i v dnešní době. Významný rozdíl je v tom, že rodiny tří generací žijí pod jednou střechou velmi zřídka. Ze sociologického hlediska se vytrácí v rodinných vztazích pomalu, ale jistě závislost na prarodičích. Kontakty s prarodiči se omezují. Rodina nebydlí pohromadě, její členové jsou pracovně nebo jinak časově vytíženi. Prarodiče nepřejímají a nebudou přejímat péči o vnuky, kterou od pradávna v rodině zastávali. Mezigenerační vztahy dostávají

zcela jinou hodnotu. V důsledku rozpadajících se vztahů rodičů (případně nově vznikajících) přibývají vedle biologických prarodičů i další rodinní příslušníci ve věku prarodičů. S těmito změnami se v konečném důsledku rozměňuje a vytrácí pocit odpovědnosti dětí ke starší generaci a pravděpodobně se totéž podvědomě přenáší na vnuky (20).

### **1.1.5 Autonomie, ochrana práv**

Senioři považují začátek stáří za relativní, prožívají je rozmanitě, připadají i nepřipadají si staří, nebo jenom někdy, nebo jenom na něco. V jimi prezentované definici stáří dominuje zdravotní stav, nikoli kalendářní věk či penzionování. Věk vkládají do definice až zprostředkovaně právě skrze zdraví. Teprve když změny zdravotního stavu mají charakter výrazného zhoršení uznávají své vlastní stáří. Pro věkovou identitu je rozhodující rovněž vitalita, míra pohyblivosti a především prožívaná míra aktivit před tím a nyní, resp. kontinuita aktivit v životním běhu a jimi nesený pocit autonomie a kompetence (28).

K hlavním etickým principům patří respekt k jedinečnosti člověka při současném uznání vzájemné rovnosti lidí, respekt k důstojnosti seniora, respekt k jeho nezávislosti, právu na sebeurčení, k právu na soukromí a vlastní volbu. Je důležité podporovat, posilovat a chránit rodinu jako základní článek společnosti, v níž se přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem (22).

Rodina je oporou autonomie. V kontextu pokročilého, nemocného a nesoběstačného stáří, kdy hodnota autonomie pro seniory slábne, sílí naopak význam rodiny, resp. příbuzenství jako „základního kulturního zařízení na zvládání mezních situací a krizí“. Rozvíjení vztahů uvnitř užší rodiny je tak či tak důležitou strategií zvládnutí stárnutí a stáří (28).

Ke změně společenského klimatu a přijetí starší generace jako plnoprávné složky společnosti je třeba především aktivní přístup samotných seniorů ke stárnutí a stáří. Svými aktivitami a postoji by měli také senioři přispívat ke změně vnímání stárnutí a stáří ve společnosti. Přitom je potřebné poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky (22).



Schopnost vykonávat denní aktivity samostatně má zřejmě pozitivní vliv na autonomii jedince. Lidé s podstatně omezenou fyzickou soběstačností jsou schopni udržet osobní autonomii jen s vnější podporou. Do tohoto kontextu vstupuje otázka finanční soběstačnosti fyzicky nesoběstačných osob a „dobré vůle“ druhých akceptovat a realizovat jejich autonomní rozhodnutí. Nižší pravděpodobnost, že se tak stane je typická pro geriatrická zařízení dlouhodobé péče. Prioritní zaměření na autonomii nesmí zamlžit skutečnost, že je pouze součástí souboru lidských potřeb, jednou z celého systému hodnot, z nichž mnohé mohou situačně význam autonomie převýšit **(28)**.

K vytvoření osobního pocitu pohody a k posílení pozitivních postojů společnosti ke stáří a starším lidem je nezbytná účast seniorů na sociálních, ekonomických, kulturních a dobrovolných aktivitách, jejich odpovědný přístup k vlastnímu životu a zájem o rozvoj společnosti **(22)**.

Finanční autonomie ve stáří znamená pro seniory především schopnost se o sebe postarat, nezávislost na druhých lidech, absenci pocitu závazku a naopak přítomnost pocitu svobody. Téměř všichni žijí skromně, protože vzhledem ke svým možnostem musí, ale hlavně proto, že chtějí být soběstační. Vyrovnávají se v podstatě s jakkoli nízkým příjmem, jehož výše jim zaručí finanční nezávislost na druhých. Autonomii v podstatě narušuje i „povinná“ finanční pomoc dětem, ač seniory je chápána jako svobodná vůle. Čeští senioři jsou podezíráni z nadměrné a celoživotní podpory dětí. Senioři se snaží legitimizovat finanční transfery náročností současných společenských podmínek pro mladší generace vzhledem k vysokým nákladům a nezaměstnanosti **(28)**.

Ukazuje se, že závislost na pomoci druhých v situaci fyzické nesoběstačnosti zvyšuje význam nezávislosti finanční. Penězi lze vyrovnat asymetrii rodinné směny, peníze mohou být prostředkem udržení sebeúcty a respektu ostatních. Finanční pomoc dospělým dětem a jejich rodinám tak přispívá k zachování autonomie seniorů **(28)**.

Mezigenerační vztahy mají zásadní význam pro jedince i pro společnost a pro kvalitu života v každém věku. Stáří přináší řadu pozitivních hodnot a seniorská generace hraje významnou roli v rodinách, komunitách a celé společnosti **(23)**.

Vraťme se k systému potřeb Abrahama Maslowa, z něhož sociologické pojetí potřeb nezřídka vychází. Autonomie je v něm umístěna na samém vrcholu pyramidy, je tedy

jednou z potřeb seberealizace – potřeb růstu či metapotřeb, jejichž obsah naplňují jisté životní hodnoty. Autonomie tak souvisí s potřebou vyjádřit vlastní individualitu, své schopnosti, realizovat záměry, rozvíjet vlastní činnosti jako práci, zájmy, víru. Cesta k autonomii vede v procesu sebeaktualizace po stupních. Nejprve jsou uspokojovány nižší potřeby, fyziologické (sebezáchovné) tj. potřeba spánku, výživy, zdraví, odpočinku, pohybu, chůze, hygieny. Dál potřeby fyzického a psychického bezpečí (pocitu jistoty, vlastního prostoru, absence strachu a pocitu zmatku, potřeba struktury a řádu a také ekonomické zabezpečení resp. Vědomí dostatečných peněžních zdrojů na živobytí. Poté následují potřeby vyšší afilační – sounáležitosti se skupinou, lásky čili potřeby mít někoho rád, být milován, mít někoho kdo s člověkem počítá, kdo ho akceptuje, komu je užitečný, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut – mít možnost s někým komunikovat, vyjádřit svůj názor, sdělit své myšlenky, participovat na sdílených aktivitách, včetně těch, které přinášejí radost a zábavu, dále pak potřeba uznání a úcty spojená s potřebou kompetence jako způsobilosti zvládnout určité činnosti a situace vyžadující zdatnost a s potřebou jejího ocenění sebou samým a druhými (28).

## **1.2 Sociální politika**

Mezinárodní studie v této oblasti jsou mimořádně obtížné, poněvadž samotná definice sociální politiky je i v akademických kruzích velmi nepřesná. Pod sociální politikou je možné chápat souhrn národních opatření, která v soulase s rozvojem myšlenky sociálních práv mají za účel zlepšit životní podmínky obyvatelstva v rámci daných hospodářských a politických možností země. Nebo pod pojmem sociální politika jednoduše rozumět, že se jedná o veškerou činnost státu, týkající se řešení sociálních problémů (21).

### ***1.2.1 Termíny a definice sociální politiky***

Sociální politika směřuje k určitému cíli. V moderní evropské společnosti je jím realizace nezadatelných lidských práv, zaručených ústavou té které země. Sociální

politika směřuje především k sociální ochraně občanů. Ochrana může být preventivní tedy předcházející sociálním událostem nebo terapeutická a rehabilitační po nastalých sociálních událostech **(30)**.

Sociální politiku lze definovat jako soustavné a cílevědomé úsilí jednotlivých sociálních subjektů o změnu nebo o udržení a provozování (fungování) svého či jiného státního, samosprávného nebo nestátního sociálního systému **(17)**.

Jedním z důvodů, proč obsahová konotace sociální politiky se mění od jedné země ke druhé, je ovšem různost názorů na to, co se má považovat za problém sociální, na rozdíl od problému ekonomického, finančního, kulturního atd. V anglosaských zemích se v akademické literatuře normálně zahrnuje do pojmu sociální politiky pět oblastí; důchodové zajištění (income maintenance), zdravotní péče (health care), sociální pomoc (personal social services), školství (education), a bytová politika (housing). Někdy se přidává oblast zaměstnávání a přípravy k povolání (employment and training). Ze všech oblastí se však všeobecně přijímá pod definici sociální politiky pouze důchodové zajištění; všechny ostatní mohou být z toho či onoho důvodu vyloučeny v té či oné zemi **(21)**.

Svou sociální politiku realizuje stát soustavou zákazů, příkazů, darů a služeb, které se uskutečňují právní regulací (sociální právo), peněžními převody (daně, rozpočty, fondy) a institucemi (sociální instituce) **(30)**.

V demokratické společnosti by bylo zavádějící činit ostrá rozhraní mezi působením jednotlivých subjektů v sociální politice. Podstatné není, kdo sociální činnosti prosazuje či provozuje, ale to čím a jaké zájmy jsou sledovány; kdo sociální činnost zabezpečuje; kdo hradí náklady; zda je efektivně dosahováno původního záměru a žádaného sociálního účelu **(17)**.

Stát svou sociální politiku směřuje k sociální ochraně občanů organizováním sociální solidarity. Nestátní organizace také mají svou sociální politiku, která směřuje k ochraně či uspokojování potřeb jejich členů nebo jiných občanů – nečlenů nebo k ovlivňování státní politiky určitým směrem. Státní a nestátní subjekty koordinují a harmonizují svou sociální politiku. Státní sociální politika může vymezit rámec, ve kterém se mohou nestátní subjekty pohybovat **(30)**.

### ***1.2.2 Evropské dimenze cílů sociální politiky***

V různých dobách dominovaly různě vnímané cíle. Vznikaly dobové sociální doktríny. Evropská civilizace mnohokrát změnila své cíle. Soudobá solidarita je už výsledkem určité úrovně civilizačního vývoje. Významnou roli sehrála církev, která zakládala řády, chudobince, organizovala pomoc chudým. Trvalo celé tisíciletí než byla dobročinnost vystřídána povinností obce a státu. Teprve ve 20. století státy uznaly, že občan má právo na lidsky důstojný život. Vrcholem bylo přijetí Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948 **(17)**.

Evropská populace nezadržitelně stárne a zároveň dochází ke znatelnému poklesu populace Evropy jako celku. Do roku 2050 poklesne počet obyvatel Evropy o cca 60 milionů a bude 30% obyvatel starších 65 let. Přitom stoupá také význam Generace 50 plus, které např. v ČR bude v roce 2030 více než 34%. Tak se stane tato populace rozhodující kategorií. Významné jsou proto prognózy, které uvádějí, že budoucnost v Evropě patří generaci padesátníků, protože v roce 2030 bude v Evropě více než polovina lidí nad 50 let a jen pětina bude mladší 20 let **(34)**.

Německý koncept sociální politiky, ve smyslu sociálně-tržního hospodářství, sleduje v první řadě zlepšení dlouhodobých zájmů společnosti jako celku. Blahobyt jednotlivce či rodiny je k tomu jistě prostředkem, jak vyplývá z důrazu kladeného třeba na zdravotní a důchodové zabezpečení; na druhé straně však sociální pomoc, vzhledem ke svému krátkodobému – a potencionálně negativnímu – dopadu, již prakticky není součástí této politiky **(21)**.

Demografické stárnutí, které na rozdíl od zvyšování nominálního věku každého z nás znamená stárnutí obyvatelstva jako celku, není v demografii, tedy alespoň v té naší, evropské, tématem novým. Rozsáhlé odborné diskuse na toto téma probíhaly v západní Evropě již kolem poloviny 80.let, tedy v době kdy do seniorského věku postupně vstupovaly početné ročníky osob narozených brzy po 1. Světové válce a následně i v průběhu všeobecně úspěšných a v mnohém i slibných 20. Let minulého století **(7)**.

Právní úprava sociálních služeb se v jednotlivých evropských zemích liší, neboť odpovídá různým modelům sociálního státu a rovněž historickému vývoji v příslušné zemi. Kromě rozdílů existují i určité tendence ve vývoji sociálních služeb společné všem evropským zemím. Mezi trendy ve vývoji sociálních služeb současných západoevropských zemí patří odklon od příliš štědré zaopatřovací politiky; služby jsou decentralizovány a odstátňovány; financování se posouvá od státního rozpočtu k vícezdrojovému; akcentuje se osobní odpovědnost klienta; uplatňuje se tzv. zákaznický (partnerský) model poskytování sociální služby; přednost a rozvoj mimoústavních služeb; rostoucí individualizace; standardizace služeb (16).

Shrnutí současných evropských trendů vývoje v oblasti sociální politiky. V rámci nejnovějších dokumentů Evropské unie je v současné době nahrazován termín sociální politika a sociální zabezpečení obecným názvem sociální ochrana a systémy sociální ochrany. Tento termín je třeba chápat tak, že nástrojem sociální ochrany je sociální politika, jejíž podstatnou součástí tvoří sociální zabezpečení, sociální pomoc a sociální služby. Celá oblast sociální politiky je však podřízena základním hodnotám a humanistickým ideálům, na kterých je postavena evropská civilizace. Sociální politika pak musí být koncipována tak, aby napomáhala k praktickému uplatnění těchto hodnot. V současné době jsou pro oblast sociální ochrany naprosto klíčovými hodnotami lidská důstojnost, svoboda pohybu a rovnost životních šancí. Úkolem sociální politiky je pak zajistit, aby instituce, jakož i příslušná legislativa z těchto hodnot vycházely a stimulovaly k jejich uskutečňování (21).

V poslední době se v Evropě vyskytují pokusy o harmonizaci a konvergenci státních sociálních systémů. Harmonizace je snahou o sjednocování pravidel sociální solidarity (např. osobního a věcného rozsahu, úrovně a způsobů poskytování sociálních dávek). Konvergence je procesem vzájemného přibližování systémů. Harmonizace je zpravidla výsledkem mezinárodního úsilí, konvergence je produktem přirozeného vývoje, kdy se státy navzájem ovlivňují (17).

Vzhledem k tomuto vývoji je Evropa, včetně ČR, nucena reagovat na demografické změny a vytvořit plán na vyrovnávání s důsledky tohoto jevu. Byly vypracovány západní mezinárodní dokumenty (z těch nejnovějších je to například

Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí přijatý v roce 2002 v Madridu), vláda ČR přijala v roce 2002 Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007. V obsahu tohoto dokumentu je několik důležitých opatření, která měla být realizována v oblasti poskytování sociálních služeb v rezidenčních zařízení pro seniory:

Podporovat transformaci současných sociálních zařízení, určených pro trvalý nebo přechodný pobyt seniorů na polyfunkční centra nabízející co nejširší spektrum služeb pro seniory v daném regionu.

Zajistit dostupnost služeb pro potřebné seniory, zejména dostatečný počet míst a zkrácení čekací doby. Má být zajištěna kvalitní péče, jejímž základem bude soulad se standardy kvality sociálních služeb **(36)**.

### ***1.2.3 Komunitní plánování***

Komunitní práce je v našich podmínkách poměrně novou formou a metodou sociální práce. Je třeba ujasnit co se skrývá nebo jak rozumíme pojmu komunita. Je to něco čeho se dá dosáhnout úsilím občanů, není to nic daného geografickými podmínkami, je to místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě **(14)**.

Komunitní plánování je přímé vyjednávání mezi zřizovateli, poskytovateli a uživateli služeb, jehož cílem je zlepšit místní sociální politiku či charakter sociálních, případně dalších souvisejících služeb. Zřizovateli služeb jsou úřady státní správy a samosprávy, neziskové organizace a jiné subjekty, které služby financují, případně i jmenují jejich vedoucí a kontrolují jejich činnost. Poskytovatelé služeb jsou subjekty provozující státní nebo nestátní sociální služby. Uživatelé služeb jsou fyzické nebo právnické osoby, které mají zvláštní potřeby, na něž služby reagují **(33)**.

Při plánování jde především o to, aby realizátoři procesu dokázali v této fázi formulovat cíl, prostředky vedoucí ke změně, odhadnout časovou finanční a personální náročnost a zajistit další nezbytné předpoklady pro úspěšnost celého procesu **(14)**.

Nejdůležitějšími účastníky komunitního plánování jsou uživatelé – klienti sociálních služeb. Uživateli rozumíme lidi v nepříznivé sociální situaci, jejich pohled na komunitní plánování je nepostradatelný, právě oni mohou vyjádřit svůj názor,

zviditelnit své zájmy, přímo se vyslovit k tomu, co vnímají jako nejlepší, nejpotřebnější a spolupodílet se tak na utváření sociálních služeb **(33)**.

Každá komunitní práce by měla začít od solidně provedeného zjišťování potřeb v místní komunitě. Tím se snižuje riziko, že aktivisté, kteří se snaží o změnu v místní komunitě, se budou zabývat problémem, který vidí především oni sami bez ohledu na to, jak problémy vnímají ostatní příslušníci komunity **(14)**.

Vyjednávání může mít podobu jednání v menších skupinách reprezentující všechny tři strany „komunitního trojúhelníku“, veřejných shromáždění nebo konferencí, stejně jako diskusí v tisku, na internetu nebo zprostředkovaných jinými médii. Výsledkem by měl být periodicky zveřejňovaný komunitní plán **(33)**.

Pro účely zákona o sociálních službách se rozumí plánem rozvoje sociálních služeb výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb **(37)**.

Základem komunitního plánování sociálních služeb je zjišťování dostupnosti sociálních služeb se zřetelem na jeho aktéry. Komunitní plán představuje cyklický, spirálově se opakující proces za účasti komunity **(33)**.

### **1.3 Sociální práce**

Sociální práce je disciplínou jak teoretickou tak praktickou. Je inspirována teoretickými východiskými jiných disciplín, např. psychologie, sociologie, pedagogiky, práva, ekonomie, aj. S řadou disciplín sdílí některé poznatky a postupy, které modifikuje pro své vlastní potřeby, v souladu s vlastními cíli. Sociální práce mezi těmito obory zaujímá významné samostatné místo, má své vlastní propracované metody a postupy, které aplikuje v praxi. Obsah a metody se vyvíjely v jednotlivých zemích různým způsobem dle sociálních potřeb občanů, koncepce sociální politiky a sociální práce. To je také důvod neexistence jednotné, všeobecné definice sociální práce **(19)**.

### ***1.3.1. Cíle a kontexty sociální práce***

„Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problému v lidských vztazích a zmocnění a zrovnoprávnění lidí s cílem zvýšit tělesnou i duševní pohodu (well-being) lidí. Za využití teorie lidského chování (human behavior) a teorie sociálních systémů pak sociální práce intervenuje v bodě, kde lidé integrují s jejich prostředím (environment). Sociální práce se staví na základě principů lidských práv a sociálních práv.“ Tato definice profese sociální práce zřetelně ukazuje, že sociální práce v 21. století je dynamická a rozvíjející se oblast, a proto žádná definice nemůže být považována za zcela vyčerpávající (27).

Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kdy je takováto potřeba vyjádřena. Což znamená pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování (17).

Pro sociální práci je typické, že klientům pomáhá zvládat obtížné životní situace. Na rozdíl od dalších pomáhajících oborů se sociální práce zabývá především interakcemi mezi člověkem a jeho sociálním prostředím. Její pomoc je zaměřená na dosahování rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí, v němž lidé uspokojují své potřeby, a jejich schopností toto očekávání zvládat (19).

Sociální pracovníci přijímají holistický pohled, který se zaměřuje na mnohonásobné, rezonující transakce mezi lidmi a jejich prostředím (včetně širšího kontextu služeb sociální práce). Je to složitý koncept jelikož efekty jsou obousměrné. Lidé jsou ovlivňováni prostředím - je jedno zda mluvíme o znečištěné řece či o represivním sociálním opatření – a lidé zároveň mají určité kapacity změnit své prostředí (27).

Sociální práce je zaměřena na podporu klientů tj. jedinců, rodin, skupin nebo komunit při zvládnutí jejich sociální situace. Hlavními rysy sociální práce jsou jedinečnost, která vyžaduje specifický přístup ke každému klientovi, komplexnost – každá situace má mnoho dimenzí (existenční, sociální, legislativní apod.) a vyžaduje



řešení z hlediska ekonomického, zdravotního, právního, sociologického, pedagogického atd. (19).

Proto je součástí sociální práce zmocňování lidí, aby své prostředí dokázali ovlivňovat a sami se podílet na změně své sociální situace, která je souhrnem podmínek, okolností vztahujících se k člověku, ke skupině lidí, týkající se osoby člověka či osob v čase, s určitou dynamikou ovlivněnou různými faktory (27).

Přístup sociálních pracovníků se liší od většiny pomáhajících profesí, které se většinou věnují zvládnání dílčích životních situací, např. ošetřovatelství se zaměřuje na zdravotní stav pacienta, psychologie se zabývá různými složkami osobnosti, tím, že předmětem intervence je situace klienta jako celek. Sociální pracovník by se měl zaměřovat na všechny aspekty klientovy životní situace (19).

### ***1.3.2 Poznámky z historie sociální práce***

Od počátku 20.století začíná být realizace sociální práce v praxi ovlivňována vědeckými poznatky soudobé sociologie a psychologie. V roce 1917 Američanka Mary Richmond vydala známou a klíčovou práci *Social Diagnosis*. V roce 1922 pak tato autorka vydala dílo *What is Social Case Work*, kde pod vlivem sociologie řeší individuální životní situaci člověka. Zakládá tak směr zvaný „case work“, který vychází především z poznatků sociologie rodiny, kde sociální klient je chápán v první řadě jako člen rodiny determinovaný zároveň společenskými podmínkami. Mnohdy nemá smysl vydělovat sociální práci s jednotlivcem jako samostatnou metodu sociální práce, jedinec je totiž součástí v první řadě rodiny a pak také širší komunity (27).

Historicky bylo poskytování sociálních služeb pro seniory spojováno s chudinskou péčí a sociální služby tak z minulosti nesou punc reziduální péče pro marginalizované skupiny obyvatel, vzhledem k tomu nebyly společnostmi považovány za plnohodnotnou alternativu rodinné péče (25).

Vývoj sociální práce jako oboru je možné v rámci euroamerického pojetí sledovat teprve jedno století. Teprve centralizovaný a bohatý novověký stát, a to až po velkých revolucích v 19. století, začíná přijímat představu, že společnost by měla být spravedlivá ke všem lidem, a otevírá politickou debatu o adekvátním vytváření

a rozdělování zdrojů sociálního blahobytu. Přičemž jako zdroj blahobytu není vnímáno pouze množství peněz, ale i vzdělání, bydlení, pracovní příležitosti a i podpora zdraví (17).

V blízké budoucnosti bude třeba čelit změnám, ke kterým bude docházet jednak na trhu práce (již nyní lze předvídat pokles absolutního počtu pracovních sil či změny v pracovní aktivitě žen), změnám v demografické struktuře populace (zvyšující se podíl starších osob v populaci, zvyšující se střední délka života), a v neposlední řadě také změnám souvisejících s fungováním rodiny a změnám ve struktuře domácností. Tyto trendy významným způsobem zasahují do schopnosti rodiny poskytovat adekvátní péči (25).

### ***1.3.3 Sociální práce se seniory***

V současné době jsou často diskutovanými pojmy označení osoby využívající sociální služby. Otázka zní, zda je na místě označení klient nebo uživatel. Obecně se má za to, že žadatel, který uzavřel dohodu se stává uživatelem. Klientem je ten, kdo má problém (něco, co lze změnit; může to definovat klient sám nebo jiný subjekt) či obtíž (něco co nelze změnit, ale lze mu pomoci, aby se s tím smířil) či potřebu (co musíme udělat, aby se problém vyřešil). Je ohroženo uspokojení potřeby jedince nebo systému v rámci jejich sociálního fungování a zúčastněné osoby nejsou schopny tuto situaci změnit vlastními silami (27).

Věková skupina seniorů je spojována se sociálním statutem důchodce, který je považován za neatraktivního či neproduktivního s předpokládanými charakteristikami spojenými s involucí – ztrátou funkčních schopností, multimorbiditou, postupnou ztrátou soběstačnosti. Takový pohled na tuto skupinu lidí spíše společnost zatěžuje, odčerpává významnou část společenských zdrojů. Postrádá možnost najít pozitivní hodnoty stáří. Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se seniory se objevuje až v mimořádných situacích, které způsobují sociální či zdravotní faktory. Sociální práce se soustřeďuje do oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Senior je omezen ve schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby, naplňovat plány, udržovat

kontrolu nad svým životem. Tím se významně snižuje kvalita jeho života. Bariéry uskutečňování životních úkolů mohou být i psychologické a sociální. Tzv. neschopnost v jedné oblasti může vyvolat neschopnost v oblasti druhé. Smyslem sociální práce se seniory je pomoci starému člověku vyjít ven z bludného kruhu nezvládnutí **(15)**.

V systému služeb pro staré lidi chybí depistáž, cílené vyhledávání starých lidí, kterým hrozí sociální vyloučení. Depistážní činnost prováděly před rokem 1989 specializované geriatrické sestry. Rovněž chybějí terénní služby specializované na problematiku týrání, zanedbávání a špatného zacházení se seniory. Chybějí komunitní centra, ve kterých by byly seniorům dostupné programy různého typu a příležitosti k tomu, aby si staří lidé aktivity mohli domlouvat a realizovat podle své volby **(16)**.

V sociální práci se seniory se setkáváme s tzv. kritickými body. Jednak nelze uvést přesnou hranici mezi péčí zdravotní a péčí sociální. Zhoršení zdravotního stavu sebou obvykle nese potřebu péče sociální. Je žádoucí, aby oba typy služeb byly poskytovány souběžně. Platí i opačný vztah, sociální změny mohou vyvolat zátěž a riziko v oblasti zdraví. Rizikem je zprůtrhání sociálních vazeb – odchod do důchodu, smrt blízkého člověka, odchod do pobytového zařízení **(15)**.

Jiným kritickým bodem v sociální práci je často se opakující problém v komunikaci se seniorem. V sociální práci je třeba být vybaven speciálními dovednostmi v oblasti komunikace a schopnostech navázání kontaktu. Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty což patří mezi nejzákladnější potřeby seniorů. Sociální práce také často znamená práci s jeho rodinou a pomoc pečujícím rodinným příslušníkům či osobám blízkým **(15)**.

#### ***1.3.4 Sociální integrace***

Pozitivní vztah společnosti ke stáří a starým lidem představuje nejširší a nejzákladnější podmínku zvýšení participace starých lidí ve společnosti. Podporující a uschopňující zahrnuje nejen fyzické prostředí, ale také sociální prostředí, tj. sociální vztahy a kontakty. Rodina, komunita a podmínky, které povzbuzují sociální kontakty a vztahy, mají zásadní význam pro kvalitu života ve stáří **(23)**.

Staří lidé se snaží udržet si co nejdéle svou vlastní domácnost. Toto jejich přání je i ve shodě s přáním mladší generace. Uvádí se, že staří lidé mají touhu žít v blízkosti vlastních dětí a nebyť na nich závislí. Mnohé domácnosti starých lidí by však bez pomoci mladších rodinných příslušníků nemohly vůbec existovat. Rodinné a příbuzenské vztahy si i v moderní společnosti uchovávají svůj význam po celý lidský život. Starý člověk má v rodině svoji úlohu. Očekává zájem o svou osobu a naopak se zajímá o problémy rodiny i ve vyšším věku **(20)**.

Zapojení do života komunity a společnosti, pocit uznání a užitečnosti, ocenění zkušeností a smysluplné využití volného času jsou důležité pro pozitivní sebepojetí a životní spokojenost člověka v každém věku **(23)**.

V dnešní době panuje ve společenském podvědomí kult mládí a krásy. S jeho vznikem souvisí i opačný extrém – ageismus (z ang. Age – věk). Toto slovo nemá přesný český ekvivalent, představuje společenské předsudky vůči stáří. Zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči starým lidem. Některé projevy diskriminace jsou zřejmé, některé v podtextu nevyslovené. Stereotypy o stáří vznikají z předčasného a zjednodušeného hodnocení nebo z černobílého myšlení **(20)**.

Zákon o sociálních službách definuje sociální začleňování jako proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný **(37)**.

Žije-li starý člověk sám, ocitá se v sociální izolaci. Rovněž vícegenerační soužití přináší problémy. Některá rodina pocítuje tíživé materiální a psychické nároky, má-li pečovat o svého starého a ne již zcela soběstačného příslušníka. Klesá její aktivita, brzdí se plány. Péče o starého a nemocného člověka v rodině je možná pouze za splnění tří podmínek: aby rodina o nemocného pečovat chtěla, aby o něj pečovat mohla a aby to uměla. Problémy u vícegeneračního soužití vyplývají z odlišných názorů na životní hodnoty a styl, na výchovu dětí, nesrovnalosti jsou i ve vymezení teritorií ve společné domácnosti. Obě generace mohou strádat nedostatkem klidu a soukromí. Na druhé

straně se obě generace vzájemně potřebují a vzájemně si pomáhají. Najít rovnováhu mezi oběma póly soužití je složitý úkol, plný domnělých křivd a nedorozumění (20).

Sociálním vyloučením rozumí zákon o sociálních službách vyloučení osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé životní situace (37).

#### **1.4 Sociální služby**

Dosavadní právní úpravu provázelo několik základních problémů. V období vlády komunistické strany byl implantován model sovětského sociálního zabezpečení. Sociální služby poskytované za první republiky obcemi a dobročinnými spolky či církví přešly do rukou státu. Postupně bylo přijato několik zákonů o sociálním zabezpečení, ale koncepce zůstala stejná až do roku 1989. Dodnes je ve zděděném zákoně o sociálním zabezpečení sociální péče definována takto: „Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku a nebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry“ (16).

##### ***1.4.1 Nový systém sociálních služeb***

V oblasti sociálních služeb probíhají v ČR změny. Jsou to změny zásadní a dalo by se říci, že i z historického hlediska průlomové. Sociální služby jsou institutem, který pomáhá řešit těžkosti a problémy občanů nacházejících se v nepříznivé sociální situaci. Mezi základní poskytovatele sociálních služeb patří orgány veřejné správy (státní i samosprávné) a nevládní neziskové organizace. Do nedávné doby byly sociální služby doménou místních samospráv, okresních úřadů a státu. Se vznikem krajů v České republice k 1.1.2001 se otevřel prostor i pro poskytování sociálních služeb v krajské úrovni. Úloha státu je minimalizována, redukována na poskytování služeb vysoce specializovaných, s celorepublikovou spádovostí (9).

Sociální služby by měly být především poskytovány obcemi a nevládními organizacemi, aby mohla být každá služba poskytována podle potřeb občana. Z dřívějšího pojetí vyplývá, že péče je zajišťována, což implikuje pasivní roli klienta sociálních služeb. Celý systém byl pojat tak, že občan čekal na to co mu bude poskytnuto, a nebyl žádným motivačním prvkem veden k tomu, aby sám rozhodoval a vyvíjel vlastní aktivitu **(16)**.

K základním sociálně-ekonomickým faktorům, které v současnosti ovlivňují vývoj sociálních služeb v evropských zemích, patří prodlužování lidského věku a tím i období, kdy člověk potřebuje pomoc druhé osoby. Dalším faktorem je přenášení standardu života v produktivním věku i na období, kdy je člověk závislý na pomoci druhé osoby. Narůstají také náklady na kompenzaci závislosti na vnější pomoci. Rysy objevujících se modelů sociálních služeb by měly být: služby zaměřené na jednotlivce, služby flexibilní, služby zaměřené na individuální potřeby, služby snadno dostupné (24 hod. a 7 dní v týdnu), služby poskytované ve spolupráci s ostatními organizacemi prostřednictvím integrovaných týmů, služby na komunitní bázi, lokálně vymezené a lokálně poskytované **(9)**.

Sociální službou se rozumí „činnost nebo souhrn činností v nepříznivé sociální situaci, tzn. pomoc osobám při ztrátě jejich soběstačnosti a ochranu před sociálním vyloučením s cílem umožnit jim v nevyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a využívat obvyklým způsobem jiných systémů (např. bydlení, školství, služby zaměstnanosti atd.). Sociální služba je služba ve veřejném zájmu“ **(1)**.

#### ***1.4.2 Zákon o sociálních službách***

Zákon č.108/2006 SB., o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách **(37)**.

Změna koncepce sociálních služeb oproti dosavadnímu stavu je zřejmá přímo z ustanovení zákona, které stanoví základní zásady poskytování sociálních služeb. Práví se zde: „Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení“ **(16)**.

Rozsah a forma pomoci poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod **(37)**.

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. Sociální poradenství zákon rozděluje na základní a odborné. Zatímco základní poradenství zahrnuje poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace, odborné poradenství je poskytováno se zaměřením na individuální potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách **(16)**.

Formy poskytování sociálních služeb. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoby dochází nebo jsou doprovázeny nebo dopravovány do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí **(37)**.

Příspěvek na péči je v systému sociální ochrany nová dávka. jeho koncepce odpovídá koncepci tzv. dotace na hlavu, která se v devadesátých letech zaváděla i v jiných evropských státech. Osobě, která je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu hodnocena jako osoba, která potřebuje pomoc druhé osoby při zvládnutí běžných životních úkonů, je přidělován určitý finanční příspěvek z veřejného rozpočtu a je na

rozhodnutí příjemce, jak tento příspěvek použije, které služby a od kterého subjektu si koupí **(16)**.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti **(37)**.

Příspěvek je stanoven na základě lékařského vyšetření a sociálního šetření, které provádí úřad práce. Závislost je definována ve čtyřech stupních, míra závislosti je dána počtem úkonů vyjmenovaných v zákoně, které je osoba schopna samostatně zvládat **(16)**.

#### ***1.4.3 Cíl sociálních služeb, cílová skupina***

Cílem sociálních služeb je zmírnit nebo změnit nepříznivou sociální situaci osob, které pro nedostatečnou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů nejsou samostatně schopny dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou ani jinak zabezpečeny. Sociální služby přitom mohou být poskytovány jednotlivcům i rodinám **(1)**.

Jak cíle, tak cílová skupina by měla být popsána v základních dokumentech, jimiž poskytovatel službu charakterizuje. Cíle mohou být definovány jako změna ve znalostech cílové skupiny, změna v postojích, změna v určitém druhu chování, změna v úrovni fungování nebo kvalitě života. Cíle programu bývají definovány obecněji než výsledky. Doporučuje se, aby výsledky byly specifické, realistické, dosažitelné a měřitelné **(16)**.

Vymezení osob, jimž jsou sociální služby určeny (uživatelé sociálních služeb), pokrývá značně široké spektrum příjemců sociálních služeb s lišícími se potřebami a lišícím se zázemím (přirozeným i náhradním) pro jejich uspokojení, respektive různými prostředky (přirozenými i náhradními) vhodnými k uspokojení, respektive



různými prostředky (přirozenými i náhradními) vhodnými k uspokojování těchto potřeb. Z tohoto důvodu je žádoucí rozlišení uživatelů sociálních služeb do několika různých cílových skupin **(1)**.

Obsah standardu kvality sociálních služeb č.1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb. Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována. Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení nepříznivé sociální situace **(35)**.

Cílové skupiny lze definovat mnoha různými způsoby, vždy je ovšem potřebné reflektovat skutečnost, že zařazení určitého sociálního jevu do určité kategorie (v tomto případě definování cílové skupiny) je zjednodušením komplexní sociální reality a jako takové sice usnadňuje tuto realitu snáze uchopit, na stranu druhou však nemusí dostatečně postihovat některé důležité aspekty a může se stát překážkou při snaze porozumět příslušnému sociálnímu jevu jímž právě „nepříznivá sociální situace“ je **(1)**.

#### ***1.4.4 Nepříznivá sociální situací***

Nepříznivou sociální situací se rozumí taková situace, ve které osoba pro ztrátu soběstačnosti z důvodu věku, zdravotního stavu, krizovou sociální situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů, nebo jestliže její způsob života vede ke konfliktu se společností, není schopna dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou ani jinak dostatečně zabezpečeny **(1)**.

Zákon o sociálních službách rozumí nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením **(37)**.

Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí **(33)**.

Přirozeným sociálním prostředím se podle zákona o sociálních službách rozumí rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity **(37)**.

Soudobá propagovaná zásada sociální práce je pokud možno začít vždy od klienta. Je to reakce na doznívající období, ve kterém zájmy institucí, zejména ústavů, diktovaly způsoby poskytování sociální služby a to často bez ohledu na konkrétní a specifické potřeby klienta. Ústavy klientovi vytvářely náhradní umělé prostředí, aniž se organizátoři péče zajímali o to, jak tím formátují klientův svět. Následek této necitlivě ordinované totální náhrady je dnes popisován jako institucionalizace nebo hospitalismus **(18)**.

Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, které chtějí s pomocí sociální služby dosáhnout řešení vlastní nepříznivé sociální situace. Ve standardech je zdůrazněna orientace na osobní cíle uživatelů služeb, což umožňuje konkretizovat abstraktní ideály, jakými jsou např. důstojnost, plnohodnotný život apod. **(33)**.

Rodina byla historicky prvním subjektem poskytujícím pomoc seniorům; postarat se o svého starého člena bylo zcela v rozsahu kompetence a povinností rodiny. Byl to jakýsi vzájemný protektivní svazek, kdy rodiče se starali o své děti a ty se, když dospěly, staraly o své rodiče. V tradičních společnostech se zajištění starých osob realizovalo v tomto rámci a jen výjimečně se stávalo předmětem činnosti jiných institucí než rodiny **(25)**.

I po přijetí klienta do institucionální péče pokračuje práce s rodinou. Především je třeba přijmout fakt, že instituce nezabavuje rodinu odpovědnosti za péči o příbuzného. Příchodem do instituce nekončí rodinné vztahy ani povinnost dětí vůči svým rodičům **(15)**.

I v současné době bývá tato rodinná solidarita považována za přirozený a optimální způsob zabezpečení. V této souvislosti se obvykle poukazuje na široký rozsah zabezpečení (universalitu služeb poskytovaných rodinnými příslušníky) a na neformální charakter a neformalizované mechanismy a postupy při samotném poskytování péče. Rodina představující přirozené sociální prostředí, kromě toho poskytuje značný prostor pro rozvíjení inter-generační solidarity a při správném fungování také eliminuje riziko sociální exkluze seniorů **(25)**.

S rodinou musí instituce uzavřít kontrakt o tom, které úkoly jí zůstávají, a které může za ni převzít. Pocit, že někdo pečuje za ně, velmi rychle vede rodinné příslušníky k poklesu, či dokonce ke ztrátě zájmu o svého blízkého. Bylo prokázáno, že s délkou pobytu starých lidí v instituci klesá i počet návštěv. Nelze tedy připustit, aby návštěvy příbuzných byly pouze formální, musí plnit svůj definovaný účel, mít svoji funkci v individuálním plánu klienta **(15)**.

Na druhé straně se však poukazuje na některá omezení při zabezpečování seniorů v rámci rodiny či rodových společenství. Zvláštní pozornost přitom bývá věnována skutečnosti, že se tento druh zabezpečení nedostává těm jednotlivcům, kteří žijí mimo rámec rodových vztahů; nedostává se však také rodinám, pro které je zabezpečení sebe sama a své vlastní existence problematické. V obecné rovině tato překážka vypovídá o skutečnosti, že současná (mnohdy atomizovaná) rodina již není schopna plnit celé spektrum úkolů a funkcí, které byly běžné v preindustriálních společnostech **(25)**.

Starší občané by měli být o síti sociálních služeb informováni pravidelně a srozumitelně, aby v případě, že se změní potřeba péče, snížila se schopnost pečovat sám o sebe, se dokázali snadněji rozhodnout, aby neztratili kontrolu nad svým životem **(15)**.

Přáním velké většiny seniorů je zůstat ve svém domácím, přirozeném prostředí (pochopitelně za situace, kdy to zdravotní stav seniora dovolí). Platí přitom, že tato preference je o to intenzivnější, čím větší je diskrepance mezi dosavadním životním standardem seniora a úrovní rezidenčních zařízení. V případě, že standard těchto zařízení neodpovídá požadavkům seniora či očekáváním ostatních členů domácnosti

(příbuzných), lze identifikovat zvýšený zájem o terénní služby poskytované na bázi home-nursing **(25)**.

S poskytováním pomoci či péče jinými subjekty než členy vlastní rodiny souvisí dvě problémové oblasti. Dostupnost péče je regionálně determinovaným problémem, který nabývá na své naléhavosti zejména v lokalitách s nedostatkem kvalifikovaných pracovníků, kteří mohou tuto péči poskytovat. Důsledkem pak může být finanční nedosažitelnost služby daná vysokými transakčními náklady, snížená kvalita služby nebo její úplná absence **(25)**.

### **1.5 Sociální péče o seniory**

Sociální péče o seniory byla do začátku 90.let minulého století poskytována především prostřednictvím státních organizací. Zahrnovala péči o rodinu a děti, občany těžce zdravotně postižené, staré, ty, kteří potřebují zvláštní pomoc a občany společensky nepřizpůsobené. V rámci sociální péče se poskytovaly zejména dávky a služby. Peněžité dávky, věcné dávky, výchovná a poradenská péče, pečovatelská služba, stravování, kulturní a rekreační péče, mimořádné výhody pro některé skupiny občanů těžce zdravotně postižených a bezúročné půjčky. Sociální péče o seniory a zdravotně postižené občany byla do roku 1989 zajištěna především ústavní péčí **(33)**.

Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se seniory se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. K odchodu do rezidenčních zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně (z ekonomických či rodinných důvodů opouštějí původní bydliště a volí menší byt v instituci, kde navíc mají k dispozici i služby), nebo jsou donuceni okolnostmi, zejména radikální změnou zdravotního stavu **(15)**.

Po roce 1990 sociální a zdravotní služby zaznamenaly obrovský rozvoj. V současné době je poskytuje stát, územní samosprávné celky a jimi zřízené právnické osoby, další právnické osoby a fyzické osoby. Do roku 2006 existovalo několik typů rezidenčních služeb. Byly to domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy - penziony pro důchodce. Nová legislativa zahrnuje všechny typy do označení domovy pro seniory **(16)**.

Senior nebo zdravotně postižený již není vykázán pouze za zdi ústavu, ale sociální služby směřují přímo za klientem, do jeho přirozeného prostředí, kde má vytvořené sociální vazby. Právě tyto služby ve formě denních a týdenních stacionářů pro zdravotně postižené a mentálně postižené, domácí pečovatelská a ošetrovatelská služba, asistenční služba, nejrůznější druhy speciálních poraden a další zajišťují především neziskové organizace **(33)**.

Služby sociální péče 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 **(37)**.

Residenční zařízení pro seniory by se měla otevřít komunitě a transformovat v komunitní centra poskytující starším lidem v dané lokalitě flexibilní služby. Měla by se orientovat na prevenci, rozvoj sociálních aktivit a podporu rodiny i pečovatelů. Ústavní zařízení pro seniory je nezbytné více otevřít veřejnosti a životu v obci a dát lidem větší právo a vliv na život v těchto zařízeních. Rezidenční zařízení musí poskytovat nejen chráněné bydlení a individualizované služby, ale také podporu seniorům a rodinám žijícím mimo tato zařízení **(23)**.

Uživateli služby se dostává pouze takové podpory, kterou skutečně potřebuje, zůstávají zachovány veškeré sociální vazby a za podpory dalších kooperujících a navazujících služeb, které tvoří jakési komplexy služeb, může senior nebo zdravotně postižený občan žít kvalitním způsobem života a využívat běžné služby. Nedochází tak k sociálnímu vyloučení a občan je stále součástí přirozené komunity **(33)**.

Předmětem kritiky je v neposlední řadě absence kontroly adekvátnosti poskytované péče a její kvality, a to zejména s ohledem na specifické potřeby opečovávaných starých osob a na stále rostoucí požadavky odborné erudice institucionálních poskytovatelů takovéto péče **(25)**.

### ***1.5.1 Kategorizace sociálních služeb***

Nový zákon o sociálních službách přináší novou kategorizaci sociálních služeb. Podle nové úpravy se sociální služby dělí na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Zákon obsahuje rovněž dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat. Je to forma pobytová, ambulantní a terénní **(16)**.

Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování **(37)**.

Základní službou ambulantního typu pro staré lidi je u nás stejně jako jinde v Evropě pečovatelská služba. Tato služba je převážně zřizována obcemi nebo nestátními neziskovými organizacemi. Spočívá obvykle v dovážce jídla a obstarání domácnosti. Obecným problémem je zaměření na jednotlivé jednoduché úkony a chybí komplexní hodnocení situace a plánování péče **(16)**.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Terénní službou je například osobní asistence, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, pečovatelská služba, ranná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory se zdravotním postižením, terénní programy **(37)**.

Sociální poradenství zákon rozděluje na základní a odborné. Základní poradenství zahrnuje poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace, odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách **(16)**.

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů **(37)**.

### **1.5.2 Pobytové služby pro seniory**

Český helsinský výbor již dlouhodobě monitoruje situaci seniorů žijících v pobytových zařízeních. I když v nich žije jen kolem 5% populace nad 65let, je zapotřebí věnovat této situaci mimořádnou pozornost pro vztah závislosti, který mezi seniorem/uživatelem služeb a zařízením vzniká **(8)**.

Ústavní péče o seniory pokrývá v České republice celkem vyváženě území celého státu, i když delší dobu přetrvává nedostatek volných míst, mnohdy trvá čekání na umístění i několik let. I přes množství nových zařízení, jde v drtivé většině stále o instituce, místa pro pouhé poskytování základních služeb, o faktický domov jde však zřídka. Nedostatkem těchto ústavů je nedostatečná a nekreativní nabídka využití času obyvatel. Přestěhování do domova pro seniory je pro většinu u nich značně stresující (je to v mnoha případech považováno za poslední „štaci“, synonymum pro ukončení spojení se světem). Častá je také nevyhovující péče o klienty v oblékání, hygieně apod. Senior se stává pasivním příjemcem pomoci, což hojně vede ke snížení jeho soběstačnosti. Bolavým místem bývá i kvalita personálu ústavů. Seniorskou rezidencí rozumíme seniorské zařízení s možností dlouhodobého nájemního pobytu, zřízeného formou chráněného bydlení s možností využívání širokého spektra služeb včetně pečovatelských a zdravotnických **(11)**.

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Mezi základní činnosti patří poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí **(37)**.

Koncentrace péče představuje de facto soustředění nabídky – tedy poskytování širokého spektra služeb spojených s pečováním jedním subjektem (full-servis). V případě institucionální péče je pochopitelně snadné dosáhnout také jejího koncentrovaného charakteru, což prospívá jak seniorům samotným, tak také

poskytovatelům těchto služeb. V případě služeb poskytovaných přímo v jednotlivých domácnostech, jsou možnosti koncentrace mnohem více omezeny **(25)**.

Vyvážení zdravotní a sociální péče v pobytových zařízeních pro seniory patří stále k jejich nejdůležitějším úkolům. Kvalitní zdravotní péče musí být klientům zařízení zajištěna jako každému jinému občanovi této země, ale nesmí v životě člověka převážet, nesmí být tlačěn do role nemocného, protože život člověka, ani dlouhodobě nemocného, nelze – přes veškeré limity, které z nemoci vyplývají – redukovat na roli pacienta **(15)**.

V souvislosti s prodlužující se střední délkou života a v souvislosti s rostoucí úrovní zdravotní péče v kombinaci s pokračující atomizací rodiny jako sociální instituce spojené s redukcí jejich původních cílů a funkcí, se nesoulad mezi potřebami seniorů a možnostmi ascendentů tyto potřeby svépomocně saturovat bude dále prohlubovat. Lze proto očekávat, že význam institucionální péče o seniory bude v příštích desetiletích narůstat **(25)**.

K odchodu do rezidenčního zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně z ekonomických či rodinných důvodů nebo jsou donuceni okolnostmi, zejména radikální změnou zdravotního stavu při současné nepřipravenosti přirozeného prostředí kompenzovat funkční ztráty a zajistit péči. V zařízeních sociálních služeb je sociální práce velice potřebná. Je součástí přímé konkrétní pomoci seniorům. Přestože je stále více posilována právě sociální (nikoli zdravotnická) složka činnosti těchto institucí a zdůrazněna funkce bydlení, podpory nezávislosti a autonomie obyvatel, sama role sociálního pracovníka není dosud jasně vymezena a popsána. Sociální pracovník si sám musí vydobýt místo a jaké kompetence na sebe převezme. V každém případě je již překonána doba ve které byl pouhou administrativní silou vyplácející důchody **(15)**.

Záleží tedy na tom jakou image si sociální služby vybudují. Zda budou tak jako v minulosti vnímány jako subsidiární nástroj vhodný pouze pro malfunkční rodiny či pro osamocené jedince v pokročilém věku bez adekvátního sociálního i materiálního zázemí nebo budou považovány za rovnocennou alternativu rodinné péči či dokonce zda budou vnímány jako služby kvalitativně (a profesionálně) vyšší úrovně ve srovnání s „neprofesionální“ péčí a pomocí členů rodiny **(25)**.



Po nástupu klienta do nového prostředí nastává adaptační proces, kdy je mu třeba věnovat zvýšenou pozornost. Klient dostane svého klíčového pracovníka, který mu bude v celém zařízení nejbližší, na něhož se může s důvěrou obrátit, jež mu bude věnovat maximální pozornost. Je třeba aby člověk přicházející do zařízení dostal dostatek informací o prostředí, kde bude žít, aby byl podpořen v navázání nových vztahů, získal členství ve skupinách, aby si vybavil svůj prostor, dostal příležitost vykonávat vybrané aktivity, které mu připadají smysluplné **(15)**.

Zásadním kritériem standardu č.5, který se týká individuálního plánování je stanovení nutnosti pro poskytovatele mít písemně zpracována vnitřní pravidla, kterými se plánování a přehodnocování procesu poskytované služby řídí. Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby. Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou její osobní cíle naplňovány **(35)**.

Individuální plán péče vychází ze zhodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, odhadu jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán stanoví nejzávažnější problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho současný stav (např. rehabilitací, ošetrovatelskou péčí, vhodnější medikací, psychoterapií, výživou, změnou fyzického prostředí, úpravou kontaktu s rodinou, vytvořením příležitostí k aktivitě) nebo zlepšit kvalitu jeho života vhodnějším nastavením podnětů, paliativní péčí, intenzivnější komunikací a podporou vztahů. Plán nastaví časový horizont a úkoly pro jednotlivé členy týmu, umožňuje pravidelné hodnocení stavu a změn v potřebách klienta a nové nastavení konkrétního cíle. Hlavním aktérem při sestavování plánu péče je klient, především on si musí uvědomit co pro sebe může a co chce udělat **(15)**.

## **1.6 Aktivní stárnutí**

Zabezpečení seniorů představuje snad nejkontroverznější část moderního sociálního welfare. Společnosti by měly být připravené na „sednutí“ populace a to nejen ekonomicky, jak zdůrazňuje Milan Kučera. Především musejí respektovat psychosociální potřeby a životní podmínky seniorů, vyrovnat se s věkovou diskriminací a dalšími projevy ageismu a zabránit vytlačování starých lidí na okraj společenského

zájmu. Jedním z předpokladů je otevření struktur příležitostí k zaměstnání, vzdělávání a sociálním aktivitám v celém životním běhu, tím i možnost ke společensky a individuálně relativnímu uplatnění lidského kapitálu seniorů. V této souvislosti bývá zdůrazňována politika aktivního stárnutí, jejíž součástí je podpora autonomie jednotlivců, zajištění péče o nejstarší a nesoběstačné seniory je jejím pouhým doplňkem **(28)**.

Ekonomická aktivita starších osob je přínosem pro kvalitu jejich života i jejich rodin a pro celou společnost. přispívá k vyšší životní úrovni ve stáří. Pracovní život je zdrojem spokojenosti, identity, sociálního statusu, uznání, sebeúcty a sociálních vztahů **(23)**.

Přidat život rokům, které byly přidány životu aneb úvaha o významu komunikace pro aktivní stárnutí. Otázky stárnutí jsou dnes již také středem pozornosti a praktického úsilí politických struktur, jak na národní, tak na mezinárodní úrovni. Přijímané programy kladou důraz jak na přiměřené životní podmínky, dobrou zdravotní péči a rovnost podmínek pro všechny, tak i na aktivní přístup samotných příslušníků starší generace. Uvědomujeme si, že aktivní stáří pomáhá jak samotným stárnoucím lidem, tak celé společnosti **(34)**.

Touha člověka po dlouhém a spokojeném životě je stará jako lidstvo samo. Dějiny mají nemálo důkazů o tom, jak lidé hledali nejrůznější léky proti stárnutí, jak objevovali nejrůznější tajemství věčného mládí. Současné úsilí dosáhnout toho, aby lidé žili co nejdéle je však oprávněně provázeno aktivní snahou o zachování fyzické výkonnosti a duševní aktivity v maximální možné míře. Je přitom všeobecně známo, že aspektů, které podmiňují aktivní stárnutí je celá řada. Jednotný recept pro všechny však neexistuje **(34)**.

Aktivní život ve stáří není myslitelný bez dostatečného hmotného zabezpečení. Nízký příjem může značně omezit možnosti zdravého, aktivního života a participace na společnosti. Dlouhověkost může vést ke zvýšenému riziku chudoby **(23)**.

Specifické rysy má individuální komunikace mezi seniory a příslušníky jiných generací, zejména pak mezi staršími a mladšími. Zvláštní roli v životě seniorů hraje komunikace uskutečňovaná v rámci tzv. vícegenerační rodiny. Na jedné straně

nemohou staří lidé žít izolovaně, bez společnosti mladých, cítili by se osamělí, snížil by se jim přísun aktuálních informací ze života jednotlivých příslušníků rodiny, pomalu by mizely dřívější zájmy. Na straně druhé mladí potřebují vědomosti, zkušenosti a hluboké chápání života jaké mají generace starší (34).

Odchod do důchodu je důležitým momentem, který označuje konec jednoho období a počátek dalšího. Vyrovnat se s touto chvílí není vždy snadné, protože je plná nejistot. Je to podobné jako v dospívání: nelze se již upínat na minulost a zároveň nevíme co přijde v budoucnosti. Rozdíl je v tom, že v dětství a dospívání se připravujeme na dospělost, kdežto důchod představuje pro mnoho lidí odchod ze života dospělých a vstup do stáří, přiřazení ke skupině starých lidí, blízkost smrti. Odchodem do důchodu mění člověk i svou identitu, dříve byl lékař, učitel, úředník nyní je důchodce. S touto realitou se musí vyrovnat, přijmout ji. Odchod do důchodu nutí k novému uspořádání života. V aktivním životě je čas řízen prací, v důchodu je to naopak, každý si musí svůj čas organizovat sám. Prázdnota, kterou bude třeba vyplnit, může člověka děsit. V důchodovém věku je však čas k realizaci plánů, ke kterým až do této doby nebylo možné přikročit (20).

### ***1.6.1 Životní pohoda***

Senioři považují začátek stáří za relativní, prožívají je rozmanitě, připadají i nepřipadají si staří, nebo jenom někdy, nebo jenom na něco. V jimi prezentované definici stáří dominuje zdravotní stav, nikoli kalendářní věk či penzionování. Věk včleňují do definice až zprostředkovaně právě skrze zdraví. Teprve když změny zdravotního stavu mají charakter výrazného zhoršení uznávají své vlastní stáří. Pro věkovou identitu je rozhodující rovněž vitalita, míra pohyblivosti a především prožívaná míra aktivit před tím a nyní resp. kontinuita aktivit v životním běhu a jimi nesený pocit autonomie a kompetence (28).

Zdraví je vysoká hodnota individuální i sociální a jeden z faktorů kvality života. Pro tuto kvalitu jsou důležité i další faktory včetně ekonomického zabezpečení, vstřícného prostředí, psychické pohody, mobility a využití volného času (23).

Pojem životní spokojenost, resp. pohoda (well-being) je součástí konceptu kvality života. Rozlišujeme objektivní životní spokojenost, která odráží především vnější kritéria (socioekonomický a sociokulturní status), a subjektivní spokojenost, spojenou s individuálním prožíváním života **(29)**.

Vláda si ve svém programovém prohlášení stanovila za jednu z priorit věnovat zvýšenou pozornost kvalitě života ve stáří. Správné a prozíravé je vytvořit podmínky pro důstojný, zdravý a aktivní život i ve stáří **(23)**.

Sociální stereotyp představuje, zjednodušeně řečeno, soubor ustálených očekávání společnosti vzhledem k chování příslušníků určitých sociálních skupin. Sociální stereotypy si osvojujeme v rámci socializačního procesu. Velmi diskutované sociální stereotypy jsou ty, které jsou vázány na pohlaví. K této problematice přinesly cenné poznatky gender studies. Nicméně předpoklad, že se lidé budou chovat přiměřeně svému věku je významnější než očekávání vázaná na pohlavní role **(29)**.

Staří lidé mají nízký sociální status, jsou jim přičítány převážně negativní osobnostní vlastnosti a nízké kompetence. Jsou chápáni jako přítěž společnosti, která mnoho vyžaduje a nic nepřináší. Období stáří má v rámci kontinuity lidského života svůj specifický význam. Hlavním vývojovým úkolem stáří je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako ukončené dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Integrita stáří, a tím i zhodnocení vlastního života, závisí na zvládnutí úkolů předchozích vývojových období **(32)**.

Z hlediska životní pohody je důležité zda odchází do důchodu „z donucení“. Pokud ne, tak důchod představuje jen malou změnu v životní spokojenosti. Jistě není překvapující, že zaměstnanci pracující duševně si důchod užívají více než zaměstnanci pracující fyzicky. Příčina může spočívat ve větší opotřebovanosti organismu, a tudíž horším somatickém zdraví fyzicky pracujících. Teorie aktivního stáří vychází z představy, že senioři budou pokračovat v aktivitách, kterým se věnovali v produktivním období života. Teorie postupného uvolňování z aktivit předpokládá, že se lidé ve starším věku postupně stahují z pracovního a společenského života, opouštějí jednotlivé činnosti jednu po druhé, a teorie substituce je založena na názoru, že aktivity

realizované v produktivním věku jsou nahrazeny jinými, tzn. Jedinec zůstává stále činorodý, ovšem v jiné podobě **(29)**.

Zásadní roli v pohodě člověka hraje tělesná pohoda (somatické zdraví) Nikoli nepodstatný význam má i přítomnost resp. nepřítomnost hostility. Negativní orientace vůči druhým ze strany seniorů souvisí často (nikoli vždy) s nezvládnutím vývojového úkolu popsaného Eriksonem v rámci dvou protikladných stavů – integrity a zoufalství. Pohled zpět, bilancování předchozího života vede nezřídka k pocitům hořkosti a lítosti z promarněných let. Naopak integrita, jež může být chápána jako moudrost nebo schopnost životního nadhledu, vede zpravidla k pozitivním emočním prožitkům a prosociálním postojům **(29)**.

Základním hodnotovým konceptem relevantním pro pracovníky v pomáhajících profesích je respekt ke klientovi. Od něj se odvíjejí další životní hodnoty, jako je např. individuální přístup, akceptace klienta, sebeurčení klienta, dodržování diskrétnosti. Pracovníkovo pojetí respektu bude však jistě ovlivněno tím jaké jsou jeho osobní hodnoty **(24)**.

Problematika životní spokojenosti, resp. životní pohody (well-being) se ocitla v zájmu odborníků nejrůznějších profesí především v souvislosti s konceptem kvality života. Jde o aspekt kvality života, který má charakterizovat pozitivní prožívání života **(29)**.

Hlavní zdroje životní pohody v pozdějším věku zahrnují:

1. Aktivní životní styl charakterizovaný činorodostí, především odpovědností za průběh a kvalitu života, ochotou participovat na rozhodování v oblasti zdraví a životního stylu.
2. Hodnotnou substitucí pracovních aktivit jinými smysluplnými činnostmi (aktivity volného času, vzdělávání).
3. Prosociální orientaci, přístup k lidem oproštěný od hostility.
4. Pozitivní myšlení akceptující kladné stránky života, které však nerezignuje na realistické zhodnocení možností a omezení jedince **(29)**.

### **1.6.2 Kvalita života**

V současnosti je kvalita života velmi frekventovaný termín ukazující, že smyslem života je naplňování nejen základních materiálních respektive fyziologických potřeb, ale význam má i naplňování dalších převážně duchovních, nemateriálních hodnot. Ne všechny představy a přání kvality života jsou naplňovány, mnohdy to ani není možné, neboť překračují hranice daných možností. Jsou však důležitým akcelerátorem životních aktivit života seniorů starších 60 let. Výzkumy ukázaly jaké jsou nejdůležitější hodnoty kvality života pro seniory. Základní životní hodnotou je zdraví a k němu se přidružuje přání být fyzicky soběstačný. Nejsou zásadní rozdíly v hierarchii hodnot mezi muži a ženami s jedinou výjimkou a tou je u žen podstatně vyšší zájem žít v dobrých rodinných vztazích než u mužů **(12)**.

Většinou si lidé myslí, že staří by měli zůstat v obci, kde žijí a jsou zvyklí a že především se o ně mají starat nejbližší příbuzní (popř. sousedé) a následně pak stát **(34)**.

Ano, člověk, nikoliv stát je odpovědný za kvalitu svého života. Někteří z nás mají však podmínky značně ztížené. Tam nezbyvá než doufat, že stát zde zůstane 100% garantem důstojného života a přiměřené životní úrovně **(38)**.

Prámem každého člověka je právo na důstojný život, což souvisí s právem na přiměřenou životní úroveň, nebo-li na určitý životní standard. Ten ať se nám líbí nebo ne, úzce souvisí s ekonomickou situací každého z nás. Problém je, že ať už je reforma jakákoli, zahrnuje v sobě tři nepopulární kroky jakými jsou vyšší platby, nižší důchody a pozdější věk odchodu do důchodu. Proto, abychom si v důchodu zachovali určitý životní standard, je nutné se na stáří připravovat, být aktivní a učinit dopředu určitá pro nás dnes nepopulární rozhodnutí **(38)**.

Dalším frekventovaným termínem souvisejícím s vnímáním kvality života je ageismus. Jak může být ageismus zmírňován? Možností je podpora častějšího a aktivnějšího osobního kontaktu se staršími lidmi, což je efektivní způsob, jak předejít nebo redukovat ageismus. Byla vyvinuta řada mezigeneračních programů, které prospívají oběma stranám, a to nejen v USA, ale i v řadě dalších zemích. Například v Německu a Rakousku probíhá projekt „Internet a senioři“, kde výuka probíhá na školách v odpoledních hodinách a seniory učí středoškoláci **(31)**.

Komunikace mezi mláďím a stáříím může vypadat na příklad jako v Českých Budějovicích, kde v roce 2002 při Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity zahájilo svoji činnost Centrum pro seniory PATUP. Jeho činnost vyjadřuje zkratka PATUP – jedná se o hlavní témata, kterými se centrum zabývá: P – Parkinsonova nemoc, A- Alzheimerova choroba, T- Trénování paměti, U – Úspěšné stárnutí, P- Pečovateľská dobrovolná služba studentů. Centrum provozuje i bezplatnou telefonní linku pro seniory, kteří mají možnost získat informace týkající se stáří, jak se na ně mohou připravit a v případě zájmu si domluvit i osobní konzultaci. Aktivizace seniorů samotných pomůže podpora vzniku dalších organizací, jako jsou v USA Šedí panterři, či v Holandsku ANBO Liga pro 50+, které hájí jednotlivce či kolektivní práva seniorů, stejně jako jejich zájmy s cílem zlepšit jejich pozici ve společnosti **(31)**.

V zařízeních sociálních služeb v domovech pro seniory patří mezi základní cíle poskytovatelů zajištění materiálního zázemí, zdravotní péče a emocionální pohody klientů. K tomu přispívá vytváření příjemného a podnětného prostředí, nabídka denních aktivit a zejména způsob komunikace pracovníků s klienty. Klient domova se svým příchodem stává členem komunity daného zařízení – přispívá svým dílem k sociální atmosféře místa, a to ať již je přímým aktérem, či pouze pasivním příjemcem sociálních interakcí. Poskytovatelé péče jsou si vědomi významu úspěšného přizpůsobení se klienta novému prostředí, avšak nejdůležitější je podporovat aktivní kontakt s rodinou klienta. Hovoří se o tzv. sociální opoře, jež je jedním z důležitých aspektů kvality života jedince **(26)**.

### **1.7 Evaluace služeb**

V současné době se s pojmem evaluace setkáváme v různých profesionálních oblastech a rovněž i v sociálních službách, a to v souvislosti s hodnocením. Evaluace v sobě zahrnuje celou škálu hodnotících postupů a oblastí, s cílem posoudit aktivity v profesionální oblasti, kontrolovat dosahování vytýčených cílů, ale také rozvíjet kvalitu služeb a fungování organizací prostřednictvím zpětných vazeb **(19)**.

### **1.7.1 Kvalita v sociálních službách**

Česká společnost je málo citlivá k diskriminačnímu chování vůči starší generaci a nedokáže mu účinně bránit. Nejsou definovány základní prvky pro vytvoření moderního systému sociální práce a sociálních služeb **(8)**.

V oblasti sociálních služeb dochází v posledních letech k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce. MPSV ČR se snaží na tyto posuny reagovat pomocí systémových změn, které zajistí poskytování služeb v souladu se současnou úrovní poznání **(33)**.

V souvislosti s potřebou vytvářet podmínky pro kvalitní poskytování sociálních služeb je vítanou aktivitou vytvoření Standardů kvality sociálních služeb, na jejichž tvorbě se podíleli zástupci odborné veřejnosti, jakož i poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb. Standardy byly v průběhu přípravy rovněž porovnávány se standardy kvality sociálních služeb některých evropských zemí (Velká Británie, Rakousko) a USA **(8)**.

Při dobře nastaveném systému zajišťování kvality a současně přítomnosti příznivého klimatu v organizaci jsou výstupy z hodnocení kvality vždy cennou zpětnou vazbou, která ukazuje všem zúčastněným možnosti změny a další směr rozvoje péče o seniory v jejich zařízení **(15)**.

Zákon o sociálních službách vymezuje povinnosti poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni dodržovat standardy kvality sociálních služeb **(37)**.

Současné trendy směřující ke zvýšení kvality veřejných služeb se v ČR promítají i do oblasti sociální politiky a sociálních služeb. Politika sociálních služeb prochází transformací. Její součástí je stanovení základní úrovně kvality těchto služeb a zavedení mechanismů k její kontrole a kontinuálnímu zlepšování. Transformace je reakcí na změny přístupu k uživatelům, v metodách sociální práce a také na zvyšující se počet subjektů působících v této oblasti a jejich nejasné kompetence **(8)**.

Hlavním nástrojem k zajištění kvality, bezpečnosti i odbornosti poskytovaných služeb se staly standardy kvality sociálních služeb, které jsou výstupem spolupráce odborníků na sociální služby a sociální práci, uživatelů i zástupců veřejné správy. Jejich



rozšíření umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb i efektivitu jednotlivých zařízení, což má význam pro instituce, které tyto služby financují – místní samosprávy, stát, sponzory i samotné uživatele. Standardy využívají prvky profesionálních i komerčních systémů zajištění a zvyšování kvality a jsou plně kompatibilní s evropským sociálním modelem. Standardy obsahují společné znaky pro všechny typy služeb, které prokazují orientaci na uživatele a užívání základních manažerských principů nezbytných pro kvalitní fungování organizace. Pro tuto svoji obecnost jsou použitelné pro jakoukoliv sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu zařízení **(8)**.

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby. V ideálním případě se procesu na vytváření kvality sociálních služeb podílí poskytovatelé služeb, nezávislí experti a uživatelé služeb **(33)**.

V Národním akčním plánu sociálního začleňování se stávají hlavním nástrojem, který zajistí, že sociální služby budou podporovat nezávislost a autonomii uživatelů a ochrání zranitelné seniory. Aktivity směřující k jejich zavedení budou podporovány jak z dotačních titulů Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, tak z Evropského sociálního fondu **(8)**.

Hlavními úkoly MPSV v oblasti sociálních služeb je prevence sociálního vyloučení, podpora života v přirozeném společenství, ochrana zranitelných skupin obyvatelstva před porušováním jejich práv a před neodborným poskytováním služeb **(33)**.

Ukazatelem kvalitní péče o seniory je spokojenost klientů, jejich relativně dobré zdraví, které je měřitelné poklesem morbidity i mortality, nižší spotřebou léků a zdravotnických i sociálních služeb. Kvalitní péče o seniory vede k tomu, že stále větší množství lidí zůstává aktivních a žije ve svém domácím prostředí, nikoli však v izolaci, ale účastní se společenského života v komunitě **(15)**.

Hodnocení kvality pobytových služeb již v současné době vychází ze standardů kvality, které jsou vypracovány na národní úrovni včetně metodiky hodnocení. Je vhodné a potřebné, aby na vypracování interních standardů se podíleli sami

zaměstnanci. Participace zaměstnanců na tvorbě standardů podpoří ochotu se jimi také řídit a respektovat postupy umožňující kvalitu hodnotit **(15)**.

Podstatným rysem standardů je jejich obecnost, jsou použitelné pro všechny druhy služeb. Pro vytvoření standardů kvality sociálních služeb byly využity prvky zjišťování kvality užívané v jiných odvětvích, kde je obecně kvalita služeb chápána jako schopnost uspokojovat zájmy a potřeby zákazníků **(33)**.

Sledování kvality by mělo být zaměřeno na strukturu, tedy podmínky, v nichž je sociální služba poskytována, procesy, tedy pracovní postupy, které jsou užívané v práci se seniory i na výsledky sociální práce což znamená spokojenost seniorů. Systém zvyšování kvality by měl obsahovat hodnocení kvality, ale i způsob jak předcházet nedostatkům a pochybením, případně jak zjištěné chyby napravit a jaké sankce uplatnit při opakování zjištěných nedostatků **(15)**.

### ***1.7.2 Standardy kvality sociálních služeb***

Kvalitu služby je možné definovat tím, že bude prověřena podle předem definovaných, nejlépe měřitelných, parametrů. Jelikož standardy mají sloužit jako metodický nástroj inspektorům kvality, mají orientovat uživatele služeb a mají být organizacemi, jež poskytují služby využitelné pro sebeposuzování, je třeba, aby za jejich konstrukci i konečnou podobu odpovídali experti a dostatečnou způsobilostí v metodologii výzkumu **(16)**.

Standardy se týkají všech služeb, a proto jsou formulovány obecně. Standardy jsou rozloženy na jednotlivá kritéria nejen z důvodu srozumitelnosti, ale hlavně proto, aby bylo možno posoudit, zda služby požadavek standardu naplňují. Kritéria jsou měřitelná, lze na ně jednoznačně odpovědět **(8)**.

Některá kritéria mají charakter objektivně zjistitelných dat, jiná měřítka jsou subjektivnější, hodnocení jejich naplnění je závislé na postoji hodnotícího. Právě proto je nutné, aby se k naplňování těchto kritérií mohli vyjadřovat nezávislí odborníci a také klienti, případně jejich blízcí **(16)**.

Standardy kvality sociálních služeb užívané v ČR pomáhali českým zpracovatelům vytvářet britští odborníci Chris Payne a Andrea Tailor v rámci

česko-britského projektu na podporu reformy sociálních služeb. Ideálem dobré praxe byla podpora nezávislosti a osobního růstu uživatele služby, respekt k jeho právům a poskytnutí efektivní pomoci při řešení náročné životní situace (16).

Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality jsou souborem kritérií jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů. Obsah jednotlivých standardů kvality a bodové hodnocení stanovuje prováděcí právní předpis (37).

### ***1.7.3 Kvalita sociálních služeb v EU***

Přestože se systémy sociální ochrany v jednotlivých členských státech Evropské unie od sebe liší zejména díky historickým a politickým souvislostem, ve kterých se vyvíjely, mají také mnoho společných znaků. Jsou velmi vyvinuté, vyznačují se vysokou mírou solidarity, vysokou kvalitou a pestrá nabídkou a dostupností služeb. To platí o vzdělávání, zdravotní péči stejně jako o sociálních službách. Tyto společné charakteristiky v kombinaci s pozorností, jakou vlády těchto zemí sociální ochraně věnují, vytvářejí tzv. evropský sociální model. Ve všech členských státech EU (zejména ve „starých“ členských státech) se při organizování, zajišťování, poskytování i financování sociálních služeb klade důraz na jejich kvalitu, na lepší využívání zdrojů s cílem pružně reagovat na individuální potřeby uživatelů, tak podporovat jejich začlenění do většinové společnosti – tj. schopnost vést život „jako ostatní“, jejich autonomii a nezávislost. Dochází k decentralizaci což v praxi znamená přechod odpovědnosti z centra na regionální úroveň, na města či obce. Dále je posilován neziskový sektor a soukromý sektor, vytváří se smíšený trh v oblasti sociálních služeb. Sociální služby jsou v EU pojímány jako součást služeb v obecném zájmu a tvoří jeden ze základních pilířů evropského modelu společnosti. Evropská unie a její instituce také kladou vysoký důraz na vysokou kvalitu, územní i cenovou dostupnost sociálních služeb. Evropská komise v této souvislosti vydala sdělení, ve kterém prohlašuje, že

kvalitní a dostupné služby je možné zajistit jen tehdy, jsou-li na odpovídající úrovni stanovena jasná kritéria, která tyto služby musí naplňovat; povinná míra kvality **(8)**.

V rámci EU je vyvinuta snaha nastartovat společné směřování v oblasti sociálních služeb. Děje se tak prostřednictvím tzv. otevřené metody koordinace. Tato metoda spočívá ve stanovení cílů a časového horizontu, kdy má být cílů dosaženo. V oblasti sociálních služeb byly stanoveny dva zásadní cíle. Jednak zajištění universálního přístupu k vysoké kvalitě péče a zajištění záchranné sítě proti chudobě nebo sociálnímu vyloučení vyplývajícímu z dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a to jak příjemce služeb, tak i pro ty, kdo pečují. Členské státy se v této souvislosti mimo jiné dohodly, že zajistí svému obyvatelstvu vysokou kvalitu péče přizpůsobenou jejich potřebám **(16)**.

### **1.8 Neziskové organizace**

Sociální služby jsou mimořádně významnou součástí aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů. Řešení problémů jednotlivců, rodin a skupin občanů ovlivňuje pozitivně sociální klima celé společnosti. Sociální služby nejsou významné proto, že bez jejich působení by se nikoliv nevýznamná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti. Bylo by tak znemožněno uplatnění jejich lidských a občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení. Každému občanu ať žije kdekoli musí být umožněn přístup k celému spektru sociálních služeb. V každém území by měly být občanu k dispozici všechny základní druhy sociálních služeb v některé ze svých forem. Ty představují komplexy vzájemně propojených a nezastupitelných aktivit, řešících individuální situaci jednotlivce **(33)**.

V demokraticky uspořádaném státě plní nestátní subjekty důležité role. Posilují povědomí občanské odpovědnosti a solidarity při řešení konkrétních místně a časově determinovaných sociálních problémů, prohlubují státní politiku o etický kontext moderního občanství jako výrazu příslušnosti ke státu a spoluodpovědnosti za věci veřejné, zefektivňují sociální činnosti zvýšením jejich adresnosti a snižováním jejich nákladů **(17)**.

Spolupráce nestátních organizací se státní sociální správou je nejen možná, ale i nutná. V zásadě by mělo platit, že stát by měl financovat jenom takové služby, které jsou nezbytné. Obligatorní pro občany a všechny ostatní by mohl zajišťovat nevládní sektor **(33)**.

Sociální služby mohou být svěřeny nestátním organizacím či pospolitosti občanů musí však být nezbytně podmíněny koncesí, protože jde o služby občanům, kteří se pro svůj zdravotní stav nebo věk mohou jen stěží bránit případné šikaně a zlým úmyslům. Proto potřebují veřejnosprávní ochranu, potřebují, aby stát prováděl dozor a reguloval podmínky provozu soukromoprávních sociálních služeb **(17)**.

Neziskové organizace vyplňují prostor mezi státem a státní správou a mezi občanem, který tyto služby potřebuje. Současně umožňují občanům podílet se na veřejném působení a veřejné politice i jinak než jen pouze přes svou účast při volbách nebo přes činnost v politických stranách. Umožňují také občanům dobrovolnictví, což je významnou potřebou pro mnohé osobnosti **(33)**.

Organizace prosazující zájmy starších osob jsou aktivními partnery v tvorbě politiky. Neziskové organizace, které často působí na regionální úrovni, zavádějí nové služby, disponují cennými zkušenostmi a znalostmi, přispívají ke zvyšování kvality života starších osob **(23)**.

## **2. Cíle práce a hypotézy**

Cílem práce je porovnat připravenost (předpoklady) vybraných pobytových zařízení pro seniory naplnit požadavky na poskytovatele sociálních služeb dané zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách; posoudit soulad veřejného závazku vybraných poskytovatelů sociálních služeb s hlavními zásadami zákona.

V souvislosti s cílem práce byly stanoveny hypotézy.

H1: Aplikace hlavních zásad zákona do praxe vede ke změně způsobu poskytování sociálních služeb a změně pracovních postupů.

H2: Defínování a přijetí veřejného závazku poskytovatele v souladu se standardy ovlivňuje způsob poskytování sociálních služeb.

### **3. Metodika**

#### **3.1 Metody výzkumu**

Prováděný výzkum je ze sociologického hlediska výzkumem kvantitativním. K dosažení výsledků byla použita metoda kvantitativního výzkumu, analýza dokumentů.

##### **Sekundární analýza dat**

Při realizaci této techniky byly využity dokumenty oficiální, závazné, objektivizované tzn. zákony, vyhlášky, definované veřejné závazky poskytovatelů sociálních služeb dle platných zákonných norem. Jednalo se o materiály uvedené na oficiálních internetových stránkách krajského úřadu, celostátní registr poskytovatelů sociálních služeb a veřejně přístupné internetové stránky jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb.

##### **Obsahová analýza dokumentů**

Potřebné informace byly získány objektivní analýzou obsahu zveřejněných dokumentů se zaměřením na definování poslání a cílů poskytovatelů sociálních služeb v souladu s cílovou skupinou a hlavními zásadami zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

### **3.2. Charakteristika souboru**

#### Stanovení souboru

Ze všech zaregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb jsem pro potřebu mé práce vybrala domovy pro seniory. Vycházela jsem z rozdělení registru poskytovatelů podle krajů včetně hlavního města Prahy. K základnímu rozboru jsem vybrala každý druhý kraj podle abecedního pořadí, základní soubor tedy tvořilo 7 dílčích souborů. Sběr prvotních informací jsem provedla u všech registrovaných zařízení jednotlivých dílčích souborů. Analyzováno bylo celkem 200 poskytovatelů sociální služby registrovaných jako domov pro seniory.

Z každého dílčího souboru základního souboru jsem náhodným výběrem 2 poskytovatelů stanovila výběrový soubor. Zvolila jsem první a poslední registrovanou službu, která měla mezi základními údaji uvedenu internetovou adresu. Výběrový soubor tvořilo 14 poskytovatelů sociálních služeb. Veřejný závazek těchto zařízení tzn. poslání a cíle sociální služby byly analyzovány ve vztahu k druhu služby, stanovené cílové skupině a hlavním zásadám zákona o sociálních službách.



#### 4. Výsledky

Výsledky byly získány rozbořem oficiálních dokumentů zadaných poskytovateli sociálních služeb do národního registru a dokumentů zveřejněných na internetových stránkách jednotlivých služeb. Nejprve jsem provedla roztřídění základního souboru podle různých kritérií. Poskytovatele sociálních služeb jsem porovnávala podle cílové skupiny klientů a věkové kategorie klientů. Tyto skutečnosti jsem znázornila v tabulkách, které jsem rozšířila o další dvě kritéria, a to uvedení www stránek přímo mezi základními údaji na registru poskytovatelů a uvedení poslání a cílů služby přímo v registru poskytovatelů jako součást textu popis realizace služby.

Grafické znázornění sleduje rozdělení zkoumaných souborů podle cílové skupiny přičemž za významné je považováno rozdělení podle počtu definovaných specifických skupin postižení přidávaných ke kategorii senioři.

Další skupina grafů znázorňuje rozdělení zkoumaných souborů podle věkových kategorií.

Získané informace jsou podkladem pro diskusi.

Tabulka 1  
Soubor č. 1

číslo	senioři	osoby se zdravotním postižením	osoby s chronickým onemocněním	osoby s tělesným postižením	osoby s jiným zdravotním postižením	osoby s kombinovaným postižením	osoby se sluchovým postižením	osoby se zrakovým postižením	osoby s mentálním postižením	dospělí (26 - 64)	mladší senioři (65 - 80)	starší senioři (nad 80 let)	WWW stránky	zveřejnění posláni a cílů na registru
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2  
Soubor č. 2

číslo	senioři	osoby se zdravotním postižením	osoby s chronickým onemocněním	osoby s tělesným postižením	osoby s jiným zdravotním postižením	osoby s kombinovaným postižením	osoby se sluchovým postižením	osoby se zrakovým postižením	osoby s mentálním postižením	dospělí (26 - 64)	mladší senioři (65 - 80)	starší senioři (nad 80 let)	WWW stránky	zveřejnění posláni a cílů na registru
1	■										■	■		■
2	■	■				■				■	■	■		
3	■										■	■		
4	■										■	■		
5	■									■	■	■		
6	■										■	■	■	
7	■										■	■	■	■
8	■	■								■	■	■	■	■
9	■									■	■	■	■	
10	■	■								■	■	■	■	■
11	■			■	■		■				■	■	■	
12	■	■									■	■		
13	■										■	■	■	
14	■										■	■	■	■
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 3  
Soubor č. 3

číslo	senioři	osoby se zdravotním postižením	osoby s chronickým onemocněním	osoby s tělesným postižením	osoby s jiným zdravotním postižením	osoby s kombinovaným postižením	osoby se sluchovým postižením	osoby se zrakovým postižením	osoby s mentálním postižením	dospělí (26 - 64)	mladší senioři (65 - 80)	starší senioři (nad 80 let)	WWW stránky	zveřejnění posláni a cíů na registru
1	■										■			■
2	■										■		■	
3	■										■		■	■
4	■									■	■			■
5	■										■			■
6	■										■		■	■
7	■										■			■
8	■									■	■			■
9	■									■	■			■
10	■										■			■
11	■			■				■		■	■			■
12	■										■		■	■
13	■										■		■	■
14	■	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■
15	■									■	■			■
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4  
Soubor č. 4

číslo	senioři	osoby se zdravotním postižením	osoby s chronickým onemocněním	osoby s tělesným postižením	osoby s jiným zdravotním postižením	osoby s kombinovaným postižením	osoby se sluchovým postižením	osoby se zrakovým postižením	osoby s mentálním postižením	dospělí (26 - 64)	mladší senioři (65 - 80)	starší senioři ( nad 80 let)	WWW stránky	zveřejnění posláni a cíů na registru
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5  
Soubor č. 5

číslo	senioři	osoby se zdravotním postižením	osoby s chronickým onemocněním	osoby s tělesným postižením	osoby s jiným zdravotním postižením	osoby s kombinovaným postižením	osoby se sluchovým postižením	osoby se zrakovým postižením	osoby s mentálním postižením	dospělí (26 - 64)	mladší senioři (65 - 80)	starší senioři ( nad 80 let)	WWW stránky	zveřejnění posláni a cíů na registru
1	■									■	■	■	■	■
2	■										■	■	■	
3	■										■	■	■	
4	■										■	■	■	
5	■										■	■	■	
6	■										■	■	■	
7	■										■	■	■	
8	■										■	■	■	
9	■										■	■	■	■
10	■										■	■	■	
11	■										■	■	■	
12	■		■	■							■	■	■	■
13	■									■	■	■	■	■
14	■										■	■	■	
15	■										■	■	■	
16	■									■	■	■	■	
17	■									■	■	■	■	■
18	■									■	■	■	■	■
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														
31														
32														
33														
34														
35														
36														
37														
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 6  
Soubor č. 6

číslo	senioři	osoby se zdravotním postižením	osoby s chronickým onemocněním	osoby s tělesným postižením	osoby s jiným zdravotním postižením	osoby s kombinovaným postižením	osoby se sluchovým postižením	osoby se zrakovým postižením	osoby s mentálním postižením	dospělí (26 - 64)	mladší senioři (65 - 80)	starší senioři (nad 80 let)	WWW stránky	zveřejnění posláni a cílů na registru
1	■										■	■		■
2	■			■							■	■		■
3	■		■								■	■		■
4	■										■	■		■
5	■										■	■	■	■
6	■	■	■								■	■	■	■
7	■										■	■		■
8	■										■	■	■	■
9	■										■	■	■	■
10	■	■									■	■		■
11	■	■									■	■		■
12	■										■	■	■	■
13	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■		■
14	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
15	■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
16	■										■	■	■	■
17	■										■	■	■	■
18	■	■		■	■		■			■	■	■		■
19	■		■								■	■	■	■
20	■	■	■								■	■		■
21	■	■	■								■	■	■	■
22	■									■	■	■		■
23	■										■	■		■
24	■										■	■	■	■
25	■										■	■		■
26	■										■	■	■	■
27	■										■	■	■	■
28	■	■	■								■	■		■
29	■	■	■								■	■	■	■
30	■										■	■		■
31	■										■	■		■
32	■										■	■		■
33	■										■	■		■
34	■	■		■	■						■	■	■	■
35	■										■	■		■
36	■										■	■		■
37	■										■	■		■
38	■	■		■			■				■	■	■	■
39	■										■	■		■
40	■										■	■		■
41	■										■	■		■
42	■										■	■		■
43	■										■	■	■	■
44	■	■	■	■	■					■	■	■		■
45	■	■	■	■	■						■	■	■	■
46	■										■	■	■	■
47	■										■	■		■
48	■										■	■	■	■

Zdroj: vlastní výzkum

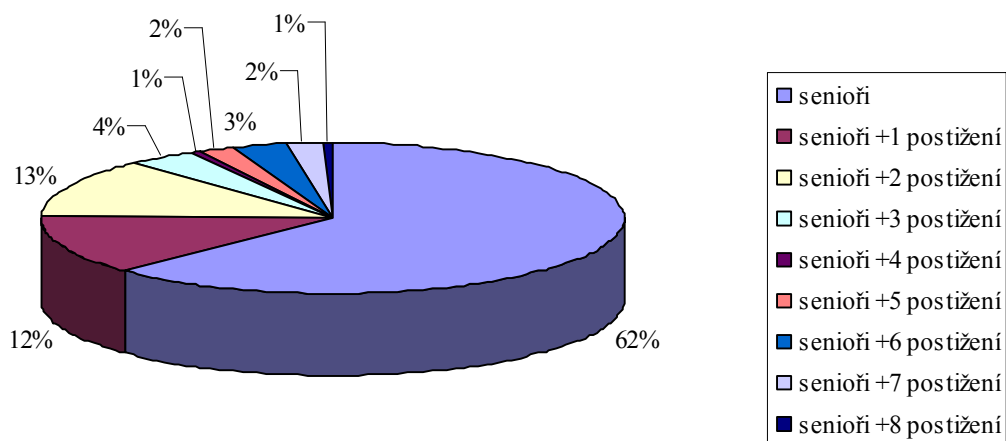
Tabulka 7  
Soubor č. 7

číslo	senioři	osoby se zdravotním postižením	osoby s chronickým onemocněním	osoby s tělesným postižením	osoby s jiným zdravotním postižením	osoby s kombinovaným postižením	osoby se sluchovým postižením	osoby se zrakovým postižením	osoby s mentálním postižením	dospělí (26 - 64)	mladší senioři (65 - 80)	starší senioři (nad 80 let)	WWW stránky	zveřejnění posláni a cílů na registru
1	■									■	■	■	■	
2	■										■	■		
3	■										■	■		
4	■									■	■	■	■	■
5	■	■	■	■	■		■	■			■	■		
6	■	■		■	■		■	■		■	■	■		
7	■										■	■	■	
8	■										■	■	■	
9	■										■	■	■	■
10	■										■	■	■	■
11	■		■		■	■				■	■	■	■	
12	■										■	■	■	■
13	■										■	■	■	
14	■										■	■	■	■
15	■									■	■	■		■
16	■	■				■					■	■		
17	■	■	■	■	■	■	■	■			■	■	■	
18	■										■	■	■	
19	■									■	■	■		■
20	■										■	■	■	■
21	■										■	■	■	■
22	■										■	■	■	■
23	■										■	■	■	■
24	■										■	■	■	
25	■									■	■	■		
26	■			■						■	■	■	■	
27	■										■	■	■	
28	■										■	■		■
29	■										■	■	■	
30	■										■	■	■	
31	■	■	■								■	■	■	
32	■										■	■	■	
33	■										■	■	■	
34	■										■	■	■	
35	■									■	■	■	■	
36	■									■	■	■	■	■
37	■									■	■	■	■	■
38														
39														
40														
41														
42														
43														
44														
45														
46														
47														
48														

Zdroj: vlastní výzkum

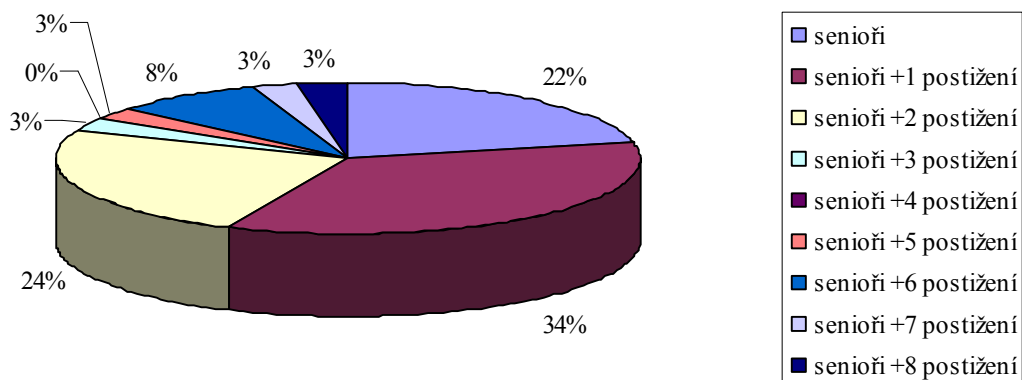


**Graf 1: Cílová skupina klientů celkem**



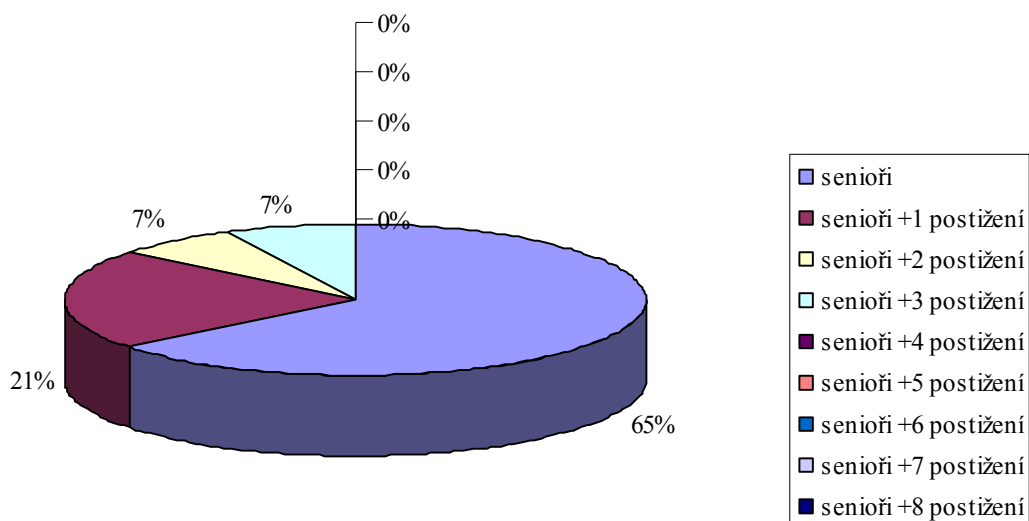
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 2: Cílová skupina klientů soubor č. 1**



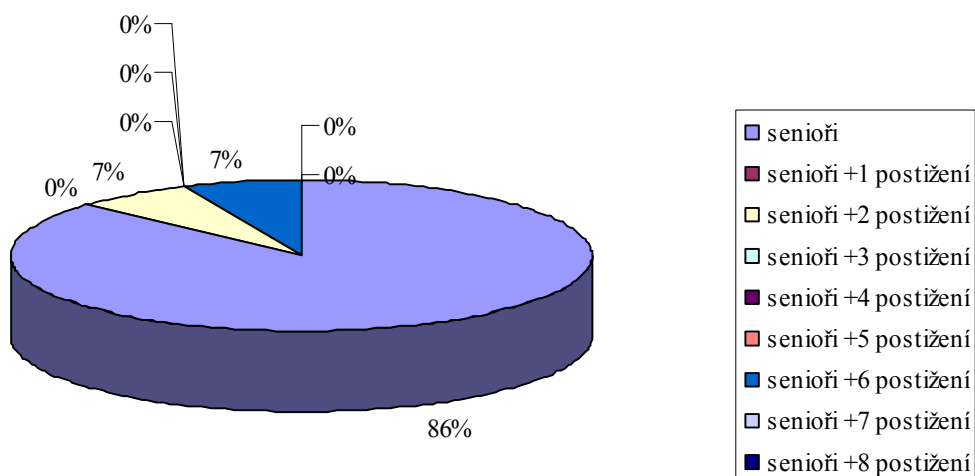
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 3: Cílová skupina klientů soubor č. 2**



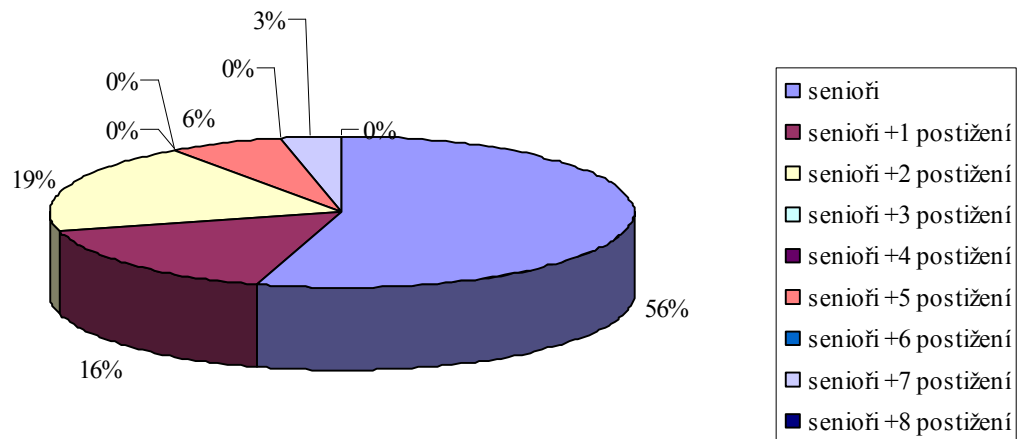
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 4: Cílová skupina klientů soubor č. 3**



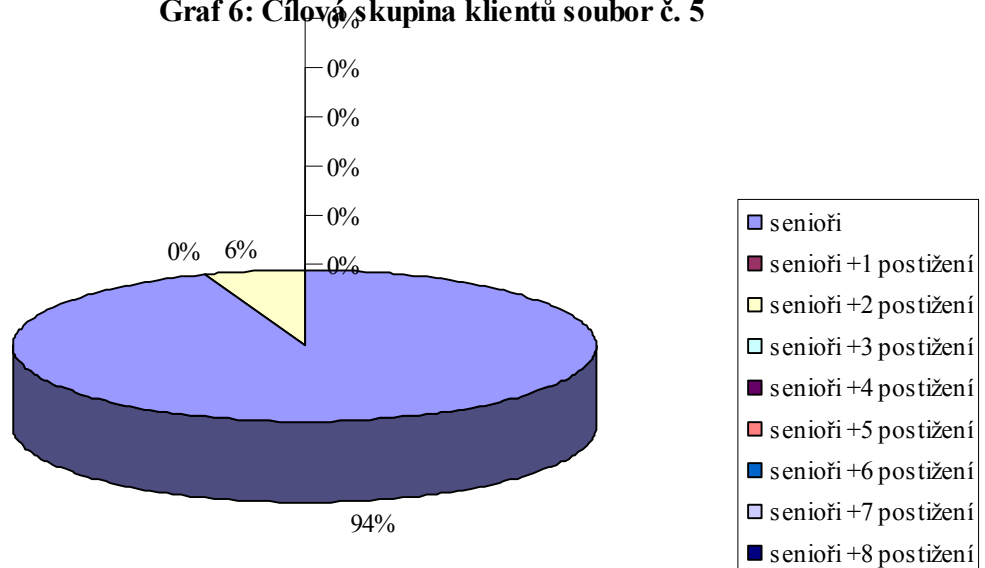
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 5: Cílová skupina klientů soubor č. 4**



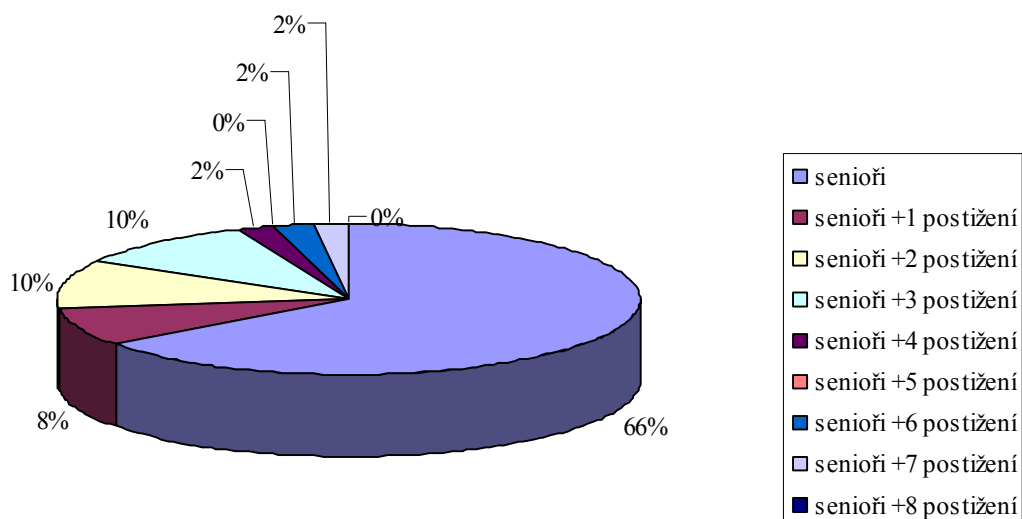
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 6: Cílová skupina klientů soubor č. 5**



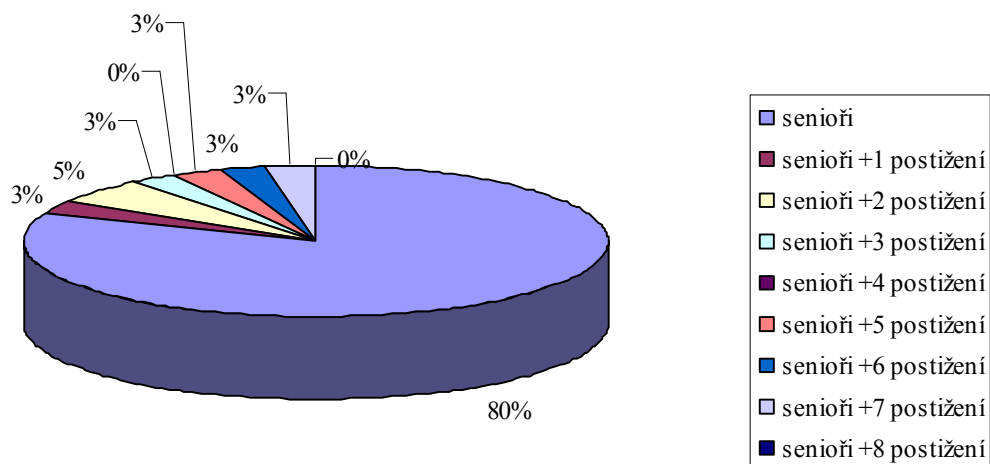
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 7: Cílová skupina klientů soubor č. 6**



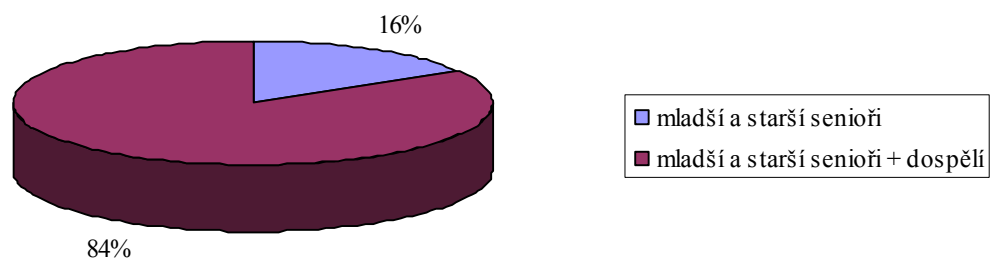
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 8: Cílová skupina klientů soubor č. 7**



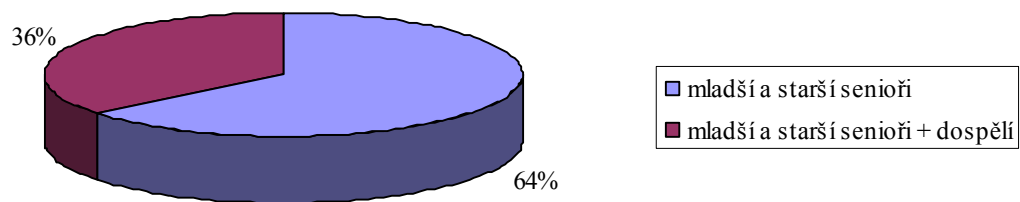
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 9: Věková kategorie klientů soubor č. 1**



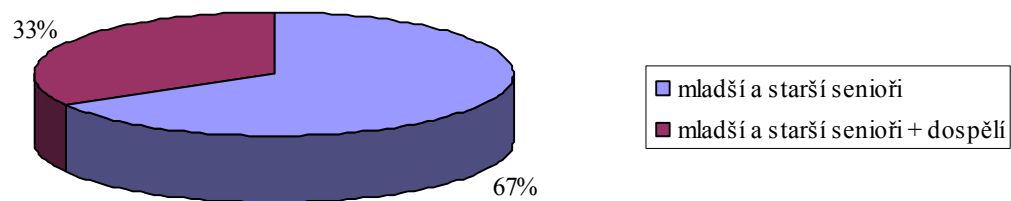
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 10: Věková kategorie klientů soubor č. 2**



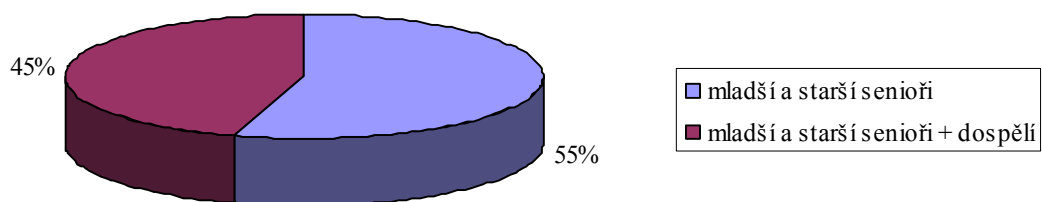
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 11: Věková kategorie klientů soubor č. 3**



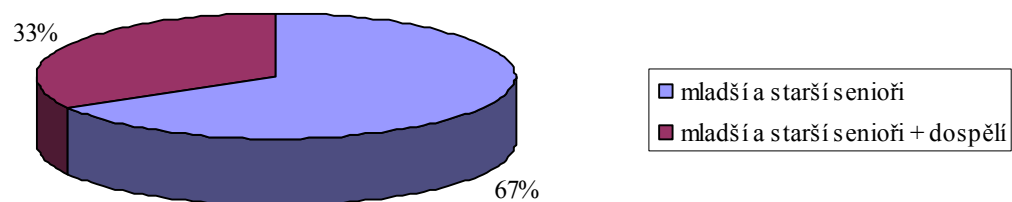
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 12: Věková kategorie klientů soubor č. 4**



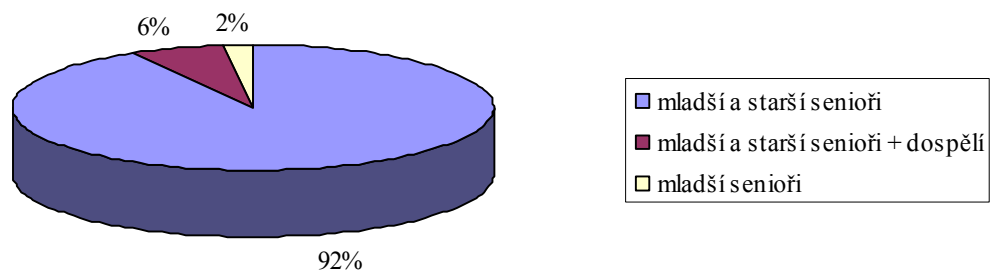
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 13 : Věková kategorie klientů soubor č. 5**



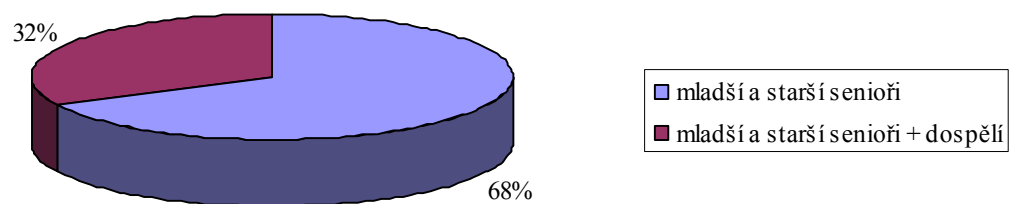
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 14: Věková kategorie klientů soubor č. 6**



Zdroj: vlastní výzkum

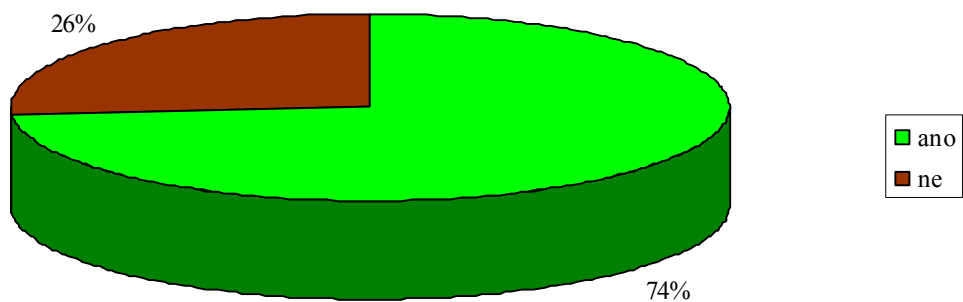
**Graf 15: Věková kategorie klientů soubor č. 7**



Zdroj: vlastní výzkum

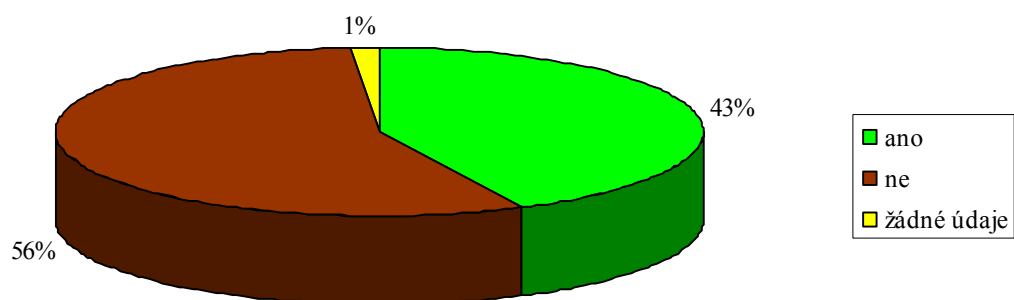


**Graf 16: Zveřejněné www stránky**



Zdroj: vlastní výzkum

**Graf 17: Zveřejnění poslání a cílů na registru**



Zdroj: vlastní výzkum

## **Soubor 1**

### **Respondent 1/1**

Seniorský dům je atypické, privátní zařízení rodinného typu, kde klienti žijí v malé sociální skupině, v rodinném domku se zahradou, 10 km od krajského města. Ideou je v nejvyšší možné míře simulovat rodinné prostředí. Kapacita zařízení je 12 lůžek, pokoje dvoulůžkové i jednolůžkové, vybavené televizí i rádiem, 3 koupelny a WC. Objekt má venkovní invalidní plošinu pro přístup do horního patra.

### **Respondent 1/37**

Text není k dispozici.

## **Soubor 2**

### **Respondent 2/6**

Posláním Domova pro seniory je nahradit domov klientům, kteří vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou žít ve svém přirozeném prostředí a umožnit jim prožít aktivní a důstojné stáří. Udržovat dosavadní zájmy klientů, jejich rozvoj a v rámci dané konkrétní situace jednotlivce v závislosti na zdravotním stavu zachovat možnost přirozených sociálních vazeb a začleňování do místní komunity.

Obecným cílem domova je poskytování sociální služby, sociální začlenění klientů a předcházení jejich sociálnímu vyloučení. Naše sociální služba chce vytvářet podmínky, které umožní lidem v nepříznivé sociální situaci být součástí většinové společnosti. Pomoc klientům a jejich podpora při sociálním začleňování a při překonávání následků jejich zdravotního omezení vychází z individuálně určených potřeb každého klienta. Základním cílem je poskytovat nutnou podporu a péči klientům tak, aby se jim otevřela cesta k využívání jiných než pobytových (alternativních) sociálních služeb.

### **Respondent 2/14**

Posláním našeho Domova pro seniory je poskytování komplexních, celodenních služeb seniorům a osobám plně invalidním, kteří vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou žít ve svém přirozeném prostředí a potřebují zvýšenou péči včetně služeb, které jim nemohou být poskytovány v jejich vlastním domově.

Naší snahou je:

- zachování co největší míry soběstačnosti klientů
- respektování a ochrana práv uživatelů služeb
- zachování lidské důstojnosti v seniorském věku
- ohleduplný, laskavý a individuální přístup k jednotlivým klientům

### **Soubor 3**

#### **Respondent 3/2**

Posláním Domova důchodců je udržení a podpora pokud možno plnohodnotného a důstojného života seniorů. Domov svým obyvatelům zajistí kvalitní podmínky a zázemí pro jejich běžný život. Pro zajištění kvalitní péče máme k dispozici profesně zdatný personál na všech úrovních. Snažíme se, aby obyvatelé domova setrvali co nejdéle doba alespoň v takovém psychickém a fyzickém stavu, v jakém do domova nastoupili.

Cíle poskytovaných služeb jsou:

- podpora v udržování zdraví a uspokojování potřeb klienta ve vztahu ke změnám vzniklým onemocněním či jinou změnou zdravotního stavu
- podpora a rozvoj soběstačnosti, seberealizace, uspokojování potřeb
- zajištění bezpečnosti klientů
- prožití konce života v důstojných podmínkách uprostřed lidského společenství, které je vstřícné k potřebám jednotlivce
- poskytnutí pomoci při pozitivním hodnocení života, pomoc při nacházení smyslu života na jeho sklonku a doprovázení v posledních dnech života až do smrti

#### **Respondent 3/14**

Zabezpečení sociálních služeb/odborných, dostupných, na sebe navazujících, provázaných a vycházejících z individuálních potřeb/ seniorům a občanům se zdravotním postižením, kteří sociální službu potřebují.

## Domov pro seniory

Posláním je umožnit seniorům a občanům s těžkým zdravotním postižením, kteří vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou žít ve svém přirozeném prostředí, prožít důstojné a spokojené stáří v zařízení, které jim poskytne podporu v soběstačnosti, aktivizaci a zachování vztahů k okolní společnosti. Potřebná péče a služby jsou zajišťovány, s ohledem na možnosti, přání a potřeby uživatele, kvalifikovaným personálem, tak aby bylo zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod.

### Cíle poskytovaných služeb

- zajištění fyzické a psychické podpory uživatelů (pocit bezpečí)
- aktivizace vedoucí k zajištění soběstačnosti
- nezbytná právní a sociální ochrana

## **Soubor 4**

### **Respondent 4/1**

Text není k dispozici.

### **Respondent 4/31**

Posláním DD je snaha o zachování stávajícího způsobu života seniorů, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a poskytování péče a podpory s maximálním respektem k individuálním potřebám.

### Cíle:

- nabídnout starým občanům možnost prožít důstojný a hodnotný život;
- zachování stávajícího stupně nezávislosti a soběstačnosti
- vytvoření podnětného prostředí s důrazem na aktivizaci uživatelů a uspokojení potřeb;
- u lidí s potřebou vyšší míry podpory či péče klást důraz na individuální přístup a podporu při volbě a uspokojování osobních potřeb, přání a schopností

## **Soubor 5**

### **Respondent 5/1**

Poslání – naším posláním je poskytovat své služby občanům, kteří mají sníženou soběstačnost v základních životních dovednostech z důvodu věku a zdravotního stavu, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Podle osobních potřeb umožňujeme formou individuální péče přiblížit se běžnému způsobu života. nabízíme občanům zázemí a podmínky k prožití důstojného a spokojeného stáří. Snahou všech našich zaměstnanců je vytvářet domácí prostředí a chceme, aby se u nás všichni cítili co možná nejlépe, našli si přátele, vytvořili nové vztahy a našli u nás společně nový domov.

Cíle:

- uspokojovat individuální potřeby seniorů kvalitními a odborně poskytovanými službami
- pečovat o dobré zdraví a pohodu uživatelů
- předcházet nemocem či je zmírňovat
- zabezpečit léčení uživatelů v případě nemoci
- zachovávat kontakt uživatelů s rodinou, známými a získávat nové přátele
- rozvíjet a podporovat tělesné, smyslové a psychické schopnosti
- vytvářet podmínky pro aktivní účast seniorů v ústavní péči na společenském životě, pro důstojné stárnutí za podmínek zachování lidské důstojnosti, přirozených vztahů a zvyků, ochrany lidských práv a občanských svobod
- vytvářet příležitosti, aby senioři v ústavní péči mohli naplňovat svoji vůli a jednat na základě vlastních rozhodnutí
- zmírňovat utrpení nemocných občanů, zajišťovat klidné umírání a důstojnou smrt

### **Respondent 5/18**

Cílem je poskytnout komplexní individuální péči po stránce fyzické, psychické, sociální i duchovní, včetně důstojného závěru života. Snahou je předejít tomu, aby nedošlo k sociálnímu vyloučení starého člověka. Do domova pravidelně dochází kadeřnice, pedikérka, rehabilitační pracovnice, ergoterapeutka, nově zavádíme canisterapii.

## **Soubor 6**

### **Respondent 6/4**

Poskytujeme pomoc a podporu fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci v oblasti sociální péče, sociální prevence a sociálního poradenství. Pomoc a podporu poskytujeme v souladu s individuálními potřebami osob v nepříznivé životní situaci, přičemž naše pomoc působí na osoby aktivně, podporujeme je v rozvoji samostatnosti, motivujeme je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo k prohlubování jejich nepříznivé sociální situace. Posilujeme osoby v jejich sociálním začleňování.

Cílem Centra sociálních služeb je poskytovat sociální služby ve městě pro občany města a České republiky ve vysoké kvalitě a na odborné úrovni v souladu s individuálními potřebami osob v nepříznivé životní situaci a dosáhnout jejich sociálního začlenění.

### **Respondent 6/48**

Text není k dispozici.

## **Soubor 7**

### **Respondent 7/1**

Posláním domova je poskytovat všestrannou péči a pomoc seniorům, kteří z důvodu trvalých změn svého zdravotního stavu potřebují komplexní péči, a to v oblastech zdraví, péče o sebe a sociálních vztahů.

### **Respondent 7/37**

Text není k dispozici.

Obsah poslání a cílů jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb základního souboru byl hodnocen prostřednictvím stanovených kritérií z pohledu naplnění hlavních zásad zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přičemž hodnotová škála je vymezena termínem – ano, ne, částečně a chybí údaje. Výsledky jsou uvedeny v přehledné tabulce.

**Kritérium č.1**

Poslání a cíle jsou písemně definovány.

**Kritérium č. 2**

Poslání směřuje k sociálnímu začleňování.

**Kritérium č. 3**

Poslání působí na uživatele aktivně a motivačně (je zřejmé, k jaké změně nepříznivé sociální situace jim může služba pomoci).

**Kritérium č. 4**

Poslání směřuje k zařazení uživatelů do běžných sociálních vztahů.

**Kritérium č. 5**

Cíle směřují k rozvoji soběstačnosti a zdůrazňují podporu v nezávislosti uživatele na službě.

**Kritérium č. 6**

Cíle zdůrazňují poskytování služeb na základě individuálního přístupu.

Tabulka 8  
Hodnocení obsahu posláni a cílů

Respondent	Kritérium					
	1	2	3	4	5	6
1/1	■	■	■	■	■	■
1/37	■	■	■	■	■	■
2/6	■	■	■	■	■	■
2/14	■	■	■	■	■	■
3/2	■	■	■	■	■	■
3/14	■	■	■	■	■	■
4/1	■	■	■	■	■	■
4/31	■	■	■	■	■	■
5/1	■	■	■	■	■	■
5/18	■	■	■	■	■	■
6/4	■	■	■	■	■	■
6/48	■	■	■	■	■	■
7/1	■	■	■	■	■	■
7/37	■	■	■	■	■	■

Zdroj: vlastní výzkum

Legenda:

■	splňuje
■	splňuje částečně
■	nesplňuje
■	údaje chybí



## 5. Diskuse

Prioritou současné společnosti, pod vlivem demografických údajů, je stáří. Postoje současné generace ke stárnutí a stáří významně ovlivní kvalitu života budoucích generací i nás všech. Je na místě, že Národní programy přípravy na stáří věnují značnou pozornost kvalitě života ve stáří **(23)**.

Stáří je doprovázeno fyziologickým úbytkem somatických, ale i funkčních schopností organismu vyrovnávat se se zevními vlivy. Ačkoli není stáří samo o sobě nemocí, je charakterizováno zvýšeným výskytem především chronických onemocnění. Velice často se ve stáří projevují změny v oblasti smyslových soustav. Postupná ztráta sluchu a zraku je pro starého člověka velice znevýhodňující skutečností. Jak uvádí Sýkorová, být seniorem a prožívat dané životní období znamená zvládat důsledky změn – ztrát stáří, senioři se snaží mít ztráty stáří pod kontrolou **(28)**. Vyrovnávání se změnami ve stáří a s přibývajícím věkem obecně může probíhat, jak píše Minibergová, v různých modelech. Může být konstruktivní, závislé, starý člověk může zaujmout obranný postoj či nepřátelský až sebenenávislný **(20)**.

Stáří je velmi citlivá a křehká oblast lidského života a je třeba zdůrazňovat, že jedinec je neopakovatelná bytost se specifickými potřebami a prožitky vyžadujícími individuální přístup. Každý jedinec je součástí svého prostředí, tzv. přirozeného prostředí, které znamená rodinu, vazby k blízkým, fungující domácnost, místo, kde člověk pracuje a realizuje své sociální aktivity. Pokud takto vnímám přirozené prostředí, pak je jeho samozřejmou součástí celá škála sociálních služeb. Služeb, které respektují stávající způsob života člověka a poskytují podporu pouze tam a v takové míře, kterou jedinec potřebuje. Výjimkou není ani využívání pobytových zařízení.

Jak uvádí Lavička, klesá počet úplných rodin, v kterých je možno předpokládat péči o své blízké, v mnoha případech se citové vazby dětí mění a vlivem demografických změn jsou omezeny možnosti péče o seniora v rodinném prostředí. Dále uvádí, že péče o seniora se stává vážným sociálním problémem předpokládajícím posílení společenské role péče o seniory, zejména rozvíjením všech forem komunitní péče **(12)**. Na základě kvalitně provedené analýzy potřeb lze při plánování sociálních služeb v regionu vytvořit kvalitní komunitní plán. Musí však jít o skutečné, ne pouze

domnělé, potřeby komunity, které nelze bez přímé účasti všech zainteresovaných podchytit. Na přípravě dobrého komunitního plánu spolupracují nejen zadavatelé a poskytovatelé služeb, kromě jiných odborníků a institucí, ale též hlavně uživatelé. V tomto procesu lze najít prostor pro celou šíři sociálních služeb včetně institucionálních zařízení.

Bártlová upozorňuje na to, co činí definici zdraví SZO tak užitečnou, a to, že rovnocenné složky zdraví – tělesná, duševní a sociální, které jsou analyticky oddělitelné, spojuje ve skutečnosti, v reálné existenci propojený, strukturovaný a dynamický systém. Pojem zdraví člověka se s konečnou platností vymanil z tradičního biologizujícího pojetí, které se v medicíně v minulosti hluboce zakořenilo. Zároveň tato vícerozměrnost vymezení zdraví člověka umožňuje učinit závěr, že jde o jev, který se vztahuje nikoliv na samostatně existující individuum, nýbrž na individuum neoddělitelně spjaté se sociálním prostředím **(2)**. V souladu s tímto vyjádřením zdraví jako všestranně vnímané pohody lze diskutovat problém přirozeného prostředí, kdy se starý člověk stává věznem své historie, paralyzovaný závislostí na limitech obydlí, na majetkových poměrech a zájmech své rodiny, na platební neschopnosti, izolován od společnosti. Pobytové zařízení má-li být chápáno jako domov musí vnímat i to, že domov je otiskem osobnosti člověka, součástí jeho identity; je symbolem sociálního začlenění, příslušnosti k rodině, sociální skupině, komunitě, sociální vrstvě; domov je zdrojem bezpečí a svobodného rozhodování; domov utváří kontinuitu života, s domovem jsou spojeny vzpomínky. Poskytovatel sociální služby, který je schopen vnímat domov se všemi jeho atributy – soukromí, osobitost, svobodné rozhodování, péče o své prostředí a o sebe, život v intimní skupině, sousedství, lokální společenství atd., má ty nejlepší předpoklady k rozvoji služby, kterou lze nazývat dobrou praxí. Dobrá praxe je taková služba, jíž bych bez váhání a s důvěrou svěřila vlastní rodiče či osoby blízké nebo o které si mohu říci – takovou službu bych si přála sama využívat.

Starý člověk se špatně adaptuje na změny, rovněž se nerad rozhoduje. Změny v citovém prožívání spolu se sníženou schopností komunikovat v závislosti na zhoršení zraku a sluchu vedou k tomu, že se starý člověk může ocitnout v sociální izolaci, což umožňuje pocity osamělosti, méněcennosti, zbytečnosti **(20)**. Předcházení sociální

izolaci je jednou z hlavních zásad zákona o sociálních službách, pro poskytovatele je zásadním kritériem naplnění standardů kvality. Podpora v udržení či obnovení sociálních vztahů klienta by měla být prioritou zvláště ve službách pobytového typu, kde jedinec snadněji opouští dosavadní vztahy. Ve společnosti je poměrně rozšířen předsudek o předávání svého blízkého do péče a tím přenášení, nechceme-li říci zbavování se odpovědnosti.

Matoušek zdůrazňuje, jak důležitá je spoluúčast rodiny na péči o příbuzného, že i po přijetí do instituce pokračuje spolupráce s rodinou, rodina není zbavena odpovědnosti za péči, nekončí rodinné vztahy ani povinnost dětí vůči rodičům **(15)**. Instituce nikdy nedokáže nahradit rodinu. Dobře nastavená služba však dokáže pomoci obnovit původní zprerhané vztahy nebo vytvořit nové. Při vhodném stavebním uspořádání, které respektuje soukromí, lze v určité modifikaci umožnit i péči o domácnost. Samozřejmostí je rozhodování a účast na dění instituce. Zajistit uplatnění a seberealizaci i umožnit vzdělávání. Některé sociální aktivity je dokonce snadnější zajistit v rámci instituce než v domácnosti. Má-li zařízení vhodné podmínky, ale také odborně zdatný personál je nabídka aktivit, společenských a kulturních akcí velice široká. Základním předpokladem ovšem je, že na prvním místě je přání jedince a jeho představy o naplnění potřeb. Ve vyšším věku se člověk stává velice křehkým, často potřebuje přiměřenou pomoc druhé osoby a to zejména v oblasti ochrany práv a oprávněných zájmů.

Jak uvádí Sýkorová, schopnost ochrany vlastní identity se daří stále obtížněji realizovat se zhoršujícím zdravím, dochází k redukci rezervních zdrojů a senioři předávají kontrolu nad určitými doménami svého života druhým. Po vyčerpání zdrojů především psychických se senioři stávají totálně závislí a kontrola je přebírána druhými. V prvním kontextu je cílem udržet autonomii, ve druhém, tj. při naprosté nesoběstačnosti, se dostává na první místo zachování lidské důstojnosti a osobního bezpečí **(28)**. Závislost na službě může být rovněž vyvinuta neopodstatněným setrváváním v tzv. přirozeném prostředí. Senior se pak již nedokáže dobře adaptovat na podmínky pobytové služby a podpora, se kterou by v dřívějším období dokázal dobře kompenzovat svůj stav, musí být nahrazena komplexní péčí. Koncepce nového pojetí

sociálních služeb předpokládá odklon od péče k podpoře, existuje však reálné nebezpečí, že senior ani jeho okolí správně neodhadne situaci, kdy lze ještě za předpokladu dostupné dobré sociální služby poskytnout podporu a tím pomoci navodit kvalitní život. Oddalováním řešení situace senior vyčerpá své veškeré zdroje a je tzv. pozdě, musí být předán do péče jiného typu zařízení.

Důraz na ochranu a realizaci základních lidských práv, především práva rozhodovat o své osobě přináší někdy samotným seniorům složité životní situace. Mezi seniory jsou jedinci, kteří si plně uvědomují potřebu včas řešit svou budoucnost, protože z nejrůznějších důvodů nemají svou rodinu nebo naopak rodina existuje a oni sami nechtějí zůstat jako její přítěž. Důvody pro rozhodnutí využívat pobytové služby pro seniory mohou být rozmanité ať již je to společnost, bezpečí, jistota, nepříznivě se vyvíjející zdravotní stav, osamělost atd. Podle současně nastavených podmínek jsou tito senioři svým způsobem znevýhodněni. Mají právo rozhodovat sami o sobě, v souvislosti s naplňováním standardů je velmi zdůrazňována i možnost uplatňování vlastní vůle, ale současně jim není umožněno toto právo využívat. Domovy pro seniory jsou většinou limitovány příjmem osob závislých na péči druhé osoby v různém stupni, která je většinou sledována i limity kognitivních funkcí a schopnosti objektivního náhledu na vlastní situaci.

Jak uvádí Bruthansová, klesá počet rodin ochotných a schopných se o svého nemocného a často i nesoběstačného člena rodiny postarat. Jejich péči zpravidla supluje zdravotní a sociální péče (5). Zmiňovala jsem již stav, jenž lze označit jako závislost. Domnívám se, že pocit závislosti může být za určitých podmínek v rodině větší než v pobytové službě. Rodina nechce opouštět svého člena je však velice ovlivněna ekonomickou situací, možností zaměstnání, nepříznivou bytovou situací, dalšími nezaopatřenými členy. Ve snaze zabránit případným zdravotním komplikacím úrazům apod. zůstává nejstarší člen rodiny odkázán na doprovázení některého z ostatních členů rodiny, který ovšem má svůj denní program čímž se čas stává velice limitovaným. Senior přestává sám opouštět nejprve byt, později svůj pokoj, nepoužívané schopnosti a dovednosti velice rychle ztrácí jeho závislost na druhých se prohlubuje přičemž narůstá osamělost až izolace uprostřed pečující rodiny.

Neméně důležitou roli v rodinách pečujících o své nesoběstačné staré příbuzné sehrává v současné době příspěvek na péči. Přiznání příspěvku podle stupně závislosti přímo jedinci a očekávat, že sám kompetentně rozhodne jakou službu si tímto způsobem zaplatí, je rozhodně správné. Využívání příspěvku není v současné době zajištěno dostatečnou kontrolou ze strany plátce. Jsou známy i případy, kdy rodina vedená potřebou získat peníze přebírá péči o seniora, která neodpovídá jeho potřebám. Senior je zneužíván, dnešní společnost je nucena věnovat pozornost i tak negativnímu jevu jako je týrání seniorů.

Naopak Remr uvádí, že pečující rodina má zájem o udržení životního standardu tak, jak byl nastaven a není jí lhostejná úroveň rezidenčního zařízení. V případě, že standard těchto zařízení neodpovídá požadavkům seniora či očekáváním ostatních členů domácnosti (příbuzných), upozorňuje Remr na to, že lze identifikovat zvýšený zájem o terénní služby poskytované na bázi home-nursing **(25)**. Opět se dostáváme k problematice dostatečného pokrytí regionu širokou škálou služeb. Využívání sociálních služeb ovlivňuje jejich dostupnost a dostatek kvalifikovaných odborníků, kteří mohou tyto služby poskytovat. Nedochozí-li k naplnění těchto předpokladů, je ovlivněna kvalita služby, což se opět odráží v zájmu tyto služby využívat.

Koubová uvádí, že v pobytových službách zůstávají nedostatky ať již ve vybavení, kvalitním personálu, v nabídce aktivit apod. Přitom již delší dobu přetrvává nedostatek volných míst, mnohdy trvá čekání na umístění i několik let. I přes množství nových zařízení, jde v drtivé většině stále o instituce, místa pro pouhé poskytování základních služeb, o faktický domov jde však zřídka **(11)**. Množství zájemců o službu konkrétního zařízení je ve značné míře odvislé od kvality dané služby a rovněž se zde z velkou pravděpodobností odráží i fakt dřívějšího zvyku podávat žádost do domova důchodců pro jistotu, ale ne s úmyslem službu využívat. Podle nového zákona se evidence a příjem klientů přesunula ze zřizovatele přímo na poskytovatele. Některá zařízení tak přebrala velké množství žádostí, které musí být podrobeny důkladnému sociálnímu šetření k vyloučení neopodstatněných žádostí, aby byly získány objektivní počty zájemců o službu.

Remr hovoří o soustředění nabídky – tedy poskytování širokého spektra služeb spojených s pečováním jedním subjektem (full-servis). Uvádí, že v případě institucionální péče je pochopitelně snadné dosáhnout také jejího koncentrovaného charakteru, což prospívá jak seniorům samotným, tak také poskytovatelům těchto služeb **(25)**. Šířka spektra poskytovaných služeb je diskutabilní, sociální služba má být nastavena tak, aby měla návaznost na okolní zdroje, aby klienti nebyli zajišťováním plného servisu službou izolováni od okolí a ohroženi vytvořením závislosti na službě.

Jak uvádí Sýkorová, společnost by měla být připravena na stárnutí populace. Především musí respektovat psychosociální potřeby a životní podmínky seniorů, vyrovnat se s věkovou diskriminací a dalšími projevy ageismu. Zabránit vytlačování starých lidí na okraj společenského zájmu **(28)**. Staří lidé jsou plnohodnotnými členy společnosti. Třebaže současná společnost oslavuje kult mládí, nelze stárnutí zastavit ani vytěsnit ze života realitu stáří. Proto je důležité si uvědomit, že sociální služby budou takové jaké si je dnes nastavíme.

Naplňování standardů kvality sociálních služeb je cesta k dobré praxi. Standardy kvality sociálních služeb je možné chápat jako obecné startovací podmínky, které jsou nastavené pro všechny stejně, jak která služba obstojí při startu je jen a jen na ni. Jak se vyrovná s nároky na cestě k dobré praxi záleží na její připravenosti a zdatnosti.

Základní soubor, který zahrnoval celkem 200 pobytových zařízení pro seniory, registrovaných jako domov pro seniory, jsem podle výběrového kritéria rozdělila do 7 skupin a provedla základní rozbor. Každá tabulka 1 – 7 znázorňuje jeden kraj a je sledováno několik kritérií. Zaznamenána jsou všechna zařízení oficiálně registrovaná jako sociální služba. Z tabulek je zřejmý i počet zařízení v kraji. Tato hodnota nemá zásadní význam pro potřebu práce, protože předmětem hodnocení není např. dostatečné pokrytí tohoto typu služby v kraji či vztah k počtu obyvatel. Domovy pro seniory byly sledovány ve vztahu k cílové skupině a věkové kategorii. Dále je v tabulce znázorněn fakt zveřejněné internetové adresy a zveřejnění poslání a cílů sociální služby.

Záměrem rozboru bylo ukázat jak jednotliví poskytovatelé sociálních služeb přistupují k definování skladby svých klientů. Jak je vnímána kategorie senior. Legislativa vymezuje jako samostatnou specifickou skupinu pro nastavení sociální

služby seniory. Pojem senior je vymezení dané věkem. Senior není označení pro medicínskou diagnózu ani neudává typ postižení. Primárně je v tomto pojetí upřednostňován samotný věk. Jak bylo opakovaně diskutováno, stáří má svoje specifika ve smyslu omezení, ztrát a úbytku tělesných schopností i smyslových funkcí, přináší limity funkcí mozkových. Všechny tyto změny jsou vnímány jako známky fyziologických projevů stáří. Dalším charakteristickým rysem stáří jsou chronická onemocnění a projevy různých stupňů demence. Je otázkou diskuse do jaké míry je třeba k cílové skupině domova pro seniory, kterou jsou senioři, zvláště specifikovat další skupiny osob s nejrůznějším postižením. Nabízí se úvaha, zda se nejedná v některých případech o duplicitu nebo o ne zcela správné pochopení co je hlavním předmětem specifikovaného postižení. Zákon vymezuje pojem zdravotního postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení. V tomto kontextu se jeví jako nadbytečné definování cílové skupiny spojením osob se zdravotním postižením s osobami s tělesným postižením, s kombinovaným postižením, s jiným zdravotním postižením, se sluchovým a zrakovým postižením, s mentálním postižením. Je rovněž částečně zavádějící vnímat seniora upoutaného na vozík, neschopného chůze, jako osobu s tělesným postižením. Senior je v tomto případě většinou limitován celkově a jeho možnostem například vůbec neodpovídá vybavení obytného prostoru způsobem vhodným pro osoby s tělesným postižením. Při výstavbě nových zařízení či realizaci nových projektů se jeví jako nesmyslné naplnit požadavky Svazu tělesně postižených neboť stavební úpravy vhodné pro dospělé s limitem pouze v některých oblastech nesmírně obtěžují a zhoršují kvalitu života osob starých, i když stejně upoutaných na invalidní vozík. Označení invalidní vozík v tomto případě je značně zavádějící. Starý člověk odkázaný na používání této pomůcky není invalidní je pouze starý.

Převaha zdravotní péče přináší násilné vtlačení do role pacienta, a proto jak uvádí Matoušek, je třeba mít na mysli, že věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se seniory se objevuje až v mimořádných situacích, které způsobují sociální a zdravotní faktory. Sociální práce se soustřeďuje do oblastí péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti (15). Veškerá sociální práce je v pozadí v domově pro seniory, který

nemá definováno poslání sociální služby ani její cíle, avšak zdravotní a ošetrovatelskou péči vnímá jako hlavní náplň. Veřejnosti sděluje ve svých prohlášeních, že ošetrovatelskou péči poskytuje tým zdravotních sester – geriatrických specialistek, všeobecných sester a komplexní ošetrovatelská péče o klienty je zaměřena na systematické vyhledávání somatických, psychických, sociálních a spirituálních potřeb, přičemž potřeby člověka jsou uspokojovány plánovitou, kvalifikovanou ošetrovatelskou péčí, která je založena na ošetrovatelském procesu - tj. systematickém shromažďování informací o nemocném, a stanovení individuálního plánu ošetrovatelské péče. Domnívám se, že pod vlivem nové koncepce sociální práce a přístupu k seniorům, takto definované zařízení neodpovídá požadavkům kladeným na sociální službu, takto pojatá péče tlačí bezdůvodně seniory do postavení pacienta a odpovídá lépe některému z typů zdravotnických zařízení věnujících se dlouhodobé ošetrovatelské péči. Zdravotní či ošetrovatelská péče je nezbytnou odbornou doplňkovou službou v zařízeních sociálních služeb, neměla by však nahrazovat sociální práci. Přibližování institucí domácímu prostředí v co nejvyšší možné míře a umožnění klientům prožívat život velmi podobný běžnému životu jejich vrstevníků, znamená odklon od způsobu řízení a organizace práce systémem staničních a vrchních sester. Do tohoto pojetí nezapadá ani zavádění tzv. vizitací, pravidelných kontrol klientů celým týmem pracovníků což evokuje praxi vizit ve zdravotnických zařízeních.

Je třeba zamyslet se nad tím, co vede poskytovatele sociálních služeb k definování cílových skupin rozšířených způsobem, který je patrný ze zpracovaných tabulek. Předpokládám, že se jedná o jakési dědictví doby minulé, kdy domovy důchodců sloužily jako zařízení, kam byly umístěovány osoby potřebující nějaký druh azylu, osoby osamělé, osoby s různým druhem postižení zakládající nárok na invalidní důchod. Domovy důchodců byly definovány jako zařízení přijímající osoby s přiznaným důchodem, zda se jedná o starobní nebo invalidní nebylo rozhodující hledisko. Rovněž do těchto zařízení byli soustřeďovány osoby společensky nepřizpůsobivé, nebyly výjimkou ani osoby se závislostí na návykových látkách, především alkoholu. Prostedí těchto zařízení, vztahy mezi obyvateli i klid a bezpečí tím bylo závažně narušováno. Tyto skupiny osob v současné době přežívají v nově



určených domovech pro seniory a poskytovatel je veden snahou se s tímto faktem vyrovnat. Definiuje tedy cílovou skupinu co nejširší a s tím souvisí i přiznávání věkové kategorie dospělých osob. Je etickou otázkou jak jinak se vyrovnat se skutečností umístění obyvatel, kteří jsou dlouhodobými uživateli služby, avšak nespádají do cílové skupiny pro daný typ služby. Cílová skupina by měla být pro poskytovatele vždy ta skupina osob, o které se umí nejlépe postarat, pro jejich potřeby je služba nastavena nejen materiálními podmínkami, ale hlavně odborností personálu. V případě, že se poskytovatel služby pro seniory zcela záměrně hlásí k péči o osoby se specifickým postižením je nasnadě, že poslání služby a cíle budou této skutečnosti přizpůsobeny. V textu byla zmíněna realita způsobu umísťování obyvatel do pobytových zařízení v době před účinností zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Obyvatel podával žádost a ve správním řízení bylo vydáno rozhodnutí o umístění, bylo rozhodováno jinou osobou bez přímé účasti žadatele. Přímým účastníkem rozhodování o přijetí nebyl většinou ani samotný poskytovatel sociální služby, měl málo příležitostí nevhodné osoby odmítat.

Jak uvádí Matoušek, péče byla zajišťována, což implikovalo pasivní roli klienta sociálních služeb. Celý systém byl pojat tak, že občan čekal na to co mu bude poskytnuto, a nebyl žádným motivačním prvkem veden k tomu, aby sám rozhodoval a vyvíjel vlastní aktivitu **(16)**. Matoušek dále uvádí, že v sociální práci je třeba pokud možno začít vždy od klienta. V minulosti stály zájmy institucí, zejména ústavů, nad zájmy klienta, diktovaly způsoby poskytování sociální služby, a to často bez ohledu na konkrétní a specifické potřeby klienta. Ústavy klientovi vytvářely náhradní umělé prostředí, aniž se organizátoři péče zajímali o to, jak tím formátují klientův svět. Následek této necitlivě ordinované totální náhrady je dnes popisován jako institucionalizace **(18)**. Nacházíme se v současné době v tzv. přechodném období, kdy má klient na dobu tří let od účinnosti zákona zajištěnu péči podle dříve platných předpisů. Tato skutečnost se zjevně odráží i ve skladbě klientů v domovech pro seniory jak již bylo diskutováno.

Hodnoty obsažené v tabulkách jsou znázorněny graficky a vyjádřeny v procentech. Graf 1 znázorňuje základní soubor, tedy rozdělení podle cílové skupiny

všech 200 zařízení. Grafy 2 – 8 znázorňují jednotlivé soubory ve vztahu k cílové skupině. Lze konstatovat, že převažuje definování samostatné cílové skupiny seniorů. Tabulky ukazují rozdílnost v zaměření na cílovou skupinu mezi kraji s vyšším počtem registrovaných zařízení a kraji s nízkým počtem těchto zařízení. Větší variabilita, širší zastoupení několika různých kombinací cílových skupin je v krajích s vyšším počtem registrovaných služeb. Rozšíření věkové kategorie o dospělé souvisí s různorodostí služeb. Graf 2 ukazuje vyšší procento kombinace postižení než činí samotná skupina seniorů. Jako zajímavý podnět k diskusi je získaný výsledek, který se vyskytl pouze jedenkrát, a to je poskytovatel, který má vymezenou věkovou kategorii pouze mladší seniorů. Jakými důvody je veden k tomuto vymezení, kam přechází klient při dosažení věkové hranice 80 let. Obecnou skutečností je zvyšování průměrného věku klientů v pobytových zařízeních, snižuje se stav klientů v nižším věku, přibývá starších. V současné době nejsou výjimkou osoby devadesáti a více leté. Přijímám-li domov pro seniory jako součást přirozeného prostředí se všemi jeho atributy, tak jak již bylo diskutováno, samozřejmě přijímám i konečnost lidského života. Péče o člověka v posledních stadiích života je velice náročná, ale zároveň potřebná. Je-li pro starého člověka posledním domovem právě domov pro seniory, pak by měl odcházet z tohoto domova a být při tom doprovázen. Jako velký etický problém vidím přemísťování či stěhování seniorů byť i jen v rámci jednoho domu natož mezi institucemi.

V tabulkách jsou podchyceny další dvě kategorie a to uvedení internetových stránek přímo v registru poskytovatelů. Internet je v současné době nejběžnějším komunikačním médiem. Předpokládá se, že služby vázané na povinnost zveřejňování některých informací přímo ze zákona, nejspíše využijí právě tuto možnost. Je ovšem třeba dodat, že legislativa nepřikazuje tento způsob zveřejňování. Stejně tak není podmínkou pro registraci poskytovatelů sociálních služeb zveřejnění poslání a cílů v předepsaných textech pro registraci. Přesto jsem zařadila jako další kategorii uvedení poslání a cílů v popisu realizace služeb. Jedná se o dokreslující údaj. Provedla jsem porovnání zda text poslání a cílů služby uvedený na registru poskytovatelů odpovídá textu, který je zveřejněn na internetu.

Z analyzovaných 14 respondentů, kteří byli vybráni podle naplnění kritéria uvedení internetových stránek přímo na registru a přitom byli v dílčím souboru v pořadí první a poslední jsem k porovnání textu poslání a cílu mohla použít pouze 5 respondentů, ostatní nenaplnili podmínku uvedení příslušných textů přímo v popisu realizace služby.

Respondenti 2/14, 4/3, 15/18 předkládají do registru poskytovatelů i na své internetové stránky totožný text. Respondent 3/14 předkládá při porovnání dva rozdílné texty. Zcela jiným způsobem postupoval respondent 5/1, který uvádí rozsáhlý text poslání a cílů služby pouze v registru poskytovatelů a nemá tento text zveřejněn na internetových stránkách. Zatímco u zbývajících respondentů byl k obsahové analýze použit text umístěný poskytovatelem na www stránky, v případě respondenta 5/1 byl použit text z popisu realizace služby na registru. Nutno zmínit, že respondent je jedním z několika zařízení začleněných pod jednoho zřizovatele v jehož správě s největší pravděpodobností informace pro veřejnost jsou.

V tabulce 4, soubor č. 4 a v tabulce 7, soubor č. 7 je vyznačena skutečnost, že do registru poskytovatelů nebyl dodán žádný text týkající se popisu realizace služby.

Při sběru informací z národního registru poskytovatelů bylo nutno eliminovat některé zavádějící skutečnosti. Ve všech vybraných souborech, tedy jednotlivých krajích, se opakoval stále stejný poskytovatel, nepatřící ani do jednoho analyzovaného souboru. Docházelo tím ke zkreslení počtu služeb v jednotlivých krajích i v celkovém počtu. Další skutečností, která mě přivedla k rozhodnutí vybrat od sebe vzdálené služby tzn. v seznamu první a poslední naplňující stanovená kritéria bylo používání identických textů pro několik poskytovatelů sociálních služeb spadajících pod jednoho zřizovatele. Stanovení poslání služby a jejích cílů je ukázkou identity služby. Nedomnívám se, že existují dvě naprosto stejné organizace. Identické mohou být v hlavních zásadách, v povinnostech poskytovatelů, které ukládá zákon a koncepcích, ale každá má jiné uspořádání stavební, jiné vybavení, rozdílné personální vybavení, je v jiném regionu, v odlišné demografické lokalitě a hlavně má jinou klientelu. Poskytovatel, který má vizi kam směřuje jeho služba, jaké má cíle s velkou

pravděpodobností pečlivě propracuje své poslání a cíle, které budou vlastní jen té konkrétní službě.

Uveřejněné texty se z velké části zabývají popisem vybavení, vnitřním uspořádáním, technickým zajištěním, pozornost je věnována způsobu přijímání klientů. Velice často se uchylují k citaci zákonem stanovených povinností pro poskytovatele sociálních služeb. Poslání a cíle služby mají sloužit veřejnosti k orientaci v prostředí poskytovatelů sociálních služeb, ujasnit, co která služba nabízí, co je jejím cílem, kam povede své uživatele. Pro budoucí zájemce o služby by měla hovořit jazykem srozumitelným.

K rozboru byly vybrány i texty, které nejsou přímo nazývány posláním, avšak z obsahu lze usuzovat, že takovým sdělením poskytovatele jsou. Jednotlivé texty, jak jsou uvedeny ve výsledcích, jsem se snažila co nejobektivněji posoudit podle daných kritérií. Tabulka 8 ukazuje, že většina poskytovatelů zadané podmínky splňuje nebo splňuje částečně což může být vnímáno jako dobrý směr nastavení služby. Je otázkou diskuze, zda chybějící údaje jsou důvodem nezájmu poskytovatele či pouze využití jiné možnosti předávání informací o službě. Jak bylo poznamenáno, není zákonem stanovena povinnost používat internet jako jediné možné veřejné médium. Vyhledání důkazu pro naplnění standardů kvality sociální služby, především závazného kritéria standardu č.1 cíle a poslání služby, je předmětem inspekce kvality.

K posouzení veřejných prohlášení poskytovatelů sociálních služeb domovů pro seniory ve vztahu k cílové skupině a podpoře výše uvedené diskuse je provedena komparace výsledků zaznamenaných v tabulce 1 – 7 a v tabulce 8.

Respondent 1/1 - částečně definuje směr služby a vzhledem k zaměření na seniory a osoby se zdravotním postižením nelze toto prohlášení považovat za odpovídající typu služby a cílové skupině.

Respondent 1/37 - nelze posuzovat.

Respondent 2/6 - služba ve svém prohlášení odpovídá na cílovou skupinu osob se zdravotním a kombinovaným postižením ve věkové kategorii dospělý. Vnímá potřebu nabídky alternativního řešení budoucnosti pro tuto skupinu osob.

Respondent 2/14 - prohlášení odpovídá typu služby a cílové skupině.

Respondent 3/2 - prohlášení odpovídá typu služby a cílové skupině.

Respondent 3/14 - prohlášení je vzhledem k počtu registrovaných skupin osob s postižením a věkové kategorii dospělých definováno příliš obecně.

Respondent 4/1 - nelze posuzovat.

Respondent 4/31 - prohlášení odpovídá typu služby a cílové skupině, přiznává věkovou kategorii dospělých, podle registrované cílové skupiny senioři lze usuzovat na osoby nedosahující věku 65 let, však nejsou o mnoho mladší.

Respondent 5/1 - prohlášení odpovídá typu služby a cílové skupině, přiznává věkovou kategorii dospělých, podle registrované cílové skupiny senioři lze usuzovat na osoby nedosahující věku 65 let, však nejsou o mnoho mladší.

Respondent 5/18 - pouze částečně definuje směr služby, vymezuje starého člověka, přičemž má registrovanou věkovou kategorii dospělý. Prohlášení neodpovídá zcela typu služby a cílové skupině.

Respondent 6/4 - odpovídá typu služby pro zaregistrovanou věkovou kategorii, nevěnuje pozornost specifickým potřebám osob se zdravotním postižením a osob s chronickým onemocněním.

Respondent 6/48 - nelze posuzovat.

Respondent 7/1 - prohlášení definuje seniory, poskytovatel registruje věkovou kategorii dospělých, pravděpodobně osoby mladší 65 let, vzhledem ke stručnosti a obecnosti prohlášení nelze provést další úsudek.

Respondent 7/37 – nelze posuzovat.

Zimmelová uvádí, že člověk, nikoliv stát je odpovědný za kvalitu svého života však někteří z nás mají podmínky značně ztížené. Tam nezbyvá než doufat, že stát zde zůstane 100% garantem důstojného života a přiměřené životní úrovně **(38)**. Vědomí, že člověk i v případě, kdy nebude schopen udržet svou autonomii, má zajištěno důstojné zacházení a respektování jeho lidství, je podmínkou bezpečí a jistoty. Nástrojem udržení kvality sociální služby by se měly stát inspekce kvality sociálních služeb, a to v úzké návaznosti na kontrolu využívání příspěvku na péči.

## 6. Závěr

Cílem práce bylo porovnat připravenost vybraných pobytových zařízení pro seniory naplnit požadavky na poskytovatele dané zákonem. Sběr dat byl prováděn v době po uplynutí zákonné lhůty pro registraci sociálních služeb, tzn. necelý rok účinnosti zákona.

Porovnáním výsledků bylo zjištěno, že většina zařízení má služby nastaveny v souladu s požadavky nového přístupu k péči o seniory. Několikaleté přípravné období se u většiny poskytovatelů pozitivně odráží ve formulacích cílů a poslání služby. Některá zařízení, ale vykazují v této oblasti nedostatky. Zveřejňované informace nejsou transparentní nebo nejsou uvedeny.

V současné době stále ještě není samozřejmou součástí základních prohlášení poskytovatelů sociálních služeb směrem k veřejnosti, kam služba směřuje a jaké jsou její cíle. Nastavit sociální služby tak, aby byly v souladu s hlavními zásadami zákona a naplnily standardy kvality sociálních služeb je náročný, dlouhodobý proces. Postoj poskytovatele k nové koncepci, k novému přístupu, se podle mého názoru, nutně musí projevit v kvalitě služby. Odpovědný přístup k formulaci poslání a cílů hovoří o kvalitě služby. Naplňování stanovených podmínek a předpokladů zejména prostřednictvím standardů kvality sociálních služeb je nutné vnímat jako neukončený děj, měnící se s nastavenou úrovní poskytovatele. Ztotožnění se změnou způsobu poskytování služeb ve smyslu přechodu od péče k podpoře je náročné pro pracovníky stejně jako pro uživatele služeb.

H1 byla potvrzena: Aplikace hlavních zásad zákona do praxe vede ke změně způsobu poskytování sociálních služeb a změně pracovních postupů.

H2 byla potvrzena: Definování a přijetí veřejného závazku poskytovatele v souladu se standardy ovlivňuje způsob poskytování sociálních služeb.

Výsledky práce mohou poskytnout informace pro zřizovatele i poskytovatele služeb. Jakým směrem vést vzdělávací programy. Jakým způsobem poskytnout podporu

při praktickém řešení otázek koncepcí a cílů jednotlivých zařízení. Mohou sloužit jako východisko pro metodické postupy. Zájem o vysokou kvalitu celé šíře sociálních služeb by měl být prioritou pro celou společnost.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BAREŠ, P. *Přiměřenost sociálních služeb aktuálním potřebám*. 1.vyd. Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. 333s. ISBN 80-87007-24-7
2. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha : Grada, 2005. 188s. ISBN 80-247-1197-4
3. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 : Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3 Poslední aktualizace 11.11.2004. 21s. [online] [cit.2005-11-10]  
*Dostupné z <<http://www.boldis/citace/citace 1.pdf>>*
4. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 : Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.0. Poslední aktualizace 11.11.2004. 16s. [online] [cit.2005-11-10]  
*Dostupné z <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>*
5. BRUTHANSOVÁ, D., Červenková, A. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. 1.vyd. Praha : 2006. 87s. ISBN 80-87007-35-2
6. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha : Karolinum, 2002. 374s. ISBN 80-246-0139-7
7. GLOSOVÁ, D. et al. *Bydlení pro seniory*. 1.vyd. Brno : ERA, 2006. 179s. ISBN 80-7366-057-1
8. JABŮRKOVÁ, M. et al. *Standardy kvality sociálních služeb. Metodika pro zavádění standardu kvality sociálních služeb č.2 – Ochrana práv uživatelů sociálních služeb v pobytových zařízení pro seniory. Aplikační příručka pro poskytovatele a zřizovatele*. 1.vyd. Praha : Český helsinský výbor, 2004. 56s. ISBN 80-86436-15-2
9. KAPPL, M., Smutek, M. *Proměny klienta služeb sociální práce – Social Work Client Metamorphoses*. 1.vyd. Hradec Králové : Gaudeamus, 2006. 478s. ISBN 80-7041-716-1



10. KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. 1.vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2006. 158s. ISBN 80-86429-41-5
11. KOUBOVÁ, P. Perspektivní ústavní péče o seniory. In *Sborník II. Mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus*. Třeboň : 2005. ISBN 80-7040-821-9
12. LAVIČKA, F. et al. Kvalita života seniorů – rodinné vztahy, zdraví, zdravotnictví. In *Sborník III. Mezinárodní konference, Problematika – Generace 50 plus*. České Budějovice : 2006. s. 84-91. ISBN 80-7040-903-7
13. Madridský plán a jiné strategické dokumenty. EV public relation, spol. s. r. o., Praha : 2007. 111s. ISBN 978-80-254-0174-3 překlad Iva Holmerová a Janssen Cilag
14. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha : Portál, 2003. 384s. ISBN 80-7178-548-2
15. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha : Portál, 2005. 352s. ISBN 80-7367-002-X
16. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha : Portál, 2007. 184s. ISBN 978-7367-310-9
17. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1.vyd. Praha : Portál, 2001. 312s. ISBN 80-7178- 473-7
18. MATOUŠEK, O. Klientův přirozený svět a sociální služby. In *Sociální práce časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno : ASVSP, číslo 3. ročník 2004. s 57-65. ISSN 1213-624
19. Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách. Ostravská universita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta – katedra sociální práce, Ostrava : 2007. ISBN 978-80-7368-229-3
20. MINIBERGOVÁ, L., Dušek, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1.vyd. Brno : NCO NZO, 2006. 67s. ISBN 80-7013-436-4
21. MUNKOVÁ, G. et al. *Sociální politika v evropských zemích*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2005. 189s. ISBN 80-246-0780-8

22. NÁRODNÍ program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 [online]  
[cit.2007-12-01]  
*Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/1057>>*
23. NÁRODNÍ program přípravy na stárnutí na období 2008-2012 (Kvalita života ve stáří). Poslední aktualizace 25.1. 2008. [online] [cit.2008-02-01]  
*Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>*
24. NEČASOVÁ, M. Respekt ke klientům na praktickém příkladě kvality života seniorů v domově. In *Sociální práce, časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci*. Brno : ASVSP, ročník 2004, číslo 4, s. 39-53, ISSN 1213-624
25. REMR, J. Základní rozhodovací dichotomie při poskytování rodinné pomoci seniorům. In *Sborník II. Mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus*. Třeboň : 2005. s. 69-73. ISBN 80-7040-821-9
26. SLEZÁKOVÁ, A. Mít se o koho opřít. Některé aspekty sociální opory. In *Zpravodaj Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR*. Tábor : 2007. s.7. ISSN 1802-0046
27. SMUTEK, M. *Model řešení problému v sociální práci – systémový pohled*. 1.vyd. Hradec Králové : 2006. 91s. ISBN 80-7041-596-7
28. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří, kapitoly z gerontologie*. 1.vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2007. 284s. ISBN 978-80-86429-62-5
29. ŠNOREK, V. Zdroje životní pohody v pozdějším věku. In *Sborník III. Mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus*. České Budějovice : 2006. s. 32-35. ISBN 80-7040-903-7
30. TOMĚŠ, I. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. 2.vyd. Praha : Socioklub, 2001. 262s. ISBN 80-86484-00-9
31. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1.vyd. Praha : 3.LF UK a FNKV, 2002. 44s. ISBN 80-238-9506-0
32. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1.vyd. Praha : Portál, 2000. 528s. ISBN 80-7178-308-0

33. VARVAŽOVSKÁ, P. Poslání neziskových organizací v regionální koncepci poskytování sociálních a zdravotních služeb pro seniory. In *Sborník III. Mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus*. České Budějovice : 2006. s. 117-125. ISBN 80-7040-903-7
34. VURM, V. Generace 50 plus ve stárnoucí Evropě. In *Sborník II. Mezinárodní konference, Problematika – Generace 50 plus*. Třeboň : 2005. s. 5-9. ISBN 80-7040-821-9
35. *VYHLÁŠKA* č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění
36. ZAHRADNÍKOVÁ, J. Fungování seniorských rezidencí a péče o seniory v zahraničí. In *Sborník III. Mezinárodní konference, Problematika – Generace 50 plus*. České Budějovice : 2006. s. 170-175. ISBN 80-7040-903-7
37. *ZÁKON* č.208/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
38. ZIMMELOVÁ, P. Důchodová reforma v ČR. In *Sborník II. Mezinárodní konference, Problematika – Generace 50 plus*. Třeboň : 2005. s. 55-68. ISBN 80-7040-821-9

## **8. Klíčová slova**

domov pro seniory

instituce

kvalita

senior

sociální služby

standardy