

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**A**

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE**  
**FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

## **Bakalářská práce**

**2011**

**AUTOR: HELENA MAREŠOVÁ**

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**A**

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE**  
**FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

# **Nové trendy v práci se seniory v domově důchodců**

Autor: Marešová Helena  
Vedoucí práce: PhDr. Olga Vaněčková  
Studijní program: Sociální pedagogika, specializace v pedagogice  
Datum odevzdání: Červen 2011

**THE UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA IN ČESKÉ BUDĚJOVICE  
PEDAGOGICAL FACULTY**

**AND**

**THE UNIVERSITY OF ECONOMICS IN PRAGUE  
THE FACULTY OF MANAGEMENT IN JINDŘICHŮV HRADEC**

**New Trends in Work with Seniors  
in Home for the Elderly**

Author: Helena Marešová

Supervisor: PhDr. Olga Vaněčková

Study programme: Social pedagogy, specialization in pedagogy

Consignment date: June 2011

## **Zadání bakalářské práce**

**NÁZEV PRÁCE:** Nové trendy v práci se seniory v domově důchodců

**JMÉNO AUTORA:** Helena Marešová

**STUDIJNÍ OBOR:** Sociální pedagogika

**SPECIALIZACE:** Specializace v pedagogice

**KATEDRA:** Pedagogiky a psychologie

**VEDOUCÍ PRÁCE:** PhDr. Olga Vaněčková

**TERMÍN ZADÁNÍ:** 31. 3. 2010

**ROK OBHAJOBY:** 2011



## Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma  
**„Nové trendy v práci se seniory v domově důchodců“**  
jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury  
uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Pacově, dne 29. června 2011

.....

Podpis

## **Anotace**

Práce se zabývá zaváděním nových trendů do práce se seniory v rezidenčních službách. Postavení starých lidí se v posledních sto letech výrazně změnilo vlivem politicko-kulturních změn ve společnosti a hrozí riziko sociálního vyloučení této skupiny obyvatel z důvodu stáří, ztráty kompetencí a schopností. V teoretické části jsou zmapovány proměny péče o staré lidi v průběhu minulých staletí nejen v Čechách, ale i v některých dalších státech Evropy a změny, které v těchto zemích nastaly v posledních letech. Praktická část zjišťuje, jak tyto změny přijímají lidé ve věkové kategorii 65 – 90 let, žijící v domově důchodců v malé vesničce na Vysočině, vzdáleni od rodin, infrastruktury a běžného ruchu života. Záměrem bakalářské práce je posouzení úspěšnosti nových trendů v práci se starými lidmi v tomto typu zařízení ve vztahu zlepšení kvality jejich života.

**Klíčová slova:** trendy, senior, klient, uživatel, rezidenční služby, standardy kvality sociálních služeb.

## **Abstract**

The thesis deals with the introduction of new trends to the work with seniors in residential facilities services. The status of elderly people has dramatically changed over the past hundred years due to the political and cultural changes in the society and there is a risk of social exclusion of this group of people because of their advanced age, loss of competence and capabilities. The theoretical part describes the changes in care for elderly people in past few centuries not only in the Czech Republic but also in other European countries and also those changes that occurred in recent years. The practical part determines how these changes are accepted by people in age group from 65 to 90 years living in a retirement home in a small village in the highlands, far away from their families, infrastructure, and the rush of life. The aim of the bachelor thesis is to assess the effectiveness of the new trends in working with seniors in this type of institution in relation to the improvement of the quality of their life.

**Keywords:** trends, senior, client, user, residential facilities services, social services quality standards.

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí své práce, paní PhDr. Olze Vaněčkové, za čas věnovaný vedení této mé bakalářské práce, cenné rady a za ochotu pomoci při jejím vypracování. Děkuji také klientům, pracovníkům a vedení Domova důchodců v Proseči u Pošné za vstřícný přístup k mému výzkumu.

## **Obsah:**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>13</b>
<b>1. Vymezení základních pojmů .....</b>	<b>13</b>
1.1. Kdo je senior .....	13
1.2. Pojmy sociální služba a zařízení sociálních služeb .....	14
1.3. Nové trendy v sociálních službách .....	15
<b>2. Proces stárnutí, demografický vývoj .....</b>	<b>15</b>
2.1. Stárnutí jedince .....	15
2.2. Stárnutí populace .....	19
<b>3. Péče o seniory .....</b>	<b>23</b>
3.1. Stručný vývoj – historie péče o seniory .....	23
3.2. Vývoj sociální politiky v evropských zemích .....	24
3.3. Srovnání sociálních zařízení ve vybraných zemích Evropy .....	26
3.4. Péče o seniory v ČR do r. 1989 .....	29
<b>4. Nové trendy v práci se seniory v ČR od r. 1990 .....</b>	<b>34</b>
4.1. Rozvoj sociálních služeb .....	34
4.2. Principy práce v sociálních službách .....	36
4.3. Změna zákona .....	37
4.4. Úsilí o celkové zdraví člověka – psychické i fyzické .....	39
4.5. Práce podle SQSS .....	42
<b>5. Životní styl současných seniorů v rezidenčních zařízeních .....</b>	<b>44</b>
<b>6. Nové směry v péči o seniory v rezidenčním zařízení .....</b>	<b>45</b>
6.1. Současný způsob jednání se seniory .....	46
6.2. Edukace seniorů k vlastnímu rozhodování .....	46
6.3. Edukace seniorů k větší samostatnosti pomocí individuálního plánování .....	47
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>49</b>
<b>1. Cíl výzkumu .....</b>	<b>49</b>
<b>2. Metodika výzkumu .....</b>	<b>49</b>
2.1. Použité metody .....	49
2.2. Charakteristika výzkumného vzorku .....	50
2.3. Popis prostředí – Domov důchodců Proseč u Pošné .....	52
2.4. Rozhovory .....	53
2.5. Analýzy dokumentů .....	62
<b>3. Shrnutí výsledků šetření .....</b>	<b>67</b>
<b>4. ZÁVĚR – Zhodnocení zavádění nových trendů v péči o seniory .....</b>	<b>70</b>
<b>III. POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE .....</b>	<b>72</b>
<b>IV. PŘÍLOHY .....</b>	<b>74</b>

## Úvod

Téma pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila záměrně z oboru, ve kterém pracuji, neboť se chci pokusit zmapovat výsledky zavádění nových trendů v práci se seniory na poli sociální péče přímo v domově důchodců. Vybrala jsem si k tomu domov důchodců, který je poněkud stranou civilizace, je umístěn ve starém zámečku v malé vesničce mezi dvěma okresními městy. Pracuji zde jako pracovnice sociální péče a mojí náplní je část práce na sociálním oddělení, část práce aktivizačního pracovníka a mám na starosti tvorbu metodik práce v souladu se Standardy kvality sociálních služeb. Toto téma je pro mě důležité především proto, abych jako aktivizační a sociální pracovnice věděla, co staré lidi umístěné do zařízení sociálních služeb trápí, těší, zajímá a jak vhodně naplnit jejich volný čas tak, aby byla uchována kvalita jejich života.

V posledních desetiletích se výrazně změnil životní styl lidí. Průměrný věk populace i věk dožití se neustále zvyšuje, nároky na kvalitu života ve stáří se také mění. Díky lepším životním podmínkám a schopnosti lékařské vědy vyléčit nemoci, dříve považované za smrtelné, přibývá starých lidí, kteří již často nejsou schopni se o sebe sami postarat a tím jsou ohroženi sociálním vyloučením pro postupnou ztrátu svých schopností a kompetencí.

Proměna společnosti sebou přinesla nový pohled na stárnutí a stáří lidí. Nové trendy práce se starými lidmi by měly zabránit jejich vytěsnění na okraj společnosti, které jim z důvodu věku hrozí a naopak udržovat či umožňovat jejich začlenění do společnosti. Tuto myšlenku podporuje i zavádění standardů kvality do sociálních služeb a respektování práv klientů v různých oblastech života. Dříve byli lidé v ústavech sociální péče považováni za objekt péče, proto byli stavěni do pasivní role příjemce péče vybrané druhými lidmi. Dnes je člověku zákonem stanoven nový status, status partnera, a bude nejen pro mě zajímavé zjistit, jak tento svůj nový status přijímají samotní klienti.

Pracovníci Domova důchodců v Proseči u Pošné, kde pracuji, se již několik let snaží zvyšovat spokojenost a pocit svébytnosti klientů domova a v rámci možností tohoto zařízení se pokouší zavádět nové způsoby práce do své interakce s klienty. Management domova je kladně nakloněn vzdělávání pracovníků v oblasti zavádění nových, na osobu zaměřených, přístupů. Pracovníci tyto možnosti rozšíření znalostí vítají. Trochu jiná je stránka finanční a geografická, která některé možnosti domova značně omezuje.

Protože se v běžném životě i literatuře k tomuto tématu užívá pro tuto cílovou skupinu především označení „senior“, používám jej pro označení starého člověka i já ve své práci.

Ve své práci zjišťuji, do jaké míry se daří udržet či obnovit zapomenuté schopnosti a dovednosti seniorů zde žijících, jaký vliv mají podmínky prostředí v domově vzdáleném od běžné civilizace a infrastruktury na udržení duševního a fyzického stavu klientů domova. Dále zjišťuji, co jim v takovém zařízení nejvíce chybí a co je naplňuje spokojeností, jak prožívají závěr svého života. Zjišťuji též, jak se nové trendy se v tomto zařízení daří zavádět a zda je přijímají samotní klienti kladně. Při práci na tématu mám možnost poznat blíže jejich názory a myšlenky a zároveň mám možnost zjistit, do jaké míry se daří edukovat klienty domova k uvědomení si své vlastní síly a možností změnit věci, které je trápí a participovat na svém osudu.

Cílem bakalářské práce je popis nových trendů práce se seniory v rezidenčních zařízeních, využití těchto trendů v konkrétním rezidenčním zařízení a zjištění, na kolik se v něm daří naplňovat záměr předpokládaný při zavádění Standardů kvality sociálních služeb i přes specifické geografické umístění tohoto zařízení. Domov je umístěn ve velmi malé obci s několika popisnými čísly a s minimálním počtem trvale zde žijících obyvatel. Počet klientů domova důchodců tento počet výrazně převyšuje. V obci proto není žádné zajištění běžně dostupných veřejných zdrojů. Spolupráce s jinými právníckými a fyzickými osobami je komplikovaná z důvodu špatné dopravní obslužnosti. Služby jsou klientům zprostředkovávány alternativním způsobem alespoň v částečné míře.

Dále je cílem této práce zjištění, jaké jsou dopady zavádění nových trendů v práci se seniory na ně samé, nakolik ovlivňují kvalitu jejich života v pozitivním i případně negativním směru.

Pro svoji práci jsem zvolila výzkumný postup, který vychází z kvalitativního přístupu. Jedná se o metodu rozhovoru s vybranými klienty tohoto rezidenčního zařízení a o metodu analýzy dokumentů, které mi poskytnou informace o životě v tomto domově dříve a nyní.

V teoretické části bakalářské práce jsou definovány základní pojmy tématu, v jednotlivých kapitolách pak popisují vývoj péče o seniory v Evropě v minulých stoletích, vznik ústavů pro staré lidi, dále zde popisují podrobněji péči o seniory v druhé polovině 20. století v Čechách a zabývám se zlepšováním péče o seniory po roce 1990, kdy k nám

postupně pronikaly ze západní Evropy nové trendy práce se seniory v rezidenčních zařízeních technikami pro nás dosud téměř neznámými.

V praktické části popisují konkrétní zařízení pobytových sociálních služeb a zjišťují, jak se zde zlepšila práce se starými lidmi v průběhu posledních let, a jak senioři nové trendy přijímají.

V závěru této práce zhodnotím, jak ovlivňuje prostředí kvalitu života starých lidí a nakolik se daří realizovat záměry při zavádění standardů kvality do sociálních služeb v konkrétním pobytovém zařízení.



# I. TEORETICKÁ ČÁST

## Motto:

*„Stáří může být korunou života, kdy člověk moudře využívá dosavadní životní práce, čestně uzavírá celý život smrtelný a blaženě vstupuje v život věčný.“*

Jan Amos Komenský

## 1. Vymezení základních pojmů

### 1.1. Kdo je „senior“

Věk je jednou z hlavních charakteristik jedince. Je podstatný, však velmi individuální, protože každý člověk se v určitém věku cítí jinak. Staří lidé ve středověku vypadali ve srovnání s dnešními stejně starými občany mnohem starší, manuálně pracující měli mnohem více „strhané“ rysy, opotřebované tělo a celkově se dožívali nižšího věku, než dnešní generace seniorů. WHO – světová zdravotnická organizace stanovila rozpětí dospělosti a stáří na základě patnáctiletých věkových cyklů takto (Malíková, 2011, s. 14):

- 30 – 44 let      dospělost
- 45 – 59 let      střední (zralý) věk
- 60 – 74 let      senescence (počínající, časné stáří)
- 75 – 89 let      kmetství (senium, vlastní stáří)
- 90 let a více    patriarchum (dlouhověkost)

Dnes se senioři dělí na:

- mladší seniory, tj. 65 – 74 let,
- starší seniory, tj. 75 – 84 let a
- velmi staré seniory, tj. 85 a více let.

V první věkové skupině si senior pomalu zvyká na nový životní režim v důchodu, na menší finanční prostředky, ale má ještě dostatek sil využívat volný čas pro své zájmy, koníčky. V té druhé již přicházejí častěji nemoci, člověk si uvědomuje své omezené hranice, hodně věcí již přestává zvládat, ale ještě je dostatečně schopen se postarat o sebe nebo svého partnera v oblasti soběstačnosti. Častěji se však ocitá sám bez životního partnera, který již zemřel. Začíná využívat různých druhů ambulantních sociálních služeb, jako jsou pečovatelské služby a denní stacionáře. Ve třetí skupině již bývá člověk často odkázán z velké míry na pomoc druhé osoby, ať již v oblasti fyzické či psychické. V této

době dochází nejčastěji k umístování seniorů do domovů důchodců. Ve věkové skupině 90 let je poměr žen vůči mužům 3:1.

Někdy je pro dělení etapy lidského života používána škála:

- první věk – předproduktivní, tj. dětství, mládí, studium
- druhý věk – produktivní, tj. dospělost a ekonomická samostatnost
- třetí věk – postproduktivní, tj. stáří
- čtvrtý věk – období závislosti

Možné je také rozdělení podle fyzických sil na (Kalvach a kol., 2004, s. 168 – 170):

- elitní seniory – schopné ještě vysokých výkonů
- zdatné seniory – dostatečně zdatné duševně i tělesně
- nezávislé seniory – nemají větší problémy se soběstačností
- křehké seniory – ti se pohybují mezi soběstačností a potřebou pomoci druhé osoby
- závislé seniory – mající již vážnější pohybové či duševní problémy
- zcela závislé seniory – s těžkou demencí nebo zcela ležící
- umírající seniory – s potřebou paliativní péče

## **1.2 Pojmy sociální služba a zařízení sociálních služeb**

Sociální služba je termín, do kterého spadají organizace zabývající se péčí o rizikové skupiny obyvatel. Mohou to být jak senioři, tak děti, neúplné rodiny, lidé žijící na okraji společnosti, atd. Nejznámějšími službami o seniory jsou Pečovatelská služba, pečovatelské domy, denní centra – stacionáře, respitní, tj. odlehčovací služby, domovy důchodců, ale patří sem i asistenční služba a další organizace pomáhající seniorům a dalším potřebným v jejich složité životní situaci.

Zařízením sociálních služeb se rozumí ústavy sociální péče pro mentálně, tělesně, psychicky či jinak zdravotně postižené občany, kteří se o sebe nemohou sami postarat, nejsou dostatečně soběstační, aby mohli žít sami, a rodina nezvládá péči o ně. Jsou to různá rezidenční (pobytová) zařízení. Patří sem i domovy důchodců, dnes spíše nazývané domovy pro seniory, dále i zařízení pro chronické alkoholiky a lidi trpící závislostmi, atd.

### 1.3 Nové trendy v sociálních službách

Termínem trend se rozumí vývojová tendence, směřování, vývoj určitým směrem. Nové trendy v sociálních službách vycházejí jednak ze stárnutí obyvatelstva, jednak z potřeby větší péče o seniory a dále vyšší ekonomická náročnosti na tuto péči, atd.

Pro potřeby této práce je novými trendy myšlen nový způsob práce se seniory, který zamezí jejich případnému sociálnímu vyloučení; zvyšování jejich samostatnosti, nezávislosti a podpora k aktivitě (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Pedagogika>). Předpokládá to kvalitní službu založenou na partnerství, kvalitní, empatický, odborný, stále vzdělávaný a profesionální personál, respektování potřeb jedince, rovnost bez diskriminace. Důležité je při začlenění ohrožených skupin do společnosti komunitní plánování služeb, promyšlený systém financování služeb a takové standardy pro poskytování sociálních služeb, které zajistí kvalitu života i v seniorském věku (Malíková, 2011, s. 33 – 34).

## 3. Proces stárnutí, demografický vývoj a prognóza

### 2.1 Stárnutí jedince

V průběhu svého života prochází člověk několika vývojovými stádii, ve kterých se mění tělesně i psychicky. Vágnerová uvádí tato vývojová stádia:

- Období dětství
  - Prenatální období
  - Novorozenecké období
  - Kojenecký věk
  - Batolecí věk
  - Předškolní věk
  - Nástup do školy
  - Školní věk
  - Období dospívání – pubescence
  - Adolescence
- Období dospělosti
  - Období mladé dospělosti
  - Období střední dospělosti (36 – 45 let)
  - Období starší dospělosti (45 – 60 let)
- Stáří

- Období raného stáří
- Pravé stáří

Každý jedinec zažívá v průběhu svého života biosociální vývoj, ve kterém se vyvíjí tělesně v souvislosti se sociokulturní podmíněností, kognitivní vývoj, který obsahuje psychické procesy podléající se na lidském poznání a psychosociální vývoj, ve kterém se proměňuje způsob jeho prožívání své sociální pozice, např. v rodině či sociálních skupinách, kterých je členem. Postupně získává zkušenosti a hledá si svoje místo na zemi, v lidské společnosti. V životě člověka hrají velkou roli geny, neboli dědičný program, který do jisté míry určuje vývoj a jeho rychlost stejně jako stárnutí. Svůj vliv na projev dědičnosti má vnější prostředí. V každé konkrétní fázi vývojového cyklu musí dojít k naplnění daného vývoje, k rozvoji určitých psychických vlastností, k dozrání. Pokud se tak nestane, není člověk připraven splnit další vývojový cyklus (Vágnerová, 2000, s. 15, 24).

Protože lidské zrání je individuální, založené na spoustě okolností, nebývá zcela rovnoměrné. Každá etapa lidského života sebou nese vývojový pozitivní i negativní konflikt, na jehož vyřešení a zvládnutí je závislý další rozvoj. Vývojovými fázemi zrání člověka se zabýval E. Erikson. Řešení vnitřního konfliktu zařadil ve své epigenetické teorii do těchto fází a lidského věku:

1. Fáze – základní důvěra proti základní nedůvěře (období 0 – 1 rok)
2. Fáze – autonomie proti studu, zahanbení a pochybnosti (1 – 3 rok)
3. Fáze – iniciativa proti vině (3 – 6 let)
4. Fáze – snaživost proti méněcennosti (6 – 12 let)
5. Fáze – identita proti zmatení rolí (12 – 19 let)
6. Fáze – intimita proti izolaci (19 – 25 let)
7. Fáze – generativita proti stagnaci (25 – 50 let)
8. Fáze – integrita ega proti zoufalství (od 50 let výše).

Pro tuto práci je významné hlavně jeho vymezení sedmé a osmé etapy života. *Dospělý člověk potřebuje, aby ho někdo potřeboval.* Nedochozí-li k tomuto naplnění, začne se často zabývat nadměrně sám sebou, soustředí se jen na své problémy. Pokud však jeho život dojde celistvého naplnění, *je to přijetí vlastního, jedinečného životního běhu, jako něčeho, co muselo být a co nezbytně nemohlo být jinak* (Erikson, 1963, s. 17 – 18).

Stejně, jako je velkým, mezníkem lidského života vstup do školy, dospívání, nástup do 1. zaměstnání, založení rodiny, je neméně důležitý, byť často neprávem podceňovaný

vstup do poslední fáze života – do důchodu a seniorského věku. Člověk projde od batolete přes školní věk a pubertu do věku mladé, střední a starší dospělosti, kdy je prakticky samostatný jedinec schopný, pokud je dostatečně zdravý, fungovat v životě bez výraznější péče druhé osoby či nějakého zařízení (Erikson, 1963).

Pak ale přichází stáří a s ním i další výrazné změny fyzické, psychické i sociální. Zpočátku je ještě člověk plný síly, kterou potřebuje využít nejlépe ve prospěch někoho druhého. Potřebuje si potvrdit svoje kompetence a užitečnost v nějaké sociální skupině. Protože se však jeho možnosti snížily, nachází radost, podněty a zážitky v prožívání života dospělých dětí a vnuků, než ve vlastních aktivitách. Děti většinou v té době budují kariéru a na stárnoucího rodiče nemají čas. Oproti tomu vnuci jsou nadšení přítomností a zájmem prarodiče, který jim v jejich věku svou energií stačí. Je v té době pro ně ještě dostatečnou autoritou. Vztahy mezi těmito dvěma generacemi jsou v této chvíli v relativní symetrii. Postupně však nastává situace, kdy je stárnoucí člověk stále více závislý na svých dětech či vnucích. Dochází k narušení symetrie ve vztazích. V této době bývá také časté prožívání vnitřního konfliktu ve stárnoucím člověku, kdy sice potřebuje již pomoc druhé osoby, avšak nechce své děti či vnuky zatížit touto svou nemohoucností. Často proto volí pomoc profesionálů. V další fázi dochází k trvalé závislosti seniora na rodině. Stává se, že mění svůj postoj k situaci a své sebehodnocení. Přestává být soudný a vyžaduje až sobecky péči a pozornost, protože nemá jiné řešení. Někdy dochází ke spojenectví vnuků a prarodičů, umocněné závislostí na střední generaci, která je dosud aktivní a výdělečně činná. Zde se vzájemná symetrie opět zvyšuje. Později, kdy se starý člověk stane péčí o svou osobu ještě více závislý na pomoci mladší generace včetně vnuků, nastává ve vztazích nová asimetrie (Vágnerová, 2000, s. 486).

Stejně jako v dětství, i v této fázi života potřebuje kromě splnění tělesných, fyzioloických potřeb mít pocit bezpečí a jistoty, navíc i sounáležitosti s někým blízkým, lásku dětí, partnera. Už jej nelákají nové a nepoznané zážitky, více jej uspokojují trvalejší a stabilní vztahy. Mění se jeho postoj ke světu, k lidem, více se uzavírá. Musí cítit více jistoty, což má ve známém prostředí, mezi známými lidmi. Potřebuje i v tomto věku být přijímán okolím, cítit úctu a uznání za to, co dokázal nebo stále ještě dokáže. Potřebuje prožívat pocit seberealizace, mít pocit, že ještě stále spoustu věcí i navzdory přibývajícím létům a ubývajícím silám a schopnostem je stále schopen dělat. Když pak člověk hodnotí svůj uplynulý život a necítí naplnění, necítí, že jej prožil smysluplně, může se u něj dostavit pocit zoufalství (Erikson, 1963).

*Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. (Kalvach, Mikeš, 2004, str. 47).*

Proces stárnutí a blížící se stáří prožívá každý člověk jinak. Záleží velmi na emoční vyrovnanosti s daným faktem. Vágnerová uvádí tři základní osobnostní dimenze:

- Aktivita – pasivita
- Optimismus – pesimismus
- Přijetí – popření reality.

Dále uvádí, že lze na této úrovni rozlišit pět různých modelů adaptace na stáří:

1. *Člověk, který své stáří reálně akceptuje, je optimistický a aktivní, snaží se problémy stáří zvládnout přijatelným způsobem.*
2. *Člověk, který je sice realistický a přijatelně optimistický, ale je pasivní, nevdává mu závislost na jiných. Nemá potřebu sám vyvíjet aktivitu, myslí, že by neměla smysl. Má nízké sebevědomí, spokojí se s málem, nezáleží mu na vzhledu.*
3. *Člověk, který odmítá akceptovat skutečnost, že stárne, nechce se s ní smířit. Demonstruje svou soběstačnost, odmítá pomoc, aby nevypadal staře.*
4. *Člověk, který je realistický a zároveň pesimistický, pro nějž je stáří katastrofa. Vyvíjí aktivitu, ale někdy nepřiměřeně reaguje. Může být agresivní k druhým i sobě. K okolí je hostilní, protože od života nic dobrého neočekává. Někdy nenávidí mládí, je zahořklý, cítí nenávist, odsuzuje svět za zkaženost. Ve skutečnosti je nejistý ze svého budoucna.*
5. *Rezignující a pesimistický postoj k vlastnímu stáří je spíše krajní alternativou. Tito lidé bývají depresivní a pasivní. Nečekají již od života nic kladného, nemají pocit, že má smysl něco dělat, aby se měli lépe. Hlavně u lidí v pozdním stáří vzniká tento pocit a často dochází v jeho důsledku ke zhoršení somatického stavu (Vágnerová, 2000, s. 447).*

*Úbytek schopností, který je standardním projevem pokročilejšího stáří, bývá nejčastějším důvodem ke změně životního stylu (Vágnerová, s. 495).*

Jak uvádí Venglářová, dochází ke změnám v oblasti tělesné, psychické i sociální. V oblasti tělesné jsou to změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, zhoršení smyslů, změna termoregulace, v trávicím a vylučovacím ústrojí, v oblasti sexuality. V psychice jsou to změny nálad, vnímání, horší všípivost, paměť, větší nedůvěřivost a nižší sebevědomí, zhoršení úsudku. Sociální změnou je již odchod do důchodu a tím změna životního stylu, nižší příjem, ztráta blízkých lidí, samota, často i stěhování, například do sociálních pobytových služeb (Venglářová, 2007, s. 12).

V této době je senior stejně jako malé dítě velmi citlivý a potřebuje cítit určité jistoty. Ztrácí sebevědomí odcházením schopností, cítí se osamělý, neužitečný, neschopný. Hůře se orientuje v současném světě, spoustu informací již nedokáže pochopit, svět se mu zdá příliš složitý, rychlý a starý člověk si v něm připadá trochu jako cizinec. Mnohem lépe se mu s tímto faktem smiřuje v přirozeném domácím prostředí, kde jsou kolem něj alespoň známé věci, známí lidé, rodina, domácí mazlíček. Tuto jistotu však senior ztrácí ve chvíli, kdy je zdravotním stavem nucen řešit svoji další existenci přechodem do nějakého seniorského zařízení. Do života starého člověka je to velký zásah. Podle Vágnerové jde o:

- ztrátu zázemí, jistot, bezpečí a pocitu vlastní identity
- ztrátu pocitu svobody a vlastní soběstačnosti
- *signál blížícího se konce života* (Vágnerová, 2000, s. 496)

## 2.2 Stárnutí populace – demografický vývoj

Civilizační vývoj má vliv na dvě základní části reprodukce a to na porodnost a úmrtnost. Dříve měla rodina více dětí, protože byla větší jejich úmrtnost vlivem horší zdravotní péče, životní úrovně, úmrtnosti během válek i horších hygienických podmínek a následných epidemií. Během demografické revoluce stárne populace nižší porodností a zvyšováním věku dožití. Tento fakt nemění ani občasný „baby boom“ či migrace lidí.

V třicátých letech 20. století nastal v české společnosti poprvé stav, kdy klesla porodnost až pod dvě děti na jednu ženu. Již koncem 2. světové války nastal pro změnu „baby boom“, neboť být rodičem byla určitá ochrana před nuceným nasazením v Hitlerově končící Třetí říši. Během padesátých let se porodnost opět výrazně snížila pravděpodobně z důvodu sociálního traumatu z nástupu despotického traumatu, jak uvádí I. Možný v knize *Česká společnost*. V období Husákovy vlády počátkem sedmdesátých let proběhla velmi výrazná populační vlna, ale v devadesátých letech se situace opět otočila a tehdejší tzv.

Husákovy děti nechvátaly zakládat rodiny, neboť se jim otevřely možnosti, které jejich rodiče či prarodiče neměli. Cestování a budování kariéry bylo upřednostněno. Zároveň se stále zvyšuje naděje dožití, neboť lékaři dnes dokážou vyléčit velké množství chorob, jiné samy vymizely vlivem zlepšených hygienických podmínek a životosprávy. Dnes se lidé více dožívají nemocí stáří, které přicházejí přirozeně s involučním procesem (Možný, 2002, s. 23).

Některé prognózy uvádějí, že ČR, Itálie a Řecko budou mít v příštím období nejvíce seniorů na světě (Kalvach a kol., 2004, s. 52).

Vzhledem ke zlepšujícím se životním podmínkám se prodlužuje věková hranice u jednotlivých věkových skupin. Zatímco naděje dožití byla u Slovanů v době Velkomoravské říše asi 25 – 30 let, v Anglii v době renesance přibližně 35 let, v polovině 19. století to bylo 41 let (Kalvach a kol., 2004, s. 60). *Čtyřicetiletý muž bývá nazýván „mužem uvážlivého věku“ a padesátník „mužem vysokého věku“* (Goff, 1964, str. 237). Ještě v 18. století byl věk 60 let a více považován za stáří, do této skupiny patřilo jen 5% tehdejší populace. Tato věková hranice byla uznána v druhé polovině minulého století i Světovou zdravotnickou organizací a OSN. Nyní má řada zemí více než 14 % obyvatel ve věku 65 let. Zajímavé je, že větší úmrtnost mají muži z důvodu menší odolnosti před chorobami (Kalvach a kol., 2004, s. 53).

*Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává zdravotnickou prioritou stárnutí populace* (Kalvach, Onderková, 2006, s. 8). Dříve se vyššího věku dožila pouze 2 – 4% lidí dané populace, proto bylo přáním téměř každého dožít se stáří, žít delší dobu jako starší a moci předávat zkušenosti a znalosti mladším. Tento stav byl spojen i s projevovanou úctou a společensky uznávanými výhodami. Dnes je toto číslo dvojciferné a dochází ke dvěma novým skutečnostem, a to na jednu stranu se podle moderních gerontologů začíná střední věk posunovat až do 70 let, na stranu druhou dlouhověcí senioři potřebují často celodenní péči a často i noční dohled, což je náročné na zajištění této péče rodinou. Jak uvádějí ve své knize *Stáří* Zdeněk Kalvach a Alice Onderková (nicméně se o tomto faktu zmiňují i někteří další v závěru práce uvádění autoři), je pro 7. – 9. Dekádu lidského života příznačný dvojnásobný počet žen proti mužům, přičemž u stoletých je to asi 1 muž na 4 ženy a u 110 letých seniorů již asi 1 muž na 8 žen (Kalvach, Onderková, 2006, s. 8).

V současnosti se stávají seniory velmi silné poválečné ročníky, což postupně postihne celou Evropu. RNDr. Mašková, CSc. z Centra pro sociální a ekonomické strategie uvedla ve své analýze o *Perspektivách populačního stárnutí v Evropě* z 8. 11. 2005,



že absolutní počet seniorů nad 65 let je víc než dvojnásobný, tj. 46 mil. v roce 1950 na 112 mil. v roce 2000, což činí zvýšení v celkové populaci z 8% na 14%. Evropa je nyní nejstarší region na světě a toto bude v budoucnu ještě výraznější. V demograficky nejstarších zemích jižní a střední Evropy, jak je vidět v následující tabulce a názorně i v grafu, bude podíl seniorů dosahovat více než 30 % z celkového počtu obyvatelstva. Česká republika s téměř 33% osob ve věku nad 65 let bude podle prognózy zaujímat šestou pozici v Evropě (Mašková, 2005).

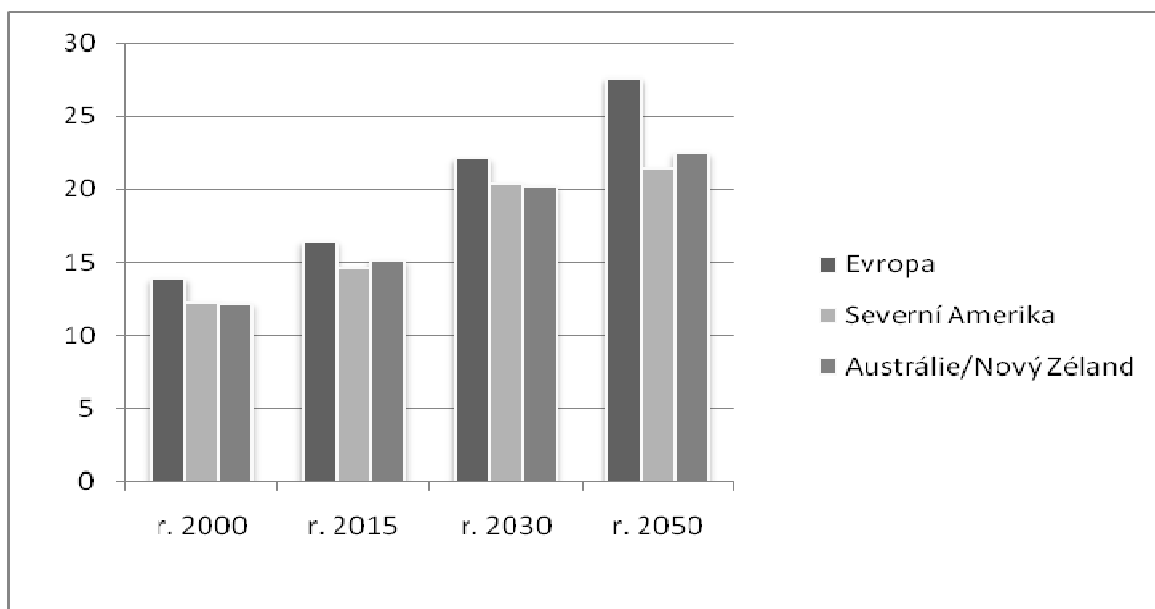
*Tabulka č. 1: Stárnutí obyvatelstva vyspělých regionů světa v letech 2000 – 2050:*

(Mašková, 2011)

rok / region	Evropa	Severní Amerika	Austrálie/ Nový Zéland
r. 2000	13,9	12,3	12,2
r. 2015	16,4	14,6	15,1
r. 2030	22,1	20,4	20,2
r. 2050	27,6	21,4	22,5

Zdroj: [http://www.Demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=201](http://www.Demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201)

*Graf č. 1 k tabulce č. 1*



Zdroj: [http://www.Demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=201](http://www.Demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201)

Lidé ve věku 65 let a více budou během dalších 50 let jediná početně rostoucí věková skupina. Jejich podíl se zdvojnásobí z 14% na 28% a zároveň se po roce 2015 začne snižovat počet lidí v produktivním věku. V nejbližších letech se vyrovná podíl dětí a seniorů a do roku 2050 je očekáván dvojnásobek seniorů proti dětem do 15 let (Mašková, 2011). Blíže toto uvádí následující tabulka a názorný graf.

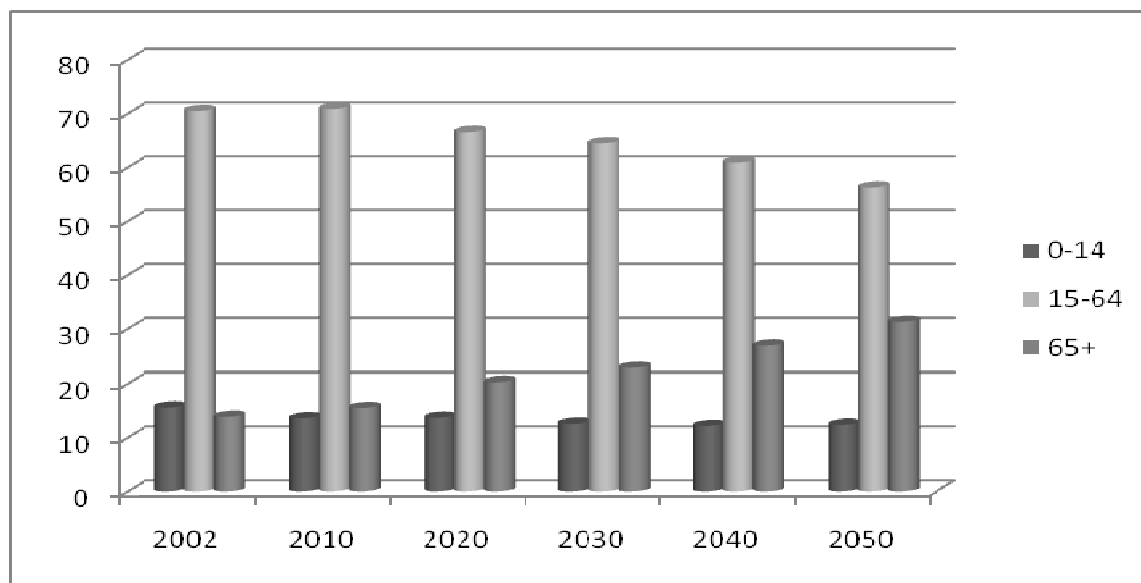
*Tabulka č. 2: Budoucí vývoj složení obyvatel v ČR dle hlavních věkových skupin (v %)*

(zjednodušeno podle Svobodové, 2011)

	<b>0-14</b>	<b>15-64</b>	<b>65+</b>
<b>2002</b>	15,6	70,5	13,9
<b>2010</b>	13,6	70,9	15,5
<b>2020</b>	13,7	66,6	20,3
<b>2030</b>	12,6	64,5	22,8
<b>2040</b>	12,2	60,9	26,9
<b>2050</b>	12,4	56,3	31,3

Zdroj: [http://www.Demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=34](http://www.Demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34)

Graf č. 2 k tabulce č. 2



Zdroj: [http://www.Demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=34](http://www.Demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34)

OSN a další mezinárodní organizace se k tomuto očekávanému trendu postavila konceptem „Aktivní stárnutí“, který je zaměřen na změnu postoje společnosti k seniorům a na podpoře možností starší generace zůstat aktivní součástí společnosti ekonomicky i společensky.

### **3. Péče o seniory**

#### **3.1 Stručný vývoj - historie péče o seniory**

První známky sociálního cítění mezi lidmi jsou známy již z dob „přírodních lidí“ v době před neolitickou revolucí. Tehdy to byla spíše závazná tradice dodržovaná ústním předáváním z generace na generaci. Starý člověk pro ně měl velkou cenu pro svoji zkušenost a byl zároveň určitým spojením s dřívějšími generacemi předků. V pozdějších dobách lidé vytvářeli zákony, které dnes považujeme za počátek společenských principů soužití, sociální péče. Solidarita vznikala v různých kulturách víceméně podobně, povinností státu a bohatých lidí bylo postarat se určitým způsobem o chudé, osiřelé, nemocné či staré. Velký význam v krizové situaci člověka většinou hrála širší rodina, což souvisí s pudovým cítěním záchrany rodu. Zákonnou povinností dětí živit staré rodiče se stalo Solónovými reformami v starověkém Řecku. Tam, kde nebyla či selhala rodina, měl určitou povinnost pomoci stát, případně obec. Tyto prvky se dochovaly v lidské společnosti do dnes (Matoušek, 2007, s. 13 – 16).

Středověk, konkrétně 10. – 13. století se vyznačuje obdobím hladomorů. V této době nebyla úmrtnost uchráněna ani střední a vyšší vrstva lidí. *Od 10. Do 14. století se zhruba dvojnásobně zvýšil počet obyvatel* (Goff, 1964, s. 242).

V době materiálních nejistot se stalo jedinou jistotou lidí náboženství. Významnou roli v péči o hendikepované, tudíž i staré občany, začala zaujímat právě církev.

Zlom v křesťanské dobročinnosti nastal vydáním ediktu milánského r. 313. Postupně se začínalo s budováním zvláštních ústavů, protože přibývalo osob, které potřebovaly pomoc, a bylo neskutčné o ně pečovat rozptýleně. Navíc bylo v ústavech možností odborně vyškolit personál a opatřit různé pomůcky (Matoušek a kol. 2007).

Ve středověku vznikaly různě speciálně zaměřené ústavy pro nemocné a hendikepované. V naší zemi počátkem 20. století řád boromejek provozoval 61 řeholních domů mimo jiné i s domovy důchodců. Sborová diakonie též provozovala starobince.

V roce 1601 vydala v Anglii královna Alžběta *zákon o chudých*. Ukládal místním úřadům a příbuzným povinnost za řešení situace chudých, starých a jinak potřebných. Z dnešního

pohledu tehdejší úřady rozhodovaly o poskytnutí buďto formy podobné dnešní pečovatelské službě, nebo umístěním v ústavní péči. Podmínky v takových ústavech však byly dost drsné (Matoušek a kol. 2007).

### 3.2 Vývoj sociální politiky v evropských zemích

Za posledních více než sto let se sociální politika evropských zemí značně změnila. Z původní dobrovolné a charitativní péče o lid, organizované hlavně církvemi, začaly vznikat sociální zákony. Bismarckovy reformy se zasloužily o zavedení rozsáhlého sociálního pojištění pro případ nemoci, úrazu, invalidity a stáří. Začaly vznikat různé modely sociálních států:

- model „Švédský“ se snažil o vzájemnou existenci veřejné politiky a trhu,
- „Holandský způsob“ zase o zajištění snesitelných podmínek po opuštění trhu práce,
- „Leninský model“ se uplatňoval na principu občanské solidarity, avšak jen na státní zaměstnance.

V Československu se toto výrazně neprojevovalo, protože zde bylo 95% zaměstnanců státních. Výraznější však byla situace v Polsku, kde i v období socialismu bylo velké množství soukromě hospodařících zemědělců (Musil, 1996, s. 21 – 24).

V Německu, Rakousku a Francii se prosazuje korporativistický model, programově podporuje rodinu jako přirozenou podpůrnou instituci, spoléhá na rozsáhlé sociální pojištění, v poslední instanci i na sociální dávky ze státního rozpočtu a deleguje péči o potřebné na jakékoli poskytovatele splňující předepsané standardy péče (Matoušek a kol. 2007).

Ve skandinávských zemích je tato politika založena na univerzalistickém pojetí role státu. *Na začátku velké hospodářské krize byla sociální politika skandinávských zemí velmi zaostalá. Zejména ve Švédsku a Norsku nedosahovala v té době úroveň sociálních výdajů ani zdaleka výše prostředků vydávaných na sociální účely ve většině západních zemí* (Musil, 1996, str. 212). V polovině minulého století se tato situace však výrazně změnila. Sociální prostředky pro občany se zvýšily ve snaze o solidaritu a rovnost mezi nimi. Na přelomu sedmdesátých a osmdesátých let se politická situace v těchto zemích změnila a od státního systému se začalo přecházet v sociálních službách k privatizaci, přičemž se snížila hranice odchodu do důchodu na 65 let s určitou pohyblivostí mezi 60 a 70 roky věku člověka. Ve Švédsku a Velké Británii poskytovatelé sociálních služeb začali vést

konkurenční boj o zákazníka kvalitou služeb a tím mu poskytují možnost volby péče (Musil, 1996).

Toto se nedělo v té době však v komunisticky vedených státech východní Evropy, které nezvládly rostoucí náklady na sociální péči unést. Změny ve švédské sociální politice v šedesátých a sedmdesátých letech zanechaly stát jako sociální, který se rozvinutými pečovatelskými službami řízenými daným regionem stará o své občany od narození až do smrti. Protože ve Švédsku od roku 1960 během 20 let vzrostl počet důchodců o 100%, zesílil v důsledku stárnutí obyvatelstva v počátku devadesátých let tlak na kvalitu a obsah sociálních služeb a začala se projevovat potřeba změny. Tím vznikl model vysokého standardu péče. Ve Švédsku však vzápětí došlo k ekonomické krizi a bylo nutno přistoupit k opatřením, která nutí obyvatele ke spoluúčasti na odpovědnosti pomocí různých důchodových programů na zajištění svého stáří (Musil, 1996, s. 201).

Rozvoj sociálního zajištění člověka státem narušila v celé Evropě inflace konce 20. století. Západoevropské státy začaly uvažovat o reformách, které by snížily náklady na sociální výdaje. Dochází zde již výrazněji k tzv. „stárnutí populace“, snižování porodnosti. Mění se tradiční model širší rodiny vlivem zvýšené rozvodovosti i k neschopnosti dětí či vnoučat postarat se o stárnoucí rodiče či prarodiče. Problém změny rodinného modelu a jeho ústup od tradičního zmiňují ve svých knihách ve větší či menší míře téměř všichni autoři, které jsem uvedla v závěru této práce. Též se shodli na stejném hodnocení této změny a na určitém problému dnešní generace seniorů o sociální opuštěnosti. Například Anthony Giddens v knize *Sociologie* uvádí, že *přechod do nejvyššího věkového stupně představoval v tradiční kultuře často vrchol toho, čeho mohl jedinec dosáhnout. V průmyslové společnosti mívá většinou odchod do důchodu právě opačné důsledky* (Giddens, 1997, s. 57).

S vývojem společnosti v Evropě se vyvíjela i potřeba reform v sociální sféře a změn sociálních zákonů jako nedílné součásti pokroku lidské společnosti. Tyto změny vycházely z evropského sociálního modelu založeného před a po 2. světové válce. V průběhu 2. poloviny 20. století se v celé Evropě uskutečnila různá setkání a konference zabývající se zlepšením péče o slabší skupiny obyvatel. Vzniklo na nich několik závazných deklarací a úmluv zajišťujících práva, pomoc a slušné chování lidem slabším či postiženým. Tyto dokumenty ovlivnila Charta OSN, která vznikla hned po 2. světové válce a Všeobecná deklarace lidských práv z roku 1948. Sociálními právy na našem kontinentě se v průběhu posledního půlstoletí zabývala významně Rada Evropy, založená

roku 1949, a její Evropský výbor pro sociální soudržnost (CDCS). Přestože většina zemí v Evropě poskytuje jakýsi soubor sociálních služeb, které mají zlepšovat kvalitu života, zabýval se tento výbor v posledních letech minulého století intenzivně potřebou změny v přístupu lidí k sociálním právům jako ochranou proti sociálnímu vyloučení a na obranu lidské důstojnosti. V Revidované Evropské sociální chartě z roku 1999 již byla obsažena všechna práva včetně pozdějších předpisů Charty původní a včetně Dodatkového protokolu z roku 1988. Zde je již pevně zakotveno právo seniorů na sociální ochranu, právo na ochranu proti chudobě a sociálnímu vyloučení a právo na přiměřené bydlení za rozumnou cenu. Byl to jakýsi rámec pro správně vedenou sociální politiku. Charta však usilovala o stanovení standardů a zavedení určitých postupů a hodnot. Jednání o sociálních právech bylo vedeno i na jiných platformách, tak vstoupila v platnost v již v roce 1976 i Mezinárodní úmluva OSN o ekonomických, sociálních a kulturních právech.

### **3.3 Srovnání sociálních zařízení ve vybraných zemích Evropy**

Sociální služby na evropské úrovni vykazují v posledních letech určité společné reformní trendy, k nimž patří i modernizace a hledání dobrého řízení. Tyto i jiné trendy jsou diskutovány i mezi českými odborníky na tuto problematiku. Jedním z moderních trendů v sociálních službách je orientace na uživatele. Jejím z cílů je zvýšit efektivnost a kvalitu poskytovaných služeb například přímou zpětnou vazbou uživatele a poskytovatele. Dalším cílem je vyšší míra samostatnosti uživatelů sociálních služeb a jejich spoluúčast na životě společnosti. Současný trend podporuje sociální práva a přístup k nim. Také se více orientuje na uživatele a jeho autonomii (Sociální služby, 2009/4, s. 21).

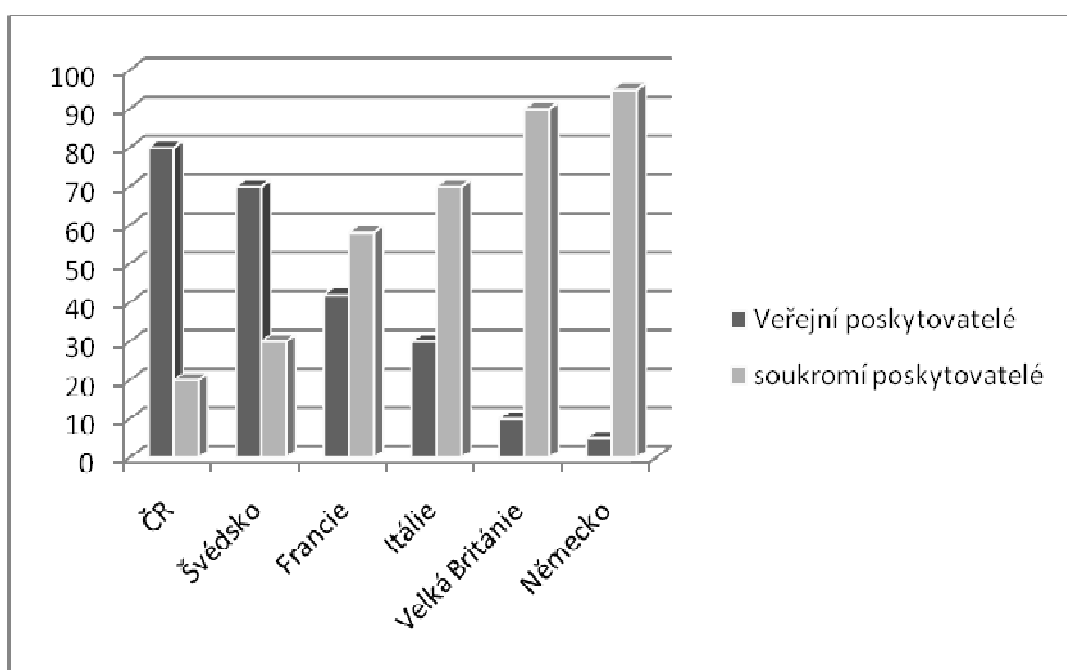
V charakteru poskytování sociálních služeb jsou v rámci členských států EU rozdíly. Jak je uvedeno v následující tabulce, ve Švédsku stejně jako v ČR jsou dominantní veřejní poskytovatelé (70 a 80%), ve Francii je to 42%, v Itálii 30% a naopak ve Velké Británii jen 10% a v Německu 5%.

*Tabulka č. 3 Poměr veřejných a soukromých poskytovatelů ve vybraných zemích Evropy*

V %	ČR	Švédsko	Francie	Itálie	Velká Británie	Německo
Veřejní poskytovatelé	80	70	42	30	10	5
soukromí poskytovatelé	20	30	58	70	90	95

Zdroj: Sociální služby, 2009/4, str. 21

*Graf č.: 3 k tabulce č. 3*



Zdroj: Sociální služby, 2009/4, str. 21

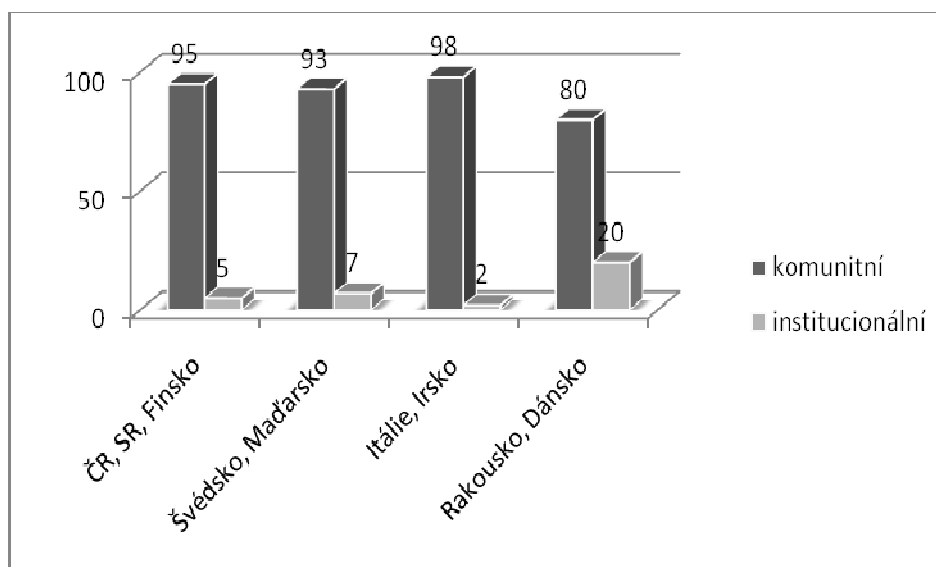
Zajímavé je též srovnání v péči o seniory mezi komunitními a institucionálními službami. Zatímco v naší zemi, na Slovensku a ve Finsku je kolem 5% seniorů umístěných v institucích, ve Švédsku a Maďarsku je to více než 7%. V Itálii a Irsku jsou to jen 2% seniorů. Souvisí to se silnou tradicí věřících pečovat o své příbuzné v rodinném prostředí a navíc v těchto dvou zemích nebyly do nedávna institucionální sociální služby natolik rozšířeny. „Oproti tomu počet seniorů přijímajících nějakou formu komunitní péče je nejvyšší v Rakousku a Dánsku, kolem 20% (Sociální služby, 2009/4, str. 21).

*Tabulka č. 4: Poměr mezi komunitní a institucionální péčí ve vybraných státech Evropy*

Druh péče o seniory v %	ČR, SR, Finsko	Švédsko, Maďarsko	Itálie, Irsko	Rakousko, Dánsko
komunitní	95	93	98	80
institucionální	5	7	2	20

Zdroj: Sociální služby, 2009/4, str. 21.

*Graf č.: 4 k tabulce č. 4*



Zdroj: Sociální služby, 2009/4, str. 21.

Trend přijímat do služby seniory s vyšší potřebností péče je záležitost, která byla patrna i ve skandinávských zemích, konkrétně v Norsku a Švédsku, kde bylo několik našich pracovníků z vyššího a středního managementu spolu s dalšími managery jiných zařízení pro seniory a mentálně postižené občany na pracovně poznávacím zájezdu právě po zařízeních sociálních služeb se stejným typem klientů. Navštíveny byly domovy pro seniory, domovy s oddělením se zvláštním režimem, ústavy sociální péče pro mentálně postižené i centrum pro rekvalifikaci mentálně postižených.

Norsko je země oplývající přírodním bohatstvím, tudíž nemá problém postarat se o sociálně slabší skupiny obyvatel. Do důchodu se zde odchází v 67 letech. O seniory se starají komuny, tj. obce. O poskytování určitého druhu péče rozhoduje komuna dané oblasti. Dokud lze, je senior ponechán v domácím prostředí a dochází za ním profesionálové na úrovni naší pečovatelské služby. Protože v Norsku jsou domky často roztroušeny v kopcích, pracovníci terénních sociálních služeb, kteří jsou zaměstnáni obcí



či komunou, obcházejí na jedné trase tyto seniory i několik dní v kuse se zásobami, které mají sebou. Když se již senior nezvládne o sebe postarat za spolupráce terénní služby, rozhoduje komuna o dalším druhu poskytování péče. V Norsku jsou domovy s pečovatelskou službou i domovy pro seniory vyžadující větší ošetrovatelskou péči včetně péče o lidi s demencí. Někdy jsou to budovy novější, jindy stejně jako u nás starší rekonstruované objekty. Často je řídí neziskové nadační organizace, které dostávají finanční zdroje na veškerý provoz od obce. Klienti platí komuně/obci 75% ze svého příjmu. Zbytek jim zůstává. Je zde obvyklá spolupráce rodiny. To, co je v českých domovech pro seniory nazýváno „fakultativními službami“, to automaticky v Norsku zajišťují svým seniorům rodiny. V některých domovech důchodců je systém stravování zajištěn dovážením teplých jídel z jiné instituce. V domovech je připravována snídaně, lehký oběd formou polévky a sendviče. Večeře je přivážena. Velká část pracovníků je zaměstnána v domovech pro seniory na částečné úvazky, což jim dává možnost postarat se dobře i o svoji rodinu. Ubytování je v jedno a dvouúžkových prostorných pokojích, do kterých si klient může vzít i svůj nábytek, což umožňuje v omezené míře jen část domovů důchodců v Čechách a to z kapacitních (skladových) důvodů. Stejně, jako u nás, i v Norsku je s klienty individuálně plánována péče a dosahování jejich cílů, ale vychází to z přirozeného běhu života. Oproti našemu plánování, na které se klade velký důraz a je doprovázen neúměrnou administrativou. Ošetrovatelská a aktivizační péče je zde podobná, jako v Čechách, ale praktikována ve skupinách po 8 – 10 klientech.

Švédsko má též velké přírodní bohatství, proto může svým obyvatelům poskytnout vysoký životní standard. Je zde nízká hustota obyvatel, kteří se koncentrují převážně do měst. Ve Švédsku není zvykem požadovat od dětí příspěvek na život jejich seniora. Jsou považováni za samostatné jednotky. Ubytování je též převážně v jedno a dvouúžkových prostorných pokojích. Seniorům po zaplacení pobytu musí vždy zůstat minimálně 1800,- švédských korun. Veškerou sociální péči hradí stát, pyšní se tím, že má vždy dostatek peněz na sociální služby. I zde se přirozeně individuálně plánuje s klientem jeho nejbližší péče a budoucnost. Stravování probíhá obdobně jako v Norsku, snídaně a večeře si zde připravují klienti s pracovníkem ve skupině a teplé obědy jsou do zařízení dováženy. Lékařské a duchovní služby jsou zde vykonávány přibližně stejně, jako v našich zařízeních. Do některých tyto služby dochází, v jiných mají stálé místo po celou dobu.

### **3.4 Péče o seniory v Čechách do r. 1989**

I v historii našeho národa platí, že se o seniory starala jejich vlastní rodina. Dříve bydlelo téměř vždy v jednom bytě či domě více generací najednou, lidé byli skromnější. V rámci rodiny si vzájemně vypomáhali. O sociálně slabé, tudíž i o seniory bez zázemí, se začala starat především církev a to tím, že zakládala různé ústavy při klášterech a kostelech, případně charitou (dávání jídla zdarma). O seniory bez rodiny a přístřešku se později dle zákona starala domovská obec (Matoušek a kol. 2007).

Seniorů v té době však nebylo tolik, jako dnes. Kdysi lidé umírali mnohem dříve, tudíž ještě v relativně produktivním věku. Bylo to zapříčiněno hlavně různými úrazy a nemocemi, na které v té době lékaři neznali léky nebo způsob léčby. Proto se zakládalo

mnohem více nemocnic, tzv. špitálů a sirotčinců, než ústavů pro staré lidi. Jednu z prvních zdravotně-sociálních institucí pro seniory zřídil u nás v r. 1789 císař Josef II. Byl to chorobinec na Karlově s oddělením pro duševně nemocné staré muže a ženy. V této době se začaly více rozvíjet ústavní formy péče, především však chudinské ústavy, které byly financovány z veřejných sbírek a dědických darů (Matoušek a kol. 2007).

Se zakládáním ústavů souvisí vznik profese „sociální pracovnice“ kolem přelomu 20. století. Tato profese byla zpočátku dobrovolná, bez patřičného vzdělání a vznikla z důvodu potřeby lepší péče o děti a mládež osiřelou, opuštěnou nebo nedostatečně vychovávanou. Teprve později se tato profese institucionalizovala, ocenila mzdou a vznikaly první kurzy, později školy pro sociální pracovnice. Nejvíce se u nás o to zasloužila Alice Masaryková, dcera našeho 1. prezidenta. „Sociální práce byla vždy výslednicí společenských potřeb. Poptávka po ní roste tehdy, kdy nejsou uspokojeny potřeby všech členů společnosti. Jejím úkolem je vyrovnat tento nedostatek tím, že posílí společensky slabé.“ (Matoušek a kol. 2007).

V době vzniku 1. Československé republiky měla ještě výrazný podíl na sociální péči církvev, stále více se však podílely i různé veřejnoprávní a soukromoprávní instituce. Byly zakládány i různé dobrovolnické sociálně zaměřené organizace. Některé obce zřizovaly starobince. Také majetné a vlivné osobnosti se leckdy podílely na řešení péče o staré. *Například lékař Josef Thomayer, nechal v rodném Trhanově vybudovat sociální dům „pro osoby nemocné, nezaopatřené a stářím sešlé“ Nový Domov* (Haškovcová, 2010, str. 193). V Praze vznikl Zaopatřovací ústav v Krči (později Masarykovy domovy v Praze – Krči, dnešní Fakultní Thomayerova nemocnice. Vzniklo i *ministerstvo sociální práce*, vznikaly nové zákony se sociální tematikou, vznikly i některé odborné ústavy, mimo jiné i *všeobecný a náhradní penzijní ústav a sociální ústav* (Ústřední sociální ústav v r. 1919). V roce 1923 vznikla první sociální poradna, na kterou se obracely nejen ženy s dětmi, nezaměstnaní nemocní či bezdomovci, ale i staří a osamělí lidé (Haškovcová, 2010, s. 193).

Dobrovolná činnost u nás téměř skončila změnami v r. 1948. Bylo zrušeno domovské právo, stát převzal postupně všechny charitativní a sociální ústavy, dětské domovy, domovy odpočinku (domovy pro staré lidi). *V roce 1959 bylo v Československu 269 domovů důchodců s 27.302 lůžky* (Haškovcová, 2010, s209).

Ze zkušeností soukromé a církevní sociální péče vycházela veřejná sociální péče, což byly státem zřizované ústavy, poradny a úřadovny. V této době se začala zavádět díky

sociálním pracovnícím i individuální případová práce, vypracovávaly se sociální diagnózy pro potřeby odborných komisí (Matoušek a kol. 2007).

V období po 2. světové válce se v Evropě rozšířily různé sociální projekty, do péče o své občany byly více zapojovány státy. Nejlepším řešením pro důstojné dožití starých lidí se zdály být domovy důchodců. U nás byla státní politika ovlivněna znárodněním majetku, proto je dodnes hodně sociálních zařízení umístěno v budovách menších zámků. V těchto starých budovách je mnohem těžší modernizovat interiér pro lepší péči o klienty, proto poválečné nadšení ze zajištěného stáří v domovech důchodců začaly kalit zvěsti o problémech v těchto zařízeních, ať již s nedostatečným soukromím na vícelůžkových pokojích (běžné byly pokoje se čtyřmi a více lůžky) se společným sociálním zařízením pro větší počet obyvatel. Běžné domovy důchodců musely vystačit s málem finančních prostředků na provoz. Existovaly i pěkné domovy, ale v těch byli umísťováni přednostně prominenti tehdejší doby (Haškovcová, 2010, s. 216).

Model českého sociálního státu se dříve nedal přiřadit k určitému typu. Byla to kombinace více modelů. Vzhledem k odlišným politicko-ekonomicko-sociálním podmínkám byl na sociální politiku kladen požadavek určité univerzálnosti, což si vyžádalo monopolní postavení státu v této oblasti. Paternalistický rys prakticky nedovolil jiným subjektům podílet se na rozvoji sociální péče. Byl to ekonomicky náročný model, který vedl k pasivnímu chování občanů. V oblasti sociální politiky jsme se nechali ovlivnit centrálním plánováním po vzoru Sovětského Svazu. Stát vedený KSČ vzal do svých rukou jak privátní sociální a důchodové fondy. Na rozdíl od Haškovcové zdůraznil Matoušek, že tím, že stát vedený KSČ znárodnil peníze lidí, kteří si spořili do různých typů pojištění, jim tyto prostředky znemožnil použít podle vlastního uvážení a přerozděloval je dle třídního původu, tj. lidem s kapitalistickým původem nižší, případně žádné důchody. V praxi to znamenalo, že lidé byli ve stáří zcela závislí na péči státu. Přesto, že si předtím naspořili třeba i větší částky a mohli by žít lépe, dostávali od státu nyní velmi malé sociální dávky (Matoušek, 2004).

Dle historického materialismu strana a vláda předpokládala, že všechny sociální problémy zrušením třídních rozdílů vymizí, proto bylo sociální politice věnováno mnohem méně pozornosti, než například zbrojení. V socialistickém státě se nesmělo mluvit o sociálních problémech, protože u nás se měli mít všichni dobře na rozdíl od západních kapitalistických zemí, kde byly velké třídní rozdíly, pár bohatých a hodně chudých lidí, velká nezaměstnanost, kriminalita, drogy a další špatné projevy západního světa. *Pojem*

„sociální“ byl stále trnem v oku pracovníkům ministerstev, neboť výchova sociálních pracovníků nepřímo potvrzovala skutečnost, že i v socialismu existují lidé, kteří potřebují sociální pomoc (Matoušek a kol. 2007, str. 143). Dřívější sociální práce, která byla založena na charitativní činnosti a empatii, byla degradována na přidělování sociálních dávek lidem s nedostatečným příjmem. Vymizela velká část lidskosti z této profese. Z daru se stal nárok. Jak zvláště zde působí citace významné odbornice z oboru geriatric: *Srovnáním s předválečnými systémy péče je však třeba konstatovat, že ono „každému stejně“ bylo nepochybně úspěchem. Každý starý člověk měl jistotu, že nebude ve stáří strádat a že se mu dostane náležité odborné péče* (Haškovcová 2010, s. 227).

Za socialismu vznikla pracovní povinnost pro ženy, což mělo dopad i na péči o staré lidi. Problémem se začal jevit zánik tradičního modelu nukleární rodiny, rodinných sítí a změna v rolích mužů a žen v moderní rodině. Rodiny již nezvládaly péči o přestárlé rodiče či prarodiče. Výraznou roli zde sehrála i enormně zvýšená rozvodovost v druhé polovině 20. Století (asi Matoušek a kol. 2007).

Původně po válce zrušené domovy pro staré lidi byly opět znovu zřizovány a všechny tyto o seniory pečující typy institucí byly přejmenovány na domovy důchodců. Do domovů důchodců se umísťovali staří lidé na základě rozhodnutí úředníků národních výborů, které tato zařízení spravovala. V té době se problémy hendikepovaných nebo starých lidí řešily medikací, zavíráním do ústavů, odklizením z veřejného života, aby nepoškodily ideu socialismu (asi Matoušek a kol. 2007).

Podmínky k životu v ústavních zařízeních v dané době byly často otřesné. Běžné byly velké pokoje pro více než 4 osoby s absencí soukromí, společné sociální zařízení na chodbě, klientům se poskytovala minimální sociální péče, lidé byli medikováni k útlumu, „zavírání“ do klecových lůžek, do postelí se zábranami, které sami nedokázali díky svému zdravotnímu stavu překonat, a na jejich lidská práva se moc nehledělo. Přitom stačilo více se zaměřit na individuální péči o každého takového klienta a ctít ho jako svébytnou bytost. Tehdejší domovy důchodců byly v povědomí lidí zapsány jako „fabriky na umírání“ v nedůstojných podmínkách. Nejvíce se to týkalo lidí s demencí. Naprosto běžné bylo zbavit je způsobilosti ke všem právním úkonům. Pokud byly stavěny nové domovy, byly velkokapacitní a často na konci města, dál od běžné zástavby. Toto mělo za důsledek vyloučení seniorů z běžné společnosti na její okraj. *Začalo se mluvit o syndromu poslední štace nebo o institucionální totalitě* (Haškovcová, 2010, s. 218).

V šedesátých letech dochází ke vzniku nové koncepce sociální politiky. Sociální práce zažívá obnovu, řádové sestry smějí opět pracovat v některých typech sociálních zařízení. Jako součást České lékařské společnosti J. E. Purkyně byla roku 1969 založena Společnost sociálních pracovníků, která vedla a zlepšovala sociální práci až do založení Občanského fóra sociálních pracovníků ČR (v roce 1990). Kromě rozšiřující se pečovatelské služby vznikají v této době tzv. „domovinky“, denní stacionáře a domovy soustředěné péče pro lidi, kteří zůstávají v domácí péči, ale rodina se o ně nemůže starat v pracovní době. Vznikají též odborné geriatrické ambulance, za seniory setrvávajícími v domácím prostředí dochází geriatrická sestra. Zdravotně-ošetrovatelský personál v domovech důchodců se začíná více vzdělávat v odborných kurzech, které často pořádají i různé církevní organizace. Rodí se Československá gerontologická společnost a další odborné instituce (Haškovcová, 2010, s. 210).

Doposud byla péče o seniory rozdělena na dvě sféry – zdravotní a sociální. Zdravotní se provozovala pouze v nemocnicích nebo ordinacích, sociální v domovech důchodců, domovech – penzionech a jiných typech sociálních služeb. V sedmdesátých letech 20. století dochází ke změnám v názoru na důsledné oddělování zdravotní a sociální péče. Vzhledem k zvyšujícímu se počtu i stoupajícímu věku dožití starších lidí a proto i větší potřebě zdravotní pomoci se do domovů důchodců a dalších sociálních služeb začal přibírat zdravotnický personál. Zdravotní sestry zajistily v domovech potřebný zdravotní dohled, který zároveň vzbuzoval u seniorů pocit větší jistoty. Toto bylo v devadesátých letech opět měněno z důvodu větších finančních nákladů na zdravotní sestry, než na ošetřovatele. Stalo se tak v duchu myšlenky, že *domovy pro seniory jsou především domovem a v žádném případě nemají připomínat nemocniční zařízení* (Haškovcová, 2010, str. 243).

V osmdesátých letech byla na evropské úrovni zpracována strategie „4xD“, která předpokládá

- deinstitucionalizaci,
- demedicinalizaci,
- deprofesionalizaci
- deresortizaci.

Deinstitucionalizace znamená více přenést péči o starého člověka zpět do jeho rodiny, aby co nejdéle zůstal ve svém domácím prostředí. Demedicinalizace má vzít v úvahu, že všechny problémy seniorů nevyřeší zdravotní péče. Je třeba jim pomoci

co nejdéle udržet nebo vrátit jejich vlastní soběstačnost, která jim pomáhá déle zachovat jejich sociální role i kvalitu života. Deprofesionalizací je myšleno větší zapojení rodin, přátel či dobrovolníků do péče o staré lidi. Začíná se rozšiřovat dobrovolnictví, což je znát v oblastech, kde je zřízena sociální škola. Dobrovolníci jsou ponejvíce z řad studentů těchto škol, kteří si zde provádějí svoji školní praxi a po jejím ukončení dále dobrovolně pokračují v péči o klienty sociálních zařízení. Velkou pomocí v zařízeních byla v devadesátých letech i náhradní vojenská služba, která zanikla se zrušením povinné vojenské služby. Stejně jako ve světě již fungují, u nás teprve vznikají různé typy linek důvěry pro různé cílové skupiny klientů včetně seniorů. V deresortizaci *je nejprve třeba systematicky bořit bariéry mezi resorty zdravotnictví a sociálních služeb, ale pak mezi dalšími resorty, které mají zatím nevyužitou kapacitu pomoci zdravým i nemocným seniorům* (Haškovcová, 2010, s. 234).

V této době začíná pomalu vznikat program individuálního plánování s klientem, které mělo zajistit naplňování jeho konkrétních potřeb a tím i větší spokojenost a lepší prožívání zbytku lidského života. Začíná se více hledět na práva a důstojnost člověka. V případě přijetí do ústavního zařízení se odborný personál více zabývá adaptací seniora na nové prostředí a nový způsob života, neboť prvních několik týdnů bývá změna pro starého člověka kritická. (Kolektiv autorů, 2011, s. 23, 26)

## **4 Nové trendy v práci se seniory v ČR po r. 1989**

### **4.1 Rozvoj sociálních služeb**

Zatímco Rada Evropy již několik desetiletí dbala na vývoj sociálních práv a tím i dobré péče o seniory a práce s nimi, v tehdejší Československé socialistické republice sociální zákony jako by neexistovaly (Matoušek, 2007, s. 108). Dosud platný zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení se zabýval pouze některými typy sociálních služeb. Koncept sociální politiky pocházel z 50.let 20. století a na sociální změny ve společnosti nereagoval. (Michalík, 2007, s. 11, 83)

V době po r. 1989 došlo v naší zemi k politicko-ekonomické transformaci a následně i zásadním změnám sociální politiky. Během sociální reformy v Čechách se postupně vytvářela nová struktura celé soustavy sociálního zabezpečení. Sociální služby lze chápat v pojetí širším – na úrovni Evropské unie, která se snaží o částečně jednotnou koncepci, která zaručí plnění základních kvalitativních podmínek, nebo lze sociální služby chápat v užším pojetí – na úrovni České republiky, kde jsou poskytovány jak státním sektorem,

tak soukromými subjekty. Podstatnou úlohou je předcházet sociální exkluzi a podporovat sociální integraci. (Matoušek, 2007, s. 152).

Od roku 1991 u nás mohla poskytovat sociální služby podobné ústavní péči i nestátní zařízení nebo fyzické osoby, avšak předpokladem bylo dodržení hygienických a zdravotních podmínek. V této době za občana, který potřeboval pomoc sociální služby, rozhodoval o jeho žádosti o přijetí do ústavního zařízení, ukončení jeho pobytu či přemístění do jiného ústavu, okresní úřad nebo obec v samostatné působnosti. Občan senior byl stále jen objektem jednání druhých, nemohl se sám rozhodovat (Rážová, Králová, 1998, s. 7).

Počátkem 90.tých let k nám začínaly pronikat ze zemí západní Evropy různé jiné způsoby péče o seniory ať doma či v ústavním zařízení, vynucené rychlým přibýváním seniorů ve věku nad 85 let a jejich lepším tělesným stavem. V těchto zemích je patrná zaměřenost na individuální potřeby konkrétního seniora. Dle jeho situace se řeší, dokud to je možné, péči ve stylu home-care a dalších terénních služeb, aby mohl zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a nebyl předčasně nucen ke změně životního stylu a tím i prožíváním duševních traumat s přestěhováním do domova důchodců spojených (Haškovcová, 2010, s. 231).

Velká adaptační zátěž je způsobena přechodem do nového neznámého prostředí, ztrátou dosavadních kontaktů či celkovým omezením kontaktů s přirozeným prostředím, vnějším světem. Ve zřizování institucí pro pobytové služby seniorům je v západních zemích patrný trend malých zařízení pro menší počet klientů, případně v rámci většího domova jsou vytvořeny malé komunity klientů, o které se stará vyškolený personál, přičemž je kladen důraz na podporu spolupráce s rodinou v péči o jejich seniora.

*V roce 1991 byly Organizací spojených národů vyhlášeny Zásady Spojených národů pro starší občany, které měly vlády členských zemí prosazovat a uplatňovat v praxi. Byly to zásady nezávislosti, společenského zapojení, laické i profesionální péče, seberealizace a důstojnosti* (Haškovcová, 2010, s. 90). Během devadesátých let minulého století a na počátku 21. století proběhlo na evropské i české úrovni několik konferencí zaměřených na změnu postoje vůči stárnoucí populaci, na vytvoření plánů pro zabezpečení péče pro tuto rostoucí část obyvatel po stránce finanční i sociální. (Haškovcová, 2010, 89)

Náš sociální systém však *nebyl připraven na řešení sociálních důsledků plynoucích z realizace ekonomické reformy* (Krutilová a kol., 2008, s. 18). Nutnost transformovat rezidenční sociální služby byla již více než žádoucí. V tehdejší době *jedinec, který se ocitl*

*v nepříznivé sociální situaci, byl považován spíše za objekt působení systému, a nikoliv za aktivního činitele, jehož objektivizované potřeby a projev vůle jak situaci řešit by měly být určující pro formu pomoci (Michalík, 2007, s. 11).*

Postavení starých lidí je v naší společnosti na okraji. Upřednostňuje se kult dětství a mládí, tím klesá autorita stáří. Matoušek uvádí, že by úpadek úcty ke stáří mohl být v souvislosti s úpadkem historické tradice rodiny a křesťanského náboženského kultu. Pokud senior není využit jako pomocník mladé rodiny, hrozí mu často izolace. Snaží se proto upozornit na svoji samotu nadneseným zhoršeným zdravím, aby si na svých dětech vynutil očekávanou pozornost. Často však je zklamán, protože stejně tak, jako tato generace umístila brzy své potomky do předškolních zařízení, kopírují tento model jejich děti umístěním svého seniora do domova důchodců (Matoušek, 2003, s. 72). Blíže o změnách v moderních rodinách oproti historické tradici pojednává Ivo Možný v knize „*Rodina a společnost*“.

V devadesátých letech dochází také ke změnám v institucích zřizujících sociální služby a to v tom, že kromě státu se stávají zřizovateli sociálních služeb i obce a kraje (asi 85 %), na terénní a ambulantní služby se zaměřující církve a nestátní neziskové organizace, a doplňují je svými službami i právnické a fyzické osoby. *S respektem k novým trendům vypracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí koncepci podporující transformaci sociálních služeb. Ta je postavena především na rozvoji terénních sociálních služeb s tím, že je třeba transformovat také rezidenční služby pro seniory (Haškovcová, 2010, s. 235).*

## **4.2 Principy práce v sociálních službách**

V Evropě v té době již existoval silný model sociálních práv, ve kterém byly dobře provázány sociální zákony a standardy s mezinárodními. I v našich odborných kruzích se začalo pracovat na vytvoření pravidel pro lepší poskytování sociálních služeb a objektivní hodnocení úrovně jejich poskytování. Vzor naši odborníci získávali v západních zemích Evropy, nejvíce ve Velké Británii. Tento proces přeměny sociálního systému v naší zemi vyžadoval však velké sociální a ekonomické náklady. Vláda ČR schválila v roce 2003 konzultační dokument s názvem „*Bílá kniha v sociálních službách*“ a vymezila v něm sedm hlavních principů jako základ sociálních služeb v naší republice. Tvoří jej:

- nezávislost a autonomie uživatele



- začleňování a integrace
- respektování potřeb podle individuální situace uživatele
- partnerství
- kvalita
- rovnost bez diskriminace
- standardy národní, rozhodování v místě

Vznikl materiál, který byl nazván Standardy kvality sociálních služeb (SQSS) a zaměřuje se na výstupy poskytovaných služeb, tj. spokojenost klienta a jeho právo na kvalitní život a dává záruku uživatelům sociálních služeb a jejich rodinám, že tato péče bude adekvátní. S tím souvisí i v té době nově vzniklý zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vešel v platnost 1. ledna 2007 (Michalík, 2007, s. 5).

### 4.3 Změna zákona

Dříve byl člověk v těžké sociální situaci objektem, o který se sociální systém postaral a nebyl brán v potaz jeho vlastní názor na řešení jeho situace a formu pomoci. Nebyl jednotný systém na objektivní hodnocení potřeb takových osob, nebyla zajištěna jejich ochrana při uplatňování oprávněných práv a zájmů. Nebyl systém dohledu nad kvalitou poskytování sociálních služeb a jednotný rozsah práv a povinností poskytovatelů těchto služeb. Neexistovala přehledná soustava sítě sociálních služeb. Tyto nedostatky byly příčinou nerovnosti mezi uživateli a poskytovateli služeb, mezi uchazeči o tyto služby v různých regionech a mezi uživateli ústavní sociální péče a lidmi, kteří zůstali v domácím prostředí. Nebyla též žádná instituce, která by zastřešovala pracovníky pracující v sociálních službách, případně řešila někdy i závažná pochybení, ke kterým docházelo nejen z důvodu nedostatečně profesionálních zaměstnanců (Michalík, 2007, s. 11-12).

Zákon 108/2006 o sociálních službách přinesl registr poskytovatelů sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb, kvalitu poskytovaných služeb měří a stimuluje pomocí inspekci kvality, zdůrazňuje význam lidských práv a svobod, sociálně potřebným nové způsoby práce institucí s nimi, nové možnosti, jak svoji situaci řešit a hlavně je postavil do role partnera, který se na svém osudu a jeho řešení spolupodílí. Zákon rozdělil sociální služby do tří kategorií (kolektiv autorů, 2011, s. 18):

- služby sociální péče
- sociální poradenství
- služby sociální prevence.

Dále dělí služby dle formy poskytování na pobytové (poskytované 24 hodin denně), ambulantní (např. denní stacionáře) a terénní – poskytované v přirozeném domácím prostředí (pečovatelská služba, Home-care, atd.). Těmito službami je zajišťována potřebným lidem, konkrétně u seniorů pomoc při péči o domácnost, ošetřování, poskytnutí informací, pomoc při prosazování oprávněných práv a zájmů, kontakt se společenským prostředím nebo například různé druhy sociální terapie. Cílem těchto služeb je podpora rozvoje nebo zachování maximální soběstačnosti uživatele služby. Zároveň klade důraz na jednotnou minimální kvalitu poskytovaných služeb a též kvalitu odborně vyškoleného personálu. *„Rok 1989 byl v poskytování sociálních služeb přelomem. Společenské změny odstartovaly jejich razantní rozvoj, a to jak v měřítku kvantitativním, tak kvalitativním. Začalo se rozšiřovat velké množství sociálních služeb zejména neinstitutcionální péče, zároveň velmi rychle začaly vznikat zcela nové služby.“* ... *„Sociální služby se zaměřují především na:*

- *zabezpečení přiměřených životních podmínek pro lidi, kteří svou situaci neumí zvládnout sami,*
- *vytváření vhodných podmínek, které zabraňují vzniku nebo nárůstu negativních společenských jevů,*
- *vytváření podpůrných aktivit, které brání nepříznivému vývoji jedince, rodiny či společnosti“* (kolektiv autorů 2011, str. 17).

Nový zákon laická veřejnost ještě příliš nezná, nebyla připravena na nově uzákoněné skutečnosti. Patří sem například možnost si vybrat službu podle své představy. Klient může být chápán při poskytování sociálních služeb jako:

- Občan disponující svými právy (welfaristický přístup)
- Spotřebitel uplatňující volbu (spotřebitelský přístup)
- Koproducent ovlivňující způsob poskytování služby (participující přístup)

V České republice je nyní uplatňován welfaristický přístup k občanovi. *„Modely postavené na nových principech počítají s informovaným a samostatným uživatelem. Takový předpoklad však často odporuje na sociálním poli realitě. Zpráva EU upozorňuje, že příjemcům služeb chybí nezbytné informace, aby mohli učinit skutečně informované rozhodnutí (o svých potřebách a poskytovatelích, o jejich možnostech, o úrovni kvality atd.)“* ... *„Uživatelé mohou chybět i kompetence s informacemi smysluplně zacházet, přičemž přísně ekonomické pojetí trhu předpokládá informovaného zákazníka, který se chová racionálně.“* (Sociální služby, 2009/5, s. 21).

Tento nový trend předpokládá, že žadatel je schopen si při jednání o službě vyjasnit a vyladit se zástupcem zařízení (většinou sociální pracovník), své představy, požadavky a potřeby a dojdou-li oba aktéři ke vzájemné dohodě o jednotlivých bodech poskytování služby, je možno sepsat s žadatelem smlouvu, ve které se oba subjekty zavazují k plnění určitých podmínek a berou tím na vědomí požadavky druhé strany. Na základě uzavření smlouvy se žadatel stává uživatelem neboli klientem sociální služby. Tento proces staví seniora do pozice aktivního podílníka na své další budoucnosti.

Zákon mimo jiné přinesl nárok všem osobám na bezplatné základní sociální poradenství o možných způsobech, jak řešit danou sociální situaci nebo jak jí předejít. Nově definoval možnost pomoci prostřednictvím různých sociálních služeb a čtyřmi finančními úrovněmi příspěvku na péči. Příspěvek je adresně přidělován žadateli podle stupně jeho závislosti a za něj si klient potřebnou sociální službu nakoupí.

Dále se zákon zabývá úrovní kvality poskytovaných služeb, jejich dostupností a bezpečností, podpořil individuální přístup ke každému klientovi, vedení k samostatnosti, rovnoprávnost a dobrovolnost, lepší možnost stěžovat si na poskytovanou službu, pokud s ní není uživatel spokojen. Podporuje klienty v jejich kontaktech s přirozeným prostředím. Toto je velmi důležitý fakt i pro seniory, protože v pozdním věku je sociální osamělost čím dál vyšší a vzniká tak zvaná věková segregace.

Zákon také nově definoval potřebné vzdělání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Proto se také zvýšil zájem o studia sociálních směrů na středních a vysokých školách. Dosavadní sociální pracovníci si doplňují potřebné vzdělání, aby svoji práci mohli odvádět lépe, kvalitněji a s porozuměním všem aspektům, které se týkají myšlení a prožívání sociálně slabších skupin obyvatel (Zákon č. 108/2006 Sb.)

#### **4.4 Úsilí o celkové zdraví člověka – psychické i fyzické**

Dnes se na lidské zdraví a tudíž i na celkový stav seniora začíná nahlížet z pohledu celostního, to znamená v komplexu biologicko-fyziologicko-socio-psychologických faktorů. Je-li nemocné tělo, časem se roznemůže duše a naopak, je-li duše bolavá, začne i tělo projevovat somatické příznaky nemocí. Souvisí s tím i vyšší procento sebevraždnosti právě u seniorů. Proto se apeluje na zachování a podporu sociálních sítí stárnoucích lidí (Kalvach a kol., 2004, s. 441).

Podle Eriksona zdůrazňovaná závislost dětí na rodičích jakoby zastiňovala potřebu péče o staré lidi generací mladší. Avšak i starý člověk potřebuje cítit, že je svými blízkými

přijímán, že je milován a ještě alespoň svou moudrostí a zkušenostmi potřebný. Začíná se obávat přicházející smrti, postupně se s tímto faktem musí smířit, přijmout jej jako něco nezvratného a přirozeného. V této chvíli by mu blízcí lidé měli být oporou. *„Zoufalství vyjadřuje pocit, že čas je nyní příliš krátký ..., znechucení zakrývá zoufalství, i když často jen ve formě malých znechucení, která nestačí dohromady na jednu velkou výčitku* (Erikson, 1963, s. 19).

Nový způsob péče o klienta sebou nese nové způsoby práce s ním a to v oblasti zdravotní, sociální i aktivizační. Má-li klient dostatek podnětů a nabídku činností, kterou může využívat, nemá čas přemýšlet o svých „nemocech a bolestech“ a žije plnohodnotnější a spokojenější život i přes vyšší věk a horší zdraví. Pokud má ale pocit, že jeho život nemá tu přiměřenou náplň, stane se nespokojený, bude se více pozorovat, přemýšlet o všech svých bolestech a jeho psychika začne působit i na jeho somatický stav. O zamezení takovému stavu u starých lidí se snaží příslušný personál domovů seniorů i různé neziskové organizace zaměřené na aktivní stáří. Slouží k tomu programy zaměřené na seniory, na udržování kontaktů s vrstevnickou skupinou i s jinými generacemi, které jsou podporovány i obcemi. *Hlavním úkolem gerontologie i geriatrie není samoučelné prodlužování života, ale především zvyšování jeho kvality* (Kalvach a spol, 2004, s. 138).

V odborné veřejnosti se rozpoutává diskuse o způsobu provádění aktivit se seniory. Jedna část odborníků zastává názor, že aktivity mají být podobné těm, které senioři mohli realizovat ve svém původním domově, například péče o domácnost, o zahrádku, pletení a podobně. Druhá část je toho názoru, že i kreativní činnost typu vyrábění drobných předmětů sloužících k potěše, jako dárek nebo památka pro návštěvy, má smysl a to především v udržování schopností jemné motoriky, scházení se ve skupině vrstevníků, rozšiřování si obzorů v této sféře a pocit, že ještě i takto starý člověk něco zajímavého a pěkného dokáže vytvořit. Pokud je taková činnost vedena s citem a podporou, dokáže posílit sebevědomí seniora a pozvednout mu náladu, zlepšit prožívání současného života a tím i jeho kvalitu. Nehledě na to, že mnoho seniorů mívalo v dětství či mládí své koníčky, na které při rodinném životě nebyl čas, a dnes se k nim mohou tímto způsobem vrátit. Ani společné cvičení seniorů v domovech by nemělo být předmětem kritiky, neboť i v domácím prostředí se snaží spousta z nich dodržovat jakousi ranní rozcvičku, aby tělo nezatuhlo a *dostatečná a přiměřená tělesná aktivita má vliv na lepší srdeční činnost* (Kalvach a spol, 2004, str. 141). Zde se navíc mohou scházet s ostatními obyvateli domova. Vzhledem k tomu, že vše v současné době je na bázi dobrovolné účasti

na takových programech, je již na volbě každého člověka, jak chce trávit svůj volný čas (Kalvach a spol, 2004, s. 440).

Velmi důležitá je v této oblasti péče podpůrná funkce prostředí, například o ležící klienty a klienty, kteří nemají potřebu se setkávat s větším počtem jiných lidí. Pracovníci domovů a ambulantních sociálních služeb nabízejí takovým klientům individuální programy, věnují se jim osobně a nabízejí aktivity možné i na lůžku, jako je právě kognitivní trénink, společné vzpomínání na minulost, povídání o současnosti nebo jiné aktivity dle přání klienta. Důležité je právě společné hledání aktivity, která klientovi udělá radost, zlepšit kvalitu jeho života tím spíše, že je uzavřen do omezeného prostoru. Někdy se ještě setkáváme v domovech s různými aktivitami, které patří spíše do oblasti mateřské školky. Není jednoduché najít adekvátní aktivizační rukodělnou činnost pro seniory. Je však právě novodobým úkolem zkušených nebo vyškolených pracovníků ze sociální oblasti pomoci realizovat klientům aktivity, které nenaruší jejich důstojnost. Jakákoliv činnost člověka, která mu přináší radost, nové podněty, zkušenosti a příjemné vzpomínky a přitom nikoho dalšího v ničem neomezuje, je pro udržení psychické pohody a tím i fyzické aktivity vhodná (Kalvach a spol, 2004, s. 440).

Novějším a pro určitou skupinu seniorů zajímavým trendem je univerzita třetího věku. Tato aktivita se však týká hlavně kognitivně ještě dostačujících klientů domovů seniorů, což není v některých zařízeních až tak velké procento, neboť domov seniorů by měl sloužit starým lidem až ve chvíli, kdy již nejsou schopni se o sebe sami postarat. Vhodnou variantou jsou různé jiné aktivity typu besed, přednášek, promítání filmů nebo obrázků z cest (Kalvach a spol, 2004, s. 440).

V druhé polovině 20. století se u nás začal rozvíjet program „taneční a pohybová terapie“, který je alternativou tancování pro lidi upoutané na vozík nebo hůře mobilní. Podle výzkumů má velmi dobrý vliv na celou řadu chronických chorob pro lidi s tělesným omezením i s demencí. V naší zemi jej propaguje již řadu let baletní mistr a dřívější sólista Národního divadla v Praze Petr Veleta. Ve spolupráci s gerontologickým centrem v Praze vytvořil motivační materiály v psané i elektronické podobě. Dodržování zásad zdravého životního stylu je pro udržení aktivity důležité (Haškovcová, 2010, s. 180). K tomu patří i optimální strava. Často se stává, že ovdovělý partner přestane o sebe dbát a nedodrhuje ani přijatelnou, natož zdravou životosprávu. Autoři knihy Geriatrie a gerontologie uvádějí pro správné udržování duševní životosprávy ve stáří 5P:

*1. Perspektiva – časová na dobrou adaptaci*

2. *Pružnost – s věkem ubývá*, souvisí s potřebou fyzickou, tj. pohyb, přemísťování, získávají se tím podněty, které pomáhají udržet i pružnost duševní.
3. *Prozíravost – orientace v situaci, souvisí s perspektivou, zajištění na stáří na smrt.*
4. *Porozumění pro druhé – při rozdílném hodnocení věcí, daří se lépe v ovzduší dobré nálady*
5. *Potěšení – možno získat v pozorování přírody, z domácího mazlíčka, při péči o rostliny, zpestřením jídelníčku, povídáním s přáteli, atd. (Kalvach a kol, 2004, s. 110).*

#### 4.5 Práce podle SQSS

Současná generace seniorů se dožívá vyššího věku v mnohem lepším zdravotním stavu, než senioři ještě před pár desítkami let. To vyvolává určitý tlak na vývoj a kvalitu v poskytování sociálních služeb (Kalvach a kol., 2004, s. 100).

Nově vzniklý zákon 108/2006 Sb., který doplnila prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., vymezil druhy sociálních služeb na terénní, ambulantní a pobytové. U každé této služby specifikoval, jaké činnosti by měla poskytovat. Stanovil podmínky registrace určité služby, profesní i finanční způsob zajišťování služby a úroveň její kvality pomocí standardů kvality sociálních služeb. Velkým přínosem v péči o osoby v nepříznivé sociální situaci, což jsou i osamocení a stárnoucí senioři se zhoršujícím se zdravím, bylo zavedení pravidel pro jednotnou a kvalitní péči o sociálně potřebné osoby ve formě právě standardů kvality sociálních služeb, které začaly vznikat již koncem devadesátých let a do praxe byly dány již v letech **2002 – 2003** s tím, že do ledna 2007 by již měly být vypracovány v každém zařízení konkrétní metodiky práce s klienty v těch kterých sociálních službách. Vznikaly jako výsledek česko-britské spolupráce na společném projektu z let 2000 – 2003 (Kolektiv autorů, 2011, s. 23).

Tyto standardy byly v mnoha bodech revoluční změnou nejen pro poskytovatele sociálních služeb ale i pro klienty samotné. (Krutilová, aj., 2008, s. 17).

Dělí se na:

- procedurální, zabývající se přímou činností s klientem,
- personální, zajišťující vhodné personální obsazení,

- provozní standardy, které se zabývají prostředím, dostupností, prostory k poskytování služeb a technickým zajištěním provozu.

Kontrolu nad jejich dodržováním vykonávají orgány vyšší než je zřizovatel dané služby, například je-li zřizovatelem nějaké služby příslušný Kraj, kontrolu kvality poskytované služby provádí inspekční tým z Ministerstva práce a sociálních věcí. Pokud některá služba neprojde dostatečně hodnocením kvality, má stanoveno časové období, do jehož konce musí závady na kvalitě svých služeb odstranit. Následují další dva stupně kontroly, a pokud služba své nedostatky patřičně nenapraví, je zrušena. Toto se zatím však nevztahuje na soukromě poskytované sociální služby v různých penzionicích, např. pro seniory, proto je možné občas v médiích zaznamenat kauzy o týrání svěřených klientů či nedbale poskytované službě. Ve státních, krajských a obecních zařízeních by se toto již dít nemělo (Krutilová, aj., 2008, s. 42, 57).

Aby mohla být služba poskytována odpovědně a kvalitně, musí splňovat určitá kritéria. Pokud jde o státní nebo obecní zařízení, musí splňovat nejen zákonná kritéria, ale i standardy kvality sociálních služeb, které zmiňuje i zákon o sociálních službách. Standardy vyžadují od takové organizace prohlášení, jaké činnosti a klientele se věnuje a za jakých podmínek. Organizace musí dbát na dodržování práv a svobod svých klientů, umět zamezit střetům zájmů organizace či pracovníků se zájmy klientů. Jsou stanovena pravidla pro evidování žádostí i příjem nového klienta do zařízení, komunikace s ním a vedení jeho evidence. Je nezbytné s klientem jednat jako s rovným partnerem, který má právo volby. Dnes se díky těmto standardům s klienty pracuje na realizaci jejich individuálních plánů, tím se klienti učí participovat na svém osudu, v rámci svých možností se aktivně podílet na plnění svých potřeb a přání. Klienti jsou též edukováni k vyjadřování svých přání a potřeb stejně jako k vyjádření stížnosti na špatné zacházení či plnění služby (Malíková, 2011, s. 255 – 258).

Mnohem více se dnes dbá na dostatečnou komunikaci s těžko komunikujícími klienty. Proškolený personál používá různých prověřených technik komunikace s takovými klienty (Malíková, 2011, s. 250).

Důležitým momentem je i podporování klientů v kontaktech s přirozeným prostředím, jak s příbuznými, tak s vrstevníky či jinými generacemi. K tomu slouží především různé volnočasové aktivity, které nabízí každé nejen rezidenční zařízení. Klienti mají právo i různé možnosti sami si volit způsob trávení volného času a jsou podporováni k využívání vnějších služeb ke kontaktu se světem v obci a okolí domova.

Aby byla práce s klienty pobytových zařízení co nejprofesionálnější, jsou stanoveny podmínky na vzdělání v určité pozici v sociálních službách a povinnost celoživotního vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích a postupy k jejich motivaci (Malíková, 2011, s. 86).

Dalšími standardy je zajišťován přiměřený provozní chod zařízení včetně fungujících postupů pro havarijní a nouzové situace. Proto je na bezpečný pohyb klientů po prostorách domovů dnes více dbáno. Chodby již nejsou tmavé, většina prostor v domovech pro seniory či hendikepované osoby je řešena bezbariérově, na chodbách jsou informační sdělení, která by měla být psána větším písmem, aby je přečetli i klienti s nedostatečným zrakem ((Krutilová, aj., 2008, s. 45).

Vše souvisí se vším, proto je naplňování výše uvedených kritérií důležité pro spokojenost seniorů žijících v domovech důchodců. To je v novém pojetí sociálních služeb hlavním cílem péče o klienty, neboli orientace na uživatele, ale důraz se klade i na participaci klientů samotných, aby nebyli jen pouhými příjemci poskytovaných služeb, ale aby i oni sami pro sebe něco dělali v rámci svých možností, schopností a dovedností. Toto je důležité hlavně pro další zachování jejich samostatnosti v oblasti, kterou sami zvládnou a tím je i podporováno jejich sebevědomí a začlenění do společnosti.

V posledních letech se v členských státech EU rozšiřuje myšlenka „decentralizace“ sociálních služeb, čímž je míněno přenesení centrální státní odpovědnosti na úroveň regionální politiky, protože se má za to, že samosprávy v dané lokalitě mají větší povědomost o potřebách svých obyvatel. Zatím však většina členských států EU setrvává u centrálního řízení sociální politiky.

## ***5 Životní styl současných seniorů v rezidenčních zařízeních***

V českých pobytových zařízeních dnes žije několik skupin seniorů. Jednak jsou to senioři fyzicky i duševně čilí, schopní se o své věci z větší části ještě postarat, určovat si, jak prožijí den. Těch je již ale malá část. Větší počet seniorů je v domově proto, že již není schopen dále se o sebe v plném měřítku postarat, nezvládnou již péči o domácnost, mnohdy mají fyzické zdravotní obtíže takového rázu, že již nejsou schopni ani vlastní sebeobsluhy, ale duševní zdraví mají na dobré úrovni. Ti potřebují především ošetřovatelskou péči – například úklid, praní, vaření, donášku předmětů, pomoci s oblékáním, a podobně (Haškovcová, 2010, s. 258).



Ve specializovaných domovech, ale mnohdy i v nesespecializovaných na tuto konkrétní problematiku, jsou senioři často fyzicky ještě přiměřeně zdraví, ale trpící duševním onemocněním zvaným demence. Demence je onemocnění, při kterém dochází ke změnám v myšlení, poruchám chování, úbytku paměti, ztrátě orientace v prostoru, čase i osobách. Tito lidé potřebují především zajistit bezpečné bydlení, péči o denní režim, péči o sebe, protože již nevědí, co mají dělat, nepamatují si, k čemu které věci slouží a jak se jmenují. Jejich paměť se vrací do doby mládí a dětství, protože krátkodobá paměť přestává fungovat. Výskyt tohoto onemocnění se zvyšuje s přibývajícím věkem (Haškovcová, 2010, s. 267).

## **6 Nové směry v péči o seniory**

Nový způsob práce přinesl již zmíněný zákon 108/2006 Sb., který se zaměřil na zlepšení péče a podmínek života seniorů a dalších ohrožených skupin obyvatel. Stanovil, jakou kvalifikaci má která pozice mít a povinnost celoživotního vzdělávání. V tomto směru se nabízí množství různě odborně zaměřených školení a kurzů. Cílem je dosáhnout zvýšení kvality v péči o klienty sociálních služeb.

V posledních letech se i u nás rozšířily v práci s klienty různé metody. Patří sem například:

- zacházení s klientem jako s partnerem, svébytnou osobností, která má stejná práva, jako každý jiný člověk.
- podpora a edukace klientů k zachování či rozšiřování soběstačnosti, návyků a dovedností, tím se podporuje i jejich kompetence k větší či déle trvající sebeobslužnosti a potlačuje předčasná závislost na péči druhé osoby.
- metody a techniky práce s klienty s různými poruchami, například s lidmi postiženými demencí (validace, rezoluční terapie, preterapie, reminiscence), s nekomunikujícími klienty (zooterapie), agresivními klienty,
- používání alternativní a augmentativní komunikace s klienty se ztíženou možností komunikace
- práce s klienty pomocí různých technik, jako je bazální stimulace, která se výborně uplatní nejen u postižených dětí, ale i u seniorů, především u ležících a nekomunikujících, dále například videotrénink, ergoterapie
- používání dalších technik komunikace, například zrcadlení (Malíková, 2011, s. 193, 238 - 250)

- Haškovcová uvádí i taneční a pohybovou terapii ( Haškovcová, 2010, s. 180).

Jedním z nových trendů je také individuální plánování s klientem. Tato činnost je podstatným pilířem udržení nebo zapojení klienta v procesu zájmu o sebe, o druhé, je participací klienta na svém osudu. Nejde jen o naplánování činnosti klientovi, ale o proces, kterého se účastní především klient, sdělující svému klíčovému pracovníkovi svá přání a potřeby, které se spolu pokouší realizovat. Tato společná činnost pomáhá starším lidem udržet se v aktivitě, nerezignovat na svůj život (Kolektiv autorů, 2011, s. 26).

### **6.1 Současný způsob jednání se seniory**

Zákon o sociálních službách a Standardy kvality sociálních služeb pozvedly osobu klienta na vyšší úroveň. Povinnost tyto úřední mechanismy plnit zlepšila postavení klientů a změnila chování zaměstnanců veškerých sociálních služeb. Klientovi byla přiznána práva na důstojný život. Díky těmto pravidlům dnes musí pracovníci sociálních služeb dbát jeho práva říci si svůj názor, přání, nebo projevit nesouhlas, svobodně se rozhodovat, respektovat klientovo právo na respekt k odlišnostem, na svobodné trávení volného času a svobodný pohyb, s čímž souvisí i různá omezení používání restriktivních omezovacích prostředků (Kolektiv autorů, 2011, s. 49).

### **6.2 Edukace seniorů k vlastnímu rozhodování**

*„Lidské chování je vědomě či nevědomě zaměřeno na dosažení určitého cíle ... dokud není dosaženo původního nebo náhradního cíle“* (Kolektiv autorů, 2011, s. 210). Touha splnit si nějaký cíl pramení z určité potřeby. Nejběžněji užívaným žebříčkem potřeb je Maslowova pyramida, která ukazuje potřebu postupnosti v realizování a dosahování potřeb. Pokud není splněna potřeba základní – není motivace ke splnění dalšího stupně potřeb (Kolektiv autorů, 2011, s. 210).

Mezi základní lidské potřeby patří uspokojení biologických funkcí, jako je strava, teplo a bydlení, základní hygiena. Jsou-li tyto naplněny, dostavuje se potřeba citové jistoty a bezpečí. U starých lidí je to jistota, že nezůstane úplně sám bez pomoci další osoby. Do určité míry tuto potřebu saturuje umístění do pobytového sociálního zařízení, ale s tím souvisí i ztráta soukromí, ztráta dosavadní jistoty vlastního bydlení. Pokud nemá dostatečný kontakt s příbuznými či přáteli, dochází často k nezdravé fixaci klienta na někoho z personálu. Starý člověk si tímto vztahem nahrazuje chybějící citovou potřebu. Pokud dosáhne rovnováhy mezi těmito potřebami, dostavuje se potřeba seberealizace,

kteřou klientovi pobytového zařízení může naplnit například vhodný typ aktivizací. Ideální je, když aktivizační činnost pokračuje ve stejném stylu, na jaký byl senior zvyklý z domova. To je však v domovech pro seniory jen výjimečně možné, neboť není v současných pobytových zařazeních většinou technicky možné, aby si klient sám vařil, pral, chodil nakupovat. Ztrátou možnosti běžných lidských činností dochází u klientů těchto zařízení k úbytku kompetencí k dřívějším činnostem. Může u nich docházet k ztrátě motivace, apatii, depresi (Vágenrová, 2000, s. 496 – 499).

Takové klienty je třeba více motivovat k nacházení náhradních aktivit, které je možné v domově realizovat. Jednou z možností je právě individuální plánování, zjišťování přání a potřeb klientů, nejčastěji rozhovorem. Při dosažení cíle dochází k uspokojení klienta. Aby toho bylo možné dosáhnout, je třeba edukovat k vyjadřování svých cílů (přání) již při dojednávání Malíková, 2011, s. 171).

Termín „edukace“ vyjadřuje výchovu a vzdělání jedince, vedoucí k rozvoji jeho postoje, potřeb, zájmů a chování“. K edukaci dochází již během prvního kontaktu se zájemcem, kdy jsou mu sdělovány informace o službě a podmínkách přijetí. Edukační proces pak provází celý průběh dojednávání služby a při pobytu seniora v rezidenčním zařízení až do konce poskytování služby, neboť je veden k rozhodování o svých záležitostech během svého pobytu v rezidenční službě (Malíková, 2011, s. 255, 256).

### **6.3 Edukace seniorů k větší samostatnosti pomocí individuálního plánování**

Z hlediska pedagogického byl v minulém režimu naší země obyvatel domova důchodců ponechán téměř bez působení jakékoliv snahy o naplnění jeho konkrétních přání. Pokud se již nějaké pedagogické či speciálně pedagogické aktivity v domově praktikovaly, byly nastaveny kolektivně, pro širší skupinu lidí. Individuální přístup se začal zavádět v rezidenčních službách až po roce 2000 a nově vznikající zákon o sociálních službách tento způsob práce s klientem přijal jako jedno z hledisek sledování kvality péče v pobytových zařazeních. Pro klienty to znamenalo přístup personálu zaměřený více na uživatele služby, na edukaci klienta snažit se dosáhnout svého přání, přičemž důležité není dosažení cíle za každou cenu, ale proces dosahování tohoto cíle. Klient se snaží něčeho dosáhnout a tím se zdokonaluje nebo udržuje v určitých dovednostech.

Psychologické hledisko této praxe spočívá v tom, že je posilováno sebevědomí klienta a tím předcházení nebo potlačování pocitu osamělosti, stavů depresí, případně

sklonů k ukončení života. *Celková zanedbanost a nízká úroveň humanizace zejména tzv. ústavních služeb však nedokázaly vytvářet takové podmínky, aby psychologická doporučení mohla být službami realizována* (Kolektiv autorů, 2011, s. 25)

Někteří klienti pobytových zařízení mají ještě dnes tendenci se nechat obsluhovat více, než je potřeba, než to vyžaduje jejich zdravotní nebo duševní stav. Sociální pracovníci i personál přímé péče se snaží vést seniory k tomu, aby si dokázali co nejvíce úkonů udělat sami a nebyli zbytečně závislí na službě. Jedná se například o míru sebeobsluhy, organizování svých aktivit, trávení volného času, využívání vnějších služeb, komunikace s běžnými úřady. Proto pracovníci vedou klienty k aktivitě na spolupodílení se na denním režimu (Malíková, 33).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

### Motto:

*„Přidejme nejen léta životu, ale i život létům!“*

### 1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, nakolik se daří naplňovat záměr předpokládaný při zavádění standardů kvality sociálních služeb, tj. jak jsou klienti s poskytovanými službami spokojeni, jak ovlivňují nové trendy pozitivně či případně negativně kvalitu jejich života a jaký vliv má na tuto kvalitu vnější i vnitřní prostředí domova.

### Výzkumné otázky

Hlavní – ústřední otázka:

1. V jaké míře se standardy kvality sociálních služeb používají v domově geograficky vzdáleném od širší civilizace?

Další – specifické otázky:

2. Jaké jsou dopady zavádění nových trendů v práci se seniory na ně samé a nakolik ovlivňují kvalitu jejich života v pozitivním a případně i negativním směru?
3. co seniorům v takovém zařízení nejvíce chybí a co je naplňuje spokojeností.

## 2. Metodika výzkumu

### 2.1 Použité metody

V praktické části bakalářské práce byly použity dvě metody kvalitativního charakteru. Jednou je metoda strukturovaného dotazování a druhou analýza dokumentů z běžné činnosti domova, jako jsou například některé evidence, výstup z dotazníkového šetření domova, atd.).

Kvalitativní dotazování slouží ke zjišťování informací od osob nebo skupin osob na vývoj něčeho nebo na prognózu. Tato zjištění se vyhodnocují. Může mít podobu ústní (rozhovor) nebo papírovou. Je to připravený, do určité míry strukturovaně vedený rozhovor, ve kterém se tazatel drží hlavních otázek, na které potřebuje znát odpověď. Tazatel rozhovor řídí, ale nesmí předurčovat respondentovy odpovědi.

V bakalářské práci byla zvolena kombinace těchto dvou podob, tj. ústní rozhovor a zaznamenávání informace od respondentů do polostrukturovaného konceptu. Vybraní klienti při ověřování metody nebyli schopni nebo ochotni sami připravené formuláře s otázkami vyplňovat, což často souviselo i s jejich horší jemnou motorikou. Koncept rozhovoru byl konstruován tak, že jsem použila otázky otevřené s možností vlastního vyjádření klientů. Koncept pro rozhovor byl použit u seniorů, kteří jsou dostatečně orientovaní a dostatečně komunikují. Dále jsem tyto metody doplnila rozhovory s dlouholetými zaměstnanci tohoto domova (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 158).

Analýza dokumentů je studium dokumentů, které se může provádět v kvalitativním i kvantitativním výzkumu a jsou to veškeré zaznamenané postoje, hodnoty a ideje. Mohou to být knihy, zápisky, novinové články, stejně jako plakáty, obrazy a vše hmotné, co nevzniklo úmyslně s cílem výzkumu. Výhodou této metody je rozmanitost dokumentů a nezkrsování dat působením jiných faktorů. Disman dělí analýzu dokumentů na obsahovou, což je objektivní analýza jakéhokoliv sdělení a sekundární analýzu, jenž užívá data, která byla pořízena pro jiný výzkum, ale vztahují se i k tomuto výzkumu. Jako obsahová analýza mi posloužila Archivní kniha, Evidence stížností, Evidence žádostí a Metodika pracovních postupů v daném domově důchodců a jako sekundární analýzu jsem využila výsledek dotazníkového šetření na průzkum spokojenosti klientů s prováděnými aktivitami v domově.

## **2.2 Charakteristika výzkumného vzorku**

Protože v domově důchodců bydlí klienti různého stupně mobility i funkčnosti smyslových orgánů, konkrétně zraku a sluchu, byli osloveni zástupci každé takové skupiny klientů, neboť jsem se domnívala, že mobilita může mít velký vliv na hodnocení spokojenosti člověka. Zaměřila jsem se hlavně na seniory, kteří jsou v domově důchodců již delší dobu a mají proto možnost porovnat dřívější způsob práce v tomto domově s dnešním trendem zohledňujícím práva klientů v poměrně široké míře a individuální způsob přístupu ke klientovi ne jako k objektu péče, ale jako k partnerovi. Protože však takových seniorů v tomto domově již mnoho není, měla jsem v úmyslu zjišťovat názory na spokojenost i u klientů, kteří nastoupili v období od roku 2007. Chtěla jsem též oslovit i rodiny vybraných klientů, pokud by byly ochotny spolupracovat, a tázat se jich, jak hodnotí současný stav péče o klienty.

Výzkum proběhl začátkem června 2011. Respondenty jsem vybírala z 69 klientů našeho domova. Abych s nimi mohla vést rozhovor, zvolila jsem ty, kteří jsou dostatečně orientovaní a komunikují. Z nich jsem vyloučila klienty s velkou nedoslýchavostí, prakticky hluchotou, protože jsem zkusila v jednom případě s takovou paní rozhovor uskutečnit, podařilo se mi to jen díky tomu, že je plně orientovaná a zároveň si koncept mého rozhovoru mohla i číst. Přesto byla komunikace velmi náročná. Z celkového počtu 13 klientů mi zbylo 9 respondentů, kteří zde byli již delší dobu. K těmto respondentům jsem si ještě vybrala dvě respondentky plně orientované, které nastoupily v první polovině roku 2007.

Vzhledem k tomu, že si klientky z domova se zvláštním režimem již dobu před pár lety nepamatovaly a žádné informace mi nebyly schopny k výzkumu poskytnout, případně nebyly odpovědi validní, v této skupině klientů jsem výzkum dotazováním zkusila jen u dvou klientek, které ještě jsou částečně orientované.

Výzkumný vzorek se tedy skládal těchto klientů:

- 2 muži ve věku 69 a 73 let
- 5 žen ve věku 82 – 89 let
- 2 ženy ve věku 75 – 80 let
- Z výše uvedených bylo 7 respondentů z Domova pro seniory a 2 respondentky z Domova se zvláštním režimem.

Z tohoto vzorku jsou pouze 2 respondenti chodící, 4 respondenti pohybující se samostatněji pomocí pojízdného křesla a 3 respondenti ležící, dle potřeby a přání za pomoci personálu přeložení na pojízdné křeslo. U jedné respondentky z tohoto vzorku již byla patrná pokročilejší ztráta paměti, jedna respondentka je nevidomá. Tato fakta do určité míry ovlivnila i jejich náhled na situaci.

Všech respondentů jsem se předem dotázala na souhlas s rozhovorem, vysvětlila jim, k čemu tento rozhovor potřebuji, poskytla jim čas na rozmyšlenou a ujistila je o anonymitě rozhovoru. Neměla jsem problém s odmítnutím respondentovy spolupráce. Přesto během rozhovoru byly u některých respondentů patrné emoce vyvolané vzpomínkami na dobu po jejich nástupu do domova. Zdravotní stav některých byl v té době horší po prodělané nemoci a teprve během pobytu v domově začali být více pohybliví. U některých naopak bylo vlivem nemoci i postupujícího věku zdraví mnohem horší, než po nástupu do domova.

## 2.3 Popis prostředí – Domov důchodců Proseč u Pošné

Zámeček, ve kterém se domov nachází, byl kdysi tvrzí, později jej majitelé přestavěli na zámek, který v první republice sloužil jako ozdravovna vojáků veteránů. Po roce 1945 v něm sídlila Sovětská armáda. Od roku 1953 je v něm umístěn domov důchodců.

Domov důchodců Proseč u Pošné je příspěvková organizace zřizovaná Krajem Vysočina a nachází se v malé vesnici na Vysočině mezi okresním městem Pelhřimovem a Tábořem. Krajina je zde členitá s místy dalekého rozhledu.

V Domově jsou nyní dva typy služby. Je zde sociální služba Domov pro seniory se 41 lůžky a sociální služba Domov se zvláštním režimem a to pro ženy s demencí s 28 lůžky. O tyto klienty se stará 46 pracovníků včetně managementu domova a technických úseků (kuchyň, prádelna, údržba, účetnictví podniku). Obě sociální služby se nachází ve dvou patrech. V levém křídle je Domov pro seniory nazvaný „modré oddělení“, ošetřovna,

v pravém křídle je Domov se zvláštním režimem, který má „zelené oddělení“ a „žluté oddělení. Chodby jsou zde úzké, ale s koupacím pojízdným lůžkem se dá zajet do všech pokojů. Pokoje jsou sice malé, kapacita je naplněna na možné maximum, což by měla zlepšit výstavba nového křídla budovy navrhnutá ve stejném architektonickém stylu, ale s moderními prvky péče uvnitř.

Vzhledem k tomu, že je domov umístěn v budově malého zámečku v malé obci s několika obyvateli, bez dostatečné infrastruktury, jsou klienti domova do určité míry omezeni ve svých možnostech pokračovat zde ve způsobu života, jaký vedli v přirozeném prostředí.

Na Domově pro seniory je jedna a na Domově se zvláštním režimem dvě společné koupelny. Tento stav péči o klienty výrazně ztěžuje, neboť se musí plánovat využívání koupelen a hodně času se věnuje převozu imobilních klientů mezi jejich pokojem a koupelnou. Určitou těsnost by měla vyřešit plánovaná přístavba dalšího pavilonu a tím by se při zachování kapacity obou služeb zvýšil komfort klientů na pokojích, protože by se jejich počet v místnostech snížil na jedno až dvoulůžkové pokoje. Současně by měla být řešena lépe i společenská místnost. Ta současná je pro kulturní programy pořádané v domově kapacitně velmi nedostačující.



## 2.4 Rozhovory se zaměstnanci a klienty domova důchodců

Jak jsem se dozvěděla od pamětníků z řad zaměstnanců, v roce 1991 zámek vyhořel. Všichni klienti byli zachráněni, nedochovaly se však žádné dokumenty vyjma Archivní knihy s daty nástupů a odchodů klientů do domova. Po požáru byl domov rekonstruován do dnešní podoby.

### *Rozhovor s ředitelem domova důchodců Proseč u Pošné*

Protože jsem nemohla prostudovat dokumenty z historie, požádala jsem o rozhovor jednoho z nejdelších pamětníků mezi pracovníky domova a to přímo pana ředitele Jiřího Hormanďla. Z jeho vzpomínek zde uvádím tato data:

- V roce 1989 byla kapacita domova 70 lůžek, přičemž pokoje byly i v přízemí, kde jsou dnes kanceláře vedení a šatny pracovníků, dále byl pokoj místo dnešní jídelny klientů.
- Kapacita pokojů byla 1x jednolůžkový, dále dvou až šesti lůžkové.
- Na tehdejších 70 obyvatel domova bylo v roce 1989 jen 19 pracovníků.
- Byla zde 1 centrální koupelna s pomocnou traverzou místo zvedáku na manipulaci obyvatel při koupání ve vaně.
- Mobilní obyvatelé se stravovali v části dnešní kuchyně, která byla o to menší a nedostatečně vybavena. Pracovaly v ní 3 kuchařky.

Po požáru v roce 1991 a následné rekonstrukci došlo k těmto změnám:

- Kapacita domova se snížila o 1 lůžko, tj na 69 klientů.
- Bylo přistaveno zvednutím střechy v podkrovní 8 pokojů s 2 – 3 lůžky. Tím se zvýšil komfort klientů, ubyly ve většině vícelůžkové pokoje. Dnes je zde několik čtyřlůžkových, přibyl 1 jednolůžkový.
- Stav pracovníků se během dalších let postupně zvyšoval. Dnes je na 69 klientů 45,5 pracovníka.
- Přibylly dvě koupelny, na každém oddělení je jedna. K manipulaci s klienty dnes slouží zvedáky a pojízdná koupací lůžka pro ležící klienty. Postupně se všechny pokoje vybavily umyvadlem, některé mají i vlastní WC, případně malou chladničku na potraviny.
- Přibyl osobní a 2 nákladní výtahy, vybudovalo se únikové schodiště.

- Klienti se dnes mohou stravovat na společné jídelně, která vznikla zrušením vícelůžkového pokoje, mohou využívat klientské kuchyňky s velkou chladničkou, varnou konvicí a mikrovlnou troubou. Kuchyně domova se rozšířila o bývalou jídelnu, vznikly skladové prostory, přípravnu jídla, byla vybavena novými technologiemi, počet kuchařek se zvýšil o dvě.
- Na nádvoří byl vystavěn altán pro zastíněné posezení obyvatel.

Ještě v devadesátých letech minulého století bylo pro kvalitu služeb nejdůležitější, aby byli obyvatelé čistí a nehladověli. Nebyly s nimi prováděny žádné organizované aktivity, kulturní pořad byl jen občas, 1x ročně se konal výlet společně ještě s dalšími dvěma domovy. Od roku 1993 je zde pořádána „domovní“ pouť svaté Zdislavy a o něco později vznikla tradice seniorských sportovních her nazvaná Prosečkiáda, na kterou jsou zváni i zástupci klientů z jiných domovů, aby zde zdravě změřili své síly.

Domov byl financován státem, cena za lůžko byla fixní, stejná za celý rok. Jak vzpomíná pan ředitel, obyvatelé (dříve se používal výraz chovanci) odváděli za ubytování celý důchod a dostávali z něj jen 300,- korun kapesného bez ohledu na to, jak velký důchod pobírali. V prvních třech měsících po nástupu do domova jim byl ponechán celý důchod, aby si mohli dát do pořádku věci z minulosti. Od roku 2003 je domov zřizován Krajem Vysočina.

### ***Rozhovor s bývalou aktivizační pracovnící, nyní všeobecnou sestrou Domova se zvláštním režimem***

Aktivity se začaly výrazněji měnit až po roce 2000. Informace o nich mi poskytla moje současná kolegyně, všeobecná sestra paní Jana Lukešová, která se aktivizační činností v té době zabývala také. Jak říká, práce byla tehdy jinak rozdělená. Pokud jde o aktivity, nebyly v 90. letech organizované, obyvatelé byli bráni jako „kus“, o kterém rozhodoval někdo jiný. Po roce 2000 se začaly aktivity více organizovat, nejdříve byly k této činnosti určeny 2 dny v týdnu a vrchní sestra určila vždy 1 pracovníci z úseku přímé péče, která se aktivitám věnovala, připravila si program dle svého uvážení a nápadů. Po několika letech se aktivity s klienty rozšířily na celý pracovní týden, byla vyčleněna 1 stálá pracovnice a ta po splnění ranních sesterských činností s klienty pravidelně každý den dopoledne cvičila, povídali si společně o novinkách ve světě i doma, začínala s nimi již i trénink paměti. Postupně se aktivity rozšířily o volnočasovou výtvarnou dílnu, kde

klientky např. háčkovaly, pletly, šily, pracovalo se s papírem, vlnou, sádrou, barvami, podobně, jako dnes. Odpolední dílna vyhovovala těm klientům, kteří neměli rádi velký kolektiv. Již v této době kolegyně zaznamenala fakt, že klienti potřebují vědět, proč danou činnost dělají, k čemu slouží, aby věděli, že práce má smysl. Z tohoto období je po domově stále vidět obrázky na zdech, dečky a další výzdobu. V té době se ještě klientů nikdo moc neptal, zda chtějí či nechtějí takto trávit čas. Byli do dílny dovedeni či dovezeni bez možnosti volby. Někdo chtěl pracovat, někdo nechtěl a jen se díval.

Později se ale obliba dílny rozšířila mezi klienty natolik, že byla vyčleněna ještě jedna pracovnice z úseku přímé péče a uvažovalo se o rozšíření prostor pro dílnu. Časem přibyl na část úvazku další pracovník z úseku údržby, který se věnoval aktivizačním mužům, například natírali lavičky, zábradlí v areálu domova, atd. Tato činnost však ustala z důvodu omezení práce klientů zákonem. K rozšíření dílny také nedošlo, protože se postupně zhoršoval zdravotní stav klientů domova, zvyšoval se podíl klientů s demencí a bylo pro ně otevřeno 1. oddělení se zvláštním režimem. Do nového oddělení přešly obě tehdejší aktivizační pracovnice, neboť měly již zkušenosti v práci s danou problematikou a měly pro ni cit.

Se zavedením zákona 108/2006 Sb. byla na pozici aktivizační činnosti přijata pracovnice s maturitou a náplň činností zůstala zhruba zachována. Rozšířila se činnost o plesy seniorů, návštěvy akcí jiných domovů pro seniory, navštěvují se poutě v okolí a další akce dle návrhu klientů či pracovníků.

### ***Polostrukturované rozhovory s klienty***

Rozhovory trvaly v průměru  $\frac{3}{4}$  hodiny a skládaly se z 17 otázek. Otázky byly směřovány na posouzení spokojenosti klientů se současnou situací. U klientů bylo nepřímými otázkami zjišťováno, jak hodnotí svoji pozici jako klienta, péči personálu a prostředí domova včetně zabezpečení služeb zvenčí a jak jsou s nimi spokojeni.

Otázky jsem rozdělila do tří skupin. Jedna byla zaměřena na zjišťování spokojenosti s prostředím, ve kterém klient nyní žije, druhá skupina byla zaměřena na spokojenost s chováním personálu a třetí skupina otázek hodnotila obecné věci.

Na otázky odpovídali vybraní respondenti takto:

## **A) Otázka orientační**

### **1) Kolik let žijete tady v domově v Proseči?**

2x – 10 let,

2x – 7 let,

3x – 5 let,

1x – 4 roky,

1x neví.

Až na jednoho respondenta si na délku svého pobytu v domově všichni dobře vzpomínají.

## **B) Otázky na prostředí**

### **2) Co se Vám líbí tady v domově?**

- Dvěma respondentům se líbí dnešní pokoj, mají víc soukromí.
- tři nevědí, nic je nenapadá
- 4x uvádějí aktivity – každý jinou dle svého zájmu

### **3) Jak Vám vyhovuje Váš prostor v pokoji, kde bydlíte?**

- 5x - Nestěžují si, stačí jim současný stav.
- 2x – uvedli respondenti, že doma to bylo lepší, ale nemohli již zůstat sami, proto jsou zde.
- 2x – respondentům jejich prostor nevyhovuje. V jednom případě by byl žádoucí jednolůžkový pokoj, ve druhém více prostoru pro sebe – na své věci (např. křeslo, další skříňka).

### **4) Co si myslíte o společném záchodě a koupelně na chodbě? Jak Vám to vyhovuje?**

- 2x – by radši měli svůj záchod na pokoji
- 7x – je jim to jedno, nepoužívají WC nebo používají toaletní křeslo u lůžka.
- Ke koupelně se nikdo nevyjádřil.

### **5) Jak Vám vyhovují společné prostory, kde se můžete setkávat s ostatními klienty nebo rodinou?**

- 3x – Ano, vyhovují

- 3x – celkem ano – respondenti uvedli, že jsou prostory malé na hudební a taneční akce, někdy i na Mši Svatou.
- 2x moc ne – prostory nevyhovují pro návštěvy blízkých, nejsou dostatečně pohodlné nebo chybí soukromí.
- 1x – je jim to jedno – respondent uvedl, že vzhledem ke zdravotnímu stavu společné prostory nevyužívá, neboť je ležící a mezi lidmi moc nemusí. Má ale pokoj blízko společenské místnosti a hudbu odtud dobře slyší. Když je hezky a cítí se dobře, domluví se s personálem a nechá se vyvézt na polohovacím křesle na nádvoří domova nebo je za pomoci personálu vyvezen na „procházku“ okolo budovy domova, aby se podíval, co je venku nového.

#### **6) Co Vám zdá v domově ještě nevyhovující?**

- 2x – respondenti si myslí, že je málo personálu, stále někam běhá
- 2x – rádi by si s nimi více povídali, ale nemají moc s kým (na pokoji konverzace mezi klienty nefunguje).
- 2x – málo soukromí na pokoji, uvítali by jednolůžkový,
- 1x – je líto, že si nemůže do domova vzít větší inventář,
- 1x respondent má pocit, že jsou zde velké porce jídla (z dřívějšíka je zvyklý dojídat a nyní s tím má problém),
- 1x - respondent není spokojen s chováním některých ošetřujících sester.

#### **7) Co by se mělo stát, abyste zde byl/a více spokojen/a?**

- 2x – respondenti by uvítali více personálu,
- jeden by rád více jednolůžkových pokojů,
- jeden si myslí, že by se měla změnit výchova mladých lidí k větší slušnosti
- jeden by potřeboval změnit své zdraví.
- Jeden respondent uvádí, že větší péče o své zdraví,
- ostatní nevědí.

#### **8) Jak Vám vyhovují vnější služby zprostředkované pracovníky domova?**

- 2x – Ano, nejsem náročný člověk
- 6x – Jen částečně (pomáhá mi rodina)
- 1x – Vůbec ne.

### 9) Co Vám z vnějších služeb chybí nejvíce?

- 2x – Nevím, jsem docela spokojen/a
- 6x – zaznělo, že zde chybí větší sortiment v nabídce prodávaného potravinového zboží a že stávající zboží je drahé.
- 1x – Není tu obchod, kde by si člověk mohl vždy koupit, co potřebuje. Je až ve vedlejší vsi, tam se většina klientů nedostane.

Klienti mají možnost si doprovod k nákupu i služební auto objednat jako fakultativní službu, ale tato klientela, která pochází většinou z vesnic, není k tomuto způsobu utrácení peněz přístupná. Je jim bližší si postěžovat, že to nejde a tvářit se jako chudák (vysvětlení zaměstnance domova).

### C) Otázky zaměřené na postoj personálu ke klientům

#### 10) Změnilo se něco v chování zaměstnanců v posledních letech? V jakém směru?

- 1x – k horšímu – ty mladé jsou drzé
- 6x – nic se nezměnilo, je to stále stejné
- 2x – nevím

#### Pokud se změnilo, v čem nejvíce?

- Chybí mužská síla v ošetrovatelské péči. „Sestřičky nás musí tahat, zvedák někdy použijí, ale já se ho bojím.“
- Sedm respondentů se domnívá, že chování personálu je stejné, jeden respondent si myslí, že bylo dříve horší a jeden respondent udává, že „dnes je chování těch mladých holek mnohem horší“, podle něj to dříve nebylo.

#### 11) Respektují, podle Vás, zaměstnanci tohoto domova práva klientů? Třeba, když něco nechcete, můžete to odmítnout, nebo když potřebujete pomoc, pomůžou Vám?

- 2x – ano
- 1x – ano, „respektují, podepíšu papír, že s tím nesouhlasím“ (myšleno negativní revers)

- 5x – většinou ano, občas přesvědčují, že je to tak lepší (pracovníci se snaží klienty motivovat k tomu, aby se udržovali ve stavu schopném co největší možné sebeobsluhy – informace od zaměstnance domova na vysvětlenou).
- 1x – Někdy – „Chtějí, abych si to zkusil napřed sám, že to prý dokážu. Já jim říkám, že oni to ale udělají líp a sestry mi říkají, že to ale není důležité, jestli to udělám líp já nebo ony, hlavně je důležité, když si to zatím dokážu udělat sám.“
  - V odpovědi na otázku se nikdo nevyjádřil negativně, z toho vyplývá, že nemají pocit omezování ve svých právech.

**12) Při vyplňování Vašeho volného času organizovanými aktivitami Vám pracovníci nařídí účast na nějaké aktivitě, nebo se Vás ptají?**

- 3x – respondenti se vyjadřovali, že si svůj program vždy organizovali sami. Když chtějí, jdou zjistit, jaký je ten den program a podle toho se rozhodnou.
- 3x – si respondenti myslí, že jejich přání trávení volného času jsou respektována.
- 3x - „Je to stále stejné, někdy jsou přemlouváni, jindy ne.  
„Někdy nás nutí, abychom se víc hejbalí, abychom chodili na cvičení, na procházky ven, a mezi lidi, když je tu nějaká akce. Abychom prej nezatuhli. Vždycky se mi napřed nechce a pak jsem ráda, že jsem šla. Aspoň se rozptýlím a popovídám si“.

**D) Otázky zaměřené na pocit svébytnosti klientů domova**

**13) Vnímáte změnu v tom, že o sobě můžete sám/sama víc rozhodovat (právo volby, právo odmítnutí, stížností, atd.)?**

Při odpovídání na tuto otázku bylo znovu každému respondentu vysvětleno, co se tím myslí. Většině respondentů je jedno, zda se na svém životě mohou více podílet. Vzhledem k věkové struktuře a zdravotnímu stavu je jejich prioritou v klidu dožít.

- 2x – Je to stejné, nevnímám žádnou změnu.
- 2x – Je mi to jedno
- 1x – „jsem ráda, když to vyřeší za mě. Už si s tím kolikrát nevím rady“.
- 4x – tito respondenti říkají podobně, že o sobě nemohou rozhodovat, když nemohou chodit, protože jsou závislí na pomoci druhých. Nechtějí většinou připustit, že i tak o sobě mají právo rozhodovat. Je zde patrná hořkost nad svým osudem.

#### **14) Co jste dělával/a doma ve volném čase a můžete to dělat i zde v domově?**

- 4x – respondentky rády šily, pletly, háčkovaly, ale dnes už na to nevidí ani s brýlemi.
- 1x – Když se dnes na něco dívá déle, bolí ji oči, tak jde do dílny jen někdy.
- 2x – „dělám to i tady, podívejte, co jsem dnes udělala“ (jedna respondentka vyšívá, byť je ležící, druhá háčkuje na pokoji, ale do dílny chodit nechce, ale občas si sama přepere drobné prádlo).
- 1x – respondent má pocit, že z důvodu zdravotního nemůže nic dělat. Ale když je mu nabízena návštěva dílny, byť jen na dívání se, odmítne a jede si raději zakouřit.
- 1x – respondent by rád dělal klasické „mužské práce“, ale jeho hendikep mu toto neumožňuje. Přesto rád dělá v dílně se dřevem, když pracovníce něco připraví (sám aktivní v hledání nápadů není), někdy se přidá i ve výrobě keramiky nebo výrobků ze sádry.

**15) Pomáhají Vám zaměstnanci dosáhnout Vašich potřeb a přání?** (Vysvětleno, že se jedná jak o běžnou denní péči, tak o naplňování individuálního plánu). Z oslovených respondentů naprostá většina chápe smysl individuálního plánování, ostatním byla tato otázka vysvětlena jednodušeji na příkladech.

- 3x – Vždy, když je třeba
- 4x – Občas pracovníci zajdou se zeptat, jestli něco klient nepotřebuje
- 2x – Většinou ano, někdy jsou to věci, které nelze realizovat (např. přinutit rodinu k častějším návštěvám)

#### **16) Jak řešíte svoji nespokojenost s něčím tady v domově?**

- 3x – Řeknou sestřičkám.
- 3x – Řeknou to nějaké sestře, ona to vyřeší nebo řekne vedoucím a pak se to řeší.
- 1x – „Napíšu to do schránky, už jsem tam pár stížností dal. Někdy to vyřešili, někdy ne a řekli mi, že to teď řešit nejde, nebo že to vůbec řešit nejde. Taky mi řekli, že jestli mi to hodně vadí, že si můžu podat žádost do jiného domova, kde to bude třeba lepší.“
- 2x – „Bavila jsem se o tom se svojí sestřičkou (myšleno klíčovou pracovnící) a ona něco udělala, aby se to změnilo“.



## 17) Máte příbuzné nebo blízké, kteří za Vámi jezdí na návštěvu?

- Ano – 3x, často, většinou o víkendu. Jeden respondent je vozen na víkendy často k synovi domů.
- 5x – Ano, ale málo (méně než 5x ročně). Dáno vzdáleností, zdravotním stavem příbuzných, narušenými vztahy.
- 1 x – Ne (komentář odmítnut)

Tuto otázku jsem do výzkumu zařadila původně pro zjištění, zda bych mohla jejich příbuzné oslovit ke spolupráci. Respondentům to dle jejich vyjádření nevadí. Někteří příbuzní však jezdí velmi málo, nepravidelně a kontaktují zařízení sami. Ty, kteří jezdí častěji, jsem se snažila oslovit.

- tři kontakty se nepodařilo v dané době navázat (v období výzkumu neměli návštěvu naplánovanou nebo nezvedali telefon)
- jeden se omluvil, že nemá zájem o takový rozhovor (muž, ne příliš komunikativní).
- V jednom případě klientka, se kterou jsem byla na rozhovoru domluvena, během jarních měsíců zemřela, proto mi přišlo neetické rodinu v době smutku oslovovat takovouto prosbou.
- V příloze je přepsáno alespoň vyjádření dcery jedné klientky, které zaslala elektronickou poštou 8. 9. 2010 sociálnímu oddělení Domova důchodců proseč u Pošné. V podstatě se jedná o sekundární analýzu. S jejím dodatečným souhlasem uvádím v příloze č. 8.
- Další písemná vyjádření rodin na péči o jejich rodinné příslušníky jsem podrobila též sekundární analýze. Více v příslušné kapitole této práce.
- Některá hodnocení péče o klienty od jejich rodin je možné shlédnout na webových stránkách tohoto domova (adresa uvedena v seznamu zdrojů).

## 2.5 Analýza dokumentů

### *Analýza metodiky zařízení*

Jak se uvádí v úvodních informacích v Metodice domova, která souží i k lepšímu zapracování nových pracovníků, klientům je v zámecké budově rekonstruované v devadesátých letech poskytována péče ošetrovatelská, zdravotní, aktivizační a sociální.

Jedenkrát týdně nebo na zavolání v případě potřeby i mimo pravidelný termín zde ordinuje praktický lékař, běžné zdravotní úkony v rámci svých kompetencí vykonávají všeobecné sestry. Dále do domova 1x měsíčně dojíždí ordinovat psychiatr. V současné době je klientům k dispozici na jedno dopoledne v týdnu psycholog, který jim pomáhá lépe porozumět některým skutečnostem v jejich životě, které se nedaří řešit ani pomocí individuálního plánu. Klienti též mají možnost ponechat si své původní lékaře, ale musí si zajistit jejich spolupráci a dopravu k nim si hradí sami nebo se zapojí rodina.

Péči o klienty, tj. pomoc při hygieně, stravování, při organizaci volného času a péči o osobní věci zajišťují pracovníce přímé obslužné péče, případně sociálního úseku tak, aby klienty co nejvíce motivovaly k samostatnosti a soběstačnosti při vykonávání hygieny, přijímání stravy, nakupování či při rozhodování o způsobu trávení tohoto času. Personál pomáhá až tam, kde klient sám objektivně daný úkon již nezvládne. Přesto někteří klienti vyžadují péči nad rámec své potřeby s odůvodněním, že za to sestry dostávají jejich peníze (myšleno příspěvek na péči).

Stravování v domově zajišťuje vlastní kuchyně, výběr z jídel není možný, zohledňují se však diety, alergie, výrazné averze k určitému jídlu. Osobní prádlo pere vlastní prádelna, lůžkoviny se vozí z kapacitních důvodů do prádelny v okresním městě.

Z ceníku poskytovaných služeb je patrné, že se zde nachází pokoje od jednolůžkových, které jsou jen dva, až po čtyřlůžkové. Nejvíce je však dvou a třílůžkových. Všechny pokoje jsou vybaveny potřebným nábytkem, umyvadlem, na některých pokojích je malá chladnička. Několik pokojů má i své WC.

Pokud jde o denní režim, je podobný těm, které jsou v ostatních podobných zařízeních. Klienti si mohou zvolit dobu ranního vstávání ve svém individuálním plánu tak, aby bylo možno zajistit odpovídající služby i ostatním klientům. Mohou si zvolit místo stravování buď na pokoji, nebo v souvislosti s volnou kapacitou na společné jídelně. Pokud se zdrží mimo domov, mohou si jídlo ohřát sami nebo s pomocí personálu v mikrovlnné troubě v kuchyňce. Mohou si též zvolit účast na aktivitách pořádaných domovem nebo si vybrat svoji vlastní aktivitu, případně být jen pasivní. I toto je zde respektováno, pokud motivace k zapojení klienta do dění domova není úspěšná.

Pracovníci přímé péče a sociálně aktivizačního úseku se zaměřují při jednání s klienty i na alternativní či neverbální komunikaci. Pro klienty se ztrátou sluchu mají připravené předepsané kartičky, případně tabulky s fixem, na které dopisují potřebný text a klient má možnost buďto napsat svoje slova, nebo domluveným signálem souhlasit

či nesouhlasit. Tato metoda se používá i u klientů postižených CMP, jejichž komunikace je výrazně omezena. Klienti Domova pro seniory mají na ruce signalizaci pro nouzové volání, kterým si přivolají sestru, klienti Domova pro seniory mají signalizaci nastavenou na upozornění při neuvědomělém odchodu ze zařízení, kdy sestry okamžitě vyběhnou zatoulaného klienta doprovodit buďto zpět do domova, nebo se s ním projdou po okolí dle jeho přání. Často se stává, že klienti vyjdou ven, aniž by to měli v úmyslu. Domov se zvláštním režimem nemá uzamčená oddělení, pouze zajištěná složitějším mechanismem otvírání, který však občas některá klientka překoná, aniž by si uvědomovala, proč to dělá, kam jde, jestli vůbec chce odejít. Pokud má zájem o skutečné vycházení mimo toto oddělení, je to součástí jejího individuálního plánu a personál s tímto faktem příslušně pracuje.

### ***Analýza informačních dokumentů o aktivitách***

Analýzou fotografií na webových stránkách domova i nahlédnutím do starších alb z dnů v domově za dříve uplynulá léta jsem došla k názoru, že někteří klienti na aktivity vůbec nechodí, někteří si vybírají tu aktivitu, která je zajímavá, a někteří jsou natolik aktivní, že i přes svůj hendikep – invalidní vozík – se účastní všech kapacitně dostupných aktivit. Větší přehled o tom může po delší době ukázat výstup z počítačového sociálního programu, do kterého se začala v letošním roce zapisovat jmenovitě účast klientů na akcích i aktivitách. Dle vyjádření vedoucí sociální pracovnice domova bude tento výstup dobře analyzovat zaměření určitých klientů na konkrétní aktivity a upozorní na výraznější neúčast některých klientů. U těch pak budou moci jejich klíčoví pracovníci zjišťovat důvody jejich neúčasti v dnů domova.

Na fotografiích je možné také vidět, že rámci výtvarné dílny se kromě keramiky, práce se sádkou či dřevem, látkami a papírem také často pečou sladké pohoštění pro klienty, pozvané hosty domova nebo si klienti za asistence pracovnice vaří a smaží jednoduché pokrmy, např. bramboráky, jen tak pro radost.

Nástěnky na chodbách všech oddělení vypovídají o tom, že v dopoledních i odpoledních hodinách probíhají v domově organizované volnočasové aktivity, kterých se klienti mohou dle svého zájmu účastnit. Kromě pozvaných kulturních programů a výjezdů za kulturou z domova mohou klienti navštěvovat společné aktivizační cvičení, výtvarnou dílnu, společné pravidelné zpívání při kytarě a klávesách. V zimních měsících probíhá společné čtení ve společenské místnosti, v letních měsících vycházky po okolí

nebo společné čtení na nádvoří, případně povídání o různých tématech, která život přináší. Příjemné jsou i chvíle vzpomínání na minulá léta, na mládí a dobu s ním spojenou. Klienti však mohou trávit volné chvíle i dle svého vlastního zájmu a mohou k tomu využívat i zařízení domova, jako jsou například společenské hry, knihy, televize a ruční práce nebo vzájemnými návštěvami, či vycházkami do pěkné přírody klasického českého venkova. Aktivizační činnost je řízena i v součinnosti s individuálními plány klientů, pracovníci se snaží podpořit u klientů tu činnost, která je více zajímá nebo v minulosti zajímala.

### ***Analýza Evidence stížností, podnětů a přání***

O respektování práv a oprávněných nároků svědčí Evidence stížností a podnětů, kterou jsem podrobila analýze za několik let zpět. Zjištěním bylo, že do roku 2007 se stížnosti vůbec neevidovaly. Od ledna 2007 je evidence vedena a po kontrole zřizovatele r. 2009 byla i rozdělena na každou službu zvlášť.

Při zkoumání stížností z Domova se zvláštním režimem jsem zjistila, že stížnosti od rodin nejsou v domově žádné zaznamenány, naopak jsou registrovány ve větším počtu za dobu trvání této služby pochvaly a poděkování rodin, které si uvědomují, co spočívá v péči o klienty s demencí. Pokud pracovníci těchto oddělení zaznamenají nějakou nelibost klienta, která je neobvyklá jeho běžnému chování, zaznamenají tuto skutečnost do jeho individuálního plánu a dotazováním či pozorováním zjišťují důvod tohoto chování. Jakmile identifikují pravděpodobný podnět nelibosti klienta, seznámí s tím ostatní zainteresovaný personál, zavedou opatření na odstranění nelibosti klienta tak, aby byl co možná nejvíce spokojen, a uvědomí o této situaci písemným záznamem do příslušné knihy pracovníka zodpovědného za evidování stížností pro celý domov.

Z evidence stížností klientů Domova pro seniory je znát, že se stížnostmi zabývají jak vedoucí v příslušných pozicích, tak klíčoví pracovníci daných klientů a další personál, kterého se případná stížnost či požadavek týká. Dle metodiky se personál snaží stížnost vždy řešit v předepsané lhůtě, není-li to možno, dá klientovi na vědomí, že se v řešení stížnosti pokračuje a dosud nebylo z nějakého důvodu možno tuto stížnost dořešit do zdárného konce. Stížnosti, které jsou akutní, se řeší pokud možno ihned. Byla zde zaznamenána pouze jedna stížnost blízké osoby na jednání pracovníků přímé péče, kterou řešil zřizovatel domova. Tato stížnost však byla po prošetření ředitelem organizace

klasifikována, jako neoprávněná a protože se v mezidobí klient, jehož blízká osoba stížnost podávala sama za sebe, odstěhoval, byla tato stížnost odložena.

### ***Druhotná (sekundární) analýza***

V dubnu a květnu 2011 proběhlo v domově důchodců dotazníkové šetření (viz příloha), jehož cílem bylo zjistit spokojenost s aktivitami v obou službách nabízenými klientům domovem a zhodnotit jejich oblíbenost, případně aktivity pozměnit tak, aby více vyhovovaly přání klientů.

Druhotnou analýzou těchto dokumentů jsem zjistila, že nejoblíbenějšími aktivitami v Domově pro seniory jsou procházky, výlety a kulturní programy. Jen o něco méně klienty baví společné aktivizační cvičení a aktivizační výtvarná dílna. V průměru oblíbenosti se vyskytují společné zpívání, návštěva Mše Sváté, která je buď pravidelně sloužena přímo v domově, nebo ji klienti mohou navštívit dle vlastního rozhodnutí v okolních kostelích. Dále se na středu oblíbenosti objevují společenské hry, návštěvy pracovníků na pokojích klientů a povídání s nimi. Je překvapující, že takové tradiční činnosti, jako je drobné vaření a pečení v rámci aktivizace v kuchyňkách na jednotlivých odděleních, se umístily až v závěru oblíbenosti spolu se společným předčítáním vybraných knih. Klienti domova pro seniory v naprosté většině uvádí, že o aktivitách jsou dostatečně informováni, jsou s nabídkou aktivit spokojeni, asi polovina těchto klientů si myslí, že jim zde nějaký druh aktivity chybí. U chybějících aktivit je v popředí jednoznačně péče o zahrádku. Vzhledem k zdravotnímu stavu většiny seniorů je to aktivita spíše toužená, než realizovatelná. V současnosti se jedna pohybově aktivnější klientka stará o vlastnoručně zasazené letničky před vstupem do budovy zámečku, ve kterém domov sídlí.

Porovnáním výsledků dotazníkového šetření na obou odděleních Domova se zvláštním režimem, jsem zjistila rozdíly v hodnocení těchto aktivit na jednotlivých patrech této služby. Je to dáno i poněkud rozdílnou skladbou klientek obou pater. V prvním patře je tzv. Zelené oddělení, kde jsou klientky již ve větší fázi demence. Ve druhém patře, na tzv. Žlutém oddělení, jsou klientky zatím více aktivnější a určitých aktivit do určité míry schopnější. Zatímco na Zeleném oddělení je nejoblíbenější činností zpívání, procházky a jiné, blíže nespecifikované činnosti, na Žlutém oddělení je to spolu se zpíváním kulturní program, pak až procházky. Společné čtení je na Žlutém oddělení hned po těchto aktivitách, kdežto na Zeleném oddělení až ve středu nabídek. Aktivizační

dílna se u klientek obou oddělení drží až v závěru jen s tím rozdílem, že na Zeleném oddělení o ni jeví zájem jen jedna klientka, kdežto na Žlutém oddělení čtyři klientky. I na obou těchto odděleních jsou klientky zcela spokojeny s informovaností o aktivitách a téměř zcela spokojeny s nabídkou služeb a jako chybějící aktivitu uvádějí shodně zahrádku, rozdílně pak Zelené oddělení divadlo, Žluté oddělení cukrárnu/kavárnu.

Druhotné analýze jsem podrobila i písemné reakce rodin na péči o jejich příbuzné v tomto domově. Jako pracovnice tohoto domova jsem byla několikrát svědkem ústnímu vyjádření rodiny o obdivu k náročné práci pracovníků oddělení přímé péče. Písemně se spontánně vyjadřují většinou až po úmrtí jejich blízkého člověka, klienta domova. Jedná se vždy o poděkování za dobrou a náročnou péči o jejich příbuzného. Často to byl klient, který prožíval svoji závěrečnou fázi života velmi dlouho a bylo pro pracovníky přímé i psychicky náročné zabezpečit mu dostatečný komfort jak po stránce fyzické, tak psychické. Uplatňovaly ve své péči o takovéto klienty i prvky bazální stimulace, které na člověka působí většinou velmi pozitivně a uvědomuje si je prokazatelně i přes svoji neschopnost komunikovat. Vyjadřuje svoji radost či spokojenost klidnými a kladnými reakcemi, někdy i úsměvem na tváři.

### **3. Shrnutí výsledků šetření**

Šetření ukázalo, že uvedení zákona o sociálních službách v platnost zdejší obyvatelé výrazně nepřekvapilo. Většina respondentů se vyjádřila, že „je to stále stejné“, jako dříve. Jako vysvětlení se nabízí fakt, že klienti, kteří jsou opravdu ještě natolik dobře orientovaní, že si doby minulé pamatují, nejsou v domově ještě tak dlouho, aby pamatovali doby skutečně výrazně horší. Rekonstrukce objektu proběhla již před 20 lety a od té doby se prostory nezměnily. Personál domova již dříve zavedl kvalitu a individuální plánování do své práce se seniory. Současní zkoumaní senioři jsou zde nejdéle od roku 2001 a to se již začínaly uplatňovat ve zdejších domově nové trendy práce s nimi. Ti, co jsou zde déle, již nejsou schopni odpovídat reagovat adekvátně na výzkum. Vzhledem k tomu, že je zde vedení domova, které nové trendy nejen sleduje, ale snaží se i podporovat jejich zavádění do praxe formou jak školení personálu, tak požadavky na výkony personálu ve vztahu ke klientům, začaly se zde naplňovat standardy kvality postupně již od svého zavádění po roce 2002.

Je zde poměrně stálý personál již řadu let, většina z pracovníků odchází odsud až do důchodu, což klientům přináší větší pocit jistoty ve stálosti známých tváří i jejich chování. Stává se, že klientovi se po delší době ozve jiný domov seniorů, který jeho žádost o poskytování služeb také evidoval, že by mohl nastoupit do jejich zařízení. Většina klientů tyto žádosti již ruší a zůstává v tomto domově důchodců, kde si zvykli i přes nepříznivé geografické podmínky. Vzhledem k tomu, že se personál o kvalitu služeb vůči uživatelům domova snaží již několik let před zákonnou povinností, nedá se přesně určit, zda se záměr standardů o zlepšení péče po zavedení zákona daří naplňovat.

Dotazováním vybraných klientů - respondentů bylo zjištěno, že nemají pocit, že by jejich práva někdo výrazně porušoval. Naopak jsem měla pocit, že si někteří z nich myslí, že jejich práva jsou větší, než práva ostatních. Toto je však předmětem vývoje dalšího upřesňování limitů a hranic, kam až mohou nároky klientů dojít na úkor schopností a technických možností zaměstnanců domova. Někteří vnímají mylně svá práva jako povinnost personálu jim sloužit, když jejich příspěvek na péči dostává domov a ne oni – klienti. Přes neustálé vysvětlování personálu si tuto skutečnost nechtějí připustit. Někteří využívají možnost stížností či podávání podnětů do některé ze tří schránek v domově k tomu určených. Na každém oddělení je jedna taková schránka umístěná v místě, které není poblíž žádné kanceláře či pracovny personálu. Buď jsou umístěny blízko výtahu pro

klienty, nebo na společné chodbě před jejich pokoji. Všechny schránky byly již využity, ať klienty přímo, zprostředkovaně přes klíčového nebo oblíbeného a důvěru naplňujícího pracovníka, tak i rodinou, která se pozitivně vyjádřila o péči o jejich maminku až do jejího konce, který byl, jak rodina uvedla, velmi pro personál vyčerpávající. Jako pozitivní dopady zavádění nových trendů vidím, že se klienti nebojí podávat stížnosti a požadavky na zlepšování kvality služby, podávají je jak anonymně, tak jmenovitě. Zařízení s těmito stížnostmi a podněty většinou pracuje jako s ukazateli nedostatečné kvality a snaží se tyto jevy napravit k větší spokojenosti klientů.

Pokud jde o dobrovolnost účastnit se aktivit, je u některých klientů patrn zájem o aktivity, které domov připravuje, někteří klienti si své aktivity organizují sami, často se však stává, že se nechají klienti do aktivit přemlouvat. Může to být jednak ostychem přijít mezi ostatní, což se řeší v rámci individuálního plánu třeba odpoledními dílnami, které jsou většinou navštěvované menším počtem klientů a je možno si domluvit i individuální aktivitu, ale s ohledem na čas pracovníka, který by měl spravedlivě rozdělit i mezi ostatní klienty. Může to být však dáno i jakousi leností, které někteří klienti podléhají. Proto se personál přímé péče a sociálně aktivizačního úseku snaží vždy zjistit, zda se jedná o zdravotní indispozici, ostych či lenost. Personál se snaží vést klienty k udržování svých schopností, dovedností a samostatnosti v co nejvíce úkonech co nejdéle, aby byla podporována kvalita jejich života i v podmínkách, které nejsou přirozené běžnému životu.

Ze spolupráce klíčových pracovníků, ostatních pracovníků a klientů jsem nabyla dojmu, že práce s klienty formou individuálního plánování zde funguje nenásilně, přirozeným během věcí, tak, jak to klient cítí či potřebuje.

Jako **pozitivum** vnímám v tomto domově snahu zapojit rodinné příslušníky do péče o jejich příbuzného zde umístěného, což podporuje vzájemné kontakty těmito mezi členy rodiny a pozitivně to působí na psychiku klientů. Nedokážu jednoznačně odpovědět na otázku, zda na klienty působí zdůrazňování jim jejich práv a možností pozitivně či negativně. Někteří klienti jako by byli radši v pozici člověka, o kterého se ve všem postarají jiní a on již nemusí nic řešit, obzvláště ne to, čemu již v rychle se rozvíjející společnosti dostatečně nerozumí. Určití klienti též nechápou jednotný a profesionální přístup pracovníků ke všem klientům stejně, bez rozdílů a větších či menších osobních sympatií. Klienti mají tendenci si vztahem k pracovníkům nahrazovat chybějící rodinné



vztahy, což pracovníci nemohou akceptovat. Určitě na ně však pozitivně působí lidský přístup k nim samotným, jako k svébytné osobnosti.

Šetření pomocí strukturovaného rozhovoru ukázalo, že geograficky nevýhodné prostředí vadí především v nedostatečnosti jedné určité služby, a to prodeje běžného zboží denní potřeby. Klientům, kteří jsou rodinami častěji navštěvováni, mohou zajistit nákup zboží rodinní příslušníci. Aby byl komfort v této oblasti zajištěn i pro ostatní klienty, snaží se v současnosti management domova řešit tuto situaci hledáním jiného prodejce a to právě na základě stížností klientů domova na současného prodejce.

Dalším prvkem, který vyplývá z nevýhodné polohy tohoto domova je dopravní dostupnost jak pro rodinné členy, kteří nemají vlastní dopravní prostředek, tak pro výběr pracovníků, kteří by museli řešit dojíždění do odlehlého místa od svého bydliště především vlastním dopravním prostředkem, což ale v zimních měsících bývá problém i pro ty zaměstnance, kteří auto mají. V zimních měsících se často stává, že silniční komunikaci se nedaří dostatečně udržovat vlivem přírodních podmínek. Domov se nachází v kopcích na Vysočině, kde zima bývá krásná, ale tvrdá. Vliv to má i na možnost vycházek v zimních měsících, kdy padá hodně sněhu nebo roztátý sníh umrzá v náledí. Senioři se pak nedostanou tak často ven na procházku, jak by chtěli, a to z důvodu jejich bezpečnosti.

Pokud jde o vnitřní prostředí, určitému menšímu počtu klientů vadí vícelůžkové pokoje z důvodu nedostatečného soukromí. Toto však závisí od povahy každého klienta, jsou klienti, kteří naopak nechtějí bydlet sami. Zlepšení prostorového komfortu by měla zajistit zřizovatelem slíbená přístavba, která by za zachování stávajícího počtu klientů snížila kapacitu lůžek na jednotlivých pokojích a zajistila péči i klientům – mužům s demencí.

## 4. Závěr

Výsledky výzkumu ukázaly, že v tomto domově geograficky vzdáleném od širší civilizace se částečně daří naplňovat záměr předpokládaný při zavádění standardů kvality v sociálních službách.

Tím, že člověk v určitém věku odchází do důchodu, pomalu ztrácí sílu, paměť, celkové zdraví, sociální status pracovníka, má pocit ztráty integrity s většinovou společností, cítí se vyloučen z aktivního života a nepotřebný. Takový člověk často upadá do depresí, uzavírá se ve svém soukromí, přestává vyhledávat společenské kontakty. Když se k tomu přidá ztráta životního partnera, ztrácí chuť žít. Starším lidem je třeba pomoci najít nový smysl života, nový směr a užitečnost. To platí obzvláště v rezidenčních zařízeních, ve kterých klient ztrácí velkou část svého soukromí, možnost komunikace s přirozeným prostředím a často i z důvodu zdravotního stavu schopnost aktivně se podílet na způsobu trávení svého života. V oblastech, které personál domova může ovlivňovat, je vidět entuziazmus a odpovědnost ke klientům, je zde velká snaha o jejich udržení v běžně fungující společnosti.

Pokud jde o edukaci klientů k uvědomování si svých práv a jednání podle toho, je zde tento záměr plně splněn. Klienti jsou k takovému myšlení a jednání vedeni personálem. O klienty neorientované nebo nekomunikující se personál stará s citem a empatií. Snaží se zjišťovat jejich potřeby a přání pozorováním a dalšími technikami.

Se zájemci, žadateli i klienty, stejně jako s jejich rodinami, je jednáno jako s partnery, kteří nejsou v nevýhodné pozici. Je jim opakovaně vysvětlováno, jaké další možnosti jsou případně vhodné nebo reálné. Je pak na nich samotných, jak se rozhodnou.

S klienty je pracováno pomocí individuálních plánů, jsou zde uplatňovány různé vhodné techniky komunikace i motivace klientů k ovlivňování svého života pozitivním způsobem.

Aktivity jsou v tomto rezidenčním zařízení konány v rámci jeho technických a finančních možností, klienti mají možnost si svobodně vybrat, zda a jakých aktivit se chtějí účastnit. Pracovníci se snaží pomocí výletů, návštěv vnějších zdrojů a pozvání programů do zařízení vytvářet v rámci svých možností o komunikaci klientů s běžným prostředím, o setkávání s vrstevníky i jinými generacemi. Též podporují komunikaci klientů s rodinami, není zde stanoven žádné časové omezení pro návštěvu rodiny či známých u klienta. Ohledy je nutno brát jen na noční klid a dobu vykonávání nutné

hygieny klienta. Ostatní záležitosti jsou vždy na vzájemné dohodě klienta, rodiny a personálu domova.

Nedaří se zde zatím zvýšit více komfort klientů od poslední rekonstrukce před 20 lety. Prostory zámečku jsou poněkud těsné a někteří klienti by uvítali samostatný pokoj. Otázkou však je, zda by v případě jednolůžkových pokojů nebyli více izolováni, protože by neměli dostatek podnětů, vzorů pro své chování a možností ke vzájemné interakci.

Dále se nedaří adekvátně vyřešit možnost nákupů klientů v tomto zařízení či alternativním způsobem pro ně přijatelným. Určité omezení je patrné i při vycházkách do okolí, kde je poněkud členitý terén a prochází zde poměrně hodně frekventovaná silnice. Tyto skutečnosti značí pro klienty, kteří jsou pohybově dostatečně schopní, určité riziko.

K výzkumu byly použity vhodné metody, které pomohly k objasnění současného života seniorů v pobytovém zařízení odloučeném svým umístěním od širší společnosti. Doplnit by se daly ještě pozorováním zúčastněných osob.

Domnívám se, že cíl mé práce byl splněn, neboť výzkum odkryl pozitiva i negativa života seniorů v tomto zařízení. Ukázal omezené možnosti domova v péči o klienty a potřebnost přístavby pro vyšší komfort stávajících klientů. Výzkum ukázal též, že zaměstnanci jsou dobře odborně vzděláni k práci s touto klientskou skupinou.

Tato práce mě přiměla přemýšlet více o povahách i osudech klientů domova, o jejich hranicích při vzájemné komunikaci a o jejich tendencích vytvořit si bližší vztah s některým pracovníkem domova. Je to patrné především u klientů, za nimiž rodiny nejezdí často.

### III. POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE:

#### Knihy:

1. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0139-7.
2. ERIKSON, E. *Osm věků člověka* (překlad J. Langmaier, D. Langmaierová). 2. vydání. New York: W. W. Norton & Co., 1963.
3. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vydání. Praha: Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4
4. GOFF, J. *Kultura středověké Evropy*. Paříž: Arthaud, 1964, 1982. Praha: Odeon, 1991. ISBN 80-207-0206-7
5. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 2. vydání. ISBN 978-80-87109-19-9
6. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6
7. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5
8. KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vydání. Tábor: APSS ČR, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4
9. KKRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. *Sociální služby – tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 2008. ISBN 978-80-254-3427-7
10. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 2. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7195-404-0
11. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
12. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Slon, 2003. ISBN 80-86429-19-9
13. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Portál, Praha, 2007, 2. vydání. ISBN 978-80-7367-331-4
14. MICHALÍK, J. a kol. *Metodika vzdělávání poradců uživatelů sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: IER, 2007. ISBN 80-903657-2-8
15. MOŽNÝ, I. *Česká společnost*, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1

16. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. Praha: Slon, 2006, 2. vydání. ISBN 978-80-86429-87-8
17. MUSIL, L. *Vývoj sociálního státu v Evropě*. Brno: Doplněk, 1996. ISBN 1081-074-1996
18. RÁŽOVÁ, E., KRÁLOVÁ, J. *Ústavní sociální péče*. 1. vydání. Praha: MPSV, 1998. ISBN 80-85529-50-5
19. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7
20. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0
21. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0
22. RHEINVALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8
23. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

#### **Časopisy:**

24. ČÁSLAVA, P. *Modernizace a hledání dobrého řízení*. Sociální služby – odborný časopis. APSS ČR, Tábor. ISSN 1803-7348. č. 2009/5, s. 20-21.
25. VAŠKOVÁ, R. *Návštěva ve Slovinsku*. Sociální služby – odborný časopis. APSS ČR, Tábor. ISSN 1803-7348. č. 2011/1, s. 26-27.

#### **Internetové zdroje:**

26. [http://www.cekas.cz/php/pdf/Bila\\_kniha\\_unor\\_2003.pdf](http://www.cekas.cz/php/pdf/Bila_kniha_unor_2003.pdf)
27. [http://www.Demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=201](http://www.Demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=201)
28. [http://www.Demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=34](http://www.Demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34)
29. <http://www.proprosec.ic.cz>

#### **Jiné:**

30. Zápisy ze služebních cest pracovníků Domova důchodců Proseč u Pošné dostupné v tomto zařízení.

## **IV. PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh:**

Příloha č. 1: Některé organizace zabývající se seniorskou problematikou

Příloha č. 2: Koncept polostrukturovaného rozhovoru

Příloha č. 3: Dotazník na zjištění spokojenosti s aktivitami v DD

Příloha č. 4: Nabídka volnočasových aktivit v domově

Příloha č. 5: Týdenní program – nástěnka DD

Příloha č. 6: Fotografie okolního prostředí Domova důchodců Proseč u Pošné

Příloha č. 7: Fotografie z aktivizací DD Proseč u Pošné

Příloha č. 8: Vyjádření dcery klientky

Příloha č. 9: Ukázky navštívených rezidenčních zařízení v Norsku a Švédsku

Příloha č. 10: Výstup z evidence stížnosti DD Proseč u Pošné

Příloha č. 11: Eriksonova Epigenetická tabulka

## **Příloha č. 1: Některé organizace zabývající se problematikou seniorů**

### ***Světové a české organizace zabývající se zlepšením kvality života seniorů:***

Americká geriatrická společnost – 1942

Association for Geriatric Higher Education (AGHE) – 1975 – založena na podporu geriatrického vzdělávání. Od r. 1999 začleněna jako vzdělávací složka do Gerontological Society of America

Mezinárodní gerontologická asociace IAG

WHO – světová zdravotnická organizace

Česká gerontologická společnost – 1962

Česká alzheimerovská společnost

Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging

Slovenská gerontologická společnost – 1969

CDCS – Evropský výbor pro sociální soudržnost

CECODHAS – Evropský kontaktní výbor pro sociální bydlení

CLRAE – Kongres místních a regionálních samospráv

CS-ASR – Redakční skupina pro zprávu o sociálních právech

CS-EM – Výbor expertů pro podporu přístupu k zaměstnání

CS-LO – Skupina odborníků pro přístup k bydlení

CS-PS – Skupina odborníků pro přístup k sociální ochraně

EAPN – Evropská síť proti chudobě

ETUC – Evropská odborová konfederace

HDSE – Projekt pro lidskou důstojnost a proti sociálnímu vyloučení

PRAPS – Regionální programy pro přístup k prevenci a péči

UNDP – Rozvojový program OSN

UNECE – Evropská hospodářská komise OSN

UNHCHR – Vysoký komisař OSN pro lidská práva

### ***Organizace a programy seniorů a pro seniory***

Život 90

Zdraví 21

Společnost pro každý věk

Zdraví pro všechny v 21. století

Stárnout zdravě v České republice

Nadační fond „Veselý senior“

Eurolink Age

EURAG – Evropský svaz starší generace

U3V – Univerzita třetího věku (založena 1973 ve francouzském Toulouse)

## Koncept polostrukturovaného rozhovoru

---

### **A) Otázka orientační**

- 1) Kolik let žijete tady v domově v Proseči?

### **B) Otázky na prostředí**

- 2) Co se Vám líbí tady v domově?
- 3) Jak Vám vyhovuje Váš prostor v pokoji, kde bydlíte?
- 4) Co si myslíte o společném záchodě a koupelně na chodbě? Jak Vám to vyhovuje?
- 5) Jak Vám vyhovují společné prostory, kde se můžete setkávat s ostatními klienty nebo rodinou?
- 6) Co se Vám zdá v domově ještě nevyhovující?
- 7) Co by se mělo stát, abyste zde byl/a více spokojen/a
- 8) Jak Vám vyhovují vnější služby zprostředkované pracovníky domova?
- 9) Co Vám z vnějších služeb chybí nejvíce?

### **C) Otázky zaměřené na postoj personálu ke klientům**

- 10) Změnilo se něco v chování zaměstnanců v posledních letech? V jakém směru?
  - a) Pokud se změnilo, v čem nejvíce?
- 11) Respektují, podle Vás, zaměstnanci tohoto domova práva klientů? Třeba, když něco nechcete, můžete to odmítnout, nebo když potřebujete pomoc, pomůžou Vám?
- 12) Při vyplňování Vašeho volného času organizovanými aktivitami Vám pracovníci nařídí účast na nějaké aktivitě, nebo se Vás ptají?

### **D) Otázky zaměřené na pocit svébytnosti klientů domova**

- 13) Vnímáte změnu v tom, že o sobě může sám/sama víc rozhodovat? (právo volby, právo odmítnutí, právo stížnosti, atd)?
- 14) Co jste dělával/a ve volném čase a můžete to dělat i zde v domově?
- 15) Pomáhají Vám zaměstnanci dosáhnout Vašich potřeb a přání?
- 16) Jak řešíte svoji nespokojenost s něčím tady v domově?
- 17) Máte příbuzné nebo blízké, kteří za Vámi jezdí na návštěvu?



## DOTAZNÍK

### *Aktivity v domově pro seniory*

Vážený pane/Vážená paní,  
obracíme se na Vás s prosbou o spolupráci při zlepšování aktivit v našem domově. Předkládaný dotazník je anonymní. Získaná data z něj budou využita pro účely zlepšování aktivit v domově. Vyplněný formulář můžete vhodit do boxu s nápisem „Dotazníkové šetření – aktivity v domově“, který se nachází v 1. patře u výtahu, nebo jej předat pracovnícím ve službě. Výsledky dotazníkového šetření zveřejníme na nástěnkách v domově. Odpovědi označujte křížkem do čtverečku, případně doplňte text. Předem děkujeme za Váš čas, který strávíte při vyplnění dotazníku.

1. Jakou aktivitu máte v domově nejraději?

- zpívání
- cvičení
- dílna
- společné čtení
- výlet
- vaření, pečení
- kulturní program (ples, muzika)
- procházka
- mše
- návštěvy klientů na pokojích
- společenské hry
- jiné.....

2. Jste spokojen/a s nabídkou aktivit?

ano       ne

3. Myslíte si, že nějaký druh aktivity chybí?

ano       ne

4. Jaká aktivita Vám v domově chybí?

.....

5. Jste dostatečně informován/a o aktivitách?

ano       ne

DĚKUJEME VÁM ZA VYPLNĚNÝ DOTAZNÍK

## Nabídka organizovaných volnočasových aktivit:



pravidelné společné **cvičení** klientů



informovanost klientů o **děni doma i ve světě**



programy na **procvičování paměti**  
**společenské hry**

Společné **zpívání** s varhany a kytarou



**četba** na pokračování

**sledování**



**video**



**práce**



**v aktivizační**



**dílně**



**Společné pečení,**



**vaření**



**drobné práce na zahradě**



**procházky s klienty v okolí domova**

**pravidelné mše**



**kulturní akce u nás v domově**

**a výjezdy klientů do jiných zařízení**



**návštěvy u klientů na pokojích:**

**povídání, čtení, hra na kytaru**



## PROGRAM SPOLEČNÝCH AKTIVIT V TÝDNU:

### Pondělí

9 – 10	hod.	společné cvičení - 1. patro
10 – 11	hod.	aktivity v dílně

### Úterý

9 – 10	hod.	zpívání - na modrém odd.
10 – 11	hod.	zpívání - na žlutém odd.
14,30 – 15,30	hod.	zpívání - na zeleném odd.

### Středa

9 – 10	hod.	společné cvičení - 1. patro
10 – 11	hod.	aktivity v dílně
13,30 – 15,30	hod.	aktivity v dílně

### Čtvrtek

9 – 10	hod.	dílna – muži
10 – 11	hod.	dílna – muži

### Pátek

9 – 10	hod.	společné cvičení - 1. patro
10 – 11	hod.	aktivity v dílně

*Příloha č. 6: fotografie okolního prostředí Domova důchodců Proseč u Pošné*

**Domov důchodců Proseč u Pošné**



Fotografie č. 1: Proseč v předjaří

Zdroj: <http://www.proprosec.ic.cz>



Fotografie č. 2: Zimní Proseč

Zdroj: <http://www.proprosec.ic.cz>



Fotografie č. 3: Letecký pohled na Proseč

Zdroj: informační brožurka DD Proseč u Pošné



Příloha č. 7: fotografie z aktivit v domově důchodců Proseč u Pošné



Výroba keramických drobností



Tvorba ubrusu batikou – závěrečné práce



Příprava jablek na štrúdl a na sušení křížal.

Příloha č. 7: fotografie z aktivit v domově důchodců Proseč u Pošné



Masopust 2011 v domově.



Výlet s klienty do Průhonického parku.



Postavili jsme králíčkovi vrbový domeček.



## **Příloha č. 8: Vyjádření dcery k péči o klienty v Domově důchodců Proseč u Pošné**

Jmenuji se J. [REDACTED] a moje maminka žije již několik let v domově důchodců Proseč u Pošné.

Proto jsem zde již třetím rokem vykonávala dobrovolnickou činnost. Na pozici dobrovolníka pracuji v létě ve svém volnu, zhruba týden až čtrnáct dní.

Má pracovní náplň zahrnuje: přítomnost u klienta, předčítání knihy nebo novin dle přání, beseda s klientem na různé téma, doprovod při vycházkách, doprovod a přítomnost na hodině cvičení a na pracovní terapii a další činnosti dle návrhu klienta nebo dobrovolníka.

Názory laické veřejnosti na domovy důchodců mohou být někdy z pohledu zvenčí zkresleny. Domov důchodců, jako státní zařízení, má přesné stanovené standardy, které personál plní. Ale vše je samozřejmě o lidech. Záleží na konkrétním domově, na konkrétním pracovním týmu a na konkrétním jednotlivci.

Teprve když se zde laik účastní celodenního provozu, vidí, co vše musí personál stihnout, jak obětavě s nekonečnou trpělivostí a na vysoké profesní úrovni, všichni s klienty jednájí. Zaslouží si hluboký obdiv a úctu, protože je to práce fyzicky i psychicky velmi náročná. Je to spíše poslání než povolání.

Některé další postřehy očima laického dobrovolníka: důstojné prostředí při jídle v útulné jídelně, na oválném stole prostřeno, polévka se servíruje z teriny, na stole čerstvé květiny, na tomto oddělení (žlutém) sestry obědvají společně s klienty a u stolu si s nimi povídají, vládne rodinná atmosféra.

Dopoledne probíhají rehabilitace, dle počasí procházky, v dílně pracovní terapie, dle zájmu klienta cvičení, sledování televize, je zde i možnost zúčastnit se Mše svaté.

Vždy se účastním se zájmem jak hodiny cvičení, tak hodiny pracovní terapie. Je to podle mého názoru velmi dobře a zajímavě vedeno, především s ohledem na zdravotní stav klientů. Klienti jsou zábavnou formou motivováni k aktivitě.

Ke každému klientovi se zde přistupuje individuálně s ohledem na jeho momentální kondici.

Chtěla bych ještě jednou vyslovit dík všem zaměstnancům domova důchodců v Proseči u Pošné, zvláště pak personálu ze žlutého oddělení, kde jsem jako dobrovolník pracovala.

Doufám, že tento můj malý písemný příspěvek pomůže k tomu, aby nastartoval zájem o různé formy dobrovolnické činnosti, jak je to běžné v některých státech Evropské unie.

J. [REDACTED]

## ***Ukázky navštívených zařízení sociálních služeb v Norsku a Švédsku***

### **1. Norsko - Oslo:**

V Oslo je 60 domovů důchodců s cca 5.000 lůžky na téměř 500.000 obyvatel. Systém se snaží o co největší míru domácí péče, míru potřeby (komu a kolik) určuje městský úřad.

#### **1.1. Domov důchodců Kathinka Guldberg – senteret – nezisková nadační organizace (nadace je součástí norské církve).**

- ❖ Cílem domova je dlouhodobý pobyt při co nejvyšší kvalitě za co nejnornálnějších podmínek.
- Velký moderní areál, kde je střední zdravotní škola (pro ošetřovatelky), nemocnice a
- Domov je otevřen od r. 1973, v r. 2004 rekonstrukce.



- Celý provoz domova hradí městský úřad dle potřeby, klient platí úřadu 75 % svých příjmů (což je asi 30 % celkových nákladů).
- Stravování:
  - Snídaně: personál nakoupí ráno suroviny dle předchozí večerní dohody s klienty, společně ji připravují.
  - Oběd: studenou stravu typu „sendvič“ připravuje personál v kuchyňkách
  - Večeře: do domova se dováží teplá strava připravovaná jinde.

## Příloha č. 9: Ukázky navštívených rezidenčních zařízení v Norsku a Švédsku



Kuchyškový kout v denní místnosti – slouží pro skupinu asi 8 klientů s pracovníkem.

- ❖ Domov důchodců má celkem 127 klientů bez omezení v diagnóze. Pořadník na umístění řídí městský úřad, čekací doba je asi 2 – 6 měsíců.
- ❖ Domov je rozdělený na dvě části, tj. pro seniory:
  - více schopné se o sebe postarat (jako penzion)
  - méně schopné se o sebe postarat (pečovatelský), dále rozdělený do 4 skupin dle diagnózy na:
    - klienty s jasnou myslí
    - klienty s demencí fyzicky schopné – chodící
    - klienty s demencí fyzicky neschopné – nechodící
    - klienty s psychickou diagnózou
- ❖ domov je rozdělen na 6 jednotek, každá má několik skupin po 7-8 klientech
  - ve společných prostorách je výmalba a zařízení interiéru dané, ale pokoj si může každý zařídit dle svého, svým nábytkem, atd. Pokoje jsou jednolůžkové.
  - každá jednotka má všeobecnou sestru a vedoucího organizování denní aktivity, který se jich účastní. K aktivitám seniory podporují, z počtu 27 se jich asi 2-3 klienti nezúčastní. Dnes se již nezaměřují tolik na tvorbu výrobků, ale více na fyzickou aktivitu – cvičení. Pořádají „filosofickou kavárnu pro seniory“ – diskuse ve skupinách na vybrané téma zajímavé pro seniory – pod filosofickým vedením. Dále pořádají koncerty, besedy, přednášky, zahradní párty (včetně obědu).

## Příloha č. 9: Ukázky navštívených rezidenčních zařízení v Norsku a Švédsku

### 1.2. Domov důchodců v Dovre



- ❖ Domov provozovaný městem Dovre byl z původního „starobince“ z 19. století přestavěn v 60. letech 20. století na domov důchodců. Poslední rekonstrukce skončila r. 2000. Slouží k ubytování jednotlivců i párů, jeho kapacita je 48 klientů v normálním režimu a 8 klientů ve zvláštním režimu. Domov má:
  - 4 oddělení po 10 klientech v normálním režimu a
  - 8 klientů ve zvláštním režimu, tj. s demencí.
    - Zvláštní režim je umístěn v „suterénu“, což je z jedné strany budovy „podzemí“ a z druhé strany přízemí (budova je v mírném svahu) chráněné dřevěným plůtkem.
- ❖ Pokoje jsou jedno a dvoulůžkové – snaha je o jednolůžkové = větší zájem, ale je větší poptávka po umístění, proto jsou i změněny na dvoulůžkové.
- ❖ Na přijetí klienta do zařízení není zaveden pořadník, ale rozhoduje skupina městského úřadu složená z úředníků města a lékařů.
  - Rozhoduje žadatelova potřebnost, komise rozhodne o druhu poskytované služby.
  - Může mu být poskytnuta i dočasná (respitní) péče, případně pomoc s domácí péčí.
  - Každý z pracovníků musí mít zdravotnické vzdělání.
  - V domově se vaří pouze 1 jídlo, klienti si nemohou vybírat.
  - 1x týdně dochází lékař
  - Sestry používají k přesunu po areálu koloběžky. Personál dochází i do domácího prostředí potřebných lidí, kteří o tuto službu požádají a zaplatí si ji.



**Příloha č. 9: Ukázky navštívených rezidenčních zařízení v Norsku a Švédsku**



Dvoulůžkový pokoj byl původně určen převážně pro páry.



Fota: archiv autorky práce

## Příloha č. 9: Ukázky navštívených rezidenčních zařízení v Norsku a Švédsku

### 2. Švédsko

#### 2.1. Domov důchodců v Boras

Je velký komplex budov, kde se nachází jak domov důchodců, tak ústav pro mentálně postižené. Tento domov je průměrným typem domova důchodců v této zemi.



Fota: archiv autorky práce.



**Příloha č. 10: kopie výstupu ze statistiky stížností za rok 2010  
v Domově důchodců Proseč u Pošné**



**Statistika stížností, požadavků, podnětů a připomínek  
evidovaných za rok 2010**

**Za rok 2010 je v DD Proseč u Pošné evidováno celkem:**

- 1 záznam požadavku
- 5 záznamů stížnosti, z toho:
  - Jedna stížnost byla přeposlána z Kraje Vysočina k vysvětlení
  - jedna stížnost byla vzata již během podávání zpět po vysvětlení pravidel péče.
  - Zbývající byly řešeny.

Stížnosti a požadavky byly podávány do schránky k tomu určené (3x), písemně dopisem – přeposláno od zřizovatele (1x), ústně přímo odpovědné osobě (1x).

**Řešení požadavků a stížností proběhlo dle metodického pokynu takto:**

- Požadavek č. 01/10na:
  - a. změnu klíčového pracovníka ze strany klienta byl řešen po vzájemné dohodě tří zúčastněných osob a souhlasu vedoucí úseku PP výměnou KP.
  - b. rozšíření jídelníčku o více českých jídel byl řešen na poradě stravovací komise a byl shledán ne zcela řešitelným, neboť klient nebyl schopen odpovědět na dotaz, jaká jídla konkrétně má na mysli. Během roku pak byla přidána do stravování minimálně 4 nová jídla (rajská omáčka, koprová omáčka, zeleninové a ovocné saláty, kompoty).
- Stížnost č. 02/10 zasláná Krajem Vysočina byla vysvětlena podrobným popisem jednání žalující a žalovaných pracovníků a zaslána zpět. Protože klient zmíněné blízké osoby v krátké době ukončil svůj pobyt v tomto DD, stížnost byla odložena jako dále již bezpředmětná
- Stížnost č. 03/10 byla postupně řešena dle možností DD.
- Stížnost č. 04/10 nebylo možno v dané době řešit z technických důvodů. Byla dohodnuta se stěžovatelem určitá pravidla s tím, že hledání řešení bude pokračovat. Později se změnil zdravotní stav klienta, kterého se stížnosti na narušení soukromého prostoru týkala, proto již nebylo nutno hledat další možná řešení situace.
- Stížnost č. 05/10 byla řešena v personálních možnostech DD.
- Stížnost č. 06/10 byla vyřešena s klientem přímo při podávání a to vysvětlením systému péče.

V Proseči dne 21. 3. 2011

Zhodnocení provedla: .....

**DOMOV DŮCHODCŮ**  
Proseč u Pošné  
Proseč u Pošné 1, 395 011  
IČO: 005 11 897

Příloha č. 11: Epigenetická tabulka – Erikson, 1963



Epigenetická tabulka

VIII zralost									<i>integrita „já“ proti zoufalství</i>
VII dospělost									<i>generativita proti stagnaci</i>
VI časná dospělost									<i>intimnost proti izolaci</i>
V puberta a adolescence									<i>identita proti konfúzi rolí</i>
IV latence									<i>snaživost proti márněcnosti</i>
III lokomotor- genitální									<i>iniciativa proti vině</i>
II svalově- anální									<i>autonomie proti studu a pochybám</i>
I orálně- senzorní									<i>základní důvěra proti základní nedůvěře</i>
	1	2	3	4	5	6	7	8	