

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

**Lucie Řezáčová**

**Kam směřují sociální služby pro seniory  
v České republice**

*Bakalářská práce*

Praha 2009

Autor práce: **Lucie Řezáčová**

Vedoucí práce: **Ing. Bohumila Čabanová, PhD.**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2009**

Hodnocení: .....

## **Bibliografický záznam**

ŘEZÁČOVÁ, Lucie. *Kam směřují sociální služby pro seniory v České republice*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2009. 59 s. Vedoucí práce Ing. Bohumila Čabanová, PhD.

## **Anotace**

Cílem bakalářské práce je ukázat, kam směřují sociální služby pro seniory v České republice. Práce pojednává o obecných proměnách v systémech sociálních služeb a jejich vlivu na sociální péči o staré lidi. Zabývá se faktory stojícími v pozadí těchto změn, k nimž patří demografické stárnutí populace, ekonomická neudržitelnost systému sociálních služeb a humanizace péče o staré lidi. Práce se také zmiňuje o problému ageismu a demografické paniky. Zmíněné vlivy se odrážejí v rozvoji nových trendů a požadavků v sociálních službách a nových formách sociální péče, které jsou považovány za alternativu klasické ústavní péče. Jednou z možností, jak naplňovat moderní požadavky na sociální péči o seniory, jsou tak terénní sociální služby poskytované v přirozeném prostředí jejich uživatelů. Představují další oblast zájmu této práce, jejíž cílem je prozkoumat charakter, stav a dostupnost těchto služeb v České republice. Blíže se práce věnuje pečovatelským službám, které patří mezi nejvíce využívané terénní sociální služby. Ačkoli je většina práce postavena na analýze dokumentů a dat, kapitola o pečovatelských službách zahrnuje i vlastní poznatky zjištěné na základě polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky těchto služeb. Vzhledem k povaze terénních sociálních služeb se práce zaměřuje zejména na sociální péči poskytovanou ne zcela nesoběstačným seniorům.

## **Annotation**

The objective of thesis is to point what is the orientation of social services for older people in the Czech Republic. The work deals with common changes in social service systems and their impact on social care for older people. It is concerned with factors laying behind these changes as demographic ageing, expensive social service system and humanization of care for elderly. Besides it includes problems of ageism and demographic panic. The referenced factors influence development of new trends and requirements for social services and development of new forms of social care which are considered the alternative of standard institutional care. So one of the possibility how to

accomplish modern demands on social care for older people are field social services offered in older people's household. They present the next sphere of interests of this work which investigates the character, situation and accessibility of these services in the Czech Republic. The work more closely pursues the domiciliary care that is the most provided field social care. Although the most of thesis is based on a method of data and documents analysis, chapter about domiciliary includes my own information found out from interviews with social services workers. In light of the character of field social care the work focus on a care for more self-sufficient elderly.

## **Klíčová slova**

senioři, sociální služby, sociální péče, terénní sociální služba, pečovatelská služba, trendy v sociálních službách

## **Keywords**

older people, social services, social care, field social services, domiciliary services, trends in social services

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 18. 5. 2009

.....

Lucie Řezáčová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce Ing. Bohumile Čabanové, PhD. za její ochotu, užitečné rady a čas, který mé práci věnovala. Dále bych chtěla poděkovat pracovnícím v domě s pečovatelskou službou v Tanvaldě a v Desné v Jizerských horách za jejich laskavost a poskytnuté informace. Poděkování patří také mým blízkým za podporu při psaní této práce.

# Obsah

❖ Úvod .....	11
<b>1. K problému stárnoucí populace a nedostatku péče o staré lidi .....</b>	<b>14</b>
<b>2. Teoretická východiska .....</b>	<b>17</b>
2.1. Demografické stárnutí populace .....	17
2.1.1. Demografické stárnutí v České republice .....	17
2.1.2. Souvislosti demografického stárnutí a demografická panika .....	19
2.2. Kvalita života seniorů .....	21
2.2.1. Koncept lidských potřeb .....	22
2.2.2. Autonomie ve stáří .....	26
<b>3. Moderní trendy v sociálních službách poskytovaných převážně soběstačnějším seniorům .....</b>	<b>28</b>
3.1. Souvislosti .....	28
3.2. Humanizace .....	29
3.2.1. Účast klienta na rozhodování o sociální službě .....	29
3.2.2. Soběstačnost seniorů a jejich potřeby .....	30
3.3. Integrovační snahy .....	31
3.4. Hospodárnost .....	33
3.4.1. Vícezdrojové financování .....	33
3.5. Decentralizační snahy .....	33
3.5.1. Pluralita poskytovatelů .....	34
3.5.2. Předcházení rizikům .....	34
3.5.3. Dilema zodpovědnosti: stát versus rodina .....	35
<b>4. Terénní sociální služby na pozadí deinstitutionalizace .....</b>	<b>37</b>
4.1. Úvod k novému přístupu v sociálních službách pro seniory .....	37
4.2. Rozvoj deinstitutionalizace .....	37
4.3. Zhodnocení významu terénních sociálních služeb a deinstitutionalizace ..	38
4.4. Komu a jak terénní sociální služby pomáhají .....	39
4.4.1. Pomoc seniorům a jejich rodinám .....	39
4.4.2. Typy zajišťované péče .....	40
<b>5. Terénní sociální služby v České republice .....</b>	<b>42</b>
5.1. Nedostatky .....	42
5.2. Pečovatelská služba .....	44

5.2.1. Poskytované služby .....	44
5.2.2. Zjištěné problémy.....	45
5.3. Domy s pečovatelskou službou.....	45
5.3.1. Nástup do domu s pečovatelskou službou.....	46
5.3.2. Poskytované služby .....	46
5.3.3. Bydlení .....	47
5.3.4. Zhodnocení významu.....	47
<b>❖ Závěr .....</b>	<b>49</b>
<b>❖ Seznam obrázků a grafů.....</b>	<b>51</b>
<b>❖ Použitá literatura .....</b>	<b>52</b>
<b>❖ Seznam příloh.....</b>	<b>57</b>
<b>❖ Přílohy.....</b>	<b>58</b>



# PROJEKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

<b>Autor bakalářské práce:</b>	<b>Lucie Řezáčová</b>
Obor:	Sociologie a sociální politika
Termín obhajoby:	Letní semestr ak. roku 2008/2009
<b>Vedoucí bakalářské práce:</b>	<b>Ing. Bohumila Čabanová, PhD.</b>

## **Předpokládaný název práce:**

Možnosti sociální péče o seniory v České republice se zaměřením na terénní pečovatelské služby a moderní trendy v sociálních službách

## **Námět práce:**

V současné době žije v České republice zhruba 1,5 mil. seniorů a již dnes se česká společnost potýká s nedostatečnou sociální péčí o seniory. Ačkoliv na jedné straně usilujeme o prodloužení života, na druhé straně nemáme pro stále rostoucí počet seniorů dostatečné sociální ani zdravotní zajištění. Problém nedostatečné sociální péče bude stále naléhavěji volat po efektivním řešení, protože podle demografických prognóz v České republice bude počet obyvatel starších 65 let rapidně růst.

Vzhledem k tomu, že již v dnešní době jsou kapacity tradičních domů pro seniory nedostatečné a rychlá výstavba nových zařízení, která by pokryla poptávku, se nepředpokládá, je třeba se zaměřit na jiné alternativní formy sociální péče o lidi v důchodovém věku, kteří nejsou zcela soběstační. Důležitou součástí sociálních služeb, která bude nabývat na významu, jsou terénní pečovatelské a ošetrovatelské služby, které zároveň odpovídají na požadavky kvality života a moderních trendů v sociálních službách.

Práce má být pojata jako přehledová studie moderních tendencí v sociálních službách a analýza terénních sociálních služeb pro seniory v České republice. Zároveň zde využijí vlastní poznatky empirického šetření, které poslouží k dokreslení informací o pečovatelské službě.

## **Cíle práce:**

Cílem této práce je prozkoumat, jak se vyvíjí moderní sociální služby pro seniory. Ukázu zde, které faktory přispěly k transformaci tradičních sociálních služeb, kterými trendy jsou současné sociální služby ovlivněny a jaký mají v péči o staré lidi význam rozvíjející se terénní sociální služby.

## **Výzkumné otázky:**

- Jak se v České republice vyvíjí sociální péče o seniory?
- Čím jsou podmíněné změny v současném systému sociálních služeb?
- Které trendy ovlivňují sociální služby poskytované seniorům?
- Jaký mají význam terénní sociální služby včetně pečovatelské služby a jaká je jejich dostupnost?

## Výzkumné metody

- *Analýza dat a dokumentů*

- *Polostandardizovaný rozhovor*: Provedu několik rozhovorů s pracovníky v domech s pečovatelskou službou, které jsou výrazným poskytovatelem pečovatelských služeb v České republice. Otázky budou směřovány na poskytované služby. Nepůjde o reprezentativní šetření, zvolená metoda poslouží pouze k dokreslení zkoumaného tématu.

## Předběžná struktura práce:

1. Demografický vývoj
2. Kvalita života jako teoretické východisko
3. Faktory transformace sociálních služeb a moderní trendy
4. Terénní sociální služby pro seniory
5. Výsledky empirického šetření

## Orientační seznam literatury a dalších zdrojů:

Česká geriatrická revue

Jeřábek, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Centrum pro sociální a ekonomické strategie FSV UK.

Johnson, M. L. 2005. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

Králová, J., E. Rážová. 2007. *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: ANAG.

Možný, I. 2002. *Česká společnost : nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál.

Sýkorová D., O. Chytil. 2004. *Autonomie ve stáří: strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.

Veselá, J. 2003. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha: VÚPSV.

Vohralíková, L.; Rabušic L. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Praha: VÚPSV.

Zákon o sociálních službách

Zavázalová, H. et al. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.

Zdravotnické noviny

[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

[www.czsz.cz](http://www.czsz.cz)

[www.helpnet.cz](http://www.helpnet.cz)

[www.gerontocentrum.cz](http://www.gerontocentrum.cz)

V Praze dne 23. 5. 2008

Podpis vedoucího bakalářské práce

Podpis autora

## ❖ Úvod

Stárnutí populace se v posledních desetiletích stalo vděčným tématem celospolečenské diskuze. Hovoří se o něm zejména ve smyslu negativních dopadů na důchodový systém. Zvyšování počtu lidí seniorského věku s sebou nese ovšem nejen problémy ekonomické, ale i sociální a zdravotní. V této práci se zabývám především sociální péčí a službami pro lidi seniorského věku, protože diskuzi v sociální oblasti v souvislosti s demografickým stárnutím populace považuji dlouhodobě za podhodnocovanou na úkor ekonomických debat o důchodovém systému, ačkoliv obě oblasti, ekonomická a sociální, jsou úzce provázané. Navzdory tomu, že média i politici představitelé přikládají zvyšování počtu seniorů význam hrozby, existuje tlak na to, aby se toto chápání změnilo. Na druhou stranu populační vývoj médií i mnohými odborníky označovaný za hrozbu svým způsobem nejen vytváří, ale i pomáhá téma péče o staré lidi prezentovat jako problém na veřejném poli.

Již v současné době často s obtížemi řešíme, jak se postarat o členy rodiny v pokročilejším věku. Problémy se objevují nejen v souvislosti s demografickými změnami ve společnosti, ale i s proměnami rodiny, která se mnohdy o starého člověka nemůže z různých důvodů postarat. Můžeme spatřovat rozpor v tom, že na jedné straně existuje tlak na prodloužení lidského věku, na druhou stranu však stále není zcela vyřešen problém, jak se o velké množství lidí ve vyšším věku postarat.

Současný systém sociálních služeb pro seniory doznává proměn, které jsou odrazem nejen demografických, ale i ekonomických, sociálních a hodnotových vlivů. Dnešní pojetí sociálních služeb pro seniory je ovlivněno několika trendy, které tvoří ústřední linii výzkumné práce. V souvislosti s těmito proměnami nabývají na významu alternativní formy péče, ke kterým patří zejména terénní sociální služby, jimiž se v práci zabývám ve smyslu možného řešení, jak zajistit seniorům dostupnou sociální péči, která by odpovídala na moderní požadavky v této oblasti.

### **Výzkumný záměr**

Cílem bakalářské práce je nastínit, kam směřuje moderní sociální péče o staré lidi v České republice, čím jsou podmíněny změny v systému sociálních služeb a na jakých pilířích (trendech) je moderní sociální péče postavena. Dále si kladu za cíl představit alternativní služby sociální péče, konkrétně terénní sociální služby, z nichž se blíže soustředím na pečovatelské služby. Hlavní výzkumnou otázkou je, jak se (nejen)

v České republice vyvíjí sociální péče o staré lidi. Snažím se odpovědět na následující otázky. Které faktory ovlivňují vývoj v sociálních službách pro seniory? Které hodnoty a které trendy stojí v pozadí moderního způsobu poskytování sociální péče seniorům? Jaký mají význam v moderním systému péče terénní sociální služby? Jaký mají v České republice charakter pečovatelské služby, potažmo domy s pečovatelskou službou a jaká je jejich praxe, situace, způsob poskytování těchto služeb a jejich dostupnost?

I když se práce vztahuje k sociální péči pro všechny skupiny seniorů a v některých bodech se dotýká celého systému sociálních služeb obecně, zaměřuji se zde především na sociální péči o ty seniory, kteří nejsou zcela soběstační a nepotřebují komplexní dvacetičtyřhodinovou pomoc druhých osob. Proto jsou jedním z hlavních témat práce terénní sociální služby, které jsou považovány za vhodný typ péče hlavně pro soběstačnější seniory.

## **Metodologie**

V práci se opírám především o analýzu teoretických dokumentů a empirických dat a dokumentů. Čerpám např. z dat Českého statistického úřadu a výzkumných zpráv Ústavu práce a sociálních věcí. K výběru tohoto výzkumného přístupu jsem dospěla na základě toho, že rozmanitost dokumentů „... otevírá přístup k informacím, které by se jiným způsobem těžko dostaly“ [Hendl 2005: 132]. Zvolená metoda mi posloužila k získání informací nutných ke zodpovězení výzkumných otázek.

I když je práce převážně teoreticky orientovaná, v kap. 5 o terénních sociálních službách uvádím i některé vlastní informace zjištěné pomocí polostandardizovaných rozhovorů s lidmi zajišťujícími provoz domů s pečovatelskou službou. Jedná se tedy o rozhovory s experty, k nimž jsem přistoupila z důvodu potvrzení zjištěných faktů z analýzy dokumentů pomocí dalších informací a dále proto, že odborník do jisté míry reprezentuje určité vědění ve zkoumané oblasti. Tomuto empirickému "minivýzkumu" ale nevěnuji samostatnou kapitolu, protože tato bakalářská práce není prvotně založena na empirickém výzkumu; výsledky používám pouze k dokreslení informací o terénních sociálních službách, resp. domech s pečovatelskou službou. Nepovažuji je tak za hlavní zdroj informací o tomto typu služeb ani jim nepřisuzuji reprezentativní hodnotu. Cílem rozhovorů bylo získat základní představu o praxi pečovatelské služby.

Provedla jsem celkem tři rozhovory v domech s pečovatelskou službou na území Tanvaldska, kde mám trvalé bydliště. Konkrétně ve dvou domech - v Desné v Jizerských horách, která je sousedícím městem a kde jsem hovořila s pracovníci domu

(zdravotní sestrou) a se sociální pracovníci sociálního odboru, a také přímo v Tanvaldě, kde jsem provedla rozhovor s pečovatelkou. Výběr domů jsem provedla úsudkem, přičemž jsem mluvila s těmi pracovníky, které jsem v době mé návštěvy právě zastihla.

### **Členění práce**

Práce je uvedena expozicí problému. Vycházím z toho, že současná péče o staré lidi nevyhovuje z hlediska kapacit pobytových a terénních služeb, ani vzhledem k požadavkům na moderní sociální služby. Práce je postavena na dvou teoretických východiscích. Jednak se zde zabývám souvislostmi demografického stárnutí, přičemž se zmiňuji o konceptu demografické paniky, a dále zahrnuji koncept kvality života. Vzhledem k široké povaze tématu kvality života jsem se ale rozhodla zaměřit se na koncept lidských potřeb, zejména pak na oblast autonomie života, která v procesu poskytované péče u starších, méně soběstačných lidí silně nabývá na významu.

V další části práce představuji moderní trendy v sociálních službách, které mají v současné době velký vliv na samotný způsob poskytování péče. V tomto ohledu považuji za nejdůležitější zmínit trend deinstitucionalizace, kterým se v další části práce zabývám společně s terénními sociálními službami. Poslední část věnuji terénním sociálním službám v České republice, především pečovatelským službám, protože jsou nejvyužívanější formou terénní sociální péče, a domům s pečovatelskými službami, které jsou kombinací služeb terénních a pobytových.

## **1. K problému stárnoucí populace a nedostatku péče o staré lidi**

Jak již bylo naznačeno, zvyšování počtu starých lidí v populaci s sebou nese nejen rostoucí potřebu jejich ekonomického, ale i sociálního zabezpečení. Je otázkou, kdy začíná být v souvislosti se stárnutím populace zabezpečení seniorů palčivým problémem a kdy by měl tedy stát začít této oblasti věnovat větší pozornost. „Nejnověji se uvádí, že dosáhne-li podíl osob starších 65 let 12 procent v celkové populaci, je nutno se zabývat v celostátním měřítku systémem péče o staré občany jako součástí zdravotní a sociální politiky a při 14 % a více se tato péče stává základním problémem zdravotnictví.“ [Zavázalová et al. 2001: 14] Pro srovnání bylo v roce 2007 v české populaci 14,6 % osob nad 65 let<sup>1</sup>, v roce 2050 se očekává třetinový podíl této skupiny lidí v české populaci<sup>2</sup>.

V tomto případě je potřeba si položit otázku, jak je naše společnost na tyto změny připravena - jak je schopna zajistit všem dostupnou kvalitní péči. O starší lidi, kteří jsou nějakým způsobem závislí na pomoci jiné osoby, se může starat rodina nebo formální instituce. Vzhledem k neochotě nebo nemožnosti rodin postarat se o starého člena rodiny bývá poměrně častým řešením umístění seniora do domova pro seniory. V mnoha případech ale umístění do rezidenčního zařízení není nejvhodnější volbou, navíc kapacitní možnosti těchto zařízení se považují za nedostatečné a omezené, což se promítá do dlouhých čekacích dob na místo. Ve výzkumu Veselé se pouze 39 % pověřených obecních úřadů kladně vyjádřilo k tomu, že kapacity domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce (dnes se v obou případech jedná o domovy pro seniory) vyhovují [Veselá 2003: 18]. Vysoký počet uchazečů o místo v domově ale nemusí nutně znamenat, že tam jsou všichni hned ochotni nastoupit nebo že to vzhledem k jejich stavu nutně potřebují. Z výzkumu Kasalové plyne, že žádosti jsou urgentní jen ve čtvrtině případů [Kasalová citována in Vohralíková, Rabušic 2004: 73]. Hovoří se o tom, že příčinou velkého počtu žádostí může být nedostatečné zajištění potřeb ze strany alternativních, terénních nebo ambulantních služeb, a to díky nízkému objemu těchto služeb [Koncepce 2007: 4] a nedostatečné informovanosti o takových alternativách [Kuchařová 1997: 15], ke kterým patří v první řadě pečovatelské služby a tzv. denní centra. Pokud v obci není pečovatelská služba jako typ terénní služby poskytována, nejčastěji se situace klienta řeší péčí rodinného příslušníka a dále pak právě bohužel

---

<sup>1</sup> zdroj: ČSÚ, vlastní výpočty

<sup>2</sup> zdroj: ČSÚ - střední varianta projekce; vlastní výpočty

umístěním do domova důchodců nebo léčebny dlouhodobě nemocných [Veselá 2003: 9].

S rostoucím důrazem na uplatňování přirozených lidských práv a požadavkem na kvalitu života ve všech životních etapách je snaha, aby staří lidé zůstávali, co nejdéle je to možné, ve svém přirozeném prostředí. Takový požadavek je ale možno splnit jen tehdy, bude-li k dispozici dostatečné množství takových služeb, které budou moci pečovat o starého člověka v jeho domácím prostředí, a zároveň bude-li mít zájem pečovat o starého člověka i jeho vlastní rodina. Rezidenční zařízení, k nimž patří právě domovy pro seniory, požadavek na deinstitucionalizaci ve své podstatě nesplňují, ačkoliv je snaha tato zařízení přirozenému prostředí přiblížit. Lze říci, že ústavní zařízení nejsou obecně nejlepší odpovědí na moderní trendy v sociálních službách, které kladou důraz na uspokojování individuálních potřeb a integraci starších lidí do společnosti. Institut zdravotní politiky a ekonomiky ve své studii ukazuje, že v domovech důchodců jsou umístění lidé s velmi rozdílnými potřebami a soběstačností. Jsou zde lidé, o které by mohlo být ještě postaráno za pomoci pečovatelské služby a na druhé straně ti, pro které by bylo vhodnější již zdravotnické zařízení [Analýza 2005: 26-27]. Celý systém sociální péče o staré lidi se tak jeví jako velmi neefektivní.

Vzhledem k velkému relativnímu i absolutnímu růstu počtu seniorů v populaci lze navíc počítat, že počty závislých osob budou vzrůstat [Nešporová et al. 2008: 18] stejně tak jako počty uchazečů o místo v domovech pro seniory, protože „spolu s poklesem porodnosti, intenzivním stárnutím populace, větší prostorovou mobilitou a oslabením tradičních rodinných vazeb se ... bude zároveň zužovat soubor potenciálních pečovatelů z řad rodiny ...“ [tamtéž]. I když se předpokládá, „... že v budoucnosti budou velmi staří lidé (80+) delší dobu samostatní a intenzivní péče se bude stále více zaměřovat na závěrečnou část života“ [Koncepte 2007: 17] - tzv. komprese nemocnosti, bude přesto potřeba péče vyšší, protože počty seniorů stoupnou. Není pravděpodobné, že by se kapacity ústavních zařízení pro seniory přizpůsobily rychle rostoucímu počtu starých lidí, zvýšily se tak na potřebnou úroveň a dokázaly maximálně splňovat moderní požadavky na péči o staré lidi. Vše naznačuje, že tradiční péče rodiny ani ústavní péče nedokážou v budoucnu péči o velké množství starých lidí uspokojivě zajistit.

Rostoucí počet závislých osob ve společnosti, problém nedostatečných kapacit ústavních zařízení a především trend, aby staří lidé zůstávali co nejdéle ve svém přirozeném prostředí, kladou nároky na to, zaměřit pozornost na jiné, neústavní formy péče, které jsou schopné ústavní péči do jisté míry nahradit, a především zabezpečit

jejich dostupnost a informovanost. Haškovcová uvádí, že „... je důležité hledat nová vyhovující řešení, přitažlivá, účelná a finančně únosná, která by byla s to pomoci starým lidem dožít v relativním, tj. bio-psycho-sociálním komfortu ... Domovy důchodců a specializovaná zdravotnická zařízení pro staré občany mají svá opodstatnění. Je nezbytné, aby jich bylo ‚dost‘, aby byla pokryta odůvodněná potřeba. Komplexní péči o staré lidi však nadále nelze spatřovat prioritně, nebo dokonce pouze v péči na lůžku, nýbrž naopak především mimo něj“ [Haškovcová 1990: 191, 341, uvozovky v originále].



## **2. Teoretická východiska**

### **2.1. Demografické stárnutí populace**

Zhruba od 90. let, kdy společnost začala objevovat proces demografického stárnutí, se na seniory začalo pohlížet prizmatem populačního stárnutí [Sýkorová 2007: 11]. Demografické hledisko je v současné době využíváno především k analýze dopadů na důchodový systém. Má však význam i v souvislosti se zajištěním potřebné sociální péče pro staré lidi, protože pro koncipování sociální politiky státu je stěžejní mít přehled o počtu a podílu seniorů v populaci a taktéž i o věkové skladbě samotné seniorské populace. Na základě těchto dat lze pak předpokládat, kolik lidí daného věku určitou sociální péči potřebuje.

#### **2.1.1. Demografické stárnutí v České republice**

Stárnutí populace patrné od konce 60. let 20. století můžeme označit za proces, kdy se v celé populaci zvyšuje podíl seniorů v důsledku rostoucí naděje dožití, tedy klesající úmrtnosti, a snižování porodnosti [Muffels 1997: 40]. Demografické stárnutí je souhrnně označováno jako tzv. druhý demografický přechod, který se týká většiny západních zemí. Otázku, zda i Česká republika je z demografického hlediska stará, lze zodpovědět na základě znalosti hranice demografického stáří, za kterou OSN považuje 7% podíl obyvatel starších 65 let na celkové populaci [Zavázalová et al. 2001: 15]. V roce 2007 dosahoval podíl seniorů v české populaci téměř 15 %<sup>3</sup> a v roce 2050 se předpokládá nárůst téměř na třetinu<sup>4</sup>, což ukazuje na bezprecedentní růst podílu starých lidí ve společnosti, který dokládá graf č. 1. Pro porovnání věkového složení populace v letech 2007 a 2050 uvádím v grafu č. 2 stromy života pro tato dvě období.

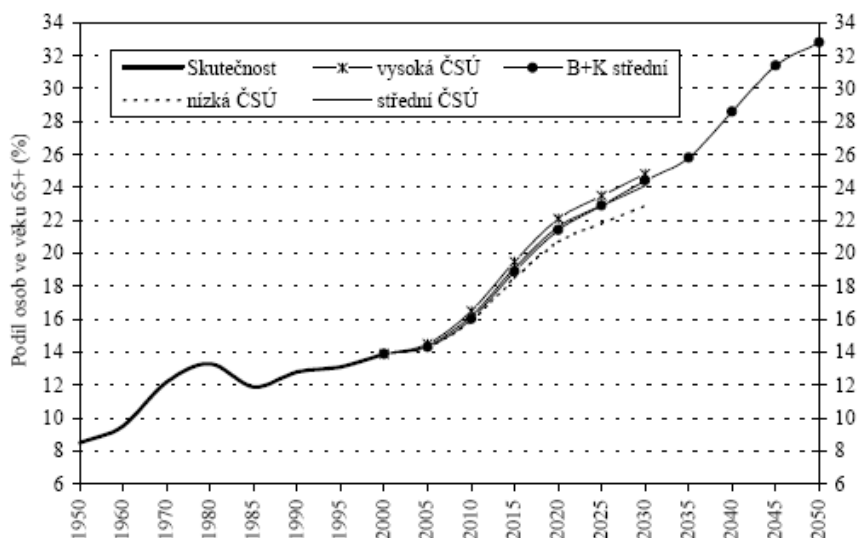
Neroste však pouze podíl seniorů, ale i jejich počet. V roce 2007 Česká republika čítala 1,5 miliónu osob starších 65 let<sup>3</sup>, přičemž se předpokládá, že v roce 2050 počet seniorů vzroste na 2,9 milionů<sup>4</sup>. Na základě těchto dat lze předpokládat i rostoucí poptávku po sociálně-zdravotním zabezpečení. Vzhledem k rostoucí potřebě péče ve vyšším věku než u mladších seniorů se často uvádí i podíl osob nad 80 let. Lidé ve věku

---

<sup>3</sup> zdroj: ČSÚ, (vlastní výpočty)

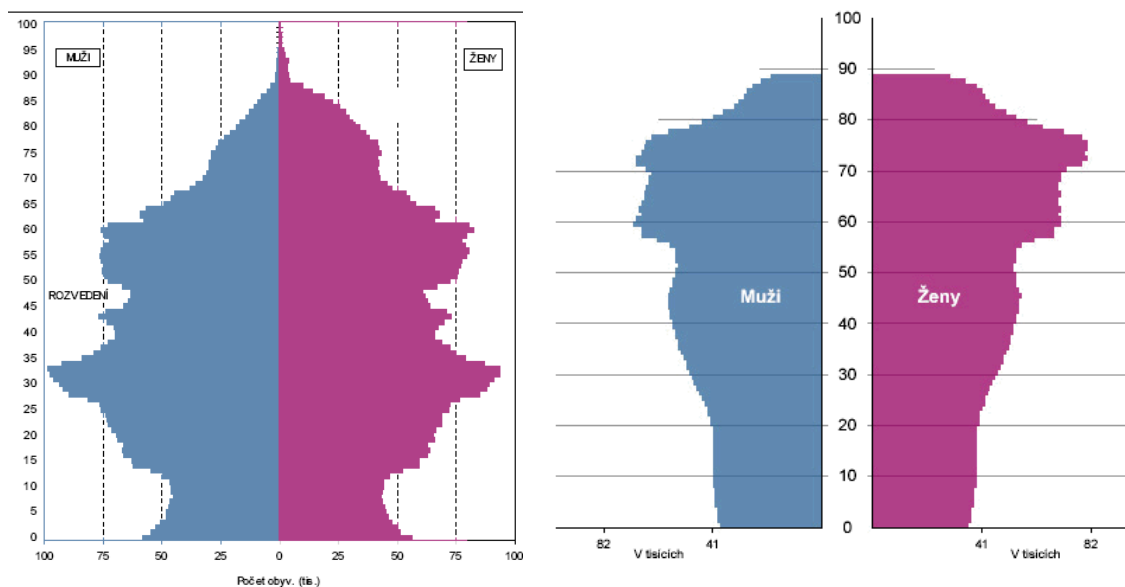
<sup>4</sup> zdroj: ČSÚ - střední varianta projekce, (vlastní výpočty)

**Graf č. 1: Rostoucí podíl seniorů v populaci ČR<sup>5</sup>**



Pozn.: Data pro období 2005–2030 pocházejí z projekce ČSÚ z roku 1999, pro období 2030–2050 ze střední varianty projekce vypracované Burcinem a Kučerou z katedry demografie PíF UK (viz Populační 2001: tab. II.5).

**Graf č. 2: Stromy života pro rok 2007<sup>6</sup> (reálné) a 2050 (dle střední varianty projekce)<sup>7</sup>**



<sup>5</sup> zdroj: Rabušic 2002: 9

<sup>6</sup> zdroj: ČSÚ, dostupné z:

<[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435617/\\$File/400708a1.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435617/$File/400708a1.pdf)>, [cit. 2. 1. 2009]

<sup>7</sup> upraveno podle ČSÚ, dostupné z:

<[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova\\_skladba\\_obyvatelstva\\_v\\_roce\\_2050](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050)>, [cit. 2. 1. 2009]

osmdesáti let a starším tvoří asi 3,4 %<sup>8</sup> populace a v roce 2050 se předpokládá jejich téměř 10% podíl<sup>9</sup>, v samotné skupině seniorů nad 65 let včetně tvoří osmdesátiletí a starší 23 %<sup>8</sup> a v roce 2050 budou tvořit téměř třetinu všech seniorů. Data tak poukazují i na změny ve struktuře samotné seniorské populace, z čehož můžeme usuzovat i na změnu ve struktuře potřeb a poptávané sociální péče [Sýkorová 2007: 52]. Strukturu populace seniorů lze zkoumat nejen z hlediska věku, ale i podle pohlaví. Ve starším věku je typická nadúmrtnost mužů, a tedy vyšší podíl žen v populaci seniorů, což se označuje jako feminizace života ve stáří [Nešporová et al. 2008: 14-15]. I ta může mít vliv na skladbu poptávky po sociálních službách, i když je patrné postupné snižování rozdílu mezi úmrtností žen a mužů ve starším věku [Sýkorová c.d.: 41].

### **2.1.2. Souvislosti demografického stárnutí a demografická panika**

V souvislosti s demografickým stárnutím se obvykle zvýrazňují jeho ekonomické dopady na systém sociálního zabezpečení - především, ale nejen v oblasti důchodů, a na systém zdravotní péče. Náklady na zdravotní péči jsou u osob starších 60 let zhruba dvakrát tak velké v porovnání s ostatními věkovými skupinami [Zavázalová et al. c.d.: 24]. Senioři ve vyspělých zemích využívají také asi polovinu ze všech prostředků vynakládaných na sociální péči [Matoušek 2008: 214]. Vzhledem ke zvyšování počtu seniorů v populaci lze předpokládat narůst nákladů obecně na celý systém sociálního zabezpečení. Stárnutí populace s sebou nese také problém ageismu a mezigenerační desolidarizace negativně se projevující právě v systému zdravotního a sociálního zabezpečení. Ta plyne z toho, že dnešní senioři mají důchody relativně vysoké, ačkoliv do systému přispívali málo, zatímco dnešní ekonomicky aktivní odvádějí do systému pojištění velkou část svých financí, přičemž ale vědí, že sami budou mít v porovnání s dnešními penzisty důchody nízké [Keller 2004: 41]. Cílem této práce ale není se podrobně dopadem stárnutí populace na systémy sociálního zabezpečení zabývat. Přestože ekonomické důsledky nelze v tomto ohledu přehlížet a je nutné se rozumným způsobem s nastalou situací vyrovnat, nelze uvažovat o demografickém stárnutí populace v zásadě negativně.

V současné době je ovšem stáří vnímáno většinou negativně [Sýkorová c.d.: 49], což je obecně projevem ageismu ve společnosti. Negativní vnímání stáří ve společnosti se odráží i v konceptu demografické paniky [Vidovičová 2008]. Demografické hledisko

---

<sup>8</sup> zdroj: ČSÚ, (vlastní výpočty)

<sup>9</sup> zdroj: ČSÚ - střední varianta projekce, (vlastní výpočty)

užívané ve vztahu k sociálnímu zabezpečení podléhá z řad některých odborníků kritice. Hovoří se o tom, že demografické prognózy přináší strach z důsledků populačního stárnutí zejména na ekonomický systém. Přesněji řečeno “rétorika demografické paniky typicky hovoří o ‚nevyhnutelném‘ zbrždění či přímo zastavení ekonomického i sociálního vývoje a ‚automatickém‘ zchudnutí všech stárnoucích společností pouze na základě jejich populačního stárnutí” [Vidovičová 2008: 27-28, uvozovky v originále].

Autoři zabývající se konceptem demografické paniky argumentují proti zkresleným a nepřesným názorům, které opakovaně označují demografické stárnutí populace za problém. Jejich výhrady se týkají zejména vzrůstu finančních nákladů, který je se stárnutím spojován. V první řadě se hovoří o tom, že výdaje na zabezpečení velkého množství starých lidí lze vzhledem k bohatství a zdrojům států ve skutečnosti zvládnout [Vidovičová 2008: 36, Keller 2004: 39]. Negativní vliv demografického stárnutí na sociální a zdravotní zabezpečení je navíc zpochybněn tím, že skutečný růst nákladů není tak velký, jak se předpokládá [Předběžná 2005: 9, Vidovičová 2008: 36]. Vzrůst nákladů na penzijní systém nelze přičítat stárnutí jako takovému, ale např. nastavení financování tohoto systému [Muffels 1997: 41] a co se týče zdravotního systému, tak rozvoji nových technologií [Předběžná 2005: 9]. Další argumenty se týkají zabarvování faktů či zkreslování různých ukazatelů [Vidovičová 2008], např. výdajů na zdravotní péči nebo samotných sociodemografických ukazatelů. Za povšimnutí stojí také názor Vidovičové, podle níž je demografická panika způsobem, jak legitimizovat zmenšující se roli státu v zabezpečení starších lidí [2008: 29]. Keller pak upozorňuje, že za zdůrazňováním demografických procesů mohou stát i lobbisté pojišťoven, jejichž cílem je rozšířit finanční trhy a tradičně veřejně spravovaný systém pojištění zahrnout do soukromé sféry [2004: 39]. Nakonec je také zpochybňováno jakési vědomí neměnnosti předkládaných údajů. Jednak jsou demografické prognózy stále jen předpovědi do budoucna, kterou mohou narušit různé vlivy [Vidovičová 2008: 31], a dále musí být také počítáno se zlepšujícím se zdravotním stavem podmíněným prevencí a individuální zodpovědností lidí [Rabušic 2002: 20]. Je však otázkou, jaké finanční náklady jsou potřeba na samotnou prevenci.

Jak ukazuje Rabušic, demografické stárnutí nemůže být problém, jestliže je očekávaným důsledkem racionálního chování lidí. Toto chování se projevuje nižší porodností a odkládáním toho být rodičem jako výsledkem snahy o kvalitní potomky a dále pak nižší úmrtností jako výsledkem snahy o kvalitu života a jeho prodloužení [Rabušic c.d.: 12-13]. Demografické stárnutí by proto mělo přestat být nahlíženo

negativně. Zdůrazňuje se např. bezprecedentní změna v naději dožití [Novák 2008]. V České republice se naděje dožití při narození zvýšila od roku 1920 do roku 2007 u mužů z 47 na 74 let a u žen z 50 na 80 let<sup>10</sup>. Téměř během devadesáti let se tak střední délka života zvýšila zhruba o třicet let, což je nutné považovat za obrovský úspěch moderní lékařské péče a také za důsledek změn obecně v životním stylu. S tím souvisí pozitivní fakt demokratizace naděje dožití tím, že „... mizejí dřívější poměrně značné nerovnosti před smrtí“ [Rabušic c.d.: 11]. Národní program přípravy na stárnutí se pak jako jeden z mála zmiňuje i o nekvantifikovatelných přínosech stárnutí populace. Zohledňuje vůbec možnost delšího života a delšího trvání sociálních kontaktů v rámci mezigeneračních vztahů [Kvalita života ve stáří 2008: 9-10].

Rabušic ve své stati o demografickém stárnutí jako hrozbě nebo výzvě zastává stanovisko, aby přestalo být nahlíženo jako problém a bylo doprovázeno aktivní politikou stárnutí, která má být postavena na omezení závislostí ve stáří, individuální zodpovědnosti a spolupráci všech zainteresovaných aktérů. Je potřeba umět využít kapacit starších, zkušenějších občanů zvláště na pracovním trhu [Rabušic 2002]. „Strategie reagující na stárnutí populace by měla využít potenciálu starších osob a vytvořit mezigeneračně soudržnou a věkově inkluzivní společnost. Současně je žádoucí zamyslet se nad efektivitou opatření na podporu rodin a souladu rodinného a pracovního života.“ [Kvalita života ve stáří 2008: 9] Není možné dál přikyvovat demografickým hrozbám a zastávat ageistické postoje, chceme-li žít ve společnosti, která se umí dobře postarat o slabé jedince. Všeobecně se totiž říká, že vyspělou společnost poznáme podle toho, jak se umí postarat o ty, kteří to potřebují. Když už nic jiného, tak snad fakt, že každý jednou zestárneme a budeme potřebovat pomoc druhých, nás přivede k sociálně citlivému chování ke starým lidem, které nebude mít nic společného s negativním postojem vůči této skupině.

## **2.2. Kvalita života seniorů**

Protože jsou v současné době požadavky kvality života neopomíjenou součástí přístupů k životu jedinců i společností [Čornaničová 2004: 143], rozhodla jsem se tento koncept zahrnout i do své práce. Kvalita života souvisí s mnoha oblastmi lidského života a „představuje něco, co překračuje čistě materiální potřeby, které je možno uspokojit prostřednictvím zboží, a vztahuje se k tzv. postmateriálním hodnotám ...“

---

<sup>10</sup> [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/24003E062F/\\$File/4032080806.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/24003E062F/$File/4032080806.pdf)

[Velký sociologický slovník]. Nejde ovšem o pojem snadno vymežitelný a měřitelný, protože je složen z různých částí.

Kvalita života může být pojímána z hlediska individuálního jako subjektivní pocit pohody či spokojenosti (angl. well-being), která závisí především na mezilidských vztazích, vlastní práci a prožívání volného času, i společenského ve smyslu blahobytu společnosti [Možný 2002: 14-15]. Všeobecně tak vyjadřuje úroveň kvality žití jak ze subjektivního, tak objektivního hlediska a týká se v podstatě všech aspektů našeho života - zdraví, spokojenosti se životem, vzdělání, ekonomiky, životního prostředí, bydlení, životní úrovně atp. Vzhledem k tomu, že se kvalita života v různých životních obdobích mění [Čornaničová c.d.: 151], je možné se jí zabývat zvláště u seniorů. Světová zdravotnická organizace vytvořila vlastní modul hodnocení kvality života u seniorů starších 65 let, který zahrnuje šest domén, oblastí kvality života (obrázek č. 1).

O kvalitě života ve stáří rozhoduje do velké míry zdravotní stav seniora, jeho míra soběstačnosti a autonomie, ale i úroveň sociálních a zdravotních služeb. Kvalita života je ohrožena nízkou kvalitou v oblasti zdraví a nezávislosti [tamtéž]. Právě zhoršující se zdravotní stav ve starším věku je třeba nahrazovat jinou kvalitou, a to kvalitní péčí. [Zavázalová et al. 2001: 68, 82]. Ukazatelem kvalitní sociální péče o staré lidi je aktivita a sociální integrace samotných seniorů [Francová, Záleská 2006: 142], kterou je ve všech směrech třeba podporovat.

V této práci se zabývám zejména individuální složkou kvality života, kde hraje roli životní styl a způsob života, stejně jako postoje, hodnoty či emocionální inteligence a v neposlední řadě i sociální či zdravotní situace jedince [Čornaničová c.d.: 145]. Tento individuální aspekt je odrazem uspokojení potřeb, protože „... v pocite subjektívnej pohody - nepohody sa môže odrážať široká škála pozitívnych a negatívnych citových reakcií človeka na uspokojenie jeho potrieb a nárokov v rozličných oblastiach ... ako aj príjemných, resp. nepríjemných telesných pocitov...“ [c.d.: 147]. Ačkoliv kvalita života představuje široké pole zkoumání, v rámci tohoto konceptu se soustředím právě na lidské potřeby, zejména na autonomii, a na jejich uspokojování, které je významným prvkem kvality života ve stáří.

### **2.2.1. Koncept lidských potřeb**

Kvalita života je kromě jiného odvislá od naplňování potřeb. Důraz na uspokojování lidských potřeb je v posledních letech významným ukazatelem kvalitní péče o staré lidi, je obsažen v požadavcích na moderních sociálních službách a souvisí s uplatňováním

lidských práv a humanizací v oblasti sociální péče. Přesto je přístup k problémům starých lidí z hlediska potřeb někdy zpochybňován, protože potřeby lidí se liší a mění [Nešporová et al. 2008: 29]. Zkoumání lidských potřeb v oblasti sociální péče o staré lidi ale považují minimálně za důležitý začátek při studiu problémů spojených se stářím a péčí ve stáří. K tomuto konceptu se uchylují také vzhledem k deklarované snaze sociálních služeb odpovídat na individuální potřeby starých lidí, kterými se v práci zabývám. Zaměřuji se zde na potřeby psychologické.

**Obrázek č. 1: Přehled zkoumaných oblastí kvality života seniorů v dotazníku WHOQOL-OLD<sup>11</sup>**

TAB. 2. PŘEHLED DOMÉN A POLOŽEK WHOQOL-OLD [4].	
domény	položky
<i>fungování smyslů</i>	
F25.1	vliv na každodenní život
F25.3	vliv na činnosti
F25.4	vliv na komunikaci
F25.2	hodnocení smyslů
<i>nezávislost</i>	
F26.1	svobodné rozhodování
F26.2	rozhodování o budoucnosti
F26.4	ostatní respektují svobodu rozhodování
F26.3	věnovat se tomu, co mě těší
<i>naplnění</i>	
F27.3	možnosti něco dosáhnout
F27.4	zasloužené uznání
F27.6	povídat si o minulosti
F27.1	na něco se těšit
F27.2	přínos společnosti
F27.5	spokojenost s dosaženým
<i>sociální zapojení</i>	
F28.6	izolace
F28.3	dostatečně chodit ven
F28.4	dostatek činnosti
F28.1	spokojenost s trávením času
F28.2	spokojenost s aktivností
F28.7	zapojení do místního dění
F28.5	smysluplnost činnosti
<i>intimita</i>	
F30.1	sdílení myšlenek
F30.2	přátelství
F30.3	láska
F30.4	příležitost někoho milovat
F30.5	fyzická blízkost
F30.6	míra důvěrnosti
F30.7	být milován
<i>postoj k smrti</i>	
F29.1	strach ze smrti blízkých
F29.2	strach, jak zemřu
F29.3	strach ze ztráty kontroly
F29.4	strach z umírání
F29.5	strach z bolesti

<sup>11</sup> [http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr\\_09\\_01\\_07.pdf](http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf)

Psychologicky pojaté potřeby „jsou základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí člověka, a cílem chování ... je redukce těchto potřeb, jež je prožívána jako různé druhy uspokojení ...“ [Nakonečný 1997: 125]. Ve stáří ale člověk ztrácí schopnost „... uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje kvalita jeho života“ [Janečková 2005: 164]. Potřeby, které byly dříve uspokojovány dostatečně, mohou být ve stáří vnímány jako nedostatečně uspokojované [Pichaud, Thareauová 1998]. Podle pracovníků v sociálních službách vystupují u starých lidí do popředí zejména potřeby sociálních kontaktů, důstojnosti a respektu, bezpečí a biologické potřeby spojené hlavně s hygienou a výživou [Nešporová et al. c.d.: 80]

Často zmiňovaným konceptem v literatuře zabývající se lidskými potřebami je hierarchická teorie potřeb Abrahama Maslowa. Skládá se z pěti stupňů potřeb, které jsou uspořádány podle naléhavosti. K základním potřebám patří potřeby fyziologické a potřeby bezpečí, k psychologickým potřebám jsou řazeny potřeby přináležitosti a lásky a potřeby uznání. Tyto čtyři druhy potřeb jsou potřebami nedostatku; nedostatek je spojen se snahou jej odstranit. Na vyšším stupni pak stojí potřeby růstu či rozvoje, bytí, resp. sebeaktualizace označované souhrnně za B-potřeby či metapotřeby, které už nejsou tolik naléhavé a nemusí se ani projevit u všech lidí. Ale ty teprve směřují k pravé lidskosti. [Nakonečný c.d.: 130].

*Fyziologické potřeby* jsou pocíťovány zejména v oblasti výživy, hygieny, vylučování, dýchání, spánku, pohybu, zdraví [Pichaud, Thareauová c.d.: 37]. Vzhledem k tomu, že stojí na prvním stupni hierarchie potřeb, má jejich uspokojení význam základních existenčních podmínek, protože „v situaci, kdy jsou fyziologické potřeby aktuální, stávají se dominantními a ovlivní celkové chování a jednání člověka“ [Trachtová et al. 1999: 14]. Bez jejich uspokojení tak člověk většinou nemůže prožívat kvalitní stáří. Některé potřeby jsou u starých lidí zdůrazňovány zvláště - např. hygiena, vyprazdňování nebo výživa. Při péči o staré lidi jsou tyto potřeby stěžejní, protože činnosti vedoucí k jejich uspokojení mnohdy staří, méně pohybliví lidé nemůžou sami bez cizí pomoci vykonávat [Pichaud, Thareauová c.d.: 37].

*Potřeby bezpečí* se objevují v situacích ztráty pocitu jistoty [Nakonečný c.d.: 130] a mohou nabývat podob fyzického a psychického bezpečí, ale též i ekonomického zabezpečení [Pichaud, Thareauová c.d.: 37]. Lze říci, že v seniorském věku jsou v popředí všechny tyto potřeby. Fyzická potřeba bezpečí z toho důvodu, že se senioři



s rostoucím věkem hůře pohybují a mají např. strach z upadnutí [c.d.: 38]. Často se stává, že dosavadní byt přestává být pro starého člověka vhodným a je nucen své bydliště změnit. Důležitá je proto úroveň bydlení. Byty koncipované pro různá fyzická omezení starších osob jsou dobrou investicí, neboť pomáhají díky omezeným bariérám udržet seniora co nejdéle v jeho přirozeném prostředí [Kvalita života ve stáří 2008: 30]. Ztráta pocitu fyzického bezpečí souvisí do značné míry i s osamělostí starých lidí. Potřebu fyzického bezpečí může proto uspokojit přítomnost sociálních kontaktů [Nešporová et al. c.d.: 36]. Psychická potřeba bezpečí pak znamená potřebu důvěry, soběstačnosti, klidu atp. [Trachtová et al. c.d.: 141]. Vzhledem ke snížené soběstačnosti ve vyšším věku, kdy bývá člověk v leccems odkázán na druhé, také nabývá na významu. Podobně i uspokojení potřeby ekonomického bezpečí je ve stáří do jisté míry ohroženo, a to zejména vstupem do důchodu a následným snížením finančních příjmů a poklesem životní úrovně.

Tzv. *afiliační potřeby*, tedy potřeby náležitosti a lásky, jsou stejně jako u ostatních lidí důležité i u seniorů. Jsou svou povahou psychosociální. Protože staří lidé z důvodu úmrtí častěji ztrácejí své přátele i manžele, více trpí samotou a může u nich snadno dojít k úplnému osamocení a sociální izolaci [Pichaud, Thareauová c.d.: 39], jsou pak tyto potřeby tím naléhavější. Senioři jsou proto silně vázání na rodinu svých dospělých dětí, která může tyto potřeby do značné míry uspokojovat.

*Potřeby sebeúcty a uznání* znamenají jednak „přání výkonu, kompetence, důvěry v okolním světě a nezávislost na mínění druhých“ [Trachtová et al. c.d.: 14] a také přání být respektován a oceňován ze strany druhých. Dostává se do popředí např. v situacích ztráty respektu a kompetence [tamtéž], takže zvláště u seniorů s omezenou soběstačností je vnímána naléhavěji než kdy jindy. Tyto potřeby tak do velké míry souvisí s autonomií. Autoři publikace *Soužití se starými lidmi* tuto potřebu představují dokonce přímo jako potřebu autonomie [Pichaud, Thareauová c.d.: 39] (viz kap. 2.2.2).

Na posledním stupni v žebříčku v Maslowově teorii potřeb stojí *metapotřeby - sebeaktualizace, seberealizace apod.* Prakticky znamenají potřebu naplnit něčím smysluplným svůj život, nějakým způsobem se rozvíjet. Tyto potřeby mohou být uspokojeny i na nižším stupni potřeb, pokud se jedná o něco, co vnímáme, že dává našemu životu smysl (např. potřeba uznání) [tamtéž]. V rámci uspokojování komplexu potřeb u starších lidí se nesmí zapomínat ani na tyto vyšší potřeby. V pečovatelské a ošetrovatelské praxi se často přistupuje k tzv. aktivizaci, která má za úkol starého člověka motivovat k nějaké činnosti. Činnost jako taková je ve stáří ohroženém

nepohyblivostí důležitým prvkem. Činnost, které sám senior přikládá smysl a význam pak spolurozhoduje o kvalitě života ve stáří. Měla by proto být součástí sociální práce se seniory, protože „... přináší hodnoty v oblasti prevence, správného životního stylu, integrace a zkvalitňuje život jako takový“ [Vostrovská 1998: 1].

### **2.2.2. Autonomie ve stáří**

V tomto textu se věnuji samotné autonomii, která je součástí potřeb uznání a sebeúcty v Maslowově teorii potřeb [Pichaud, Thareauová c.d.: 39] a zároveň může patřit v rámci této teorie i k potřebám sebeaktualizace, protože „souvisí s potřebou vyjádřit vlastní individualitu, své schopnosti, realizovat své záměry, rozvíjet vlastní činnosti jako práci, víru...“ [Sýkorová 2007: 78]. Autonomii života je v poslední době v souvislosti s péčí o staré, obvykle nesoběstačné seniory přisuzován velký význam a její respektování a zachovávání patří k současným požadavkům na sociální služby pro seniory.

Autonomie je zkoumána různými společenskými disciplínami, proto má tento pojem mnoho podobných významů a různých definic. Dworkin chápe autonomii jako svobodu, suverenitu, svobodnou vůli, nezávislost, zodpovědnost, sebepoznání, absenci vnějšího působení atd. [Dworkin 1989: 6]. Sýkorová, z jejíž publikací v této kapitole převážně čerpám, tento termín dále ztotožňuje se „... soukromím, důstojností, integritou, individualitou ... sebeovládáním, někdy je pojímán jako svobodná vůle či volba, resp. rozhodování“ a má význam kontroly nad vlastním životem a kompetence [Sýkorová c.d.: 73, 81]. Autonomie je často uváděna ve vztahu k nezávislosti a soběstačnosti. I když je se soběstačností seniorů do značné míry spojena, přesto se pojmy autonomie a závislost nevyklučují [Pichaud, Thareauová c.d.: 44, Sýkorová c.d.: 84]. Význam autonomie vystupuje do popředí v situaci, kdy je ohrožena. To se týká právě seniorů se sníženou soběstačností. Haškovcová podotýká, že je těžké se vyrovnat ve stáří s postupnou závislostí na ostatních, když naše společnost zakládá život na maximální nezávislosti [1990: 99].

Sýkorová upozorňuje, že autonomie nabývá na svém významu především ve vztahu k sociálnímu okolí jedince, které může, ale i nemusí autonomii potlačovat [2007]. Otázkou tedy je, zda pomoc sociálního okolí autonomii zeslabuje nebo naopak. Na základě výsledků svého výzkumu se přiklání k pozitivnímu vlivu sociálních vazeb na autonomii seniorů [c.d.: 90].

Soběstačnost může být fyzická, psychická, sociální a hmotná [Zavázalová et al. 2001: 31]. Ačkoliv je v gerontologické literatuře nejvíce věnována pozornost fyzické soběstačnosti a závislosti [Chappell et al. 1986: 46], protože ta má na autonomii asi největší vliv, z výzkumu Sýkorové plyne, že k významovým dimenzím pojmu autonomie z pohledu seniorů patří nejen fyzická soběstačnost, ale i finanční soběstačnost a samostatné rozhodování [Sýkorová 2007]. Soběstačnost pro ně znamená „neobtěžovat a nezatěžovat druhé nároky na jejich pomoc a nemuset se cítit být za pomoc zavázání“ [c.d.: 90]. Důležitým poznatkem je, že fyzická závislost seniorů na pomoci druhých bývá kompenzována jejich finanční soběstačností, takže jistá autonomie člověku zůstává. „Senioři zřejmě koncentrují osobní kontrolu do sféry financí, která je na rozdíl od udržení zdraví a fyzické soběstačnosti snáze kontrolovatelná a vlastními silami zvládnutelná ...“ [c.d.: 138]. Podobně Matýsková uvádí, že autonomie v rozhodování může do jisté míry kompenzovat pokles schopnosti v sebeobsluze, tedy v oblasti fyzické soběstačnosti. Rozhodne-li se člověk sám využít pomoci, když už mu nestačí síly, projevuje tímto vlastně autonomii v rozhodování [2004: 47]. „Možnost volby, byť i v drobných záležitostech každodenního života, posiluje v člověku pocit kontroly nad vlastním životem.“ [Janečková 2005: 170]

Přestože důraz na autonomii má z hlediska kvality života a při poskytování služeb sociální péče neoddiskutovatelný význam, Sýkorová upozorňuje, že je třeba si uvědomit, že „je pouze součástí souboru lidských potřeb..., z nichž mnohé mohou situačně význam autonomie převýšit“ [Sýkorová c.d.: 77].

### **3. Moderní trendy v sociálních službách poskytovaných převážně soběstačnějším seniorům**

#### **3.1. Souvislosti**

Většina rodin dříve nebo později bude řešit otázku, jak se postarat o své starší členy, kteří již nejsou zcela soběstační. Konečná volba typu péče o starého člověka „... je podmíněna především mírou zachovaných schopností dotyčného seniora, ale např. i rozsahem a charakterem nabízených sociálních služeb, možnostmi a preferencemi pečovatелů z řad rodinných příslušníků apod. V zásadě pak jde o rozhodnutí, zda využít služeb příslušné instituce, zabezpečit potřebnou péči rodinou nebo zkombinovat jmenované možnosti“ [Veselá 2003: 5]. To, jak bude o starého člověka postaráno, tak záleží na mnoha okolnostech.

Do hry kromě uvedených faktorů vstupují i současné požadavky na to, kam mají sociální služby směřovat a jak mají být poskytovány. Objevuje se několik trendů, které jsou pro péči o seniory charakteristické, nejvíce zatím v zemích západní Evropy, a dotýkají se všech forem sociální péče. Jejich rozvoj souvisí s požadavkem kvality života, autonomie ve stáří a individualizace přístupu k příjemcům sociálních služeb. Tyto tendence nepřímo ovlivňují, jakým způsobem a kým bude péče o seniory zajišťována a na základě čeho se o ní bude vůbec rozhodovat. Vývoj v oblasti sociálních služeb pro starší lidi a rozvoj moderních trendů se děje na pozadí několika jevů a procesů, k nimž patří prodlužování období života, kdy lidé potřebují pomoc jiné osoby, dále vzrůst nákladů na péči o tyto osoby v souvislosti s přibýváním počtu těchto lidí a rozvojem moderní léčby a péče. V neposlední řadě hraje svou roli i fakt, že se do seniorského věku přesouvá standard běžný pro život v produktivní fázi života, a je proto snaha lidem ve stáří zabezpečit přiměřený komfort, což odkazuje ke kvalitě života [Obce 1997: 23]. Vyplývající dlouhodobá ekonomická neudržitelnost systému sociálních služeb pro seniory spolu se snahou přiblížit život ve stáří normálnímu životu spějí k nutnosti tento systém transformovat a hledat nové možnosti financování [tamtéž], s čímž právě souvisí nástup nových trendů. Matoušek se o této ekonomické neudržitelnosti zmiňuje např. i v souvislosti s redukcí sociálního státu a veřejných výdajů na sociální služby [Matoušek 2007a: 173-174].

Mapování oblasti péče o staré lidi a jejího vývoje je předmětem mnoha mezinárodních konferencí a plánů, které se soustředí na problematiku stárnutí populací

a zajištění přiměřeného komfortu ve stáří. K důležitým koncepčním materiálům patří např. Vídeňský mezinárodní akční plán stárnutí z roku 1982<sup>12</sup>, na nějž v roce 2002 navázal Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí přijatý na druhém světovém shromáždění OSN o stárnutí<sup>13</sup>. Podobným dokumentem v České republice je Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012<sup>14</sup>.

## **3.2. Humanizace**

Humanizace, jejíž rozvoj je spojen s větším důrazem na uplatňování lidských práv, je vévodícím trendem v poskytování moderních sociálních služeb ve vyspělých zemích. Podstatou humanizace je přistupovat k člověku jako k individualitě a nikoli jako k pouhému článku instituce. K individualizaci péče mají v sociálních službách poskytovaných v České republice dopomoci Standardy kvality [Koncepce 2007: 14], jejichž obecným cílem je zajistit kvalitu sociálních služeb. Je potřeba brát ohled na důstojnost člověka, která je ohrožena nejvíce u nesoběstačných jedinců, přičemž tato ochrana důstojnosti předpokládá odbornou přípravu profesionálních pracovníků i vytváření vhodných podmínek pro tuto práci [Kvalita života ve stáří 2008: 49]. Humanizace souvisí s požadavkem na to, aby poskytované sociální služby odpovídaly na potřeby příjemců těchto služeb [Koldinská 2007: 62]. Vyznačuje se větším důrazem na autonomii jedinců a účast příjemců služby na rozhodování o výběru vhodné péče na základě subjektivních potřeb a preferencí [Kuchařová 1996: II/34]. Její realizace je úzce spojena s deinstitucionalizací (viz kap. 1). Všeobecně lze říci, že je humanizace snadněji realizovatelná u služeb poskytovaných v domácím prostředí než u ústavní péče, ačkoliv je a musí být snaha humanizovat i tato rezidenční zařízení.

### **3.2.1. Účast klienta na rozhodování o sociální službě**

V rámci humanizace sociálních služeb se předpokládá vědomí možnosti a odpovědnosti zvolit si sám službu, která člověku nejvíce vyhovuje jak z hlediska potřeb a individuálních přání, tak z hlediska jeho materiálních a ekonomických možností. Zohledňování individuálních preferencí a vlastní rozhodování o podobě péče je projevem svobodné vůle a také naplněním potřeby autonomie [tamtéž]. Svobodu volby a požadavek na autonomii zmiňuje např. Charta práv a svobod starších občanů<sup>15</sup>. Důraz

---

<sup>12</sup> [http://www.un.org/ageing/vienna\\_intlplanofaction.html](http://www.un.org/ageing/vienna_intlplanofaction.html)

<sup>13</sup> <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1205/madrid.pdf>

<sup>14</sup> [http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti\\_cz\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf)

<sup>15</sup> <http://www.seniori.org/DesktopDefault.aspx?tabid=50&ItemID=224&mod=282>

na rozhodovací kompetence uživatelů sociálních služeb v České republice potvrzuje vznik příspěvku na péči, se kterým člověk může svobodně nakládat podle svého uvážení a sám si vybírat a nakupovat služby podle svých potřeb [Nešporová et al. 2008: 63]. Tato možnost svobodně si vybrat službu s sebou nese pravděpodobnou spokojenost s touto službou [Kapr 1998: 59] a motivuje seniora ke spolupráci na vlastním rozvoji [Analýza 2005: 19]. Aby člověk vůbec měl možnost si vybírat, je potřeba mít z čeho. Účast klienta na rozhodování o sociální službě tak souvisí se vstupem tržních principů do této oblasti (viz kap. 3.5.1).

### **3.2.2. Soběstačnost seniorů a jejich potřeby**

Potřeby seniorů by měly být jedním z důležitých kritérií při výběru vhodné péče a jejich naplňování by mělo být znakem kvalitní péče. Podle zákona má sociální pomoc vycházet z individuálně určených potřeb osob [§ 2 Zákona č. 108/2006 Sb.]. Hlavním cílem tohoto zákona je tak „vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti” [Stručný průvodce 2006]. Potřeby a jejich uspokojování jsou do velké míry ovlivněné soběstačností, resp. závislostí starého člověka. Proto, aby byla zvolena uspokojující péče, je důležité tyto potřeby posuzovat právě na základě zachovaných schopností a soběstačnosti. Jarošová píše, že „péče o seniora musí být zaměřena především na uspokojování jeho potřeb a řešení jeho problémů. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost a prospěch“ [2006: 33].

Otázkou je, nakolik odpovídá na potřeby starých lidí současný systém sociálních služeb v České republice. Přestože by náš systém sociální péče o seniory měl usilovat o zachování a podporu dosavadních schopností a soběstačnosti starých lidí, Vidovičová poukazuje na možný fakt, že role institucí v procesu pomoci starým lidem a zajišťování jejich potřeb se paradoxně mívá účinkem. I když je obecným cílem institucionalizované pomoci redukovat institucionální závislost, bývá k uspokojování potřeb hluchá [citována in Nešporová et al. 2008: 30]. Proto se v současnosti, je-li to vzhledem ke stavu starého člověka možné, preferují ambulantní a terénní služby sociální péče. Péče by měla být „šitá na míru“, musí se „... svými formami přizpůsobit individuálním dispozicím občana a nikoliv, aby se z občanů stal unifikovaný ‚člověk ústavní‘, vyhovující provozním potřebám instituce“ [Obce 1997: 151, uvozovky v originále].

Navíc ačkoliv existuje představa, že potřeby všech seniorů jsou homogenní [Haškovcová 1990: 28-29], do budoucna se očekává heterogenita jejich potřeb v závislosti na demografických změnách ve struktuře samotné populace seniorů [Sýkorová 2007: 52], o nichž se zmiňuji v kap. 2.1.1.

Od 1.1. 2007 slouží k zajištění sociální péče lidem závislým na pomoci jiné osoby již zmíněný příspěvek na péči jako nová forma pomoci v rámci Zákona o sociálních službách. Závislost se odvozuje podle toho, kolik úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti je člověk schopen sám provést. Vidovičová provedla analýzu konceptu soběstačnosti, s kterým se pracuje v zákoně, vzhledem k Maslowově hierarchii potřeb a dospěla k závěru, že je „... větší důraz na uspokojování potřeb v ‚základně‘ pomyslné pyramidy potřeb a naopak podhodnocený její vrchol s potřebami subtilnějšími.“ Navíc některé potřeby u závislých osob zákon nenaplňuje vůbec [citována in Nešporová et al. 2008: 31, uvozovky v originále]. Tento závěr implikuje stěžejní otázku, u níž odpověď závisí do značné míry na pojetí konkrétní sociální politiky, resp. na typu a praxi sociálního státu. Jedná se o to, zda mají sociální služby uspokojovat pouze základní potřeby nebo být zaměřené i na potřeby vyšší tak, jak je předložil např. Maslow. V současné době, kdy je kladen velký důraz na humanizaci sociálních služeb, podporu individuálních schopností člověka a integraci lidí do běžné společnosti, by měly být sociální služby orientovány na uspokojování potřeb v mnoha směrech, nikoli se soustředit pouze na potřeby nižší, např. fyziologické.

Jako optimální se jeví služby, které věnují uspokojování potřeb dostatek pozornosti, zároveň ale člověka podporují v běžném životě směrem k tomu, aby byl co nejvíce soběstačný. Nečiní z něj tedy zbytečně závislého. Pravidlem při péči o starého člověka by totiž mělo být umožnit mu, aby si co nejvíce věcí dělal sám [Pichaud, Thereauová 1998: 42].

### **3.3. Integroční snahy**

V současnosti je stále více věnována pozornost propojení sociální a zdravotní péče, a to zejména v souvislosti se zvyšováním počtu osob ve starším věku, kteří často potřebují oba typy péče najednou [Čermáková 2008: 175]. Integrované sociální a zdravotní služby jsou ukazatelem kvalitní péče o lidi vyššího věku, protože skrze ně je možno dosáhnout všeobecně přijímaných standardů žít co nejdéle v přirozeném prostředí, začlenění starých lidí do běžné společnosti a zachování jejich autonomie.

„Chceme-li kvalitu života optimalizovat, měli bychom ještě více zvýraznit komplexnost péče o starého člověka vůbec“ [Zavázalová et al. 2001: 68]

Pojem integrované sociálně zdravotní péče chápou odborníci z evropské sítě CARMEN<sup>16</sup> jako „... dobře plánovanou a dobře organizovanou škálu služeb a procesy péče zacílené na komplexní potřeby/problémy individuálních klientů nebo kategorii osob se stejnými potřebami/ problémy“, přičemž tato integrace může existovat na úrovni konkrétního individua, regionu i v politické rovině [Nies citován in Čermáková 2008: 176]. Podstatou integrace péče je komplexní uspokojování individuálních potřeb seniorů, což je podmíněno právě spoluprací obou sektorů služeb. „Rozdělení kompetencí a financování mezi několik systémů a poskytovatelů zvyšuje riziko fragmentace a nedostatečné koordinace služeb, nepřehlednosti systému pro klienty i poskytovatele, neflexibilních služeb a nejasné odpovědnosti za cíl a výsledky péče.“ [Kvalita života ve stáří 2008: 37] K tomuto problému se vyjádřil i Mezinárodní akční plán stárnutí z roku 1982, který stanovil tzv. 4xD, kam patří také návrh na desektorizaci, která usiluje o propojení zdravotní a sociální péče [Ošetřovatelská 2008: 125].

Praktickým příkladem integrované péče poskytované v přirozeném prostředí klienta jsou tzv. agentury komplexní domácí péče, které poskytují jak sociální, tak zdravotní služby zajišťované pečovatelkami a zdravotními sestrami. Ve Velké Británii se můžeme setkat s interdisciplinárními týmy, v nichž pracují sociální pracovníci, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, terapeuti apod., kteří jsou schopni dohromady zabezpečit komplexní potřeby uživatelů služeb a poskytovat je přímo v domácnosti. Jejich cílem je maximalizovat potenciál klienta a navrátit mu co největší nezávislost [James 2008: 16-17]. Výhodou pro poskytovatele obou typů služeb je snížení nákladů v administrativě nebo na dopravu [Nešporová et al. 2008: 62]. Integrace má ale i svá úskalí, kterým je třeba legislativně předejít. Může totiž docházet k tomu, že finance z jednoho resortu pokrývají náklady na péči poskytovanou druhým resortem [tamtéž].

V České republice má integrace obou typů služeb nedostatky způsobené zejména tím, že zdravotní a sociální péči zajišťují samostatné resorty - Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí, a odlišným systémem financování. Problémem je, že neexistuje analýza integrace obou typů péče, její právní úprava ani úprava financování [Janečková 2005: 178]. Např. není dořešeno financování při poskytování zdravotní péče v sociálních zařízeních a naopak. Dále se pak jedná o problém samotné

---

<sup>16</sup> Care and Management of Services for Older people in Europe Network



koordinace obou typů péče [Misconiová et al. 2003: 3], která by měla být primárně řešena na nejvyšší úrovni státní správy.

### **3.4. Hospodárnost**

Důraz na hospodárnost systémů sociální péče přichází v době, kdy je poskytování těchto služeb ekonomicky neudržitelné. Příjemce sociálně zdravotní péče by měl využívat takovou službu, která je nejvhodnější nejen z hlediska jeho zdravotního stavu, soběstačnosti a potřeb, ale i z hlediska ekonomického. V ideálním případě by člověk neměl využívat péči, jenž je pro něj nedostačující nebo naopak jeho stav ještě nevyžaduje péči v tak rozsáhlé podobě. K ekonomickému hledisku a požadavku humanizace se vztahuje tzv. ekonomická a sociální racionálnost, která je v současné době základním stavebním prvkem sociálních služeb. Její podstatou je najít „optimální varianty zabezpečení sociálních potřeb jak z humánního, tak technického, technologického, a tedy i ekonomického pohledu“ [Obce 1997: 24]. V tomto smyslu se tedy jeví jako nezbytné definovat potřeby a určit, která péče tyto potřeby naplňuje nejlépe a zároveň představuje ekonomicky schůdnou cestu.

#### **3.4.1. Vícezdrojové financování**

V souvislosti s rostoucí nákladností systému sociálních služeb pro seniory hledají jednotlivé země nové finanční zdroje sociální péče. Přistupuje se k tomu, že si část služeb hradí sami klienti. V současné době podíly příjemců služeb a jejich rodin na platbách za služby rostou [Kuchařová 1996: II/35]. Na základě toho také dochází ke zvýšení rozhodovacích kompetencí při výběru vhodné sociální služby, jenž je v České republice umožněno příspěvkem na péči (viz kap. 3.2.1).

V některých státech jako např. v Německu existuje systém pojištění na případnou péči ve stáří, tzv. „Pflegeversicherungssystem“, který je povinný. Z tohoto pojištění jsou hrazeny sociální služby i poskytovány dávky [Průša 2007: 68-70]. Toto financování se zdá být relativně dobrým řešením při finančně nákladných službách, které stát není schopen či ochoten zajistit z vlastních zdrojů.

### **3.5. Decentralizační snahy**

V rámci transformace systému sociálních služeb došlo také ke změnám v pojetí jejich organizace. Tyto změny byly opět reakcí na ekonomickou neudržitelnost tohoto systému a finanční krizi sociálního státu [Evers citován in Kubalčíková 2004: 221]. Při

decentralizaci dochází k přenosu kompetencí na nižší samosprávné jednotky (v ČR tedy na kraje a obce), přičemž si stát obvykle ponechává roli garanta.

### 3.5.1. Pluralita poskytovatelů

Na jedné straně se na poskytování sociálních služeb podílí místní samospráva, na druhé straně ale i soukromé komerční nebo neziskové subjekty. Znamená to, že do oblasti, která byla dříve převážně pouze pod patronátem státu, vstupuje více poskytovatelů [tamtéž]. O organizaci sociálních služeb, do které je zapojena větší variabilita aktérů či poskytovatelů, se hovoří jako o **welfare pluralismu** [Kuchařová 1996: II/21]. Při vstupu soukromých subjektů do oblasti sociálních služeb dochází ke „ztržnění“ této oblasti a „... ke konfrontaci zákonitostí trhu s potřebami rozvoje činností v sociální oblasti při využití dynamizujících schopností trhu“, kdy občan vstupuje jako poptávající po službách a v ideálně tržním prostředí se kvalita a cena služby stávají faktorem toho, zda se konkrétní služba na trhu vůbec udrží [Obce 1997: 24]. Tím se docílí větší efektivity při jejím poskytování [Lišková 2007: 35]. Výrazem tohoto „ztržnění“ je zákonná povinnost, aby mezi poskytovatelem a příjemcem sociální služby byla uzavřena smlouva. Koldinská to nazývá tzv. zákaznickým (partnerským) modelem při poskytování sociálních služeb [2007: 62].

Obecně je výhodou „nových“ poskytovatelů to, že mají blíže k občanovi než samotný stát, tudíž mohou lépe reagovat na jejich potřeby a požadavky [tamtéž]. Více poskytovatelů je také předpokladem diferencovanější nabídky služeb, takže je větší pravděpodobnost uspokojení potřeb všech klientů. Pozitivní roli v zajišťování potřeb může hrát i spolupráce jednotlivých aktérů. V tomto případě je pak důležitá jejich koordinace prostřednictvím **komunitního plánování sociálních služeb**. Komunitní plánování stojí na principu spolupráce zadavatelů, poskytovatelů a uživatelů služeb [Sedláček, Jandajsek citováni in Melková 2004: 72] a je založeno na zmapování potřeb dané komunity a jejich následném uspokojení prostřednictvím dostupných poskytovatelů služeb [Kopecká 1999: 67].

### 3.5.2. Předcházení rizikům

Proces snižování působnosti státu a přenesení pravomocí na jiné subjekty má ale i svá rizika. Otázkou je, jakou míru kompetence si ponechá stát nebo zda je decentralizace opravdu úsporná. Obava z přílišného přesunu zodpovědnosti státu na soukromý sektor je obvykle spojována s kvalitou a dostupností konkrétních služeb

[Kuchařová 1996: II/14, 24]. Problémem soukromých poskytovatelů totiž je, že se mnohdy spíše orientují na méně potřebné klienty [Analýza 2005: 11]. Ale vzhledem k tomu, že jsou sociální služby nákladnou záležitostí, poskytování těchto služeb jen soukromým sektorem, kdy každý nemá prostředky na plné uhrazení služeb nestátní péče, není možné. Stát si proto musí jistou zodpovědnost ponechat [Nešporová et al. 2008: 68]. Podle Daatlanda jsou státy, v nichž je systém péče o seniory rozvinutý (např. Norsko či Švédsko), schopné redukovat státní služby péče a posílit systém tzv. public-private mix, aniž by byla ohrožena kvalita služeb a jejich dostupnost [citován in Kuchařová 1996: II/3]. Předcházet rizikům spojeným s přílišnou komercionalizací služeb sociální péče lze tím, že stát zůstane minimálně garantem sociálního zabezpečení všech osob.

Podle Kuchařové má v tomto případě ale smysl řešit ani ne tak samotnou roli státu, jako rovnováhu všech subjektů [c.d.: II/17]. Jako nezbytná se proto jeví koordinace všech aktérů. Její význam spočívá v pokrytí všech potřeb seniorů a také v efektivním využití omezených financí [c.d.: II/23]. V současné době „různé formy spolupráce mezi jednotlivými orgány (na stejném stupni i na různých stupních), mezi jednotlivými službami a mezi veřejným a soukromým sektorem se rozšiřují ve většině zemí.“ [Misconiová et al. 2003: 5]. V České republice doprovází celý proces decentralizace problém nedostatečného vymezení kompetencí mezi jednotlivými úrovněmi samosprávy, což např. způsobuje obtíže při financování jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb.

### **3.5.3. Dilema zodpovědnosti: stát versus rodina**

Decentralizace není charakteristická jen snižováním působnosti státu a vstupem nových aktérů do oblasti sociální péče, ale i účastí rodin, resp. neformálního sektoru na péči o staré lidi. Obecný trend decentralizace tak silně zasahuje do vztahu formálního a neformálního sektoru, potažmo vztahu státu a rodiny. Do hry však samozřejmě vstupují i služby soukromého sektoru. Základním dilematem při poskytování péče starším občanům je, zda má péče spočívat spíše na státu jako garantovi sociálního zabezpečení nebo na rodině jako přirozené společenské jednotce.

Tradičně byla péče o seniory uskutečňována na základě mezigenerační výměny, v rámci které dospělé děti oplácejí rodičům péči, kterou od nich dostali v dětství [Haškovcová 1990: 76-77]. „Klasický model pečující rodiny byl narušen ve druhé polovině dvacátého století ... výraznou medicinalizací a institucionalizací seniorské

péče.“ [Jarošová 2004: 191] V naší republice se připisuje vina období socialismu, který sociální péči o staré lidi posunul jinam, do ústavů. Otázka zodpovědnosti v péči o seniory je proto „... specifickým problémem postkomunistických zemí, zatížených dědictvím čtyř desetiletí paternalistického státu“ [Barvíková 2005: 60].

Významným principem v pojetí moderní sociální péče o staré lidi je subsidiarita. „Dnešní tendence je v evropských zemích taková, že v první řadě nese za péči zodpovědnost rodina. Pokud tuto roli nemůže převzít, pak přebírají (spolu)péči další složky.“ [Šelner citován tamtéž]. Primární zodpovědnost v péči o nesoběstačného člověka stojí především na rodině. Zároveň má ale povinnost postarat se o staré, nesoběstačné, tedy sociálně slabé lidi stát. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, který podepsala i naše republika, obsahuje právo všech na sociální zabezpečení [čl. 9 Mezinárodního paktu].

V tomto smyslu v souvislosti s autonomií seniorů existují dva přístupy k péči o starší lidi. Na jedné straně stojí tzv. kolektivistický přístup, který je založen na příbuzenské podpoře a bývá spojen s paternalistickým přístupem dospělých dětí k jejich starším rodičům. Na druhé straně stojí individualistický přístup, který vychází z hodnoty autonomie seniorů i dospělých dětí a je charakterizován nižší účastí rodiny na péči, kterou přebírají formální organizace [Sýkorová 2007: 170]. Je otázkou, která péče je vhodnější. Odborníci se ve svých názorech liší. Efektivní může být ale kombinování neformální a formální pomoci [Sýkorová c.d.: 118], protože jsou-li služby zajišťovány více „zdroji“, může to omezovat závislost seniorů na jednom z nich a posilovat jejich autonomii [Cordingley, Webb citováni tamtéž]. Jednotlivé strany mohou také vzájemně vyrovnávat nedostatky při poskytování této péče. Péče kombinující iniciativu rodiny a služby formálního sektoru se jeví jako optimální při naplňování různorodých potřeb starých lidí a požadavku kvality života. V České republice je lidmi nejvíce preferovaná pomoc ze strany rodiny, zejména od dětí, až pak pomoc od státu a dalších subjektů [Kuchařová 2002: 79, Nešporová et al. 2008: 37]. Je ale patrné, že i přes orientaci na rodinu u nás spoléhání se na stát přetrvává [Vidovičová, Rabušic 2003: 28].

## **4. Terénní sociální služby na pozadí deinstitucionalizace**

### **4.1. Úvod k novému přístupu v sociálních službách pro seniory**

Podstatou deinstitucionalizace jako jednoho z nejvýznamnějších trendů moderních sociálních služeb je, aby staří lidé setrvali, co nejdéle je to možné, ve svém přirozeném prostředí. V současnosti je tak dávana přednost péči o seniora doma před péčí v ústavním zařízení. Deinstitucionalizační projevy jsou patrné ale i u samotných ústavních zařízení, která tomuto trendu v poslední době také podléhají s cílem co nejvíce přiblížit ústavní život životu v přirozeném prostředí.

Realizace trendu deinstitucionalizace je závislá zejména na rozvoji alternativních sociálních služeb, k nimž patří terénní služby, které jsou poskytovány v domácnosti seniora, nebo ambulantní služby, za nimiž senior sám dochází. Tyto nové, rozvíjející se formy péče zároveň odpovídají na požadavky kvality života a autonomie ve stáří v rámci obecného trendu humanizace sociálních služeb. Reagují i na rostoucí počet seniorů, kteří potřebují sociální péči v situaci, kdy tradičně hojně využívané domovy pro seniory svou kapacitou nestačí. Na rozdíl od českého prostředí je v zahraničí volba insitucionálního řešení chápána jen jako krátkodobé opatření, než se najde vhodnější možnost, jak se o starého člověka postarat [Kuchařová 1996: II/36]. Touto možností mohou být právě terénní služby.

### **4.2. Rozvoj deinstitucionalizace**

Deinstitucionalizace je považována za nejvýraznější a nejprogressivnější trend v rámci změn v sociálních službách v Evropě [Matoušek 2007a: 175, Obce 1997: 26]. Je jednou z hlavních změn v pojetí způsobu poskytování služeb, které odrážejí ekonomické tlaky i nové přístupy v sociální práci jako je např. větší orientace na uživatele služeb atp. [Evers citován in Kubalčíková 2004: 221]. Ačkoliv dříve existovala představa, že institucionální péče uspokojivě vyřeší život starých lidí, nestalo se tak a představa se změnila [Haškovcová 1990: 338, 344] právě směrem k preferenci neústavních forem sociální péče.

K deinstitucionalizaci přispěla negativa spojená s pobytem v rezidenčním zařízení, kde jsou lidé víceméně vyloučeni z běžného života, což způsobuje závislost na poskytovaných službách a ztrátu silně střežené osobní intimity. Navíc zde není ani možný takový důraz na uspokojování individuálních potřeb, zejména těch emočních

[Analýza 2005: 8, Haškovcová 1990: 186-187]. Možnost pečovat o člověka v jeho domácím prostředí, a v některých případech se tak vyhnout péči ústavní je oproti minulosti umožněno větší kvalitou bydlení a technologickým pokrokem (výroba materiálů, pomůcek) [Obce 1997: 151]. Také moderní technologie jako např. tísňové linky mohou výrazně přispět k setrvání starých lidí v domácím prostředí [Kvalita života ve stáří 2008: 31]. Důležitým prvkem v procesu deinstitucionalizace v České republice je vznik příspěvku na péči, který umožňuje lidem uspokojení potřeb v jejich vlastním prostředí díky možnosti nakupovat si služby až „do domu“. Je prevencí před ústavním pobytem, protože umožňuje i uživatelům s vyšším stupněm závislosti si zajistit díky finančnímu příspěvku potřebné služby domů [Hloušová et al. 2006: 99].

Deinstitucionalizace je v České republice podporována v rámci Národního programu přípravy na stárnutí, kde se uvádí, že „potřebujeme hlavně více možností pro aktivní a soběstačný život ve stáří, nejen více residenčních zařízení pro seniory“ [Kvalita života ve stáří 2008: 10]. Podobným dokumentem je Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, která se zabývá přímo deinstitucionalizací ústavních sociálních zařízení.

### **4.3. Zhodnocení významu terénních sociálních služeb a deinstitucionalizace**

Péče poskytovaná v přirozeném prostředí starého člověka s sebou nese mnohé výhody, které doufejme převažují nad jejími riziky. Přínos deinstitucionalizace a terénních služeb v oblasti sociální péče o seniory je patrný na základě jejich porovnání s ústavními zařízeními sociální péče.

Terénní služby poskytované v domácnosti snižují pravděpodobnost umístění seniora do pobytového zařízení. Mohou tak zároveň snižovat počty uchazečů o místo v těchto zařízeních [Nešporová et al. 2008: 19]. Také se tím předchází problémům spojeným se změnou přirozeného prostředí, když se senior musí stěhovat. Starému člověku, o něhož je pečováno doma, je dána mnohem větší nezávislost a autonomie než člověku za zdmi ústavního zařízení. Tyto služby navíc pozitivně přispívají k udržování soběstačnosti. Jsou proto schopné naplňovat potřeby svých klientů lépe než klasická ústavní zařízení. Aby byly ale terénní sociální služby do určité míry schopné nahradit ústavní péči, je potřeba, aby se pečovatelské služby neredukovaly pouze na dovážku obědů, ale zajistily komplexní péči o osobu, výživu i domácnost [Obce 1997: 153].

Z hlediska sociálního začlenění však mohou terénní služby působit negativně. Člověk, jemuž jsou služby poskytovány přímo u něj doma, nemusí mít následně potřebu vycházet z domu ven, což ho sociálně izoluje [Nešporová et al. c.d.: 60]. Pobyt v domácím prostředí ani nemusí být všemi seniory preferovaný. Ne každý senior, zvláště žijící osaměle, se doma musí cítit dobře, mluvíme-li o pocitu bezpečí [c.d.: 36]. Dalším problémem je, že péče v domácím prostředí, na které se podílí rodina seniora, s sebou nese riziko domácího násilí [Tošnerová citována tamtéž]. Násilí páchané na starých lidech ale mohou pomáhat odhalovat organizace, které péči rodin doplňují.

Podmínkou sociální péče poskytované v domácnostech seniorů je jejich zdravotní stav a soběstačnost. Je třeba upozornit, že poskytovat péči doma je vhodné v případě, kdy to není na úkor jejich stavu. Ne pro všechny je domácí prostředí vhodné, pro někoho může být ústav nejlepší možnou volbou [Matoušek 2007a: 175]. Domovy pro seniory bývají často řešením také pro ty, o které se zkrátka nemá kdo jiný postarat. Pobytové sociální služby obecně jsou preferovány oproti terénním službám i v případě, kdy seniorovi z nějakých důvodů nevyhovuje současné bydlení.

Důležitým kritériem hodnocení služeb poskytovaných v domácím prostředí seniora je ekonomické hledisko. Péče zajišťovaná terénním způsobem je obecně méně nákladná než péče ústavní [Obce 1997: 150, Katz citován in Chappell et al. 1986: 119] a méně náročná na personální zdroje a materiální zdroje [Matoušek 2007a: 175] - nevyžaduje žádné výdaje na stravu ani ubytování. V české praxi ale často dochází k tomu, že pobytové služby nahrazují ty terénní, což se finančně prodražuje [Analýza 2005: 28]. Rostoucí poptávka po službách poskytovaných v domácím prostředí také pomáhá vytvářet nová pracovní místa [Obce 1997: 150].

#### **4.4. Komu a jak terénní sociální služby pomáhají**

##### **4.4.1. Pomoc seniorům a jejich rodinám**

Péče v domácím prostředí předpokládá do jisté míry také participaci rodiny [Topinková citována in Obce 1997: 154, Matoušek 2007: 175, Chappell et al. 1986: 13]. Rodiny, které o seniora pravidelně pečují, však potřebují akutně pomoc soukromých pečovatelských služeb. V takovém případě terénní sociální služby doplňují péči poskytovanou rodinou tam, kde na ni rodina sama nestačí [Sociální 2008: 139]. Usnadňují tak péči rodinám, které si berou své seniory domů nebo je často a pravidelně navštěvují. V tomto případě dochází ke kombinaci formálních a neformálních zdrojů

sociální péče. Terénní sociální služby zajišťují tzv. respitní péči. Její význam spočívá v tom, že se na určitou dobu o seniora stará pouze soukromá služba a rodinní pečovatelé si tak mohou odpočinout od pečovatelské zátěže. Tato úlevová péče může mít třeba i formu dočasného umístění seniora v pobytovém zařízení [Jeřábek 2005: 16]. V Národním plánu přípravy na stárnutí se píše, že „sociální a zdravotní služby by měly být flexibilní, měly by poskytovat podporu a pomoc rodinám a pečovatelům a umožňovat flexibilní přechod mezi formální a neformální péčí a jejich vzájemné doplňování“ [Kvalita života ve stáří 2008: 44]. Této koncepci pravděpodobně nejlépe odpovídají právě terénní, popř. ambulantní sociální služby.

Rodinná péče o seniora není ale v dnešní době rozhodně samozřejmostí, protože mnohé rodiny z různých důvodů na sebe nemohou a nebo někdy ani nechtějí péči převzít. Je proto potřeba, aby seniorovi, pokud nemá být v ústavu, péči zajišťoval někdo jiný. Terénní sociální služby mohou tak využívat i sami senioři, kteří nevyužívají pravidelnou pomoc neformálních zdrojů. Tyto služby nacházejí uplatnění především v případech, kdy je člověk schopen se o sebe ještě sám postarat (nebo s pomocí vlastní rodiny) a nejsou zejména zdravotní důvody, aby byl umístěn např. do domova pro seniory nebo na přechodnou dobu do léčebny dlouhodobě nemocných. Jsou tedy koncipovány především pro seniory s nižším stupněm závislosti. Přesto se tyto služby poskytují i seniorům ležícím, s vážnými zdravotními potížemi a omezenou soběstačností, ovšem obvykle jen tehdy, pečuje-li o seniora intenzivně i vlastní rodina. Služby typu agentur domácí péče, tedy služby terénní, nejsou stoprocentní náhradou za rezidenční služby, které mohou pečovat i o více nesoběstačné seniory [Kopecká 1999: 70].

#### **4.4.2. Typy zajišťované péče**

Terénní sociální služby mohou z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb prakticky zajišťovat tzv. podpůrnou péči a neosobní péči. Oba typy se však vztahují k rozdělení rodinné péče. *Podpůrná péče* (subsidiary care) je důležitá, ale časově, fyzicky ani psychicky nepředstavuje náročnou formu péče. Jedná se např. o zajištění oprav v domácnosti, obstarání úřadů apod. „Tuto formu péče potřebuje prakticky každý starý člověk, kterého bychom z nějakého hlediska považovali za ne zcela soběstačného.“ [Jeřábek 2005: 12] Taková péče nevyžaduje společné bydlení ani celodenní dohled. *Neosobní péče* (impersonal care) je vyšším stupněm pomoci a zajišťuje činnosti související s péčí o domácnost (nejčastěji vaření, úklid, praní). Je časově náročnější a



bývá pravidelně opakována, protože je pro opečovávanou osobu hůře postradatelná. Tuto formu pomoci může také ještě zajišťovat pečovatelská služba [tamtéž].

## **5. Terénní sociální služby v České republice**

V této kapitole využívám některé informace z výzkumu Veselé s názvem „Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech“, který byl proveden v roce 2003. Ačkoliv si uvědomuji, že výzkum je již poměrně starý, a některé informace tak nemusí zcela odpovídat současné situaci sociálních služeb, domnívám se, že i tak poslouží jako dobrá reflexe stavu zejména pečovatelské služby v České republice. V této kapitole čerpám také z vlastních zjištění vyplývajících z rozhovorů s lidmi zajišťujícími provoz domů s pečovatelskou službou. Kombinuji zde tak teoretické poznatky a vlastní empirická zjištění. Oba typy informací jsou uvedeny dohromady, přičemž vlastní poznatky jsou pro lepší orientaci psány kurzívou.

Terénní péče existuje ve dvou základních podobách. Jedná se o terénní sociální péči nebo terénní zdravotní péči, o níž se mluví jako o domácí zdravotní péči. Každá spadá pod působnost jiného resortu (Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví). Oba typy terénních služeb však mohou být poskytovány dohromady (viz kap 3.3.), což je v souladu s požadavkem uspokojování komplexních potřeb seniorské populace. Jednou z organizací poskytující na území republiky zdravotní a sociální péči v integrované podobě je např. Diakonie Českobratrské církve evangelické.

Terénní sociální služby jsou podle zákona o sociálních službách definovány jako služby poskytované v přirozeném prostředí člověka. V České republice jim odpovídá především pečovatelská služba, která je často poskytována v domech s pečovatelskou službou, nebo osobní asistence využívaná zejména hendikepovanými. Zákon k terénním sociálním službám dále řadí např. služby tísňové péče jako způsob nepřetržité hlasové komunikace s klientem nebo odlehčovací služby (respirační péče), které mohou být poskytovány i ambulantně či pobytově a mají umožnit pečující osobě odpočinek [Zákon č. 108/2006 Sb.].

### **5.1. Nedostatky**

Proto, aby se mohly sociální služby pro seniory transformovat směrem k možnosti co nejdějšího setrvání starých lidí ve vlastní domácnosti, je potřeba zajistit dostupnost a co nejširší rozsah terénních sociálních služeb [Nový, Víšek 1988: 17], které by pak byly schopné nahrazovat péči poskytovanou v rezidenčních zařízeních. Hlavním problémem terénních sociálních služeb je však právě jejich nedostatečné pokrytí [Koncepce 2007:

18], které se týká hlavně malých obcí daleko od velkých měst. Dostupnost služeb se tak regionálně liší [Nešporová et al. 2008: 81]. Nedostupnost terénních služeb je do určité míry spojena s přenesením zodpovědnosti za poskytování péče ze státní na krajskou a obecní samosprávu. Velkou roli hraje nezájem obcí či nedostatek obecních financí na zajištění těchto služeb [Veselá 2003: 42]. Hodnocení nedostatečného pokrytí těmito službami je ale problematické, protože „kde není nabídka, nemůže být ani poptávka, a tak lze poukazem na zvýšenou poptávku těžko poukázat na jejich nedostatečnou kapacitu ...“ [Nešporová et al. c.d.: 77].

Problémy s poptávkou se objevují v souvislosti s příspěvků na péči, které částečně nahrazují dotace na sociální služby od státu. Potíž je v tom, že se tyto finance do systému sociálních služeb úplně nevracejí a podle vyjádření pracovníků těchto služeb po nich není taková poptávka, aby se služby užívaly [Wanatovitzová 2008: 12]. Je to ale částečně způsobeno také tím, že příspěvky na péči mohou senioři za poskytnutí neformální péče poukazovat svým rodinám, přičemž tak finance neplynou na úhradu formálních služeb. *Podle jedné pracovnice domu s pečovatelskou službou, s níž jsem prováděla rozhovor, senioři pobírající příspěvek sociální služby skutečně využívají, druhá byla k příspěvkům ale skeptičtější. Uvedla, že senioři v jejich domě využívají k úhradám za péči průměrně pouze zhruba polovinu výše jejich příspěvku na péči. Kdo je však skutečně nesoběstačný, příspěvek využije. Největší zneužívání příspěvku se proto předpokládá hlavně u lidí s nižším stupněm závislosti [Nešporová et al. c.d.: 64]. Proto byla schválena novela zákona o sociálních službách, na jejímž základě bude lidem s prvním stupněm závislosti vypláceno pouze 800,- a naopak lidem se čtvrtým stupněm závislosti o tisíc korun více, tj. 12 tisíc Kč [Platná znění 2009: 4]. Z vyjádření pracovníc ovšem také vyplynulo, že uznání žádosti o příspěvek na péči bývá nespravedlivé. Podle jejich názoru je často přiznán těm, kteří ho nepotřebují, a naopak nepřiznán těm, kterým by skutečně pomohl. Záleží totiž částečně na tom, jak se člověk v procesu posuzování jeho soběstačnosti snaží či nesnaží.*

Také nedostatečná informovanost o terénních sociálních službách [Koncepce 2007: 18] může být faktorem jejich nízké poptávky. Aby se předešlo nezájmu seniorů o tyto služby, je nepochybně nutné je s novými formami péče seznámit, protože u nich tato forma péče není pravděpodobně tolik zažitá.

## 5.2. Pečovatelská služba

Pečovatelská služba (dále PS) je nejčastější formou terénní sociální péče. Je určena „... osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení ...“ [Králová, Rážová 2007: 55]. Poskytuje se ve vlastních bytech seniorů nebo přímo v domech s pečovatelskou službou (dále DPS), kde si senior byt pronajímá. Z výzkumu Veselé plyne, že se ve vlastních domácnostech seniorů poskytuje PS ze 79 % a z 21 % v DPS [Veselá 2003: 8]. Může být poskytována i ambulantně např. v denních centrech, kam senior sám dochází [Králová, Rážová c.d.: 55]. Jejím zřizovatelem bývají obce nebo soukromé organizace či osoby.

V souvislosti se zhoršováním soběstačnosti ve stáří potřeba PS roste s věkem. Tato služba je častěji poskytována osamělým lidem než lidem žijící s partnerem. Využívá ji téměř čtvrtina seniorů nad 75 let a zároveň 11 % seniorů žijících doma [Kuchařová 2002: 77]. V rámci transformace sociálních služeb pro seniory lze zaznamenat značný rozvoj této služby. Od roku 2003, kdy bylo registrovaných uživatelů PS necelých 14 tisíc<sup>17</sup>, došlo k rozšíření téměř na 23 tisíc uživatelů<sup>18</sup>. Ve výzkumu Sýkorové senioři PS oceňovali, což může být dáno i možným negativním postojem k rezidenčním zařízením [Sýkorová 2007: 192].

### 5.2.1. Poskytované služby

PS určená seniorům zahrnuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, kam spadá úklid, nákup nebo praní a žehlení prádla a nakonec obsahuje i zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, čímž se má na mysli třeba doprovod k lékaři [Králová, Rážová c.d.: 56-57]. *PS poskytuje jednorázové úkony, které si senioři obvykle žádají pravidelně. Zájem o službu se hlásí dopředu, v DPS pak vyúčtování probíhá zpětně, např. jednou měsíčně.*

Hovoří se o tom, že je PS dost často redukována na nějakou dílčí oblast, zejména na dovoz obědů [Nešporová et al. 2008: 81], tudíž poskytovaná terénní péče nemůže zajistit komplexní potřeby jejích uživatelů. Na druhou stranu Veselá uvádí, že PS poskytuje i služby, které nejsou uvedené v zákoně, např. poradenské služby nebo domácí ošetřovatelskou péči [Veselá c.d.: 17]. V druhém případě hovoříme o komplexní

<sup>17</sup> zdroj: [http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/E2003AFD85/\\$File/32010701.pdf](http://www.czso.cz/csu/2004edicniplan.nsf/t/E2003AFD85/$File/32010701.pdf)

<sup>18</sup> zdroj: [http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B80038E23A/\\$File/32010701.pdf](http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/t/B80038E23A/$File/32010701.pdf)

domácí péči, která zahrnuje jak sociální, tak i zdravotní služby. Často zmiňovaným nedostatkem PS je neschopnost zajistit celodenní dohled nad starým člověkem, přestože je po takové službě poptávka [Veselá c.d.: 8]. Matoušek poukazuje na podobný problém, kdy si sami senioři stěžují, že s ním pečovatelé tráví málo času. Přitom v zahraničí je možné si objednat PS i na 24 hodin vkuse [2007: 91].

### **5.2.2. Zjištěné problémy**

Obecným problémem terénních sociálních služeb, o kterém jsem se zmiňovala výše, je jejich nedostupnost, která tedy platí i pro PS. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 zdůrazňuje, že pečovatelská služba „musí být dostupná lidem s různými zdravotními omezeními, s odlišnou mírou potřeby péče a vybavením domácnosti“ [Kvalita života ve stáří 2008: 44].

Problémy spojené s nezajištěním potřeb seniorů bývají také na straně samotných seniorů. Ačkoliv se PS jeví jak jedna z nejlepších forem sociální péče, starý člověk se může obávat vstupu cizí osoby do jeho domácnosti nebo pro něj mohou představovat tyto služby příliš velkou finanční zátěž [Veselá c.d.: 36]. Přestože záleží na rozsahu poskytovaných služeb, pracovníci PS ve výzkumu MPSV potvrdili, že finanční zátěž seniorů není vzhledem k dotování cen služeb obcemi či státem velká [Nešporová et al. c.d.: 69]. *I na základě vlastních rozhovorů s pracovníky DPS mohu říci, klienti úhradu za služby zvládají. Maximální výši úhrad pečovatelské služby stanovuje Vyhláška č. 505/2006 Sb. Péče poskytovaná PS je sice hrazena z vlastních příjmů klientů, ale senioři závislí na pomoci jiné osoby pobírají příspěvek na péči, který slouží právě k úhradě těchto služeb. Podle platné právní úpravy dostávají podle stupně závislosti příspěvek ve výši 2, 4, 8 nebo 11 tisíc korun.*

### **5.3. Domy s pečovatelskou službou**

Jak již bylo řečeno výše, PS se poskytují i v bytech DPS. Tyto domy mají ale zvláštní vymezení, nejsou terénní sociální službou v pravém smyslu, ale kombinují PS s pobytovým zařízením [c.d.: 21]. Jedná se o tzv. domy zvláštního určení, které nejsou zařízením sociálních služeb [Králová, Rážová 2007: 55], klienti v nich získávají byt na základě nájemní smlouvy. Svým charakterem jsou domům s pečovatelskou službou podobné domovy-penziony pro důchodce, které však podle platné právní úpravy již neexistují a spadají pod domovy pro seniory, k nimž patří i klasické „domovy důchodců“. Narozdíl od nich jsou ale penziony určeny převážně spíše pro soběstačnější

seniory [Matoušek 2007b: 90] podobně jako DPS. *V DPS, v nichž jsem provedla rozhovory, je většina seniorů relativně soběstačných. Ne všichni jsou příjemci příspěvku na péči. Ti, kteří ano, většinou spadají do I. a II. stupně závislosti. I když zde dříve pobývali i ležící, víceméně závislí lidé, PS nad nimi nemohla zajistit celodenní dohled. Takoví lidé byli zpravidla pak umisťováni do domovů pro seniory.*

### **5.3.1. Nástup do domu s pečovatelskou službou**

Pečovatelské domy, podobně jako domovy pro seniory se potýkají s problémem nedostatečných kapacit a dlouhých čekacích dob na místo [Vohralíková, Rabušic 2004: 71]. Ve výzkumu Veselé se pouze necelá polovina pověřených obecních úřadů vyjádřila, že kapacity DPS vyhovují [Veselá c.d.: 18]. *Z vlastního výzkumu DPS plyne, že oba zkoumané DPS mají v současné době kapacity plné, přičemž u jednoho z nich je počet uchazečů dvojnásobný. Čekací doma na místo se zde pohybuje od 3 měsíců třeba až po 3 roky. Vzhledem k tomu, že zřizovatelem těchto DPS jsou obce, o nástupu rozhoduje odbor sociálních věcí. Podle vyjádření jednoho z nich jsou bráni přednostně uchazeči, kteří bydlí ve stejném městě, kde je DPS, dále jsou preferováni lidé pobírající příspěvek na péči. Přihlíží se samozřejmě také k věku a zdravotnímu stavu uchazeče. Nástup seniorů do DPS vyjednávají senioři spíše sami, ale rodiny jim s nástupem pomáhají.*

### **5.3.2. Poskytované služby**

Pečovatelské služby poskytované v DPS může konkrétně přiblížit seznam služeb a jejich cen v jednom ze zkoumaných DPS (viz přílohy). Z výzkumu Bareše plyne, že více jak tři čtvrtiny pověřených obecních úřadů považují vybavenost službami v DPS za dostatečnou či výbornou. Opět podle více jak tří čtvrtin úřadů finanční zdroje pro DPS dostatečně nebo na velmi dobré úrovni umožňují zajištění potřeb seniorů [Bareš 2006: 141]. *V DPS se služby poskytují jen v určených hodinách, takže po zbytek dne není možnost tyto služby využít, a senioři tudíž nejsou ani pod kontrolou pečovatelek, což by vzhledem ke stavu některých seniorů bylo dobré. Ve zkoumaných DPS je PS poskytována pouze cca od 7:00 do 15:00. Službu zde zajišťují pečovatelky a zdravotní sestra. Z rozhovorů s pracovníky PS plyne, že senioři využívají všechny jimi nabízené služby. Nejčastěji se jedná o zajištění obědů a nákupů a praní a žehlení prádla [srovnej Kuchařová 2002: 77]. Někteří lidé by uvítali praní a žehlení jako dvě samostatné služby. Poskytují se totiž dohromady, tudíž člověk musí využít buď obojí nebo nic,*

*přítom někdo pračku má a jen by potřeboval vyžehlit. Z vyjádření pracovníků dále vyplynulo, že by neměli poskytovat zdravotní služby jako je např. aplikace inzulínu, ačkoliv k tomu mají kvalifikaci. Na základě výzkumu Veselé bylo zjištěno, že jen 52 % ubytovaných seniorů pravidelně využívá možných služeb [Veselá c.d.: 8]. I z vlastních rozhovorů vyplynulo, že ne všichni pravidelně služby využívají. Lze tedy usuzovat, že někteří si pobytem v DPS spíše řeší jen bytovou otázku, přitom PS moc nevyužívají.*

*V obou zkoumaných DPS mají senioři kromě běžných sociálních služeb navíc možnost pravidelně využívat služby pedikérky, na požádání dochází také kadeřnice. Dříve zde byla možnost využít i masérské služby, ale o ty pravděpodobně z finančních důvodů zájem opadl. Z vlastních návštěv jsem vypožorovala, že si senioři chodí často popovídat i se samotnými pečovatelkami do jejich kanceláře. V obou zkoumaných DPS je také společenská místnost, kde mají lidé možnost trávit společný čas např. společenskými hrami či při různých besídkách. Někteří se účastní kulturních volnočasových aktivit, ale podle pracovníků o ně příliš velký zájem není. Z uvedených poznatků i z vlastního pozorování je patrná zjevná snaha vyjít všem zde ubytovaným seniorům vstříc, co se týče požadavků a poskytování různých služeb. Jedna z pracovníček se neubráníla zklamání, že část seniorů je navzdory různým motivům bohužel neaktivní, ačkoliv jsou relativně zdraví, soběstační a mobilní.*

### **5.3.3. Bydlení**

*Byty ve zkoumaných DPS se skládají z jedné velké místnosti, kde je integrován kuchyňský kout, dále z předsíně a koupelny. Je tu i několik bytů pro manželské dvojice, které mají místnost dvě. Všechny byty mají také telefon, a to hlavně pro případ, že by starý člověk potřeboval rychle pomoci. Měsíční nájem včetně úhrad za elektřinu zde činí zhruba od 2500 Kč do 3000 Kč, což je v porovnání s běžnými byty poměrně málo. Podle jedné z pracovníček DPS by pro staré lidi, kteří zde bydlí, neměl tento pobyt ani včetně úhrad za služby představovat finanční zatížení. Opakovaně také upozorňovala na to, že staří lidé jsou zvyklí šetřit. Vzhledem k tomu, že oba zkoumané DPS jsou prakticky nově postavené a většina seniorů zde žije od začátku, tj. 4, resp. 7 let, nelze říci, jak dlouho zde starý člověk v průměru zůstává.*

### **5.3.4. Zhodnocení významu**

Výstavba DPS byla typická pro 90. léta [Haškovcová 1990], ale i dnes se dál staví. Jejich výhodou je, že soustřeďují potřebné lidi do jednoho místa. Zřizování domů za

účelem poskytování PS je proto považováno za racionalizační opatření [Nový, Víšek 1988: 61, Králová, Rážová 2005: 127]. Zároveň se tím řeší nevyhovující bydlení starých lidí [tamtéž]. Jejich výstavba ale představuje finanční náklady, kterých je terénní pečovatelská služba poskytovaná ve vlastních bytech seniorů ušetřena. V DPS si senioři pronajímají byt a mají své soukromí, proto jim je ve srovnání s tradičními domovy důchodců zajištěna větší autonomie. Zároveň jsou ale pod ochrannou rukou pečovatelek, což naplňuje jejich potřebu bezpečí, která, bydlí-li senior sám, nebývá v klasickém domácím prostředí saturována [Janečková 2005: 178-179]. Pobyt v DPS je určitě humánnější formou, jak zajistit starému člověku potřebnou péči, protože je zde možnost si pronajatý byt vybavit vlastním nábytkem, což do značné míry připomíná pobyt v původním vlastním bytě a nenutí člověka k adaptaci na zcela nové prostředí.

Přesto ale DPS nejsou ideálním řešením, protože s sebou nesou nutnost přestěhovat se. Haškovcová navíc upozorňuje, co pak s těmito relativně soběstačnými lidmi, kteří dříve či později zestárnou [Haškovcová 1990: 344]. Bude nutné „další nákladné a psychicky těžce snášené přesazování“ [c.d.: 349]. *Pracovníci DPS, s nimiž jsem hovořila, potvrdili, že zhorší-li se stav pacienta, vyjednává se mu umístění do domova pro seniory.* Příkladem dobré praxe může být řešení, o kterém hovoří Kubalčíková. Uvádí, že deinstitucionalizace a požadavek na přirozené prostředí by měly znamenat nejen vlastní byt, ale spíše obecně místo sociálních kontaktů. V Nizozemí existují tzv. chráněná bydlení podobná našim DPS, která požadovaný způsob zajištění seniorů úplně nesplňují. Byl zde ale realizován projekt chráněných bytů umístěných v běžných domech, které se nacházely v blízkosti domova důchodců, takže potřebné služby byly dostupné odtud. Nebylo tak nutné staré lidi stěhovat do nového prostředí [Kubalčíková 2004: 224].



## ❖ Závěr

V této práci jsem se zaměřila na obecné změny v sociálních službách a na to, jakým způsobem ovlivňují současnou sociální péči o seniory v České republice. Dále jsem se zabývala terénními pečovatelskými službami. Dospěla jsem k následujícím zjištěním.

Současný systém sociálních služeb pro seniory se v posledních letech proměňuje vlivem několika faktorů. Demografický vývoj rozvinutých zemí spěje k bezprecedentnímu zvyšování počtu i podílu starých lidí, což přináší problémy jejich ekonomického, zdravotního i sociálního zabezpečení. V České republice se potýkáme např. s problémem nedostatečných kapacit tradičně hojně využívaných domovů důchodců. Je však potřeba upozornit na tzv. demografickou paniku, která na populačním stárnutí přehnaně zdůrazňuje negativní aspekty. Stárnutí populací je podle Rabušice za problém označováno mylně, protože je prakticky chtěným výsledkem racionálního jednání lidí [2002: 12]. Je třeba se na demografické změny moderních společností přestat dívat se skepsí, začít o něm uvažovat objektivně a hledat jiné způsoby, jak staré lidi zabezpečit. Takový přístup je ovšem spojen se změnou ageistických postojů ve společnosti. Výrazným hybatelem změn v sociálních službách jsou i ekonomické tlaky podmíněné jednak rostoucím počtem nesoběstačných starých lidí, ale také obecně růstem nákladů v sociálních službách. Transformace systému sociálních služeb je dále ovlivněna novým přístupem k péči o staré lidi, který je odrazem humanizace v této oblasti.

Současný systém sociálních služeb pro seniory tak prochází dlouhodobou transformací a je charakterizován několika trendy. Jak jsem již naznačila, velkou roli hraje trend humanizace, který souvisí s uplatňováním přirozených lidských práv. Humanizace přichází s požadavkem kvality života, uspokojování komplexních potřeb starých lidí, autonomie, individualizace péče a účasti seniorů v rozhodování o poskytované sociální péči. Souvisí se snahou integrovat sociální a zdravotní péči směrem k efektivnějšímu uspokojování různých potřeb lidí ve vyšším věku. Dále je snaha hledat nové finanční zdroje sociálních služeb, a to převážně z ekonomických důvodů. Do oblasti poskytování sociálních služeb také přicházejí noví poskytovatelé. Systém je decentralizován a komercializován, sociální služby již neposkytuje výhradně pouze stát, ale i komerční a neziskové subjekty. Stát si ponechává minimálně roli garanta. V tomto ohledu nabývá na významu podle principu subsidiarity také role rodin, které by měly být při péči o své starší rodinné členy podporovány.

Výrazným trendem moderních sociálních služeb, který reaguje na růst počtu starších lidí v populaci a nedostatečné kapacity ústavních zařízení, na ekonomickou neudržitelnost systému i na požadavek humanizace sociálních služeb, je deinstitucionalizace. Je spojena s rozvojem terénních sociálních služeb, které mají v současné době asi největší potenciál moderní požadavky humanizace, deinstitucionalizace, hospodárnosti atd. naplnit. Jsou sociálně i ekonomicky schůdnou cestou zabezpečení ve stáří, protože podporují život v přirozeném prostředí a nejsou tolik nákladné jako tradiční formy péče poskytované v rezidenčních zařízeních. I přesto však může být někdy ústavní pobyt pro člověka vhodnější nežli pobyt doma podporovaný terénními službami.

Nejvyužívanější formou terénních sociálních služeb jsou pečovatelské služby, které jsou poskytovány jak v domácím prostředí seniorů, tak v domech s pečovatelskou službou, jenž seniorům slouží jako zařízení s možností vlastního bydlení. Ačkoliv pečovatelské služby představují poměrně vhodnou formu zabezpečení seniorů, jejich problémem je nedostatečné pokrytí, které problematizuje nejen aktivity spojené s tímto zabezpečením, ale nedovoluje ani plnou realizaci moderních trendů v této oblasti. Nedostatečná nabídka těchto služeb může souviset jednak s nedostatkem financí obcí na zabezpečení služeb, zároveň ji někde může způsobovat nízká poptávka související např. s nesprávným využíváním příspěvku na péči, který se do systému sociálních služeb nevrací.

Obecným cílem sociálních služeb poskytovaných zejména v České republice má být integrace seniorů do společnosti umožněná především rozvojem neústavních forem sociální péče a humanizací této péče. Systém péče o seniory má naplňovat komplexní potřeby starých lidí, podporovat jejich autonomii a soběstačnost i jejich větší zainteresovanost, popř. jejich rodin v procesu poskytování sociální služby. Je však třeba zajistit rozvoj nových forem péče, které jsou schopné současné nároky systému sociálních služeb naplnit.

Tato práce se zabývá obecně změnami v evropských sociálních službách a zaměřuje se na rozvoj moderní sociální péče o seniory v České republice. Usiluje o to nastínit, kam by se péče o staré lidi měla v ideálním případě ubírat a ukazuje, jaká je u nás praxe terénních pečovatelských služeb. Další výzkum v této oblasti by se mohl opírat o analýzu transformace sociálních služeb s větším důrazem na vývoj v jednotlivých evropských zemích a blíže se zaměřit na realizaci jednotlivých trendů a současné obtíže této transformace v ČR.

## ❖ Seznam obrázků a grafů

Graf č. 1:	Rostoucí podíl seniorů v populaci ČR .....	18
Graf č. 2:	Stromy života pro rok 2007 (reálné) a 2050 (dle střední varianty projekce) .....	18
Přehled č. 1:	Přehled zkoumaných oblastí kvality života seniorů v dotazníku WHOQOL-OLD .....	23

## ❖ Použitá literatura

*Analýza podmínek účinné koordinace sítě poskytovatelů služeb sociální péče ze strany veřejné správy v kontextu reformy sociálních služeb.* 2005. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.

BAREŠ, Pavel. 2006. *Přiměřenost sociálních služeb aktuálním potřebám* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí (VÚPSV) [cit. 12. 4. 2009]. Dostupné z: <[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_200.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_200.pdf)>.

BARVÍKOVÁ, Jana. 2005. „Rodinná péče a profesionální péče.“ Pp. 58-70 in Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

CHAPPEL, Neena L., Laurel A. Strain, Audrey A. Blandford. 1986. *Aging and health care. A social perspective*. Toronto, Canada: Holt, Rinehart and Winston.

ČERMÁKOVÁ, Kristýna. 2008. „Teoretická východiska pro vytváření integrované péče - sociálně zdravotních služeb.“ Pp. 175-198 in Bohumila Čabanová, Petr Háva et al. *Spravedlnost a solidarita v oblasti sociálně zdravotnických služeb*. Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce.

ČORNANIČOVÁ, Rozária. 2004. „Kvalita života v séniu.“ Pp. 143-152 in Dana Sýkorová, Oldřich Chytil (eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

DWORKIN, Gerald. 1989. *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: University Press.

FRANCOVÁ, Hana, Veronika Záleská. 2006. „Zvládání početné klientely v ústavních zařízeních.“ Pp. 142-153 in Martin Smutek, Miroslav Kappl (eds.). *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. 1990. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama.

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

HLOUŠOVÁ, Andrea, Petra Mařátková, Jiří Kovalčík, Aleš Ryba. 2006. „Uživatel sociálních služeb z pohledu nového zákona o sociálních službách.“ Pp. 97-106 in Martin Smutek, Miroslav Kappl (eds.). *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus.

JAMES, Liz. 2008. „All pulling together: the value of combining health and social care.“ *Nursing older people* [online] 20 (9) [cit. 20. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://proquest.umi.com/pqdlink?index=0&did=1618075161&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1242816541&clientId=45145>>.

JANEČKOVÁ, Hana. 2005. „Sociální práce se starými lidmi.“ Pp.163-193 in Oldřich Matoušek. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.

JAROŠOVÁ, Darja. 2004. „Senioři v domácí péči - zdravotní a sociální charakteristiky.“ Pp. 190-195 in Dana Sýkorová, Oldřich Chytil (eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

JAROŠOVÁ, Darja. 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

JEŘÁBEK, Hynek. 2005. „Péče o staré lidi v rodině (východiska, klasifikace, kritické momenty.“ Pp. 9-19 in Hynek Jeřábek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: UK FSV, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

KAPR, Jaroslav. 1998. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství.

KELLER, Jan. 2004. „Mezigenerační solidarita a krize systémů pojištění.“ Pp. 39-45 in Dana Sýkorová, Oldřich Chytil (eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.

KOLDINSKÁ, Kristina. 2007. „Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích.“ Pp. 53-63 in Oldřich Matoušek a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.

*Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. 2007. Praha: MPSV [cit. 1. 3. 2009]. Dostupné z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)>.

KOPECKÁ, Petra. 1999. *Cesty ke komplexní a koordinované sociálně-zdravotní péči o seniory na komunitní úrovni*. Praha: UK FSV. Vedoucí práce Petr Háva.

KRÁLOVÁ, Jarmila, Eva Rážová. 2005. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Olomouc: ANAG.

KRÁLOVÁ, Jarmila, Eva Rážová. 2007. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. Olomouc: ANAG.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. 2004. „Politika sociálních služeb a podpora autonomie seniorů.“ Pp. 221-227 in Dana Sýkorová, Oldřich Chytil (eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.

KUCHAŘOVÁ, Věra. 1996. *Starší lidé ve společnosti a v rodině*. Praha: VÚPSV.

KUCHAŘOVÁ, Věra. 1997. „K problematice péče o starší generaci.“ Pp. 134-156 in Ladislav Rabušic et al. *Česká společnost a senioři. Sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti*. Brno: Masarykova univerzita.

- KUCHAŘOVÁ, Věra. 2002. *Život ve stáří* [online]. Praha: VÚPSV [cit. 2. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/zivest.pdf>>.
- Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [online]. 2008. Praha: MPSV [cit. 5. 3. 2009]. Dostupné z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti\\_cz\\_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf)>.
- LIŠKOVÁ, Irena. 2007. *Transformace sociálních služeb pro seniory a její inspirace z Evropské unie*. Praha: UK FF. Vedoucí práce: Oldřich Matoušek.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2007a. „Očekávatelný vývoj sociálních služeb.“ Pp. 173-177 in Oldřich Matoušek et al. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2007b. „Typologie sociálních služeb podle cílových skupin.“ Pp. 79-106 in Oldřich Matoušek et al. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MATÝSKOVÁ, Danuše. 2004. „Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů.“ Pp. 46-52 in Dana Sýkorová, Oldřich Chytil (eds.). *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity.
- MELKOVÁ, Gabriela. 2004. *Problematika sociálně zdravotní péče o seniory na lokální úrovni*. Praha: UK FSV. Vedoucí práce Bohumila Čabanová.
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech* [online]. 1966. New York: OSN [cit. 22. 3. 2009]. Dostupné z: <<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>>.
- MISCONIOVÁ, Blanka, Ladislav Průša, Helena Vostrovská. 2003. *Integrovaná domácí sociálně zdravotní péče* [online]. Praha: VÚPSV [cit. 13. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/intpec.pdf>>.
- MOŽNÝ, Ivo. 2002. *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál.
- MUFFELS, Rudu J. A. 1997. „Stárnutí a flexibilizace. Hrozba nebo výzva pro sociální stát?“ Pp. 38-65 in Ladislav Rabušic et al. *Česká společnost a senioři. Sociální, ekonomické a politické aspekty demografického stárnutí české společnosti*. Brno: Masarykova univerzita.
- NAKONEČNÝ, Milan. 1997. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila Svobodová, Lucie Vidovičová. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru* [online]. Praha: VÚPSV [cit. 19. 3. 2009]. Dostupné z: <[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_260.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_260.pdf)>.

NOVÁK, František. 2008. „Populace stárne, vláda schválila národní program“. *Respekt* [online]. [cit. 14. 4. 2009]. Dostupný z: <<http://respekt.ihned.cz/fokus/c1-36352700-populace-starne-vlada-schvalila-narodni-program>>.

NOVÝ, Karel, Petr Víšek. 1988. *Společenská péče o staré občany*. Praha: Práce.  
Obce, města, regiony a sociální služby. 1997. Praha: Socioklub.

*Ošetrovatelská péče o seniory v britské praxi* [online]. 2008. Praha: Vysoká škola zdravotnická [cit. 1. 1. 2009]. Dostupné z: <[http://www.vzsp5.cz/vzs/aktivita/eu/pdf/prirucka\\_oseetrovatelska\\_pece\\_o\\_seniory\\_v\\_britske\\_praxi.pdf](http://www.vzsp5.cz/vzs/aktivita/eu/pdf/prirucka_oseetrovatelska_pece_o_seniory_v_britske_praxi.pdf)>.

PICHAUD, Clément, Isabelle Thureauová. 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál.

*Platná znění zákonů s vyznačením navrhovaných změn* [online]. 2009. Praha: MPSV [cit. 3. 5. 2009]. Dostupné z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/5854/3\\_mp\\_rack7jtfklh.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5854/3_mp_rack7jtfklh.pdf)>.

PRŮŠA, Ladislav. 2007. „Financování sociálních služeb.“ Pp. 65-78 in Oldřich Matoušek a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál.

*Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice* [online]. 2005. Praha: MPSV [cit. 1. 3. 2009]. Dostupné z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/1342/zprava\\_zdravotni\\_pece.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/1342/zprava_zdravotni_pece.pdf)>.

RABUŠIC, Ladislav. 2002. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* Praha: VÚPSV.

*Sociální a kulturní soudržnost v diferencované společnosti. Zadání, teoretická východiska, širší souvislosti*. 2008. Praha: UK FSV, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.

*Stručný průvodce zákonem o sociálních službách*. 2006. Praha: MPSV.

SÝKOROVÁ, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.

TRACHTOVÁ, Eva et al. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.

*Velký sociologický slovník*. 1996. Praha: Karolinum.

VESELÁ, Jitka. 2003. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech* [online]. Praha: VÚPSV [cit. 12. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/slusen.pdf>>.

VIDOVIČOVÁ, Lucie, Ladislav Rabušic. 2003. *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí v pohledu české veřejnosti* [online]. Praha: VÚPSV [cit. 13. 4. 2009]. Dostupné z: <<http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vidrab.pdf>>.

VIDOVIČOVÁ, Lucie. 2008. *Stárnutí, věk, diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Mezinárodní politologický ústav Masarykovy univerzity.

VOHRALÍKOVÁ, Lenka, Ladislav Rabušic. 2004. *Čeští senioři včera, dnes a zítra* [online]. Brno: VÚPSV [cit. 12. 4. 2009]. Dostupné z: <[http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_149.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_149.pdf)>.

VOSTROVSKÁ, Helena. 1998. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. Praha: Státní zdravotní ústav.

WANATOWICZOVÁ, Krysina. 2008. „Stáří v bludném kruhu“. *Mladá fronta Dnes*. 25.3.2008, č. 1.

ZAVÁZALOVÁ, Helena et al. 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum.

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

### **Internetové zdroje**

[www.czso.cz](http://www.czso.cz)

[www.geriatickarevue.cz](http://www.geriatickarevue.cz)

[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

[www.osn.cz](http://www.osn.cz)

[www.seniori.org](http://www.seniori.org)

[www.vupsv.cz](http://www.vupsv.cz)



## ❖ **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Návod k polostandardizovaným rozhovorům

Příloha č. 2: Seznam služeb a cen poskytovaných v domě s pečovatelskou službou v Desné v Jizerských horách

## ❖ Přílohy

### PŘÍLOHA Č. 1: NÁVOD K POLOSTANDARDIZOVANÝM ROZHOVORŮM V DOMECH S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU

#### • **Obecně**

1. Maximální kapacita, kolik uživatelů, volné kapacity?
2. Pracovní doba - jaká? stačí? není zájem o prodloužení doby?
3. Pracovníci- počet? stačí? jejich kvalifikace?
4. Věk seniorů
5. Zdravotní stav seniorů, soběstačnost, potřebují pomoc jiných osob při péči?
6. Mají všichni příspěvek na péči? kolik lidí? jaký je stupeň jejich závislosti?

#### • **Nástup do DPS**

7. Čekají seniori na místo? čekací doba
8. Odkud seniori pocházejí - lidi s jakým bydlištěm jsou přijímáni?
9. Důvody vedoucí k nástupu do DPS
10. Kdo rozhoduje o nástupu - DPS nebo odbor soc. věcí?
11. Kterí lidé jsou bráni přednostně?
12. Kdo vyjednává nástup seniora do DPS - sám senior, rodina?
13. Probíhá komplexní hodnocení stavu seniora, jaké potřebuje služby? nechá si poradit?

#### • **Byty**

14. Kapacita bytů
15. Bydlí manželé?
16. Průměrná délka pobytu? co následuje? má někdo podanou žádost do DD - kolik lidí?

#### • **Služby**

17. Využívání služeb - kolik lidí?
18. Pravidelné využívání - kolik lidí?
19. Nejvyužívanější, nejméně využívané či vůbec nevyužívané služby
20. Využívání více služeb najednou? kolik služeb připadá na jednoho člověka?
21. Jsou uspokojovány všechny potřeby? které ne?
22. Poskytování i zdravotních služeb, i když se jedná o soc. zařízení?
23. Přítomnost lékaře
24. Financování sociálních a zdravotních služeb
25. Dostupnost jiných, doplňkových služeb - pedikúra apod.
26. Technické vybavení domu - chybí něco?
27. Kontrola seniorů, zda jsou v pořádku - probíhá? jakým způsobem?

#### • **Trávení volného času**

28. Nabídka volnočasových aktivit, možnost být na zahrádce?
29. Společenská místnost? co se tam koná?

#### • **Rodina**

30. Jaká je spolupráce s rodinami?
31. Zájem o seniory? návštěvy? starají se o seniory v době nepřítomnosti PS?

#### • **Postoje seniorů**

32. Spokojenost s pobytem jako takovým, spokojenost se „sousedy“
33. Spokojenost se službami
34. Spokojenost s cenami, je pobyt pro důchodce finanční zátěží?
35. Měsíční nájem bez služeb
36. Nespokojenost s něčím?

• **Závěr**

37. Kdo je zřizovatelem - město? v jakých věcech DPS spolupracuje se soc. odborem? jak spolupráci hodnotíte?  
38. Jaké problémy shledáváte v současnosti jako největší při poskytování služeb?

**PŘÍLOHA Č. 2: SEZNAM SLUŽEB A CEN POSKYTOVANÝCH V DOMĚ  
S PEČOVATELSKOU SLUŽBOU V DESNÉ V JIZERSKÝCH HORÁCH**

**Cena za úkon:**

- běžné úkony osobní hygieny (oblékání, pomoc na vozík či na lůžko, pomoc při návštěvě WC nebo podání jídla) ..... 15 Kč
- jednoduché ošetrovatelské úkony ..... 15 Kč
- dovoz a donáška oběda ..... 15 Kč
- běžné nákupy ..... 20 Kč
- nákupy mimo stanovenou dobu ..... 40 Kč

**Cena podle stráveného času:**

- nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti ..... 80 Kč/hod.
- práce s udržováním domácnosti - úklid ..... 75 Kč/hod.  
- velký úklid ..... 100 Kč/hod.
- doprovod na vyšetření ..... 30 Kč/hod.
  
- úhrada za praní, sušení a žehlení prádla ..... 50 Kč/kg