

**Česká zemědělská univerzita v Praze**

**Provozně ekonomická fakulta**

**Katedra humanitních věd**



**Bakalářská práce**

**Reflexe sociálních služeb seniorům (respitní péče)**

**Radka Horažďovská**

© 2019 ČZU v Praze

# ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Radka Horažďovská

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

**Reflexe sociálních služeb seniorům (respitní péče)**

Název anglicky

**Anticipation of social services for the elderly (respite care)**

---

### Cíle práce

Cílem práce je zhodnotit poskytování sociální péče seniorům ve vybrané lokalitě. Konkrétně se v práci autorka zaměří na respitní péči pro rodiny, které mají ve své péči seniora a s takovou službou mají osobní zkušenost.

### Metodika

Autorka v empirické části užije zejména technik studia dokumentů, aby zjistila stav poskytování respitní péče v České republice a ve zkoumané lokalitě/objektu, a techniky dotazování polostandardizovaným rozhovorem, aby zhodnotila kvalitu a přístup k respitní péči jako specifické služby, kterou využívá senior a jeho neprofesionalizovaný pečující.

**Doporučený rozsah práce**

30-40

**Klíčová slova**

sociální péče, respitní péče, senior, stáří

---

**Doporučené zdroje informací**

- ČEVELA, R. – ČELEDOVÁ, L. – KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.
- Haškovcová, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum : základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2. Vybrané údaje Českého statistického úřadu

---

**Předběžný termín obhajoby**

2018/19 ZS – PEF (únor 2019)

**Vedoucí práce**

Ing. Eva Kučerová, Ph.D.

**Garantující pracoviště**

Katedra humanitních věd

---

Elektronicky schváleno dne 27. 11. 2018

**prof. PhDr. Michal Lošťák, Ph.D.**

Vedoucí katedry

---

Elektronicky schváleno dne 28. 11. 2018

**Ing. Martin Pelikán, Ph.D.**

Děkan

V Praze dne 06. 03. 2019

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Reflexe sociálních služeb seniorům (respirační péče)" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 15. 3. 2019

---

## **Poděkování**

V první řadě bych ráda poděkovala Ing. Evě Kučerové, Ph.D. za její spolupráci, čas a cenné rady, které mi věnovala při konzultacích.

Poděkování patří i pracovníkům Sociálně odlehčovacího centra na Praze 7, kteří mi poskytli potřebné informace, a klientům za poskytnuté rozhovory.

V neposlední řadě musím poděkovat své rodině, manželu Pavlovi a dceři Elišce, za jejich trpělivost, pochopení a toleranci.

# **Reflexe sociálních služeb seniorům (respitní péče)**

## **Souhrn**

Bakalářská práce je zaměřena na využívání respitní péče seniorům. Cílem je zhodnotit spokojenost klientů s poskytováním služeb v odlehčovacím centru. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy stáří a stárnutí, popsány jsou poskytované služby sociální péče v ČR, zejména odlehčovací služby. Praktická část je věnována hodnocení služeb klientů v Sociálně odlehčovacím centru v Praze 7. Vybrané zařízení, ve kterém proběhlo výzkumné šetření, je popsáno a výsledky výzkumu jsou zpracovány. Informace byly získány analýzou dokumentů a rozhovory s klienty daného zařízení.

**Klíčová slova:** senior, důchodce, stárnutí, stáří, respitní péče, sociální péče, sociální služby

# **Anticipation of social services for the elderly (respite care)**

## **Summary**

The bachelor thesis focuses on the use of respite care for the elderly. It is divided into a theoretical and practical part. In the theoretical part the concept of aging is explained, the social care services provided in the Czech Republic are described, especially system of respite care. In practical part the social services in the Centre of Respite Care are evaluated by clients. Also, the Centre of Respite Care was described. Information was obtained by analysing documents and interviewing clients of these centre.

**Key words:** senior, pensioner, aging, old age, respite care, social care, social services

# Obsah

<b>1 Úvod.....</b>	<b>10</b>
<b>2 Cíl práce a metodika .....</b>	<b>11</b>
2.1 Cíl práce .....	11
2.2 Metodika .....	11
2.3 Dílčí výzkumné otázky .....	11
2.4 Zvolená výzkumná strategie .....	12
2.5 Techniky sběru dat .....	12
2.6 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování .....	13
<b>3 Teoretická východiska .....</b>	<b>14</b>
3.1 Pojmy stáří a stárnutí.....	14
3.1.1 Periodizace stáří.....	16
3.1.2 Vymezení pojmu senior, důchodce.....	18
3.2 Sociální služby poskytované v ČR.....	21
3.2.1 Legislativní východiska služeb sociální péče v ČR.....	22
3.2.2 Sociální služby a služby sociální péče .....	22
3.2.3 Odlehčovací služby neboli respitní péče .....	24
<b>4 Praktická část .....</b>	<b>33</b>
4.1 Popis vybraného zařízení .....	33
4.2 Organizace a realizace výzkumu.....	34
4.3 Spokojenost s poskytováním služeb sociální péče.....	35
4.4 Shrnutí výzkumného šetření.....	37
<b>5 Závěr .....</b>	<b>39</b>
<b>6 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>41</b>



## **Seznam tabulek a grafů**

Tabulka 1. Počet pobytových sociálních služeb v ČR v roce 2017 - kapacita služby (počet pokojů)

Tabulka 2. Počet uživatelů (klientů) zařízení sociálních služeb podle krajů k 31. 12. 2017

Tabulka 3. Počet uživatelů pobytových sociálních služeb v roce 2017

Tabulka 4. Počet propuštěných uživatelů (klientů) z pobytových sociálních služeb v roce 2017

Tabulka 5. Obložnost lůžek SOC Praha 7 za rok 2017

Tabulka 6. Věkové složení klientů za rok 2017

Graf 1. Obložnost lůžek SOC Praha 7 za rok 2017

# 1 Úvod

Stárnutí a stáří jsou v dnešní době chápány jako zcela přirozený proces. Skutečný věk (nazývaný také jako věk biologický) přitom nemusí vždy nutně odpovídat věku kalendářnímu. Předpokládaná délka života a dožití se stále prodlužuje, přičemž ženy se dožívají vyššího průměrného věku než muži. Obecné statistiky přitom uvádí, že je to přibližně 6 roků, o které ženy přežívají muže. Nikdo z nás však není nesmrtelný.

Hlavními činiteli, jež ovlivňují dlouhověkost, jsou především dědičnost, pohlaví, rodinný stav, tělesná kompozice, pohybové aktivity, adaptační schopnosti, úsilí rychle se orientovat v různých životních situacích a také počet výskytu onemocnění zkracujících život. Prodlužující se délka života s sebou přináší velký problém, spočívající v zajištění kvalitní péče o stárnoucí populaci. Ekonomická situace, související s dnešní rychlou dobou, je tak nezřídka příčinou toho, že starší a nesoběstační lidé prožívají poslední část svého života v léčebnách dlouhodobě nemocných a různých ústavech sociální péče.

Předkládaná práce se soustředí na hodnocení poskytování a užívání služeb sociální péče, konkrétně na poskytování služeb sociální péče v odlehčovacím centru.

Teoretická část práce je zaměřena na problematiku stáří a stárnutí, na sociální služby poskytované v ČR, zejména pak na odlehčovací (respitní) služby. Praktická část je věnována hodnocení spokojenosti se službami poskytovanými v Sociálně odlehčovacím centru v Praze 7, kde proběhlo výzkumné šetření.

## **2 Cíl práce a metodika**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem výzkumného šetření bude zhodnotit poskytování odlehčovacích služeb a najít odpověď na hlavní výzkumnou otázku: *Jak senioři a jejich blízcí hodnotí poskytované služby sociální péče v konkrétním sociálně odlehčovacím centru?* S cílem nalézt odpověď na výzkumnou otázku bude použito kvalitativní výzkumné šetření. Pro získávání informací budou zvoleny dvě techniky sběru dat, analýza interních dokumentů a polostrukturovaný rozhovor. Výsledky výzkumného šetření budou vyhodnoceny v závěru práce.

### **2.2 Metodika**

Práce bude věnována popisu organizace a realizaci výzkumného šetření, následné analýze a interpretaci sesbíraných dat, která zhodnotím. Zaměřím se také na cíl výzkumného šetření a výzkumnou strategii. Dále budou rovněž specifikovány techniky použité pro sběr dat, charakterizovány budou jednotky zkoumání a zjišťování, bude popsána realizace samotného výzkumného šetření. Předmětem charakteristiky se stane také zařízení, v němž bude výzkumné šetření probíhat.

### **2.3 Dílčí výzkumné otázky**

Praktická část bude zaměřena na klienty, ale i na jejich rodinné příslušníky, kteří o ně pečují. Jaký má pro ně odlehčovací služba užitek, co jim přináší. S přihlédnutím k věku a zdravotnímu stavu respondentů budou formulovány jednoduché a srozumitelné dílčí výzkumné otázky, které pak poslouží jako otázky do rozhovoru, a to jak s klienty, tak i s jejich blízkými. Informace, které nebude možné obdržet od klientů a rodinných příslušníků, budou získány na základě analýzy dokumentů.

## 2.4 Zvolená výzkumná strategie

V úsilí najít odpověď na hlavní výzkumnou otázku bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Zmíněný přístup dává možnost porozumět problematice do hloubky vytvořením uceleného obrazu a současně porozumět předmětu zájmu a všem jeho vzájemným vztahům. (Disman, 2002, s. 286) Podle Hendla (2005, s. 52) výzkumník v rámci kvalitativního výzkumu usiluje o získání uceleného náhledu na zkoumaný objekt, na logickou strukturu souvislostí a na pravidla vyskytující se ve zkoumané oblasti, a to i na ta ne přímo zřejmá. Kvalitativní výzkumné šetření bude zvoleno také pro jeho samotné poslání, kterým podle Dismana (2002, s. 289) je „porozumění lidem v sociálních situacích“.

## 2.5 Techniky sběru dat

S přihlédnutím k tématu bakalářské práce a s ohledem na stanovený cíl práce se jeví jako vhodné použít dvě techniky sběru dat, které napomohou k získání potřebných informací. Jednou z technik je polostrukturovaný rozhovor, druhou je analýza dokumentů. Všichni klienti byli před rozhovorem seznámeni s použitím získaných dat a také s anonymitou. Rozhovory probíhaly na pokojích klientů, kde byl přítomen pouze dotazovaný klient a já. Polostrukturovaný rozhovor považuje Hendl za jakousi střední možnost volby, při níž je definován účel, rámcová osnova a následný proces získávání informací se pak vyznačuje značnou pružností. Při polostrukturovaném rozhovoru se vytváří vztah mezi výzkumníkem a respondentem, během něhož dochází k překrývání se teoretického rámce výzkumníka s respondentovými možnostmi, což v podstatě znamená, že se výzkumník respondentovi přizpůsobuje. (Hendl, 2005, s. 164–166) Disman pak k technice polostrukturovaného rozhovoru uvádí, že respondent se v rámci této techniky stává spolutvůrcem otázek a podílí se tak na výzkumu. To poskytuje výzkumníkovi příležitost k tomu, aby lépe porozuměl zkoumané problematice a myšlení respondenta. (Disman, 2002, s. 308)

Dokumenty přináší v rámci výzkumného šetření informace a doplňují data získávaná z rozhovorů. Analýza dokumentů je standardně využívanou technikou běžně aplikovanou v rámci kvantitativního výzkumného šetření. Při analýze

dokumentů jsou využívány dokumenty, které byly v minulosti vytvořeny osobami odlišnými od výzkumníka a pro účel odlišný od nynějšího výzkumu. Výzkumník má možnost vyhledat si z dokumentů informace, které se zdají být z hlediska jeho výzkumného šetření důležité. (Hendl, 2005, s. 132)

Pro výzkumné šetření byly k analýze dokumentů vybrány jednak interní dokumenty pečovatelského centra, zkoumány byly zejména dokumenty související s evidencí uživatelů pobytových služeb sociálně odlehčovacího centra, včetně individuálních plánů jednotlivých uživatelů. Kromě uvedeného bylo využito také dokumentu nazvaného Výroční zpráva 2015 Pečovatelského centra Praha 7 a internetové stránky centra <http://www.pecovatelskecentrum.cz/>

## **2.6 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování**

Hlavní výzkumná otázka se stala východiskem pro stanovení jednotky zkoumání; zde jsou jednotkou zkoumání subjekty, u nichž jsou zjišťovány jejich vlastnosti. Jednotkou zkoumání je tedy v tomto případě hodnocení poskytovaných služeb.

Určena byla i jednotka zjišťování, v této práci ji představují ti, u kterých byl realizován sběr informací. Za jednotku zjišťování je tak v tomto případě možné označit jednak uživatele pobytových služeb sociálně odlehčovacího centra a jejich blízké, kteří jim běžně poskytují péči v domácím prostředí. Kromě nich jsou součástí jednotky zjišťování i některé z interních dokumentů sociálně odlehčovacího centra. Záměrně byli vybráni klienti, kteří v aktuálním čase využívali služeb odlehčovacího centra, a také jim blízké osoby, které se jinak o ně běžně starají. Jednalo se o klienty s různými životními osudy, někteří využívali služeb již poněkolkáté, někteří byli v centru poprvé. Při výběru byla nápomocna sociální pracovnice a pečující pracovníci.

### 3 Teoretická východiska

#### 3.1 Pojmy stáří a stárnutí

Proces stárnutí není ničím nezvyklým a žádný z nás se mu nevyhne. Haškovcová (2010, s. 20) k samotnému stárnutí výstižně uvádí, že „...každý člověk stárne již od zrození a každý stárne „jinak“. Stárnutí je považováno za zcela přirozený biologický proces probíhající zejména v poslední třetině lidského života. Každý lidský jedinec však proces stárnutí prožívá po svém, každý ho jinak vnímá, zvládá a jinak se s ním vyrovnává. V důsledku uvedených rozdílů je proto obtížné stanovit přesně věk, od něhož je možné člověka považovat za starého.

Pacovský (in Petřková, 2005, s. 69) považuje například stárnutí za proces, v jehož průběhu na sebe postupně navazují nezvratné změny, v jejichž důsledku dochází k poznenáhlému oslabování a omezování funkcí v žijícím organismu. Uvedený proces se vyvíjí s časem, je ovlivněn genetickou výbavou a podléhá také vlivům působícím z okolního prostředí. Kromě toho Pacovský (in Křivohlavý, 2002, s. 135) ještě uvádí, že stárnutí nemusí nutně znamenat pouze pokles, ba úplnou ztrátu funkcí, neboť se vyskytují i takové funkce, k jejichž změnám v průběhu celého života vůbec nedochází, a dokonce se vyskytují i funkce, u nichž dochází ke zlepšení. Za největší přínos pak zmiňovaný autor považuje zjištění, že u starého organismu existují i kvalitativně odlišné mechanismy, které mu napomáhají s adaptováním se na podmínky vycházející z okolí. Jsou senioři, kteří jsou optimističtí, aktivní, zajímají se o nové věci a snaží se být v kontaktu s ostatními lidmi. Jiní se zase naopak odmítají smířit s tím, že stárnou, trpí sebelítostí, mohou propadat depresím, být agresivní ke svému okolí. Každý člověk stárne jinak, tento proces je velmi individuální.

Podle Mühlpachra (2009, s. 21) je stárnutí (odborně nazývané jako gerontogeneze) zákonitým specifickým druhově daným procesem, k němuž dochází celoživotně. Jedná se o proces individuální povahy, neboť u každého lidského jedince probíhá stárnutí do určité míry jemu vlastním tempem. Uvedená různorodost je založena na rozdílech v genetické výbavě, v životních podmínkách, na rozdílných vlivech okolního prostředí, na odlišnostech v životním stylu a zdravotním stavu.

*„Proces stárnutí je zákonitý a fyziologický a nikdo živý se mu nemůže vyhnout. Je třeba zdůraznit, že stárnutí a stáří není nemoc, nýbrž přirozený fyziologický*

*proces. Je ovšem pochopitelné, že lidé chtějí žít dlouho a stejně tak dlouho chtějí být zdraví a soběstační.*“ (Haškovcová, 2002, s. 10)

Z výše uvedeného vyplývá, že pro proces stárnutí je charakteristické zejména to, že se projevuje s výraznými individuálními rozdíly, které závisí na aktuálním zdravotním a psychickém stavu člověka, na tom, v jakém rodinném prostředí žije, jaké má zázemí, jak fungují dlouhodobé vztahy v rodině, ale také na vlastním sebepojetí, na nastavení vlastního postoje a hodnotového vnímání, ale i, a to především, na tom, jak probíhal jeho dosavadní život a jaký vyznával životní styl. Stárnutí tak lze považovat za sled po sobě jdoucích změn, které se svébytným způsobem projevují nejen na těle, ale i na lidské duši. Stářím bývá nazývána pozdní fáze vývoje života člověka, v níž se nezdá projevuje nemalé množství přirozených degenerativních procesů, které mají za následek pokles výkonu některých funkcí. Není ničím neobvyklým, že v tomto období života lidského jedince dochází k rozvoji a vzniku různých chronických onemocnění, pro něž je příznačné zejména to, že se objevují ruku v ruce s dalšími onemocněními, zhoršuje se smyslové vnímání, dochází k celkovému poklesu pohyblivosti, vytrácí se schopnost učit se a osvojovat si nové věci, snižuje se také schopnost usměrňovat a projevovat pocity a emoce, mění se struktura funkčnosti paměti, snižuje se výkon procesů chápání a osvojování si nových poznatků a obecně pak dochází k poklesu celkové soběstačnosti. Výčet uvedených změn, které s sebou přináší stáří, však dozajista není vyčerpávající, neboť změn souvisejících se stářím je mnoho a jejich důsledky jsou různé povahy a projevují se různými způsoby. V konečném stadiu s nimi však vždy nastávají změny životního stylu, postojů k životu, potřeb a očekávání. Z uvedených důvodů je třeba při výkonu péče o seniory dbát na respektování všech výše uvedených skutečností a na rozdíl od jiných věkových kategorií mnohem intenzivněji klást důraz na individuální přístup k seniorům. (Kalvach a kol., 2004, s. 48)

Mühlpachr (2009, s. 18) ve snaze definovat stáří dodává, že jde o obecně užívané označení týkající se pozdní fáze průběhu přirozeného vývoje bytí živého organismu. Stáří se projevuje a v jeho důsledku dochází ke vzniku geneticky podmíněných pochodů, které jsou ovlivňovány dalšími faktory, jakými jsou například dosavadní způsob života, nemoc či životní podmínky. Se stářím souvisí celá řada závažných společenských změn, jakými je například odchod dětí z domova a jejich osamostatnění se, změny v sociálních rolích a také ukončení aktivního pracovního

života a nástup do penze. Mühlpachr (2009, s. 39) však podotýká, že „*stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti.*“ Se zvyšujícím se věkem dochází k podstatnému snižování soběstačnosti. Se stářím nastává období, v němž není starý člověk již plně schopen uspokojovat a naplňovat vlastní bazální potřeby, což se v konečném důsledku projevuje prvotně vznikem závislosti seniorů na druhých osobách a druhotně změnami v naplňování životních potřeb. (Mühlpachr, 2009, s. 39)

Stáří je v podstatě možné označit jako pozdní fázi vývoje člověka, poslední fázi, na jejímž samotném konci nastává završení života člověka. Ze souhrnného pohledu je stáří nejen projevem, ale také důsledkem negativních změn ve funkčnosti a struktuře lidského organismu, které se projevují u každého člověka jiným tempem a zcela protichůdně, nakonec však vždy dosáhnou stadia nazývaného fenotyp stáří. Fenotyp stáří je ovlivňován působením mnoha faktorů, jakými jsou zejména prostředí, v němž člověk žije, momentální zdravotní stav, vyznávaný způsob života, sociální, ekonomické, ale také psychické vlivy.

Stařecký stav a vzhled ovlivňují především následující faktory:

- zákonitý biologický úbytek sil, který je do značné míry předurčen geneticky,
- následky a projevy prodělaných onemocnění, které bývají do jisté míry rovněž geneticky předurčeny, stejně tak i následky úrazů,
- způsob života, životní styl, kvalita výživy, vykonávané pohybové a mentální aktivity, stejně tak pasivní přístup k uvedeným aktivitám,
- schopnost reagovat a adaptovat se na zdravotní a vývojové změny,
- působení vlivů pocházejících z fyzického i sociálního prostředí, které obklopuje starého člověka, sociální status, který je společností seniorům předurčen, nevyjímaje,
- psychický stav, zejména motivace, úsilí, očekávání, vlastní představy o osobním stáří, schopnosti přizpůsobovat se procesu stárnutí a v neposlední řadě i osobnostní předpoklady a povahové rysy. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19)

### 3.1.1 Periodizace stáří

Stáří bývá většinou děleno na tři samostatné kategorie, kterými jsou sociální, kalendářní a biologické stáří. V případech, kdy stáří hodnotíme ze sociálního



hlediska, lze za starého člověka označit takového jedince, který je pokládán za starého i ostatními členy lidské společnosti. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 85) Uvedený náhled pojímá stáří v návaznosti na změny, které bývají dávány do souvislostí s celou řadou různorodých sociálních změn, změn ve společenském postavení, změn v sociálních a životních rolích, řadou sociálních znevýhodnění a událostí v životě člověka, k nimž dochází typicky právě v pokročilém věku. Takovými událostmi mohou být například odchod do penze, ztráta partnera, pokles životní úrovně, změna bydlení vynucená sníženou soběstačností a další. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 25)

Podrobnější kategorizace pak ještě sociální stáří dělí na první a druhý věk, respektive na období předurčené pro vzdělávání se a na období vymezené pro produktivitu, a na věk třetí a čtvrtý, pro které je charakteristickým rysem zklidnění a celkově uvolněnější životní tempo. (Kalvach a kol., 2004, s. 47)

Kalendářní stáří je determinováno dosažením věku, který je stanoven na základě společenské shody. Takto určený věk vychází ze zkušeností podložených délkou průměrného dožití. Kalendářní stáří je zpravidla celkem jednoduše a s poměrně velkou přesností stanovitelné, proto také nejlépe uspokojuje zejména demografické potřeby. Jsou však faktory, které kalendářní stáří nedokáže reflektovat; jedná se zejména o individuální změny ve vývoji života jedince. Kalendářně stanovené stáří rovněž nedokáže zohledňovat soustavně se zlepšující zdravotní stav starší populace a spolu s ním související prodlužující se délku dožití, což v podstatě soustavně posouvá hranice pro stanovení stáří do neustále vyššího věku. Známé jsou také mnohé výjimky, kdy člověk stárne daleko rychleji či naopak pomaleji a v pozdějším věku, než bývá v průměru uváděno. Uvedené odlišnosti způsobují, že osobní biologický věk je diametrálně odlišný od průměrně daného kalendářního věku. V návaznosti na patnáctiletou periodizaci lidského života (uznávanou gerontologickými odborníky Světové zdravotnické organizace od 60. let minulého století) je vyšší věk členěn na počínající, jinými slovy řečeno, rané stáří (60–74 let), vlastní stáří, nazývané také jako senium (75–89 let), a dobu dlouhověkosti (90 a více let). Soudobým zkušenostem mnohem více vyhovuje dělení na mladé seniory (65–74 let), staré seniory (75–84 let) a velmi staré seniory (85 a více let). Existují také případy, kdy bývá používáno i dělení osob, kterým je více jak 65 let, na kategorii třetího věku, pro níž je charakteristické vedení aktivního

samostatného života, a kategorii čtvrtého věku, vyznačující se pozvolným rozvrtem integrity a takovými funkčními poklesy, v jejichž důsledku jsou pak lidé závislí při naplňování a uspokojování i těch nejzákladnějších životních potřeb na jiné osobě. Čtvrtý věk bývá chápán jako jedna z eventualit pokročilého stáří, nemusí se však vždy nutně jednat o zákonitost, kdy by po třetím věku vždy automaticky přicházel věk čtvrtý. Ve většině případů se známky poklesu funkčnosti projevují jako důsledek nemocí, o jejich nástupu jako důsledcích přirozeného vývoje se pak zpravidla jedná již méně často. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 25–26)

### 3.1.2 Vymezení pojmu senior, důchodce

Počátky stáří bývají velmi často dávány do souvislosti s termíny důchodce, senior a odchod do důchodu.

Vymezit pojem senior je neméně obtížné jako vymezení pojmu stáří. Termín senior není jednoznačně definován ani v české legislativě a stejně tak ani v odborné literatuře. Kdyby bylo možné jednoduše vymezit stáří, pak by na základě onoho vymezení bylo možné také snadno určit třeba jen s ohledem na počet dosud prožitých let, kdo je a není senior. Například Hartl, Hartlová (2000, s. 530) při pokusu vymezit pojem senior uvádí, že se jedná o „...označení občanů starších 60 let...“.

Samotné slovo senior je zpravidla používáno ve smyslu synonyma při označování osob, které jsou poživateli starobního důchodu, nebo také v případech, kdy je tímto termínem označován starý člověk, avšak toto označení s ohledem na svoji nepřesnost může být i zavádějící. (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 47)

Snahu o definiční vymezení pojmu senior (v tomto případě ze sociologického hlediska) můžeme nalézt také například na stránkách Českého statistického úřadu, kde je uvedeno, že „Pojem *„senior“* není právní ani statistickou kategorií, ale kategorií spíše *„sociologickou“*. *Statistická definice seniora podle věku není u nás ani ve světě jednotná. Jinými slovy, chronologický věk není jednotným kritériem pro zahrnutí osoby do kategorie „senior“ společným pro všechny statistické výstupy.*“ (ČSÚ, 2012)

Původ slova senior vychází z latinského senex, senis – starý, senior – starší. (Šrámková, 2013, s. 181). Jak již bylo výše naznačeno, definování termínu senior se liší, a to především s ohledem na vědní obor a společenskou praxi. Obecně jsou za

seniory považovány osoby starší 60, případně 65 let. Při respektování uvedeného náhledu by potom bylo možné říci, že člověk se stává starým ve chvíli, kdy se stane starobním důchodcem, respektive poživitelem starobního důchodu.

Haškovcová (2010, s. 16) poukazuje na odborníky, u nichž panuje shoda na myšlence dělit život člověka do několika samostatných etap, přičemž uvedené dělení bývá používáno a uznáváno napříč různými kulturami. V České republice bývají jednotlivé úseky lidského života charakterizovány v patnáctiletých intervalech (viz kapitola 3.1.1). V Číně jsou například pro členění jednotlivých úseků lidského života využívány intervaly desetileté, přičemž počátečních 20 let života člověka je nazýváno mládím, období mezi 20–30 rokem je definováno jako období sňatku, období mezi 30–40 rokem je označováno jako období veřejné činnosti, období mezi 40–50 rokem je považováno za období poznávání vlastních omylů a období mezi 50–60 rokem života je nazýváno jako konec rozkvětu. (Haškovcová, 2010, s. 16)

Všeobecná encyklopedie uvádí, že seniorem se stává člověk od věku 65 a více let, to znamená člověk v důchodovém věku, tedy uplynutím fáze aktivního věku a přechodem do fáze věku postproduktivního. (Diderot, 1999, s. 91)

Z předchozího textu je možné odvodit, že podstata pojmu senior může být chápána s různou mírou odlišnosti. Není pak ničím neobvyklým, že v každodenním, běžném životě je možné se setkat s různě nepřesnými výklady a také média, tisk a televize poměrně často v různých významech ve vztahu k seniorům používají výrazy typu důchodce, penzista, starý člověk apod.

V návaznosti na předchozí text lze říci, že pojmem senior lze označovat osobu, která dosáhla 60 let věku bez toho, aniž by byl zohledňován její zdravotní stav a fakt, zda pobírá či nepobírá starobní důchod.

V dřívějších dobách oficiálně hojně používaný termín důchodce je v současnosti již více či méně vytlačen, a to právě termínem senior. Ve společenských postojích tak došlo k zúžení vnímání termínu důchodce, který je spojován s příjmem důchodu – penze, a jako takto vnímaný je čím dál tím častěji pokládán za ne zcela korektní. (Jaroševská, Roule, 2013 in Špatenková, Smékalová, 2015, s. 48) Pojem důchodce tedy charakterizuje ty osoby, které jsou poživiteli důchodu – penze, a to bez toho, aniž by byl brán zřetel na skutečnost, zda se jedná o důchod invalidní či starobní. Haškovcová (2010, s. 25) uvádí, že „*Úřední stáří je dáno „normou zákona“ a mohli bychom mluvit o korelaci s „dnem“ odchodu do důchodu.*“

Současná česká legislativa sice na straně jedné hranice pro odchod do důchodu stanoví, ve skutečnosti však není bezpodmínečně nutné, aby člověk po dosažení zákonem stanovené hranice opravdu do důchodu odešel. Rozhodnutí, kdy do důchodu odejít, je tak ponecháno na člověku samotném a souvisí s jeho osobnostními, zdravotními, finančními a společenskými možnostmi a konkrétními okolnostmi. Je však sporné, zda je bezpodmínečně nutné takto pevně určovat věk pro odchod do důchodu a stanovovat tak v podstatě „úředně“ počátek nástupu stárnutí. Touto problematikou se zabývá například Cipra, který uvádí, že pojem „důchodový věk“, tedy věková hranice, které musí člověk dosáhnout, aby mu vznikl nárok na odchod do starobního důchodu, je v současnosti jedním z nejčastěji diskutovaných a často také nejspornějších námětů k diskuzi týkající se důchodových otázek, a to nejen u nás, ale i v cizině (např. Francie, Itálie), a současně podotýká, že by bylo vhodnější pojem „důchodový věk“ nahradit termínem „obecný důchodový věk“, a to především proto, že lze rozlišovat tzv. snížený věk, ale i věk individuální a důchodový. (Cipra, 2012, s. 320)

Seniorská populace se vyznačuje značnou nestejnorodostí, typické jsou však charakteristické příznaky, které jsou předurčeny zejména jedinečností vloh a osobnostních charakterových rysů, které se s rostoucím věkem v žádném případě nevytrácí, ale v různých rozměrech dochází v průběhu mládí a středního věku k jejich individuálnímu rozvoji. Vedle toho je seniorská populace vystavována vlivu celé řady dalších faktorů, jako jsou například interindividuální variabilita biologických procesů přirozeného stárnutí, různá míra chorobných změn, dlouhověkost života, zkušenosti a návyky, profesní kariéra, úroveň dosaženého vzdělání, životní styl, nastavený systém hodnot, životní názory, úsilí, očekávání, rozdílné sociálně ekonomické zázemí, ovdovění, osamělost, rodina a rodinné vazby a vztahy mezi členy rodiny, majetkové poměry a podmínky k bydlení nevyjímaje. Ačkoli by se na první pohled mohlo zdát, že senioři mají velmi mnoho společného, není tomu tak vždy bezvýhradně, naopak často se poměrně výrazně vzájemně odlišují, a to jednak v osobní zdatnosti a stávajících životních podmínkách, ale také co se týká jejich individuálních požadavků, nároků a potřeb. (Mühlpachr, 2009, s. 37)

## 3.2 Sociální služby poskytované v ČR

Následující kapitola je zaměřena na péči poskytovanou seniorům v České republice. Poukázáno je na legislativní východiska, která souvisejí s poskytováním péče seniorům, dále je pozornost zaměřena na konkrétní formy služeb pro seniory a s ohledem na téma práce zejména pak na odlehčovací služby; pozornost je rovněž věnována standardům kvality jako záruce kvalitní úrovně poskytovaných služeb.

V České republice jsou základy péče o nesoběstačné členy rodiny opírány o tradiční pojetí, které vychází z předpokladů, že zodpovědnost za zajištění potřeb těchto osob je primární záležitostí rodiny. Podpora v podobě formální péče neboli podpora ze strany státu přichází na řadu až v okamžiku, kdy nejsou k dispozici žádní rodinní příslušníci, kteří by byli schopni se o seniora starat, popřípadě v okamžiku, kdy situace dospěla do stavu, kdy sami rodinní příslušníci již nezvládají poskytování péče potřebnému členu rodiny. Na základě uvedených důvodů vyvstává potřeba formovat dostatečně pestrou nabídku služeb, které by byly s to doplnit, popřípadě nahradit absentující péči rodiny a tím přispět k tomu, že senior bude mít možnost fungovat, pokud možno co nejdéle ve svém přirozeném prostředí se zřetelem k osobním potřebám. Služby, které poskytují pobytová zařízení, jsou určeny nesoběstačným seniorům, kteří již bez pomoci nezvládají život ve svém přirozeném prostředí, a není v silách rodiny potřebnou péči poskytovat. Seniorům se dostává péče ve dvou primárních oblastech, a to v oblasti zdravotní a sociální, důležité však je v této souvislosti podotknout, že uvedené oblasti nelze od sebe oddělovat.

V případě zdravotní péče poskytované seniorům je východiskem základní péče, kterou zajišťují praktičtí lékaři; ti se při péči o seniora opírají zejména o spolupráci s rodinou, ale v mnoha případech komunikují i s dalšími odbornými lékaři, pečovatelskými službami, domácí ošetrovatelskou péčí a jinými neziskovými organizacemi. Sociální služby jsou v České republice součástí systému sociálního zabezpečení. V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jsou služby rozděleny na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Prostřednictvím sociálních služeb je seniorům poskytována pomoc a podpora v různých formách a v různém rozsahu, zvláštní důraz je však vždy kladen na zachování lidské důstojnosti. Veškerá pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb, musí přispívat k aktivizaci jedince a k podpoře

a rozvoji jeho soběstačnosti a samostatnosti, musí pozitivně ovlivňovat motivaci k vykonávání činností, které snižují prohlubování či trvání dlouhodobě nepříznivé situace, a musí napomáhat jejich sociálnímu začleňování. Velmi podstatné je, aby služby, které jsou poskytovány, byly prováděny výhradně v zájmu dotčených jedinců, v odpovídající kvalitě a s použitím takových způsobů, u nichž nemohou vzniknout pochybnosti o dodržování základních lidských práv a svobod.

### **3.2.1 Legislativní východiska služeb sociální péče v ČR**

Zásady vztahující se k poskytování sociálních služeb jsou primárně vymezeny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který vstoupil v účinnost dnem 1. ledna 2007 a přinesl zásadní změny v otázkách poskytování sociálních služeb. Zákon je konstruován se záměrem zajistit ochranu základních práv osobám, které se nezdá bez svého vlastního přičinění dostanou do nepříznivé životní situace, kterou zpravidla nejsou schopni a ani nedokážou s ohledem na své postižení bez pomoci druhých osob řešit. Dalším významným právním předpisem, který se zabývá poskytováním služeb sociální péče, je vyhláška č. 505/2006 Sb., vydaná Ministerstvem práce a sociálních věcí, kterou jsou prováděna některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zmíněná vyhláška blíže vymezuje způsoby, podle nichž dochází k posuzování schopnosti výkonu úkonů, které jsou následně vyhodnocovány pro potřeby stanovení stupně závislosti. Kromě dvou výše uvedených základních právních norem týkajících se poskytování služeb sociální péče lze jako související právní předpisy uvést i zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů.

### **3.2.2 Sociální služby a služby sociální péče**

Sociální služby je možné dělit například podle formy a podle typu. Podle formy, v jaké jsou sociální služby poskytovány, rozlišujeme služby terénní, ambulantní a pobytové. Podstata terénních služeb spočívá v tom, že se jedná o služby, které jsou fyzickým osobám v případě potřeby poskytovány v pro ně přirozeném

prostředí, u ambulantních služeb dochází k jejich poskytování v zařízeních sociálních služeb, kam potřební jedinci buďto mohou docházet, popřípadě jsou doprovázeni či dopravováni; podstata pobytových služeb spočívá v tom, že se jedná o služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Podle typu sociálních služeb jsou pak rozlišovány sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence. (Dvořáčková, 2012, s. 80–82)

K sociálním službám, respektive službám sociální péče, poskytovaným seniorům neschopným se o sebe postarat, a to zejména s ohledem na věk a nepříznivý zdravotní stav jsou přiřazovány zejména:

- osobní asistence – v tomto případě se jedná o terénní službu, která je určena jedincům, kteří vykazují sníženou soběstačnost, jež může být způsobena v důsledku vysokého věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Délka či rozsah poskytování terénních služeb nejsou časově omezeny a jsou realizovány v přirozeném sociálním prostředí jedince,
- pečovatelská služba – zde se jedná o službu, která je poskytována osobám vykazujícím sníženou soběstačnost z důvodu vysokého věku nebo nepříznivého zdravotního stavu. Služba bývá poskytována v terénní nebo ambulantní formě, v určeném čase, v domácnosti potřebného jedince nebo v zařízení sociálních služeb,
- tísňová péče – jedná se o péči poskytovanou terénní formou, kdy s pomocí elektronické komunikace je poskytována soustavná distanční hlasová subvence osobám, které jsou vystaveny vysokému riziku, že u nich může nastat náhlé zhoršení zdravotního stavu, způsobující ohrožení zdraví případně života,
- odlehčovací služby – jsou služby, jejichž poskytování může být realizováno ve všech třech možných formách, tedy jak formou terénní, tak ambulantní i pobytovou. Primárně jsou určeny osobám vykazujícím sníženou soběstačnost vlivem věku, případně zdravotního stavu. Podstatou a účelem uvedených služeb je zajištění nezbytně potřebného odpočinku fyzickým osobám pečujícím o jedince se sníženou soběstačností,
- domovy pro seniory – jde o pobytové služby určené osobám, které vykazují sníženou soběstačnost způsobenou v důsledku vysokého věku a u nichž je žádoucí pravidelná pomoc poskytovaná jinými fyzickými osobami,

- domovy se zvláštním režimem – jedná se o poskytování pobytových služeb pro osoby, u nichž je snižena soběstačnost způsobena vlivem chronického duševního onemocnění, případně v důsledku vzniku závislosti na návykových látkách, pro osoby postižené Alzheimerovou chorobou, popřípadě stařeckou demencí a jinými typy demencí, přičemž tito jedinci jsou odkázáni na pomoc druhých osob,
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče – ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. (zákon č. 108/2006)

### 3.2.3 Odlehčovací služby neboli respitní péče

S ohledem na skutečnost, že výzkumné šetření bude realizováno v sociálně odlehčovacím centru, je zapotřebí věnovat náležitou pozornost objasnění podstaty a významu odlehčovacích neboli respitní péči.

Jak bylo uvedeno v předchozí kapitole, jednou ze služeb sociální péče je poskytování odlehčovacích služeb. Starší lidé si těžko zvykají na změny, proto je pro ně nejvhodnější, aby mohli, pokud možno co nejdéle, trávit své stáří ve svých domovech, ve svém přirozeném prostředí, mezi svými blízkými. Pro pečující osoby to znamená, že každodenní péče o postiženého člověka jim odebere veškerý volný čas, jen těžko hledají příležitost pro odpočinek, nemají možnost věnovat se svým koníčkům a zálibám, pro nedostatek času často omezují či ztrácejí kontakt s přáteli. Nastávají však situace, kdy osoby, které za jiných okolností o nesoběstačné seniory pečují, ať je to již z pracovních, zdravotních nebo jiných důvodů, tuto péči nemohou dočasně vykonávat. Pro podobné situace jsou zde právě odlehčovací neboli respitní služby. (Šafránková, 2002, s. 251)

Pojem respitní péče je odvozen od anglického „*respite*“, jehož původ pravděpodobně vychází z latinského „*respirare*“, což znamená odpočívat. V české



terminologii je pak pojem respitní péče užíván ve smyslu úlevová, odpočinková či odlehčující péče. V některých případech se stává, že dochází k zaměňování respitní péče s domácí péčí, případně s pečovatelskou službou, to však není označení správné. Domácí a pečovatelská služba je určena výhradně zdravotně postiženému, naopak poskytování respitní péče je určeno výhradně osobám poskytujícím péči. (Šafránková, 2002, s. 252) Respitní péče je poskytována v několika různých formách a podle formy lze respitní péči dělit z hlediska délky trvání a z hlediska místa a způsobu, jakým je poskytována.

Z hlediska délky trvání je respitní péče dělena na:

- krátkodobou – v tomto případě je pečující osoba vystřídána v průběhu dne na několik hodin asistentem respitní péče či jemu podobnou osobou,
- střednědobou – v tomto případě péči o postiženého za pečující osobu přebírá v rámci celodenní péče denní stacionář, denní centrum či domovinka,
- dlouhodobou – v tomto případě se jedná o péči, která je postižené osobě poskytována v ošetrovatelském či jiném jemu podobném zařízení po dobu jednoho týdne až tří měsíců.

Z hlediska místa a způsobu vykonávání je respitní péče dělena na:

- respitní péči poskytovanou v domácím prostředí – pracovník poskytující respitní péči dochází v předem určené době do domácnosti a pečující osoba má tak možnost odpočinku. Jedná se o nejvýhodnější formu, protože nedochází k narušení chodu domácnosti a postižený není odloučen od rodiny a jemu důvěrně známého prostředí. Na straně druhé má tato forma respitní péče i negativní stránku. Nepodporuje rozšiřování společenských kontaktů u postiženého, což neoddělitelně patří k aktivizačním činnostem zdravotně postižených a dlouhodobě nemocných. Z uvedeného důvodu je žádoucí zmíněnou formu vhodně kombinovat i s jinými postupy,
- respitní péči v denním zařízení – hromadně poskytovaná péče denními stacionáři a denními centry či obdobnými zařízeními. Provozní doba takovýchto zařízení odpovídá zpravidla pracovní době členů pečující rodiny. V zařízeních je poskytována strava, dohled pečovatelů a denní činnosti, které přispívají k aktivizaci klientů. Součástí nabídky je často také svoz a odvoz klientů,

- respitní péči v pobytovém zařízení – péče poskytovaná v pobytových zařízeních v situacích, kdy pečující osoba potřebuje dovolenou, případně musí být hospitalizována ve zdravotnickém zařízení či potřebuje delší čas k vyřešení rodinných a osobních záležitostí,
- respitní péči v jiné rodině – péče poskytovaná zejména v zahraničí a lze ji přirovnat k péči pěstounské. Rodina pěstounů prochází speciálním výcvikem a za poskytovanou péči dostává od státu odměnu,
- respitní péči specifickou – může být poskytována v podobě doprovodu do denního zařízení, k lékaři či na úřady. Může se také jednat o noční dohled, aby se pečovatel mohl řádně vyspat,
- video-respitní péči – systém péče vyvinutý v Gerontologickém centru Univerzity v Utahu. Jedná se o řadu 20 až 50minutových videozáznamů, sestavených takovým způsobem, aby jednak upoutaly, ale také udržely pozornost osob s demencí po určitý čas. Programy mají pozitivní a relaxační účinky a jsou efektivní zejména u osob s mírnou až pokročilou demencí. Pečovatel má v průběhu sledování programu postiženou osobou možnost využít tento čas k vlastnímu odpočinku,
- neformální respitní péči – neplacená pomoc a péče poskytovaná přáteli a příbuznými. Její základ vychází z tzv. sousedské výpomoci, která je spíše typická pro venkovské prostředí nebo je v rámci rodinné solidarity poskytovaná okruhem příbuzných. (Šafránková, 2002, s. 256–257)

Šafránková (2004, s. 28–42) označuje hlavní aktéry, kteří se účastní respitní neboli odlehčovací péče. Jsou jimi především:

- koordinátor respitní péče
- asistent respitní péče
- rodinný pečovatel
- osoba se zdravotním postižením

K hlavním úkolům koordinátora patří zejména víceúrovňová spolupráce s ostatními uváděnými osobami, organizační zajištění a zabezpečení fungování respitní péče, neustálé sledování a vyhodnocování kvality a efektivity poskytované služby a sledování legislativního ukotvení respitní péče a sebevzdělávání. Koordinátor je spojovacím článkem mezi pečujícími osobami, klientem, pracovníky poskytujícími přímou péči a dalšími klienty. Jeho úsilí by mělo být směřováno

k tomu, aby sladil potřeby všech zúčastněných a současně zajistil poskytnutí kvalitní péče v průběhu odlehčovacího pobytu.

Hlavním úkolem asistenta respitní péče je zajistit smysluplné naplnění času, který stráví s klientem se snahou maximálně jej podporovat, vést k samostatnosti a navrhovat takové aktivity, které jsou nejen vhodné, ale také odpovídají klientovým zájmům. Požadavky kladené na koordinátory a asistenty vyžadují osobní zralost, profesionální přístup a silné humánní citění a zaměření.

V úvodu této kapitoly bylo již řečeno, že rodinný příslušník, který se nezřídka stará a pečuje o blízkou osobu téměř nepřetržitě, změní svůj život od základů. Avšak i pro osobu poskytující péči je nezbytný odpočinek a prostor pro obnovu sil. Pomoc v podobě respitní péče poskytuje nejen prevenci úplného vyčerpání sil osoby pečovatele, ale je také prevencí syndromu vyhoření.

Osobami se zdravotním postižením, kterým bývá poskytována respitní péče, bývají zpravidla jedinci s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením, ale také osoby s autismem a osoby se závažnými dlouhodobými chorobami, jejichž stav vyžaduje nepřetržitou péči a dohled poskytované po celý den. Najít vhodné zařízení pro umístění osob s těžkou formou postižení bývá mnohdy velmi nesnadné, a to především pro možný výskyt kontraindikací, jakými jsou například imobilita, inkontinence, ztráta soběstačnosti ve vysokém stupni, vážná duševní choroba, zmatenost, agresivita, stejně tak to může být věk, případně snížená dostupnost potřebných zdravotních a sociálních služeb.

V České republice jsou respitní služby v souladu se zákonem o sociálních službách nazývány jako služby odlehčovací. Jsou poskytovány ve formě terénní, ambulantní nebo pobytové a jsou určeny osobám, které vykazují „*sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek*“. (§ 44 zákona č. 108/2006)

Z tabulky č.1 vyplývá, že v ČR je nejvíce domovů pro seniory a nejméně zařízení pro krizovou pomoc. Uvedená čísla ukazují, že aktuálně nepříznivá situace je i v oblasti terapeutických komunit; navýšení kapacit by bylo žádoucí též v centrech sociálně rehabilitačních služeb a služeb následné péče. V tabulce č. 2 můžeme vidět, kolik uživatelů využívá sociální služby v různých zařízeních v rámci krajů ČR. Ze všech služeb nejvíce klientů navštěvuje sociální poradny, velká část využívá

noclehárny. Domovy pro seniory a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež jsou na tom podobně. Z tabulky č. 3 je zřejmé, že počet uživatelů využívajících sociální služby oproti roku 2016 v roce 2017 vzrostl. Z toho vyplývá, že zájem o sociální služby je čím dál větší. Důvody jsou nasnadě – s prodlužováním délky lidského života významně přibývá i seniorů, kteří se neobejdou bez pomoci druhé osoby. Někteří částečně, ti využívají terénních pečovatelských služeb nebo denních či týdenních stacionářů. Z tabulky č. 3 je rovněž patrné, že seniorů, kteří přebývají v domovech pro seniory a jsou trvale odkázáni na pomoc druhých osob nebo na potřebu různých kompenzačních pomůcek, stále přibývá. Z citovaných údajů je také vidět, že v porovnání s rokem 2016 nepřibývají pouze uživatelé domovů pro seniory, ale také klienti ostatních sociálních služeb. V tabulce č. 4 můžeme vidět, kolik uživatelů a kam odešli z pobytové sociální služby v roce 2017. Nejvíce klientů odešlo z azylových domů, a to do přirozeného sociálního prostředí. Už nyní však vyvstává otázka, zda do budoucna budou počty sociálních zařízení stačit.

**Tabulka 1. Počet pobytových sociálních služeb v ČR v roce 2017 - kapacita služby (počet pokojů), zdroj: MPSV**

Druh služby (uvedené v § 34 zákona č. 108/2006 Sb.)	Počet jednolůžkových pokojů	Počet dvoulůžkových pokojů	Počet tří a vícelůžkových pokojů
Týdenní stacionáře	101	274	82
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	2 386	3 248	1 064
Domovy pro seniory	12 765	9 964	1 585
Domovy se zvláštním režimem	2 477	5 683	1 613
Chráněné bydlení	2 058	803	71
Azylové domy	201	887	1 474
Domy na půl cesty	115	120	9
Zařízení pro krizovou pomoc	4	6	8
Terapeutické komunity	8	65	33
Centra sociálně rehabilitačních služeb	51	57	32
Služby následné péče	52	75	20
<b>Celkem ČR</b>	<b>20 218</b>	<b>21 182</b>	<b>5 991</b>

**Tabulka 2. Počet uživatelů (klientů) zařízení sociálních služeb podle krajů k 31. 12. 2017, zdroj MPSV**

Druh sociální služby	Pha	STC	JHC	PLK	KVK	ULK	LBK	HKK	PAK	VYS	JHM	OLK	ZLK	MSK
centra denních služeb	414	196	123	32	33	38	150	178	88	135	555	207	176	1463
denní stacionáře	788	714	348	206	93	236	179	352	251	667	684	439	359	1007
týdenní stacionáře	150	150	85	29	9	27	56	5	22	36	145	9	30	17
domov pro osoby se zdr. postižením	423	1464	577	1022	433	1432	326	680	634	554	1123	1005	886	1256
domovy pro seniory	2466	5045	2896	1649	754	3127	954	2241	2047	2035	2669	2594	2389	4635
domovy se zvláštním režimem	820	2324	819	937	470	2169	604	712	1053	794	3178	847	1184	1945
chráněné bydlení	194	512	248	338	88	458	120	139	139	185	312	356	158	519
azylové domy	635	400	305	186	105	545	118	191	182	156	655	630	307	1036
domy na půl cesty	33	25	1	4	6	6	14	9	36	3	25	10	35	52
zařízení pro krizovou pomoc	2323	721	601	416	88	790	0	78	846	192	2531	239	42	1442
nízkoprahová denní centra	5318	985	310	479	423	1103	662	421	6779	0	2192	1660	610	2315
nízkoprahová zařízení pro děti a mládež	3003	2454	5883	1423	560	6499	743	1361	1652	1800	4200	1804	1244	4506
noclehárny	33623	411	316	506	317	728	279	368	5877	0	1056	948	4327	1882
terapeutické komunity	0	36	59	10	0	14	11	0	0	15	23	13	0	13
sociální poradny	63443	17952	16051	12564	9942	19881	10430	12368	9865	31125	30466	7828	10831	30713
sociálně terapeutické dílny	222	605	769	140	299	811	181	42	251	99	264	122	351	761
sociální rehabilitace	4406	1908	993	3935	600	1334	410	900	1220	1167	2107	984	839	1373
pracoviště rané péče	1071	278	341	233	67	57	244	241	444	230	488	428	171	438
intervenční centra	490	569	341	94	234	577	149	268	215	180	635	150	274	539
služby následné péče	709	470	96	166	0	71	48	102	21	35	259	102	40	384

**Tabulka 3. Počet uživatelů pobytových sociálních služeb v roce 2017, zdroj MPSV**

Druh služby (uvedené v § 34 zákona č. 108/2006 Sb.)	Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2016	Pohyb ve sledovaném roce			Počet uživatelů (klientů) k 31. 12. 2017	z toho	
		přijetí	propuštění	zemřelí		trvale upoutaní na lůžko	mobilitní za pomoci druhé osoby nebo technických pomůcek
Týdenní stacionáře	780	194	191	13	770	15	137
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	11 779	1 073	373	664	11 815	1 447	3 481
Domovy pro seniory	35 760	11 840	1 840	10 259	35 501	9 072	19 034
Domovy se zvláštním režimem	17 013	7 588	1 165	5 580	17 856	4 447	7 527
Chráněné bydlení	3 578	806	489	129	3 766	31	448
Azylové domy	5 398	11 741	11 655	33	5 451	0	14
Domy na půl cesty	264	535	540	0	259	0	0
Zařízení pro krizovou pomoc	7	683	681	0	9	0	0
Terapeutické komunity	183	368	357	0	194	0	0
Centra sociálně rehabilitačních služeb	289	638	618	1	308	0	72
Služby následné péče	290	482	485	0	287	0	0
<b>Celkem ČR</b>	<b>75 341</b>	<b>35 948</b>	<b>18 394</b>	<b>16 679</b>	<b>76 216</b>	<b>15 012</b>	<b>30 713</b>

**Tabulka 4. Počet propuštěných uživatelů (klientů) z pobytových sociálních služeb v roce 2017, zdroj MPSV**

Druh služby (uvedené v § 34 zákona č. 108/2006 Sb.)	Celkem	do přírozeného sociálního prostředí	do pobytové komunitní sociální služby	do ústavního zařízení pobytové služby sociální péče nebo jiné pobytové služby sociální prevence	jinam
Týdenní stacionáře	191	91	19	66	15
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	373	113	98	128	34
Domovy pro seniory	1 840	433	100	824	483
Domovy se zvláštním režimem	1 165	323	58	601	183
Chráněné bydlení	489	231	53	124	81
Azylové domy	11 655	6 414	311	1 558	3 372
Domy na půl cesty	540	311	7	61	161
Zařízení pro krizovou pomoc	681	251	77	257	96
Terapeutické komunity	357	146	52	88	71
Centra sociálně rehabilitačních služeb	618	478	18	99	23
Služby následné péče	485	406	4	24	51
<b>Celkem ČR</b>	<b>18 394</b>	<b>9 197</b>	<b>797</b>	<b>3 830</b>	<b>4 570</b>



## 4 Praktická část

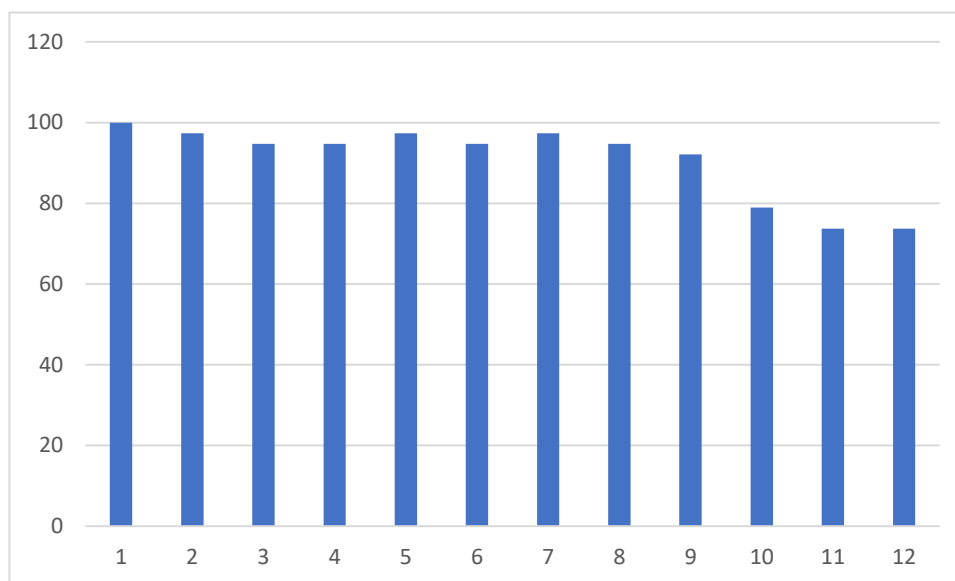
### 4.1 Popis vybraného zařízení

Výzkumné šetření bylo realizováno v Sociálně odlehčovacím centru, které je součástí Pečovatelského centra v Praze 7 a je poskytovatelem komplexní péče o seniory v Praze 7, zřizovatelem zařízení je městská část Praha 7. Kapacita, maximální počet míst odlehčovacího centra, dosahuje počtu 38 lůžek, centrum garantuje ubytování v naprosto bezbariérovém čtyřpodlažním zařízení s jedno a dvoulůžkovými pokoji, v některých případech s vlastním sociálním zařízením. Rozsah a struktura základních činností se řídí § 44 Odlehčovací služby zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílovou skupinou jsou senioři s věkovou strukturou 65 a více let. Průměrný věk klientů za rok 2017 je 85,57 let. S věkovým složením klientů podrobněji seznamuje tabulka č. 6. Z ní je zřejmé, že nejpočetnější skupinu představují senioři ve věku 81–90 let (46,4 %). Významného čísla dosahují rovněž klienti ve věku nad 90 let. Tyto dvě skupiny představují 77,6 % z celkové klientely. Z tabulky č. 6 dále vyplývá, že službu v roce 2017 využívalo více žen než mužů. Průměrný věk klientů v sociálně odlehčovacím centru je u mužů 83 a u žen 86 let. Sociálně odlehčovací centrum vychází vstříc rodinám, kteří pečují o svého blízkého seniora, jenž se bez jejich péče neobejde. Centrum tak na určitou dobu přebírá nezbytnou péči. Dočasným převzetím péče o seniory je dán pečujícím čas k odpočinku, dovolené, regeneraci a obnově sil, případně k vyřízení si osobní agendy. Tabulka č. 5 a graf č. 1 ukazují obloženost v zařízení za rok 2017, což znamená využití lůžek v zařízení v daném kalendářním roce. Získané údaje vypovídají, jak je služba využita, zda je o ni zájem či ne. Zdroje ukazují, že obloženost klesá pod 90 % spíše výjimečně, po většinu roku se pohybuje nad 90 %.

**Tabulka 5. Obloženost lůžek SOC Praha 7 za rok 2017**

Měsíc	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Počet klientů	38	37	36	36	37	36	37	36	35	30	28	28
Kapacita	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
Obloženost (%)	100	97,37	94,73	94,73	97,36	94,73	97,36	94,73	92,1	78,94	73,68	73,68

**Graf 1. Obložnost lůžek SOC Praha 7 za rok 2017**



**Tabulka 6. Věkové složení klientů za rok 2017**

	Muži	Ženy	Celkem
Věkové složení klientů			
57-64 let	1	2	3
65-74 let	2	9	11
75-80 let	5	9	14
81-90 let	11	47	58
nad 90 let	6	33	39
Průměrný věk	83,12	86,41	85,75

## 4.2 Organizace a realizace výzkumu

Před zahájením výzkumného šetření jsem požádala o pomoc sociální pracovníci, která doporučila respondenty (seniory i jejich blízké) a současně o nich poskytla základní informace. Vybíraly jsme klienty s rozdílným věkem, soběstačností, různou délkou pobytu. Sociální pracovnice poskytla informace o klientech: věk, rodinný stav, důvod pobytu, zdravotní stav, zda je klient soběstačný, imobilní, zda má problémy se sluchem apod. Rozhovor poskytli i rodinní příslušníci klientů odlehčovacího centra. S přihlédnutím k základním etickým principům šetření byli respondenti obeznámeni se skutečností, za jakým účelem je rozhovor s nimi veden, že šetření je naprosto

anonymní, že průběh rozhovoru bude nahráván a že mohou kdykoli během rozhovoru požádat o jeho ukončení. Před zahájením rozhovoru vyslovil každý z respondentů souhlas. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a posléze přepsány. Výzkumné šetření probíhalo v měsíci září a bylo realizováno přímo v odlehčovacím centru. Termíny jednotlivých rozhovorů byly s respondenty předem smlouveny, rozhovory probíhaly na pokojích. Osloveno bylo celkem 10 respondentů, z toho byli 3 rodinní příslušníci. Délka rozhovoru se odvíjela od individuálního stavu respondentů, konkrétní situace a reakce na otázky. Ty byly kladeny v jednoduché a srozumitelné formě, tak aby jim senioři bez problémů rozuměli: např. „Kdo o vás pečuje v domácím prostředí? Jaké byly důvody využít služeb odlehčovacího centra? Využijete jich v budoucnu znovu? Jak jste spokojeni s péčí a přístupem personálu? Jaká je vaše celková spokojenost? Zúčastňujete se společných aktivit?“ Rodinných příslušníků jsem se ptala, jak se o službě dozvěděli a zda jim byl poskytnut dostatečný informační servis.

### **4.3 Spokojenost s poskytováním služeb sociální péče**

Z rozhovorů vyplynulo, že o seniory umístěné v odlehčovacím centru pečují blízké osoby, manželka, dcera, syn se snachou, vnučka, nejbližší rodinní příslušníci. Někteří využívají terénní pečovatelskou službu nebo denní stacionář v místě svého trvalého bydliště.

Služeb v odlehčovacím centru využili pečující z důvodu získání možnosti odpočinku, načerpání nových sil, neboť každodenní 24hodinová péče o nemocné, někdy i imobilní seniory je velmi náročná jak fyzicky, tak i psychicky. Pro některé pečující je důležité, aby jejich blízký, o kterého pečují, zůstal co nejdéle v prostředí jemu důvěrně známém. To je především důležité pro klienty s Alzheimerovou demencí, protože těm trvá zpravidla delší dobu, než se zadaptují a zvyknou si na nové prostředí. Tuto změnu většinou doprovází zvýšená míra dezorientace a zmatenosti. Z tohoto důvodu by rodiny uvítaly poskytování respitní péče v domácím prostředí klienta. Tato forma služby však vyvolává spoustu otázek, např. kolik by se muselo střídat pečovatелů, jak by vypadala finanční stránka služby, zda by byl o ni vůbec zájem a zejména jak velký by byl. Mnoho seniorů se bojí pustit do bytu někoho neznámého. Typ této služby není doposud běžný, tak jako je tomu u jiných typů

služeb pro seniory. Většina pečovatelských center nabízí pouze terénní pečovatelské služby v domácnostech klientů, které spočívají v základní péči, ale ne v celodenním servisu. Klienti mnohdy potřebují i zdravotní péči, tu zajišťují organizace, které poskytují tyto služby.

Pro některé rodinné příslušníky nebylo jednoduché umístit svého seniora do sociálně odlehčovacího centra. Než tak učinili, zvažovali, zdali je to z etického hlediska správné, získávali informace o respitní péči – zda je poskytována pomoc při běžných hygienických úkonech, jak je zajišťována strava, popřípadě pomoc při jejím podávání, jak je ošetřena distribuce léků či praní prádla. Měli obavy, aby péče byla poskytována s respektem, úctou ke stáří a byla zachována lidská důstojnost. Na druhou stranu si uvědomovali, že je potřeba, aby byla poskytnuta jejich blízkému péče celodenní, a že i oni si musí odpočinout, aby nedošlo k syndromu vyhoření.

Při rozhovoru s rodinnými příslušníky bylo zjištěno, že obavy byly zbytečné. Jejich blízkým byla poskytnuta jak zdravotní, tak i sociální péče. Z důvodu soukromí uváděli jako nespornou výhodu jedno nebo dvoulůžkové pokoje a nepřetržitost služby. Podle svých slov v budoucnu služeb v odlehčovacím centru zase využijí. Pro rodinné příslušníky klientů tato služba ve většině případů znamená, že mohou se svými dětmi nebo i sami odjet na dovolenou, do lázní, načerpat sílu, protože péče je mnohdy velmi náročná. Někteří z důvodu pracovního vytížení nebyli schopni se starat o svého blízkého doma a péče terénních pečovatelských center, kteří docházeli do domácností, nestačila, proto se rozhodli, než se uvolní místo v domově pro seniory, využít služeb centra.

S přibývajícím věkem dochází u seniorů ke zvýšení výskytu chronických onemocnění a tím ke zhoršení jejich celkového zdravotního stavu, mj. klienti mohou trpět různými stupni demence. To vše způsobuje snížení soběstačnosti, péče o vlastní osobu a senioři jsou závislí na každodenní pomoci druhých osob. Z toho důvodu využívají služeb respitní péče. Někteří používají kompenzační pomůcky, jako jsou hole, různé typy chodítek, invalidní vozík.

Co se týká rozhovoru s respondenty, bylo zjištěno, že klienti využívají služeb respitní péče i k rekonvalescenci po pobytu v nemocnici nebo na lůžkách následné péče. Z rozhovorů vyplynula spokojenost s péčí personálu, milým a vlídným přístupem, výběrem aktivitací. Volný čas trávili dle vlastního uvážení, dle nálady a chuti. Někteří sledovali televizor na pokoji, popřípadě ve společenské místnosti na

patře. Jiní si četli nebo měli možnost trávit čas na různých aktivitách s ostatními klienty ve společenské místnosti nebo venku na zahradě ve vnitrobloku. Jedna respondentka, která byla v centru na 14 dní, trávila čas pouze na pokoji čtením knih, byla ráda sama, i když byla s péčí spokojena, těšila se až půjde domů, říkala: „*Doma je doma*“. Délka pobytu je ovšem u klientů různá, nejčastěji jsou služby využívány v době zimních a letních dovolených, někteří je využívají pravidelně i několikrát do roka. Tuto možnost volí i v případě, že se sám pečující musí podrobit různým lékařským zákrokům.

V Praze 7 jsou i další organizace poskytující pomoc či podporu pečujícím osobám. Farní charita je nestátní zdravotnické zařízení, nabízející terénní pečovatelské, odlehčovací a ošetřovatelské služby v domácím prostředí klientů. Nevidomým a těžce zrakově postiženým klientům poskytuje služby zařízení TYFLO ČR, o.p.s. Nezisková organizace Fokus Praha nabízí pro klienty s duševním onemocněním komplexní komunitní péči v neústavních podmínkách, stejně tak poskytuje služby zdravotní a sociální. Zdravotní péči v domácnosti klientů zajišťují zdravotní sestry nestátního zdravotnického zařízení Galium.

#### **4.4 Shrnutí výzkumného šetření**

Spokojenost klientů odlehčovacího centra a jejich blízkých s poskytovanými službami se odvíjí od jejich subjektivních pocitů, zdravotního stavu, důvodů, pro něž se rozhodli služeb odlehčovacího centra využít, a samozřejmě i od předpokládané délky pobytu v centru. Ze všech odpovědí lze vyzorovat, že většina respondentů má pocit jistoty, že jsou zde jen nakrátko a že se ke svým blízkým zase dříve či později vrátí. Ti, kteří čekají na umístění do domovů pro seniory, jsou rádi, že za nimi dochází rodinní příslušníci na návštěvu, nemají tak pocit, že jsou odloženi. To vše jim dodává optimismus. Pravděpodobně i to přispívá k jejich spokojenosti, možná také z toho důvodu jsou méně kritičtí. Váží si práce personálu, chválí jej. Oceňují, že je k nim přistupováno s respektem k jejich potřebám, hodnotám a postojům. Při péči je dbáno na zachování jejich důstojnosti. S ohledem na autonomii klientů je také přistupováno k jejich aktivizaci a trávení volného času. Respondenti nevyjádřili žádné zásadní návrhy k případným změnám a snad nejvíce

vypovídající o jejich spokojenosti s poskytovanými službami je skutečnost, že by služeb odlehčovacího centra s naprostou jistotou v budoucnu rozhodně opět využili. Do budoucna ovšem stále zůstává otázkou, zda nepřenést 24hodinovou péči o klienty do jejich domácího prostředí.

## 5 Závěr

Předkládaná bakalářská práce byla věnována hodnocení spokojenosti se sociálními službami poskytovanými seniorům a jejich rodinám v rámci tzv. respitní péče v konkrétním Sociálně odlehčovacím centru v Praze 7, kde probíhal realizovaný výzkum.

Teoretickými východisky této práce se staly koncepty související s fenoménem stáří (viz kapitola 3.1 této práce) a systém sociální péče v České republice, členěný na rozličné formy poskytování sociálních služeb, přičemž zvláštním druhem takové služby je právě respitní péče. Jejím vymezením a pojetím aplikovatelným v sociální oblasti se zabývá podrobněji 3.2.3 kapitola této práce.

Cílem výzkumného šetření bylo zjistit současný stav v oblasti poskytovaných služeb v rámci respitní péče, zhodnotit spokojenost s poskytováním odlehčovacích služeb a najít odpověď na hlavní výzkumnou otázku: *Jak senioři a jejich blízcí hodnotí poskytované služby sociální péče v konkrétním sociálně odlehčovacím centru?*

Sociálně odlehčovací centrum je součástí Pečovatelského centra Prahy 7, které poskytuje terénní pečovatelské služby pro ty klienty, kteří nepotřebují celodenní péči každý den. Ti, kteří jsou závislí na pomoci druhých osob po celý den a tuto pomoc jim není schopna poskytnout rodina, mají možnost využívat služeb odlehčovacího centra. Posláním odlehčovací služby je tedy poskytnout přechodnou podporu a pomoc pečujícím osobám se zajištěním péče o jejich blízkého, který ji potřebuje.

Výzkumné šetření ukázalo, že klienti odlehčovacího centra i jejich blízké pečující osoby hodnotí poskytované služby velmi kladně. Je tomu tak především s ohledem na jejich dočasnost a individuální přístup ke každému z nich s důrazem na zachování respektu a důstojnosti. V případě zájmu o službu pro své blízké jsou veřejnosti poskytnuty veškeré informace, mnohdy i psychická podpora. Pečující, kteří se zajímají o služby v centru, bývají psychicky i fyzicky vyčerpaní. Dotazovaní respondenti jsou spokojeni s péčí o svou osobu, poskytovanými zdravotními službami, laskavostí, ochotou a trpělivostí personálu. Senioři i jejich blízcí kladně hodnotí možnost trávit během dne čas s ostatními klienty v zařízení při různých aktivitách, které jsou jim každý den nabízeny. Na druhou stranu jsou i tací, kteří zůstávají rádi sami na pokoji a čtou si nebo sledují televizi. Závěrem tedy lze

konstatovat, že klienti, kteří využívají služeb sociálně odlehčovacího centra, jsou s jeho službami spokojeni, hodnotí je velmi pozitivně, nenavrhují žádné zásadní změny. Projevem spokojenosti je také skutečnost, že někteří služeb odlehčovacího centra využívají pravidelně, ostatní je v případě potřeby mají v úmyslu využít znovu.

Z výsledků práce lze usuzovat, že respitní péče je služba poskytovaná zatím spíše marginálně, avšak na základě studia statistických dokumentů lze očekávat zvyšující se poptávku po ní, zejména ve velkých městech, nikoli však pouze v Praze. Důležitým momentem, který výrazně ovlivní případný nárůst zájmu o ni, bude překonání určitých obav klientů a jejich rodin o kvalitu této služby, zejména pak její konečné přijetí klientem. K samotné službě, resp. hodnocení její kvality jsou klienti poměrně tolerantní, a to zejména z toho důvodu, že ji vnímají jako dočasnou. Dočasnost je klíčovým motivačním prvkem pro její pozitivní přijetí. Stále zůstává otevřenou otázkou a do budoucna velkou výzvou využití celodenní respitní péče v domácím prostředí.



## 6 Seznam použitých zdrojů

### Monografie

CIPRA, T. *Penze: kvantitativní přístup*. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2012. 409 s. ISBN 978-80-86929-87-3

ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie. Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. dotisk. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7

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

HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství. Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 72 s.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2

HUDÁKOVÁ, A., MAJERNÍKOVÁ, L'. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9

JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds). *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 163-193. ISBN 978-80-7367-818-0

KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 4 s. ISBN 80-7262-455-5

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MALÍK HOLASOVÁ, V. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
- MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 228 s. ISBN 80-86633-62-4
- MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7
- NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 1. vyd. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0
- ONDRUŠOVÁ, J. *Stáří a smysl života*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2011. 168 s. ISBN 978-802-4619-972
- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s., ISBN 80-7254-657-0
- PETŘKOVÁ, A. *Úvod do ontogenetické psychologie*. Olomouc: UP v Olomouci, Filozofická fakulta, 2005. 82 s. ISBN 80-244-1259-4
- ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů. Geragogika a gerontodidaktika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2015. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8
- ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 078-80-247-3223-7
- ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-4453-7

VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7

ZAVÁZALOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001.

ČSÚ. *ČSÚ statistiky nezkrsluje*. 2012. [on line] [cit. 2016-12-17] Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/csu statistiky nezkrsluje20121001](https://www.czso.cz/csu/czso/csu%20statistiky%20nezkrsluje20121001)

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Standardy kvality sociálních služeb. Příručka pro uživatele*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. [online]. [cit. 2016-12-29].

### **Internetové odkazy**

<https://www.czso.cz/csu/czso/vybrane-udaje-o-socialnim-zabezpeceni-2017>

[https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka\\_rocenka\\_z\\_oblasti\\_prace\\_a\\_socialnich\\_veci\\_2017.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/34376/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2017.pdf)

<http://charitap7.cz/kdo-jsme.htm>

<http://www.tyflocr.cz/>

<https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/o-nas>

<https://galium.cz/>

<http://www.pecovatelskecentrum.cz/>

### **Právní předpisy**

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

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 110/2006 Sb., o životní a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 505/2006 Sb.

### **Ostatní**

Výroční zpráva 2015 Pečovatelského centra Praha 7