

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

**Ústav pedagogiky a sociálních studií**

**RADKA HAUKOVÁ**

VI. ročník – kombinované studium

**Obor: Pedagogika – správní činnost**

**Historie Domova pro seniory v Uherském  
Hradišti v kontextu obecných, sociálních  
a kulturních dějin**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Libuše Podlahová, Dr.

**Olomouc 2010**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením paní  
Doc. PhDr. Libuše Podlahové, Dr. a že jsem uvedla v seznamu literatury a pramenů  
všechny použité literární a odborné zdroje.

V Olomouci, datum:.....

podpis:.....

## **Poděkování**

Děkuji paní Doc. PhDr. Libuši Podlahové, Dr. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a vstřícnost při zpracování mé diplomové práce.

Diplomovou práci věnuji s láskou a úctou mojí mamince za obětavou a náročnou práci, kterou vykonává v Domově pro seniory v Uherském Hradišti a také za péči a pomoc při doprovázení poslední životní etapy našeho dědečka.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>1 SENIOŘI</b> .....	9
1.1 Pojem stáří.....	9
1.2 Projevy stárnutí v psychice seniora.....	11
1.3 Tělesné projevy stárnutí.....	13
1.4 Charakteristika a rizika seniorské populace.....	13
1.5 Mýty o stáří.....	15
<b>2 GERONTOLOGICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ</b> .....	17
2.1 Gerontologie jako věda.....	17
2.2 Gerontopedagogika.....	18
2.3 Cíle gerontologického ošetrovatelství.....	18
<b>3 PÉČE O NEMOCNÉ V HISTORII</b> .....	20
3.1 První pokusy léčení nemocí.....	20
3.2 Lékařství v antické společnosti a Byzanci.....	21
3.3 Klášterní medicína v Evropě.....	23
3.4 Medicína a společnost v Evropě v období renezanace.....	23
3.5 Osvícenství a jeho vliv na společnost a medicínu.....	25
<b>4 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ</b> .....	27
4.1 Vývoj sociálního zabezpečení v Evropě.....	28
<b>5 SITUACE V ČECHÁCH V REVOLUČNÍM OBDOBÍ</b> .....	31
5.1 Péče o seniory v období 1. ČSR.....	32
5.2 Vývoj zdravotní péče v druhé polovině 20. století.....	35
5.3 Péče o seniory v druhé polovině 20. století.....	37
5.4 Reformy po vzniku samostatného Československa.....	39
<b>6 ZMĚNY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PO ROCE 1989</b> .....	41
6.1 Zdravotní politika.....	42
6.2 Zdravotní a sociální péče o seniory.....	43
6.3 Základní mezinárodní a národní dokumenty.....	44
<b>7 SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b> .....	45
7.1 Co přinesl nový zákon o sociálních službách.....	46
7.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	49
<b>8 Z HISTORIE UHERSKÉHO HRADIŠTĚ</b> .....	51
8.1 Budování nemocnice v Uherském Hradišti.....	53

8.2	Zemská nemocnice v Uherském Hradišti .....	55
<b>9</b>	<b>SOCIÁLNÍ SLUŽBY ZLÍNSKÉHO KRAJE.....</b>	<b>57</b>
9.1	Komunitní plánování sociálních služeb v Uherském Hradišti .....	58
9.2	Vznik sociálních služeb v Uherském Hradišti .....	60
<b>10</b>	<b>DOMOV PRO SENIORY UHERSKÉ HRADIŠTĚ .....</b>	<b>64</b>
10.1	Charakteristika zařízení.....	64
10.2	Služby poskytované v domově pro seniory .....	66
10.3	Aktivizační a volnočasové aktivity .....	68
10.4	Personální obsazení v DS Uherské Hradiště .....	71
10.5	Náročnost přímé obslužné péče .....	71
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>73</b>
	<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>76</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>80</b>

## ÚVOD

*Jarní čas nám představuje mládí, naznačuje nám plody, které můžeme od budoucnosti očekávat. Další období jsou přizpůsobena k žatvě a ke sklizni ovoce. Plody stáří, jak jsem již často řekl, tvoří bohaté vzpomínky na všechno dobré, co jsme dřív zakusili. Všechno pak, co se děje podle přírody, musíme pokládat za dobré a užitečné.*

*(Cicero)*

Stáří je součástí životní cesty člověka, a proto nesmíme zapomínat, že staří lidé jsou součástí naší společnosti. Každý člověk jednou zestárne a bude rád, že žije ve společnosti buď příbuzných tak, jak tomu bylo v dřívější době, anebo v jiné institucionálně zřizované podobě sociální péče. Péče o starého člověka je náročná a týká se nás všech. Rodina by se měla umět postarat o svého stárnoucího člena rodiny, ale v některých případech mohou nastat chvíle, kdy už se nelze o starého člověka starat v domácím prostředí. Rodina jako základní společenská jednotka dožala značných změn. V dřívější době nebylo výjimkou, že spolu žily i tři generace společně. Dnešní situace rodiny je podstatně odlišná. Vícegenerační rodiny se sice také objevují, ale spíše výjimečně. Staří lidé ve většině případů žijí odděleně od mladých. I přes všechny kritické postoje k dnešní rodině, přetrvávají v českých rodinách emoční pouta a rodina se ve většině případů o svého starého a nemocného člena stará vlastními silami. Je na pravém místě říci, že péče rodiny je ve stáří nezastupitelná. Tato péče o starého a ve většině případů i nemocného člověka je pro rodinu náročná a zasahuje do jejího života. Pokud se ale péče nerozdělí mezi členy rodiny, může se stát péče o starého člověka vyčerpávající po stránce emocionální i fyzické.

Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že péče o nemocného seniora dokáže změnit dosavadně poklidný život celé rodiny. Do takové situace se bohužel dostala také naše rodina. Vzhledem k tomu, že péče o nemocného s demencí Alzheimerova typu trvala velmi dlouho, stala se pro naši rodinu nezvladatelnou a rodina musela, ač nerada, přistoupit k radikálnímu řešení a využít pomoci sociálních služeb. I když toto rozhodnutí nebylo pro naši rodinu lehké, pomohl k rozhodnutí umístit dědečka do zařízení sociálních služeb pro seniory především fakt, že moje maminka vykonává profesi zdravotní sestry od roku 1985 a zná prostředí tohoto domova velmi dobře. Jsou ale lidé, kteří tyto služby ať už z morálních nebo jiných důvodů využít nechtějí a raději

se o své nemocné starají až do konce. V těchto obtížných životních situacích by měly rodiny zvážit své možnosti a nebát se přijmout pomoc profesionálů, kteří jsou v této práci zkušení. Zdravotnická profese je opravdu hodna zásluhy a všichni zaměstnanci pracující v domově pro seniory včetně mojí maminky mají můj velký obdiv.

Cílem mé diplomové práce je zmapovat péči o seniory z historického pohledu. Zjistit, jaké formy péče o staré a nemocné existovaly v jednotlivých etapách společenského vývoje. Závěrečná část se věnuje historii Domova pro seniory (dále jen DS) ve městě Uherské Hradiště, ve kterém jsem se narodila a také do dospělosti žila. Tento domov umožňuje důstojně prožít stáří lidem, kteří nemají to štěstí a zdraví, aby ho mohli prožít ve svém domově, v prostředí jim blízkém a známém. DS Uherské Hradiště je jedním z více zařízení Sociálních služeb v Uherském Hradišti. V současné době prochází rekonstrukcí, která přispěje ke zkvalitnění služeb pro seniory a pracovníky DS Uherské Hradiště. Z důvodu rekonstrukce musela být kapacita domova snížena na 110 uživatelů. Vzhledem k tomu, že stárnutí populace nemůžeme žádným způsobem zabránit, můžeme se alespoň pokusit zajistit starým lidem prožití důstojného stáří. Otázkou je, zda si to budou moci staří lidé z finančního hlediska dovolit.

Město Uherské Hradiště patří nejen svou polohou, ale i bohatou historií mezi nejzajímavější oblasti Moravy. Je to kraj, který dal světu Komenského a nám tisíciletou cyrilometodějskou duchovní tradici Velehradu. Je to kraj starých mistrů, umělců a řemeslníků tvořících originální keramiku, kraslice, kroje, sklo a jiné krásy navazující na moudrost našich předků. Tato práce je určena všem lidem, kteří se chtějí dovědět něco o tom, jak vypadala péče o seniory v minulosti, pracovníkům z oblasti sociálních služeb a ostatním zájemcům o historii.



# 1 SENIOŘI

V této kapitole se pokusím vymezit základní pojmy týkající se stáří. Každý člověk stárne, i když je nutno říci, že jinak. Problematika stárnutí se týká nás všech. Jestliže si budeme připomínat konečnost svého života, pak budeme zcela jistě jinak zacházet s časem, který je nám dán. Nepochybně pak budeme vnímavější k občanům, kteří potřebují pomoc svých bližních.

## 1.1 Pojem stáří

Kalvach a Onderková<sup>1</sup> charakterizují stáří jako obtížně definovatelnou fázi života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn, projevující se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. V hospodářsky vyspělých zemích se obvykle za počátek kalendářního stáří považuje věk 65 let. Často se však o věku 65-74 let (někdy dokonce 65-79 let) hovoří jen jako o počínajícím stáří a hranice vlastního stáří se posouvá do věku 75-80 let. Za dlouhověkost považují Kalvach a Onderková věk 90 a více let, i zde však dochází k posunu až k hranici 100 let.

Pacovský a Heřmanová<sup>2</sup> doporučují držet se návrhu expertů Světové zdravotnické organizace a členit věkové skupiny takto:

- 45-59 let: střední věk,
- 60-74 let: vyšší (starší věk), rané stáří,
- 75-89 let: pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří,
- 90 a více let: dlouhověkost.

Langmeier a Krejčířová<sup>3</sup> definují stárnutí jako změny ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince. Mezi nápadné biologické projevy stárnutí patří snížená odolnost vůči infekcím, větší riziko nádorových onemocnění, ztráta pružnosti vaziva apod.

Stuart-Hamilton<sup>4</sup> vnímá stárnutí jako závěrečnou fázi lidského vývoje a podle něj je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny. Protože se jedná o proměnu kontinuální, je nesnadné nalézt skutečnou dobu, kdy se člověk „stane“ starým. Proměnu

---

<sup>1</sup> KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří - Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006.

<sup>2</sup> PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum., 1981.

<sup>3</sup> LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing 2, 2006.

<sup>4</sup> HAMILTON S. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999.

lidských fyzických a psychologických znaků, které charakterizují obvykle střední věk a které se mění ve znaky charakterizující stáří, můžeme sledovat v průběhu několika let. Zdůrazňuje, že ani kalendářní věk, který je nejběžnějším měřítkem stárnutí, není spolehlivým ukazatelem životního stavu člověka. Věk například koreluje s tělesnými znaky. Také zachovalý sedmdesátník může vypadat dobře. Stárnutí je třeba vnímat jako proces fyzického, biologického a sociálního stárnutí, v němž jsou jednotlivé procesy na sobě závislé. Fyzickou složkou se rozumí biologické stárnutí organismu, psychickou složkou kognitivní funkce, jedná se o vědomé zpracování informací o sobě samém a o svém okolí. Sociální složkou jsou pak myšleny vztahy ke společnosti. Stáří je období, ve kterém dochází k úbytku některé nebo některých z uvedených složek. Úroveň funkčnosti těchto složek má pak vliv na schopnost člověka uspokojovat své potřeby.

Stárnutí je dlouhodobý proces, který je podmíněn genetickou dispozicí, opotřebením a nahromaděním různých poškození a chyb. Podílí se na něm řada faktorů. Je to proces individuální a probíhá u jednotlivých jedinců rozdílně.<sup>5</sup>

Kalvach a Onderková<sup>6</sup> hovoří o seniorské populaci jako výrazně různorodé skupině, jejíž členové se liší mezi sebou navzájem věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinnou situací, vzděláním, zkušenostmi, hodnotovým systémem. Současná společnost však individualitu jednotlivých lidí nebere v potaz. „K hrubým chybám v poskytování služeb seniorům patří schematismus, sdružení do jednotného průměru, jako by si všichni byli ve svých potřebách velmi blízcí.“<sup>7</sup> Pichaud a Thareauová<sup>8</sup> vidí ve starém člověku toho, kdo žije v určitém společenství déle než ostatní, anebo žije déle než většina v té době žijících lidí.

Stáří nemusí být jen pochmurné a nešťastné. Pokud bychom nahlíželi na stáří jako na změnu, nebylo by pro nás překvapením, že dochází k určitým ztrátám a zhoršením. Museli bychom brát v úvahu, že stáří má i druhou stránku projevující se tím, že člověk získává něco nového a dál se vyvíjí.

---

<sup>5</sup> JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009.

<sup>6</sup> KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří - Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006.

<sup>7</sup> Tamtéž, str. 9.

<sup>8</sup> PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998.

„Stáří je obdobím v životě člověka, kdy do určité míry dochází k úbytku fyzických a psychických schopností z důvodu opotřebování organismu během prožitých let. Prožívání stáří je velmi individuální záležitost, stejně jako je i individuální pocit stáří u každého jedince“.<sup>9</sup>

## 1.2 Projevy stárnutí v psychice seniora

Proces stárnutí se projevuje ve změně psychických kvalit. Tyto změny jsou individuální, a proto zmiňují projevy, které se u této specifické skupiny nejčastěji vyskytují. „Přes obrovskou rozdílnost jsou však některé psychické projevy všem starým lidem společné, vzdor tomu, že jejich příčina může být různá.“<sup>10</sup>

Podle Pacovského a Heřmanové<sup>11</sup> je stárnutí ovlivněno osobností člověka. Zpomaluje se psychomotorické tempo<sup>12</sup>, dochází ke zhoršování všípivosti a výbavnosti paměti, objevuje se nechuť sledovat a řešit složitější události. Změny však nesměřují vždy pouze k horšímu. Často se projevuje zvýšená trpělivost a vytrvalost v tělesné i duševní činnosti. Starší člověk je více stálý ve svých názorech a vztazích. Záleží na povahových typech a osobnosti. „Jednotlivé rysy osobnosti se stářím prohlubují.“<sup>13</sup>

Langmeier a Krejčířová<sup>14</sup> uvádí, že i když se snižuje intenzita emocí a člověk se už jen tak nenadchne pro nové věci, dokáže řešit řadu situací klidněji a s rozvahou. Vážným a zcela specifickým problémem, který se objevuje u lidí vyššího věku, je demence. Jak uvádí Stuart-Hamilton<sup>15</sup>, jedná se o celkový úpadek psychických funkcí, který způsobuje atrofie centrálního nervového systému<sup>16</sup>. Dosud bylo identifikováno už 50 odlišných faktorů, které mohou být příčinou demence. Demence se však může dostavit kdykoli v průběhu dospělosti. Důležitou roli hraje věk pacienta. Existuje několik testů paměti a dotazníků, které zjišťují, jak se pacient chová. Těmito testy lze zjistit, o jaký typ postižení se jedná. K nejrozšířenějším testům ve Velké Británii patří

---

<sup>9</sup> KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 1.vyd. Praha: C. H. Beck, 2007, str. 110.

<sup>10</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990, str. 86.

<sup>11</sup> PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum., 1981.

<sup>12</sup> „Projevuje se např. při složitějším jednání - geronta lze přirovnat ke zpomalenému filmu.“

PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum., 1981, str. 81.

<sup>13</sup> Tamtéž, str. 82.

<sup>14</sup> LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd.přepřac.a doplněné. Praha: Grada Publishing 2, 2006.

<sup>15</sup> HAMILTON, S. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999.

<sup>16</sup> CNS se skládá z mozku a míchy, je ústřední částí nervové soustavy a spolu s periferními nervy (nervy a neurony, které jsou mimo CNS) hraje důležitou roli v řízení chování. HANČOVÁ, H.; VLKOVÁ, M. *Biologie II. v kostce*. 2. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 2003.

Blessedova škála demence. Ve Spojených státech je to Dotazník zjišťující psychický stav a Minitest psychického stavu (MMSE, Mini-Mental State Examination). V těchto testech se odpovídá na otázky typu: Kdo je prezidentem České republiky? Co jsi měl dnes na snídani? Jedná se o otázky, na které by měl umět odpovědět každý normálně stárnoucí člověk, i když třeba není příliš inteligentní. Test obsahuje i otázky více náročné. Pokud se testem zjišťuje, jak se pacient chová, odpovídají na dotazník osoby pečující o pacienta.

Mezi nejčastější typy demence patří demence Alzheimerova typu. Bývá označována za nejčastější formu či příčinu demence. Jiráček, Holmerová, Borzová a kol.<sup>17</sup> definují demenci jako poruchy projevující se snížením úrovně paměti a dalších poznávacích funkcí, které zajišťují adaptaci a komunikaci se zevním prostředím i cílené chování. Mezi tyto funkce patří tvorba řeči, schopnost porozumění řeči, schopnost být motivován a provádět účelnou činnost navozenou motivací, schopnost tuto činnost naplánovat, provádět a hodnotit. U demencí bývá postižena nejen oblast poznávacích funkcí, ale i oblast týkající se aktivit denního života a časté jsou poruchy emocí, chování, spánku. Postižený se stává nesoběstačným a závislým na okolí. Příčiny vzniku demence jsou různé. Bylo zjištěno, že při onemocnění Alzheimerovou chorobou dochází v mozku k úbytku nervových buněk. V mozku vznikají škodlivé bílkoviny a ty se ukládají v podobě vláken nebo v jejich okolí jako tzv. amyloidové plaky. Dochází k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů. Na vzniku nemoci se však podílí věk, hormony, dědičnost, ale i stupeň dosaženého vzdělání, úrazy, virové infekce, toxické vlivy prostředí, snížená imunita apod. K dalším typům demence patří demence vaskulárního typu. Demence vaskulárního typu jsou způsobeny postižením mozkové tkáně infarkty, malými infarkty či jinými změnami. Dále jsou to demence infekčního původu, jejichž příčinou je infekční choroba jako je syfilis, AIDS, virus herpes simplex (virus, který způsobuje běžné opary) a jiné infekce. Mezi nejčastější metabolické demence patří Wilsonova choroba způsobena vrozeným nedostatkem bílkoviny, která přenáší v těle měď. Postižení se projevuje poruchou hybnosti a jaterní cirhózou. Dále existuje demence u Parkinsonovy choroby, demence u Pickovy choroby, demence u Huntigtonovy nemoci, demence u Jakob-Creutzfeldtovy nemoci, demence poúrazové, demence při závislosti na alkoholu a jiné.

---

<sup>17</sup> JIRÁK, R. HOLMEROVÁ, I. BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009.

„Demence představuje pro postiženou osobu obrovskou ztrátu pronikající všemi aspekty všedního života. Jedná se o celkovou ztrátu způsobenou poruchami ve všech oblastech kognitivních funkcí, nikoli jenom v paměti, která je zmiňována nejčastěji.“<sup>18</sup>

### 1.3 Tělesné projevy stárnutí

K nejčastějším projevům biologického stárnutí patří změna postavy, postoje, pokožky, ztráta pružnosti, výskyt vrásek, ztráta chrupu, řídnutí kostí, úbytek svalové hmoty. Dochází ke snížení ostrosti všech smyslů. Jsou patrné změny v oběhovém systému, zpomalování toku krve, dysfunkce pánevního dna ovlivňuje vylučování i vyměšování. Vzájemná propojenost zdatnosti, odolnosti a adaptability se snižuje. Starý člověk je křehčí, náchylnější k nemocem a úrazům.<sup>19</sup>

Holmerová, Jurašková a Zikmundová<sup>20</sup> uvádí, že lidé vyššího věku ohroženi pády a úrazy, které mohou mít významné důsledky. Starší lidé bývají náchylnější k tvorbě proleženin, důležitou roli však hraje stádium nemoci a ošetrovatelská péče. Nejčastějšími nemocemi ve stáří bývají vedle nemocí srdce a cév hned na druhém místě nemoci pohybového aparátu.

„Každá choroba ve stáří může podstatně změnit sociální situaci starého člověka a naopak“<sup>21</sup> Nejčastějšími chorobami v tomto období jsou srdeční choroby, choroby plic, ledvin, krevní choroby, onemocnění trávicí soustavy, choroby pohybového ústrojí, metabolická onemocnění a neurologická onemocnění.<sup>22</sup> „U starých osob je typické, že sociální důvody bývají primárním činitelem stavů, které mohou vyústit v nemoc.“<sup>23</sup>

### 1.4 Charakteristika a rizika seniorské populace

Seniorská populace je velmi heterogenní skupina, přestože mají senioři mnohé rysy společné. Liší se mezi sebou výrazně věkem, zdatností, zdravotním stavem, sociálním postavením, ekonomickými podmínkami, vzděláním, systémem hodnot i životním stylem. Odlišnost má vliv také na očekávání, priority, přání a potřeby jednotlivých seniorů. Poskytovatelé služeb často sdružují seniory do jednotného

---

<sup>18</sup> ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada 2003.

<sup>19</sup> JIRÁK, R. HOLMEROVÁ, I. BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009.

<sup>20</sup> HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: GEMA, 2002.

<sup>21</sup> PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum., 1981, str. 119.

<sup>22</sup> Tamtéž.

<sup>23</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990, str. 256.

průměru, jako by měli všichni stejné potřeby. Tím dochází k chybám v poskytování služeb seniorům.<sup>24</sup>

Z demografického hlediska populace stárne. Počet starých lidí roste a z hlediska profesí, které se zabývají péčí o staré lidi, je nutné poznamenat, že přibývá velmi starých lidí ve věku 85 let a více. Podle Českého statistického úřadu bude v roce 2050 žít v České republice půl milionu občanů ve věku 85 let a více a téměř 3 miliony osob ve věku starších 65 let (31,3 %). Naděje dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 let pro ženy. Ženy se dožívají vyššího věku, a proto narůstá ovdovělost výrazněji u žen. Dominantní skupinou vyššího věku jsou tedy ovdovělé staré ženy. Ovdovělost je považována za jedno z největších úskalí stáří. Pichaud a Thareauová<sup>25</sup> uvádí, že těžkou zkouškou, se kterou se musí lidé vyrovnávat, je bezpochyby smrt partnera. Znamená ztrátu nejen manžela nebo manželky, ale především člověka, se kterým jsme prožívali radosti, vedli společnou domácnost, společně se rozhodovali a milovali. Člověk by měl přijmout novou situaci s určitou vyrovnaností, aby byl schopen žít nový plnohodnotný život, i když se mu bude zdát chudší ve srovnání s tím minulým.

K rizikům seniorské populace uvádí Kalvach a Onderková<sup>26</sup> penzionování, riziko ztráty soběstačnosti, ohrožení nemocemi, osamělost spojenou s ovdověním, ageismus<sup>27</sup>, ztrátu životní smysluplnosti, penzionování a s tím související změna sociálních rolí. Podle Haškovcové<sup>28</sup> je odchod do důchodu nepříjemnou událostí v životě a narušuje významné sociální vazby penzionovaného vůči ostatním, zejména však pracujícím lidem. Ernest Hemingway k tomu poznamenává: „Penze je nejodpornější slovo ze všech slov. Ať se pro ni rozhodneme sami, nebo nás k ní osud donutí, odejít do penze a zanechat činností, které z nás činí ty, jimiž jsme, se rovná pohřbení.“<sup>29</sup> Také Pichaud a Thareauová<sup>30</sup> potvrzují, že odchod do důchodu znamená v životě starého člověka důležitou událost, zlom, který označuje konec jednoho období a počátek dalšího období. Tato situace plná nejistot není pro starého člověka příliš

---

<sup>24</sup> KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A. *Stáří – Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006.

<sup>25</sup> PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998.

<sup>26</sup> KALVACH, Z. ONDERKOVÁ, A. *Stáří – Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006.

<sup>27</sup> Podle Vidovičové Ageismus je věková diskriminace starých lidí.

<sup>28</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990.

<sup>29</sup> Tamtéž, str. 46.

<sup>30</sup> PICHAUD, C. THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998.

povzbudivá. Do této chvíle pracující člověk se mění v důchodce a musí se s novou realitou umět vyrovnat a přijmout ji. Odchodem do důchodu se ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání a dochází k novému uspořádání každodenního života. Důchodový věk nemusí člověka děsit. Je třeba k němu aktivně přistupovat a umět si svůj čas nově naplnit.

## 1.5 Mýty o stáří

Když jsme mladí, máme pocit, že se nás stáří netýká. Málokdy si mladý člověk uvědomuje, že bude taky jednou starý. Většina lidí pod vlivem společnosti však propadá mýtům, které zkreslují a ovlivňují naše vnímání stáří. Tošnerová<sup>31</sup> popisuje mýtus jako představu o někom nebo o něčem nekriticky přijímanou. Pro lepší pochopení uvádím mýty podle Haškovcové.<sup>32</sup> Většina lidí je přesvědčena, že starému člověku stačí ke spokojenému životu ekonomicko-materiální zabezpečení. Tento *mýtus falešných představ* znamená, že výborné, či alespoň vyhovující materiální zabezpečení je předpokladem osobní spokojenosti starého člověka. Jako další mýtus označuje Haškovcová *mýtus zjednodušené demografie*, který vychází z chybného přesvědčení, že člověk se stává starým odchodem do důchodu. *Mýtus homogenity* vyjadřuje představu lidí o tom, že všichni staří lidé jsou stejní, a proto i jejich potřeby jsou stejné. Silně zakořeněný je i *mýtus neužitečného času*, podle kterého jsou staří lidé líní, nic nedělají a jsou pro nás nerovnocennými partnery. Podstatou *mýtu o lékařích* je představa, že lékaři vyřeší všechny problémy starých lidí. S *mýtem ignorance* se setkáváme v každodenním životě. *Mýtus schematismu a automatismu*, spočívá v tom, že starý člověk nepotřebuje myslet, stačí mu jeho životní a profesní zkušenosti a automatické vykonávání činností. *Mýtus o úbytku* zobrazuje sex a sexuální život starých lidí jako záležitost mladých. Staří lidé toužící po sexuálním životě jsou často chápáni jako „staří chlípníci“ a bývají často opovrženíhodní.

Mýty o stáří mají značný vliv na utváření sebepojetí stáří. Malá informovanost způsobuje, že se snadno necháme ovlivnit předsudky, které chápeme jako negativní předem zformované postoje. Podle Nakonečného<sup>33</sup> jsou předsudky zvláštním druhem předem vytvořených a převzatých postojů. Obvykle jsou nesprávně spojované

---

<sup>31</sup> TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus - Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha, 2002.

<sup>32</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenómén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990.

<sup>33</sup> NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1999.

s negativními postoji vůči skupinám. Mohou mít individuální i skupinovou formu a jsou založeny na silné emocionální složce. Předsudky mohou negativně ovlivnit naše chování a jednání nejen ke starým lidem.



## 2 GERONTOLOGICKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ

### 2.1 Gerontologie jako věda

Mnoho vědců z různých oblastí vědy a výzkumu se snaží porozumět problémům, které přináší stárnutí a stáří. Na otázky spojené se stárnutím je nutné pohlížet z mnoha stran. **Gerontologie** je integrovaný vědní obor, který využívá poznatků z různých vědeckých disciplín, je proto záležitostí interdisciplinární. *Gerón* znamená v řečtině starý člověk, *logos* je nauka.

Pacovský a Heřmanová<sup>34</sup> uvádí následující členění gerontologie:

- Gerontologie teoretická - je teoretickým základem pro praktickou činnost kolem starého člověka, která se snaží vysvětlit různé stránky a projevy stárnutí. Velmi často využívá experimentu. Zabývá se tím, proč a jak stárnou živé organismy.
- Gerontologie klinická - zabývá se chorobami ve stáří, jejich vznikem, průběhem a zakončením (geriatrie v širším slova smyslu). Přitom respektuje zvláštnosti stáří, jak psychické, tak sociální.
- Gerontologie sociální - sleduje společenské souvislosti individuálního i populačního stárnutí.

Rozdíl mezi gerontologií a geriatrií spočívá v tom, že gerontologie je nauka o stárnutí a stáří, která se zabývá fyziologickými změnami stárnoucího organismu, zatímco geriatrie je lékařský obor zabývající se diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, ale i širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví. Holmerová a kol.<sup>35</sup> (2002) zdůrazňují, že geriatrie jako klinická gerontologie, by se dala přirovnat k pediatrii svou specifitou diagnostiky, kterou používá.

I když v současné době přetrvává názor mnoha lékařů, že není třeba geriatrii vystavovat příliš na odiv, zasloužila by si více pozornosti. Vždyť už Hippokrates ve 4. století před naším letopočtem uvádí ve svém proslulém díle *Corpus Hippocraticum*, že existují rozdíly mezi starými a mladými nemocnými.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> PACOVSKÝ, V. HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum., 1981.

<sup>35</sup> HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: GEMA, 2002.

<sup>36</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990.

## 2.2 Gerontopedagogika

- v užším slova smyslu se jedná o pedagogickou disciplínu, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů, jedná se o vzdělávání ve stáří a ke stáří,
- v širším slova smyslu je to teoreticko-empirická disciplína, která se snaží zabezpečovat komplexní péči, podporu a pomoc seniorům při uspokojování jejich potřeb v nemedicínské dimenzi, ale i paralelně s ní. Lze ji chápat jako multioborovou disciplínu slučující poznatky ze sociální práce, psychologie, lékařství, sociologie, andragogiky a práva.<sup>37</sup>

## 2.3 Cíle gerontologického ošetrovatelství

Poledníková<sup>38</sup> uvádí, že cíle gerontologického ošetrovatelství jsou zaměřené nejen na pomoc geriatrickému pacientovi, ale i jeho rodině při poskytování domácí péče. Má plnit tyto úlohy:

- uspokojovat jeho tělesné, psychické, sociální a duchovní potřeby,
- komplexní péči zajišťovat podle nejnovějších vědecky ověřených poznatků,
- aktivně zapojovat rodinu do péče o seniora, pomáhat řešit problémy v geriatrickém věku, sledovat požadavky seniora na ošetrovatelskou péči,
- používat poznatky vědeckého výzkumu v praxi a řešit ošetrovatelské problémy s možností využít je pro vědecký výzkum,
- hlavní úlohou je poskytování institucionální, poloinstitucionální, ambulantní a preventivní ošetrovatelskou péči, která se uskutečňuje ve státních i nestátních zdravotnických zařízeních.

Z dokumentu Světové zdravotnické organizace *Zdraví pro 21. století* vyplývá, že nejdůležitější součástí zdravotní péče je primární zdravotní péče poskytovaná rodinnými lékaři, zdravotním personálem a dalšími pracovníky. Podle české zdravotnické legislativy jsou poskytovateli primární péče: praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, gynekologové a stomatologové. U nás se často používá termín *komunitní péče*, kterým rozumíme komplexně pojatou primární zdravotní péči tak, jak je v oblasti péče o seniory definována v materiálu Světové zdravotnické organizace.

---

<sup>37</sup>MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004.

<sup>38</sup>POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, 2006.

Kromě praktického lékaře se v naší zdravotnické legislativě objevuje také pojem *domácí péče*.

### 3 PÉČE O NEMOCNÉ V HISTORII

#### 3.1 První pokusy léčení nemocí

Podle Tröster<sup>39</sup> se už prvobytně pospolná společnost a její rodové (kmenové) společenství starala o nemocné příslušníky tak, že je ponechala ve své pospolitosti v širší nebo užší rodině. Niklíček a Štein<sup>40</sup> uvádí, že první pokusy člověka o léčení nemocí se uskutečňovaly už v prvobytně pospolné společnosti. Tyto pokusy byly založeny na prosté zkušenosti. Poznání založené na smyslové zkušenosti, že některé látky mohou působit příznivě při různých onemocněních či zraněních (voda na vymývání ran či ochlazování apod.).

Hovoří stejně jako Říhová a kol.<sup>41</sup> o pravěkém léčitelství, které dělí do několika kategorií. Jedná se o *instinktivní léčebné postupy* jako je lízání ran, odstraňování parazitů z kůže, dodržování hladovky při požití nesprávné stravy, chlazení ran apod. Lidé si uvědomovali léčivost některých bylin a přírodních látek. Dalším stupněm je *magické léčení*, v němž hrála důležitou roli osoba mága (kouzelníka, šamana). Při tomto léčení se už lidé zamýšleli nad příčinami chorob, které však hledali na nepravém místě, a to právě u nadpřirozených bytostí. Osobu mága, šamana považovali za velmi výjimečnou osobnost, která komunikuje s nadpřirozenými bytostmi, umí tlumit jejich hněv a ovlivňovat jejich přízeň pomocí prostřednictvím kouzelných rituálů. Na pomezí pravěku a historických dob se objevil v některých kulturách i další stupeň *chrámové medicíny*. Tato medicína se vázala na kult božstev. Někteří z kouzelníků se stali božími služebníky, např. kněží provádějící rituály danému bohu. Mühlpachr<sup>42</sup> uvádí, že tento názor přetrvával až do pozdního středověku. Zdravotnická péče spočívala na magických symbolech, které měly ochrannou moc. Postupem času se vyvíjelo i *přírodní lidové léčitelství*. Přírodní léčitelství je i v dnešní době považované za alternativní možnost léčby ve vědecké medicíně. Přírodní léčitelství využívalo k léčbě nejen rostliny, ale i látky živočišného původu. Podle Mühlpachra se stal chrám zřejmě první léčebnou institucí v období prvních civilizací.

---

<sup>39</sup> TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vyd. Praha :C. H. Beck, 2002.

<sup>40</sup> NIKLÍČEK, L.; ŠTEIN, K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum,1985

<sup>41</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova.2005.

<sup>42</sup> MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče (Filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001.

### 3.2 Lékařství v antické společnosti a Byzanci

Antikou se rozumí historický vývoj starého Řecka a Říma. Pro toto období je typické střídání vzestupů a pádů. Byla to doba ustavičných bojů nejen vojenských, ale i politických. Vrcholné období z hlediska kulturního, politického i ekonomického rozvoje nastávalo v 5. a 4. století př. n. l., kdy byl již utvořen filozofický vědecký systém, ze kterého se oddělovala jednotlivá vědecká odvětví, mezi nimiž nechyběla ani medicína. I když již dříve existovalo lékařství, léčebné postupy a metody mimo Řecko, lékařství chápané jako vědecká koncepce vzniklo opravdu až v klasickém Řecku. Po celou dobu antiky zůstávalo lékařství jakožto zvláštní povolání vyžadující znalosti, dovednosti i zkušenosti v rukou Řeků. Předřecká medicína byla stejně jako u všech primitivních společností ovlivněna magií, spekulací, používáním talismanů, amuletů a vírou v bohy.

Jak uvádí Tröster<sup>43</sup>, otrokářskou společnost starověkého Říma tvořili otroci, kteří neměli žádná práva, byli majetkem svého pána a záleželo pouze na něm, zda jim poskytne pomoc. Bylo to však i v jeho zájmu, neboť tak chránil svůj majetek. V závěrečném období otrokářské společnosti si svobodné obyvatelstvo vytvářelo vlastní spolky (kolegia), které poskytovala pomoc a podporu nemocným a starým nebo při úmrtí.

Nejstaršími léčebnými ústavami byly asklépia pojmenovaná podle boha Asklepie. Asklépios byl lékař, žijící v období Trojské války (kolem 11. století př. n. l.), který byl později zbožštěn. Asklépiovo jméno se stalo obecným názvem pro starověké lékaře pocházející většinou z jedné rodiny, kde se umění předávalo z otce na syna.<sup>44</sup> Asklépia vznikala v příznivých klimatických podmínkách. Pokud nebyla léčba účinná, byl nemocný z chrámu vykázán jako prokletý. Na základě úspěchu si začali mnozí lékaři vytvářet vlastní soukromé kliniky. V těchto tzv. iatriích lékaři hospitalizovali nemocné a pečovali o ně po krátkou dobu. Později patřila tato zařízení pod správu městského státu. Starořecké lékařství vrcholí Hippokratovým<sup>45</sup> vystoupením, kterým odmítá pověry a léčitelství pomocí magie a svými myšlenkami pokládá základ medicíny jako

---

<sup>43</sup> TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vyd. Praha : C. H. Beck, 2002.

<sup>44</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2005.

<sup>45</sup> Hippokrates byl lékař, který žil v době největšího duchovního rozkvětu. Patří k největším osobnostem antického Řecka. ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2005.

vědního oboru.<sup>46</sup> Hippokratés zdůrazňoval stanovení příčin a hledání informací, které by mohly objasnit původ nemoci. Hippokratův diagnostický proces byl velmi ucelený, logický, založený na důkladném pozorování.

K významným osobnostem dějin lékařství patří také řecký lékař Galénos. Mezi životem Hippokrata a Galéna leží neuvěřitelně dlouhý časový prostor takřka šesti set let, v nichž se vyskytovala řada různých lékařských škol. Galénos se narodil kolem roku 130 po n. l. a poznamenal vývoj lékařství tak, jak se to dosud nepodařilo žádnému z jeho kolegů. Narodil se do doby, kdy řecká medicína ovlivňovala lékařství v Římské říši<sup>47</sup>, ale její rozmanité formy způsobovaly zmatek a chaos. Jeho život byl naplněn studiem a prací, která poznamenala medicínu až do konce 18. století. Byl ovlivněn myšlenkami Hippokrata. Jako lékař gladiátorů objevil vztah mezi tepovou frekvencí a dýcháním, rozeznával nemoci získané a vrozené. Stejně jako Hippokratés prohlásil za centrum myšlení orgán mozku. Galénovo pozorování a objevy v té době zcela pozměnily pojetí lidského těla a jeho funkcí i pojetí zdraví a nemoci. Jeho přínos pro medicínu je zřejmý i v současnosti. Léky jako opium, zázvor, skořice, aloe, svlaček, olivový olej a další se používají i v dnešní době.<sup>48</sup>

Říhová a kol.<sup>49</sup> uvádí, že rozpad říše na dvě části, Západořímskou a Východořímskou, sice nesnížil zájem o Galénovo dílo, ale díky nepřesným překladům a výběrem pouze některých částí z jeho díla bez smyslu a pochopení docházelo k pokroucení a zatemnění jeho myšlenek. Ve východořímské říši, Byzancii, vznikl v roce 330 díky řeckému teologovi Basileiosi Velikému první velká a na tu dobu moderní „předchůdkyně“ nemocnic, tzv. *xenodocheion*<sup>50</sup> a nemocnice *nosokomia*. Prvními ošetřovateli byli sestry a bratři, kteří se narodili v byzantských nemocnicích. Tyto nemocnice vznikaly po celé zemi a jejich šíření se stalo součástí státního projektu péče o nemocné. Rozpadem říše docházelo k velkému stěhování národů a tím i k šíření nemocí a chorob. Hrozbou Evropy se stala lepra, o které se v antice příliš nehovořilo.

---

<sup>46</sup> MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče (Filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 49 s.

<sup>47</sup> Římská říše vznikla na Apeninském poloostrově kolem 8. stol. př. n. l. a přetrvala až do 6. stol. n. l.

<sup>48</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005.

<sup>49</sup> Tamtéž.

<sup>50</sup> Xenodochium pochází z řeckého slova xenos - cizinec, docheion - útulek, příbytek pro nemocné a staré, lidi bez přístřeší a útočiště pro cizince. ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005.

Vedle lepry se objevil také mor, který zachvátil celou Byzantskou říši za vlády císaře Iustiniana (vládl v letech 527-565 ), a epidemie neštovic.

### 3.3 Klášterní medicína v Evropě

Období klášterní medicíny se liší především nástupem křesťanství, které vzniklo v Palestině v 1. století. Mühlpachr<sup>51</sup> zdůrazňuje, že velký vliv na zániku Římské říše mělo právě křesťanství, které přineslo novou filozofii a zcela nový duchovní rozměr. Vzrůstající moc římského papeže se odrážela na vzniku klášterů a chrámů. V raném středověku vznikaly v kláštorech nemocnice, tzv. hospitaly poskytující azyl a nemocniční péči z hlediska sociálně charitativního, ne medicínského. Objevila se potřeba vzdělávat profesionální ošetřovatele. Funkci ošetřovatelů vykonávali mniši, jeptišky, řádoví bratři a duchovní. Podle Říhové<sup>52</sup> přineslo křesťanství nové hodnoty jako lásku k bližnímu, soucit s trpícími, pomoc chudým. Křesťané pečovali o své nemocné z důvodu přikázání křesťanské lásky ke svému bližnímu a milosrdenství. „U zrodu vzniku klášterní medicíny stojí založení kláštera v Monte Cassinu (529, dnes italská Norcia), o něco později svatořečeným.“<sup>53</sup>

Benediktýnský řád byl založen svatým Benediktem z Nursie. Benedikt sepsal i první pravidla pro život mnichů v klášteře. V tomto spise *Řehole sv. Benedikta* věnuje pozornost nemocným a péči o ně. K pochopení klášterní medicíny jsou nám známe pouze herbáře, bylináře, receptáře, které sloužily k vylepšení zdraví. Pro léčbu nemocí byly používány především přírodní látky jako heřmánek, mateřídouška, pelyněk a látky živočišného původu a nerostné látky. Mezi významné osobnosti patří Hildegarda z Bingen (1098-1179), představená benediktýnského kláštera, jejíž léčebné metody jsou založeny na antických a benediktýnských tradicích.

### 3.4 Medicína a společnost v Evropě v období renezanace

Jak uvedla Říhová a kol.<sup>54</sup>, konec klášterní medicíny skončil symbolicky smrtí představitelky této medicíny Hildegardy z Bingen. Podle Mühlpachra<sup>55</sup> se doznívání

---

<sup>51</sup> MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče (Filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001.

<sup>52</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.

<sup>53</sup> Tamtéž, str. 51.

<sup>54</sup> Tamtéž.

<sup>55</sup> MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče (Filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001

klášterní medicíny projevilo v zakládání nemocnic, které se staraly o poutníky, staré lidi, chudé a nemocné. Jednalo se o hospitaly, dříve označované jako *hospitium*.

Jednalo se o církevní zařízení, které zakládala buď církev, nebo světští feudálové a města. Hospitaly, u nás zvané špitály, přijímaly nemocné všeho druhu. Jediným specializovaným zdravotnickým zařízením bylo zařízení pro malomocné, tzv. *leprosoria*. Onemocnění leprou postihovalo kůži a sliznici. Počet těchto zařízení se rozšířil především ve 12. a 13. století, důsledkem křížových výprav. O péči v období křížáckých výprav mluví Říhová a kol.<sup>56</sup> jako o péči, kterou zajišťovali členové řádů. Nejstarší charitativní organizací na světě byl *Řád sv. Lazara*, který se věnoval výhradně péči o nemocné a zraněné bojovníky. Podobnou funkci plnil i *Řád Německých rytířů*. Celkově se dají shrnout jako rytířské, duchovní a špitální řády, jejichž hlavní funkce spočívala v péči o nemocné. Jejich péče však neměla nic společného s klášterní medicínou.

Už od 12. století se začala projevovat prosperita v určitých oblastech střední a severní Itálie, kterou způsobil zejména rozvoj námořního obchodu. Renesance se odrazila i v medicíně. Začala doba objevů, experimentů a poznatků. V průběhu 13. a 14. století došlo k rozkvětu univerzit a začal se projevovat i pokrok v lékařství. K významným lékařským školám, které ovlivnily evropskou medicínu, řadí Niklíček a Štein<sup>57</sup> lékařskou školu v Italském Salernu a lékařskou školu v Montpellier v jižní Francii. Škola v Montpellier významně ovlivnila také vývoj v české medicíně. Ve středověku převládalo městské zdravotnictví. Rozsáhlejší zdravotnické pokusy ve formě opatření vznikaly v období rozsáhlých epidemií v průběhu 14. století. V roce 1348 vypukla v Evropě pandemie tzv. velkého moru (černá smrt), které podlehl v českých zemích až 800 tisíc obyvatel. Konec 15. století přinesl evropské společnosti pozitivní změny, které ovlivnily i vývoj lékařství. Říhová a kol.<sup>58</sup> poukazují na vedlejší profese lékaře jako byli ranhojiči, chirurgové, lazebníci, lékárníci, kořenářky, mastičkáři, porodní báby a léčitelé rozmanitého typu. Ve druhé polovině 15. století se objevil požadavek univerzitního vzdělávání lékařů a rozmach praktického lékařství. Vzrostl

---

<sup>56</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.

<sup>57</sup> NIKLÍČEK, L.; ŠTEIN, K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum,1985

<sup>58</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.



i význam pitvy pro výuku anatomie. „Bez středověké minulosti by se renesance nikdy nezrodila.“<sup>59</sup>

Jak uvádí Říhová a kol.<sup>60</sup>, objevy lékařů z doby renesance položily základ pro řadu odvětví medicíny. K renesančním objevům můžeme uvést sestrojení mikroskopu kolem roku 1600 nebo sestrojení teploměru. I přes významné objevy se léčba pacientů neměnila. Postupy léčby zůstávaly stejné. Měření tepu, zkoumání moči, určení anamnézy, vše v duchu Hippokrata. Mimo vysoké školy byl pokrok znatelnější. Objevovaly se vzdělané porodní báby, které navštěvovaly kurzy a porodnické a anatomické přednášky. Spor o nadvládu v Evropě vyvrcholil třicetiletou válkou. Ta se odehrála v letech 1618-1648 a přinesla velké množství epidemií a různých chorob, které zuřily celou první polovinu 17. století.

### 3.5 Osvícenství a jeho vliv na společnost a medicínu

Niklíček a Štein<sup>61</sup> uvádí, že na konci feudální společnosti se objevil nový přístup k problematice nemoci a zdraví člověka. Tento patologicko-anatomický přístup vychází z toho, že každá nemoc je způsobena poruchou určitého orgánu. Na přelomu 17. a 18. století přišli někteří lékaři s myšlenkou, že pracovní prostředí rovněž ovlivňuje vznik nemocí. Druhá polovina 18. století přinesla nový rozmach ve všech oblastech zdravotnické praxe a medicíny, nové revoluční změny. Francouzská buržoazní revoluce a průmyslová revoluce v Anglii přinesly prudký rozvoj kapitalismu, svobodné konkurence a mnoho společenských změn v oblasti politiky, ekonomiky, vědy a kultury. Zdravotnictví feudální společnosti se soustředilo na budování státní zdravotnické správy, která měla dohlížet na dodržování předpisů zaměřených na epidemie a vykonávat dohled nad výkonem zdravotnických profesí. Nemocnice přestávaly plnit pouze azylovou funkci. Začaly se zaměřovat na plně léčebnou činnost. Rozvíjely se první teorie zdravotnictví. První věda zabývající se veřejným zdravotnictvím vycházela z osvícenských politických teorií „Z nich byly odvozeny i pojmy „zdravotní policie“ (funkce státní správy) a „státní medicína“ (součást vědy o státu).“<sup>62</sup> Společnost byla rozdělena na majetné kapitalisty, nemajetné proletáře a střední vrstvu řemeslníků a obchodníků. Nový způsob výroby přinesl i nové způsoby

---

<sup>59</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005, str. 71.

<sup>60</sup> Tamtéž.

<sup>61</sup> NIKLÍČEK, L.; ŠTEIN, K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum,1985.

<sup>62</sup> Tamtéž, str. 98.

vykořisťování, využívání práce dětí a žen. Vznikaly nové epidemie neštovic, cholery, břišního tyfu a u dětské populace se často objevovala křivice. Druhá polovina 19. století znamenala rozvoj mikrobiologie. Francouzský chemik Louis Pasteur byl významnou osobností právě mikrobiologie. Položil základ vědecké diagnostiky infekčních nemocí. V polovině 19. století bylo zavedeno pravidelné měření teploty u pacientů a vyšetřování pomocí zrcadel. Významný přínos v diagnostice měl objev paprsků Wilhelmem Conradem Roentgenem (r. 1895) a objev rádia Marií Curie-Sklodowskou (r. 1898).

Na přelomu 19. a 20. století přestala být medicína bezmocná vůči celé škále nemocí. Rozvoj přírodních a lékařských věd znamenal nové problémy v otázce zneužití výsledků vědeckého pokroku. Věda měla významný vliv na utváření mezinárodních vztahů a na život jednotlivých národů a států.

## 4 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ

Jak uvádí Troster,<sup>63</sup> sociální zabezpečení neboli sociální právo jsou plodem sociální politiky státu. Jeho definice není jednotná. Někteří autoři jej pojímají jako úsilí o udržení nebo změnu systému, další jako soubor sociálních činností a jiní jako soubor politických nástrojů (institucí). Sociální politika se snaží cílevědomě a soustavně jednotlivými sociálními subjekty změnit nebo udržet funkční sociální systém. Sociální politika vytváří a mění i právo sociálního zabezpečení. Podle mezinárodních dokumentů poskytuje sociální zabezpečení pomoc lidem v případě nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození, invalidity, pracovního úrazu, stáří, mateřství, rodičovství a úmrtí živitele. Toto vymezení sociálního zabezpečení obsahuje *Úmluva* č. 102 z roku 1952, která byla přijata Mezinárodní konferencí práce. Tato odvětví tvoří i dnešní obsah pojmu sociálního zabezpečení v mezinárodním měřítku. Mezi základní sociální práva patří právo člověka na práci, vzdělání a náležitou přípravu pro povolání, právo na uspokojivé pracovní podmínky, právo na životní úroveň, právo na rodinu, právo na sociální zabezpečení a právo člověka na svobodné sdružování.

Stát používá k zajištění sociálního zabezpečení sociální pojištění, sociální zaopatření či podporu, sociální pomoc a sociální služby. *Welfare state* neboli moderní sociální stát, který zdůrazňuje význam sociálních podmínek pro člověka. Většina osobností českého lékařství byla podle Říhové a kol.<sup>64</sup> spjata s karolinskou akademií a pražským dvorem císaře Rudolfa II. K prvním významným představitelům české medicíny můžeme uvést Tadeáše Hájka z Hájku. Kromě toho, že byl profesorem matematiky, přednášel o lékařství a úspěšně ho praktikoval. Vedle jeho astronomických děl napsal i tři významné lékařské spisy.

Třicetiletá válka poznamenala nejen Evropu, ale i zdravotní stav našeho obyvatelstva. Hlad a podvýživa snižoval odolnost obyvatelstva k chorobám a vedl ke specifickým onemocněním podvýživy. V této době převládala představa, že Bůh je nejlepším léčitelem, a to především prostřednictvím Panny Marie. Mnoho lékařů bylo ovlivněno duchovními autoritami. Zázrak se mohl stát kdekoli. Každý významný svatý měl v této době léčitelské schopnosti. Srozumitelnější pro naše chápání byl rozvoj

---

<sup>63</sup> TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vyd. Praha :C. H. Beck, 2002.

<sup>64</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.

duchovních řádů, které se zaměřovaly na péči o chudé a nemocné. Tröster<sup>65</sup> uvádí, že v 17. století dochází na našem území k určitým změnám v péči o staré a nemocné.

#### 4.1 Vývoj sociálního zabezpečení v Evropě

Říhová a kol.<sup>66</sup> uvádí, že v roce 1720 vznikla v Praze velká nemocnice Špitálského řádu sv. Jana z Boha pro léčbu mužů a v témže roce nemocnice Alžbětinky pro léčbu žen. Jak uvádí Haškovcová,<sup>67</sup> postupem času se začíná v nemocnicích více léčit a azylová funkce nemocnic pozvolna mizí. Staří lidé se však mnohdy léčit nechtěli nebo neuměli, a proto byli překládáni do tzv. starobinců a ti méně majetní do chudobinců. Chudobince žily z darů, odkazů a sbírek. Péče o staré lidi byla v chudobincích na nízké úrovni. V roce 1733 vznikl v Praze Všeobecný chudobinec městský, ve kterém nacházelo útočiště až 600 starých lidí. Od roku 1763 měl chudobinec tzv. chudinskou dávku.

Říhová a kol.<sup>68</sup> spojují osvícenství v našich zemích především se jmény Marie Terezie, Josefa II. a Leopolda II., kteří vládli v letech 1740-1792. Francouzská revoluce (1789) a následující napoleonské války ovlivnily i budoucí vývoj všech zemí v Evropě. Rakouská monarchie se bránila revolučním idejím, které se snažila utužit absolutismem, zejména po vídeňském kongresu, který ukončil období napoleonských válek. Zdravotní stav obyvatelstva nebyl ani v 18. století příliš uspokojivý. Epidemie moru střídají nové epidemie nemocí a hladomory zapříčiněné válkami a neúrodou. Pro zdravotnické a studijní reformy bylo významné to, že osobním lékařem Marie Terezie byl Holanďan Gerhard van Swieten. Za jeho pomoci byla reformována pražská a vídeňská fakulta. Byly zavedeny nové obory, zkvalitněn profesorský sbor a nové výukové materiály. Reformy na lékařských univerzitách završil Josef II. Jeho reformy ovlivnily i budování lůžkových zařízení ve velkých městech. Vznikaly všeobecné nemocnice, porodnice, nalezince, ústavy pro duševně choré a chorobince pro chronické pacienty. V Praze vznikl na horním Novém městě areál nových zdravotnických ústavů, který se rozvíjí i v dnešní době. „V letech 1752-53 byly vydány základní zdravotní normy pro naše země – Generální zdravotní řády.“<sup>69</sup> V roce 1752 byly vytvořeny pro Moravu, o rok

---

<sup>65</sup> TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vyd. Praha :C. H. Beck, 2002.

<sup>66</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.

<sup>67</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990.

<sup>68</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.

<sup>69</sup> Tamtéž, str. 90.

později pro Čechy a Slezsko. V roce 1770 byl vydán centrální říšský zdravotní řád. Tyto řády stanovily jasná pravidla a povinnosti pro všechny zdravotníky. Války o rakouské dědictví však silně poznamenaly vládnutí Marie Terezie. Jak potvrzuje Haškovcová,<sup>70</sup> na území Čech byly zakládány tzv. farní chudinské instituty a odhaduje se, že bylo celkem 296 farností, které plnily tuto funkci. Josef II. vydal zákon o chudinském právu a za jeho vlády byla otevřena Všeobecná nemocnice v Praze, ve které se nacházel zaopatřovací ústav chudinský, chorobinec a nalezinec. Tyto formy péče se nadále rozšiřovaly v Čechách i na Moravě. Péči starobinců a chorobinců využívalo až 40494 chovanců. Podle Mášové<sup>71</sup> byla obec povinna postarat se o své staré příslušníky jak v 16. století, kdy byla zásadou chudinství myšlenka, že pečovat o své staré příslušníky a obyvatele v nouzi je povinna obec, tak i v 19. století podle zásady domovské příslušnosti. Domovskou obec musel mít každý občan podle otce, nebo ji získal nejméně po 10letém pobytu, nebo podle rozhodnutí o přijetí obce. Tato zásada se udržela i po čtyři sta let a stala se základním principem chudinské péče v meziválečném Československu. K jistým změnám však v průběhu 19. století došlo. V průběhu století byla chudinská péče začleněna mezi úkoly širších veřejnoprávních svazků, a to okresů. Okresy byly povinny zřizovat a udržovat ústavy a zařízení pro zvláštní péči a částečně musely hradit jejich provozování. Země hradily ošetrovné za osoby duševně choré, matky v porodnicích a novorozence a kojence v nalezincích. Jak popisuje Mášová<sup>72</sup> okresy financovaly nejen nemocnice, chorobince a nalezince, ale i zprostředkovatelné práce, donucovací pracovny a polepšovny. Správa chudinských ústavů však zůstávala pouze záležitostí obcí. Obce poskytovaly nejnútnejší pomoc a tato pomoc se odvíjela podle místních poměrů. Podle rakouského zákona o právu domovském z roku 1863 měl každý příslušník obce v případě nemoci nárok na ošetření a poskytnutí lékařské pomoci. Bohatší obce zřizovaly obecní chudobince, starobince, dokonce i nemocnice a odborné ústavy pro slepé, invalidy, poradny pro děti a mládež, opatrovny, školy pro učně, domovy aj. Jednotlivé okresy měly dohlížet na zřizování a udržování okresních ústavů pro ošetřování nemocných, zaopatření a zaměstnání chudých lidí, měly pomáhat napravovat zanedbávanou mládež a sloužit k jiným dobročinným účelům. Toto rozhodnutí můžeme považovat za základ sociální péče u nás. Péče však ještě nebyla

---

<sup>70</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990.

<sup>71</sup> MÁŠOVÁ, H. *Nemocniční otázka v meziválečném Československu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005.

<sup>72</sup> Tamtéž.

na dostačující úrovni. Jak uvádí Tošnerová,<sup>73</sup> některé veřejné nemocnice, kterých mocně přibývalo v poslední čtvrtině 19. století, nepřijímaly chronicky nemocné, pacienty s tuberkulózou, nádorovými onemocněními, kardiaky, revmatiky, diabetiky apod. Tito pacienti byli odkázáni na domácí péči.

Podle Haškovcové<sup>74</sup> bylo domovské právo zrušeno až v roce 1848. Pomoc starým lidem poskytovaly především dobrovolné organizace a náboženské spolky, např. Charita, Diakonie, České srdce, Český červený kříž, které zakládaly útulky pro starce, sirotčince, útulky pro matky aj. Tradice péče o staré lidi a lékařského zájmu je v Čechách pozoruhodná. Už v roce 1843 přednášel profesor Josef Hamerník o nemocech vyššího věku na lékařské fakultě v Praze. Za průkopníka teoretické gerontologie je považován Vladislav Růžička, který se zabýval procesem stárnutí a studiem o dědičnosti dlouhověkosti. V letech 1904 až 1905 se objevují na lékařských fakultách přednášky Františka Procházky o chorobách stáří z hlediska sociálního.

---

<sup>73</sup> TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus - Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha, 2002.

<sup>74</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990

## 5 SITUACE V ČECHÁCH V REVOLUČNÍM OBDOBÍ

Jak uvádí Říhová,<sup>75</sup> revoluční léta 1848-1849 jsou důležitým mezníkem nejen v našich, ale i v evropských dějinách. Když byly potlačeny, následovalo období tzv. Bachova absolutismu, který ideově navazoval na osvícenský absolutismus 18. století.

Nastalo období politického uvolnění, díky němuž se rozvíjelo národní hnutí. Vývoj v oblasti medicíny a zdravotnictví se zrychloval a zdravotní stav obyvatelstva zlepšoval díky hygienickým a preventivním opatřením. Z klinických oborů dosáhla největšího pokroku chirurgie a její používání éteru jako narkotizačního prostředku zcela ovlivnilo její rozvoj. Velký význam pro celé vrstvy obyvatelstva měl objev vakcinace, tedy očkování proti černým neštovicím. Osvícenské ideje nacházely velký ohlas v dílech autorů, kteří se snažili vytvořit ucelenou teorii o organizaci zdravotnictví. Významné bylo vydávání časopisu *Medicínská reforma*, který vycházel několik měsíců na přelomu revolučních let 1848-1849. Obsahoval požadavky týkající se pracovní doby, práva na zdraví, ochrany při práci a také požadavek na vytváření sítě ambulantních a lůžkových zařízení. V roce 1870 byl vydán základní celoříšský zdravotní zákon, který stanovil povinnosti a práva státu a samosprávných orgánů ve zdravotní službě. V 80. letech 19. století byly vydávány i jiné zákony zaměřené na specifické problémy narůstajícího množství dělnických pracovníků. V letech 1887 a 1888 vznikly zákony o povinném nemocenském pojištění dělníků a zaměstnanců továren a podniků. První světová válka, která byla vyhlášena 28. 7. 1914, odsunula národnostní otázky Rakousko-Uherska do pozadí, což vedlo české politiky k požadavku samostatnosti před federálním uspořádáním monarchie.

Mezi významnými objevy v oblasti medicíny připomíná Cuřínová<sup>76</sup> objevy krevních skupin. V roce 1901 se tento objev podařil vídeňskému vědci Karlovi Landsteinovi, který objevil existenci třech krevních skupin. V roce 1907 se podařilo českému psychiatrovi Janu Janskému doplnit rozdělení krevních skupin ještě další skupinou AB, která obsahuje znaky A i B. V roce 1940 byl objeven Rh-faktor, který rozlišuje krev podle Rhesus faktoru. Války přispěly také k rozvoji plastické chirurgie. František Burian, který prováděl první plastické operace v době mise českých lékařů

---

<sup>75</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, 2005.

<sup>76</sup> CUŘÍNOVÁ, L. *Stručné dějiny oborů Medicína a sociální činnost*. 1. vydání Praha: Scientia, 2002.

na Balkáně, je považován za zakladatele české školy plastické chirurgie a jeho zásluhou vznikl v ČSR jako prvním státě na světě v roce 1932 samostatný obor plastická chirurgie.

### 5.1 Péče o seniory v období 1. ČSR

Zdravotní a sociální péče má podle Mášové<sup>77</sup> stejný význam. V obou případech se jedná o pomoc oslabeným, bezmocným a ohroženým lidem. Sociální péče se vyvinula z chudinské péče a vzhledem k tomu, že chudoba a nemoc jsou odvěkými spojenci, dochází k jejímu prolínání s péčí zdravotní. K odstranění bídy sloužila chudinská péče a její opatření, které mělo stejně ochranný význam jako medicína. Jejich cíle byly zaměřené na ochranu společnosti před šířením bídy nebo v medicíně nemoci. Jak uvádí Tošnerová,<sup>78</sup> k rozvoji péče o nemocné a umírající došlo ve 20. století, v období První republiky. V roce 1874 vznikla první ošetřovatelská škola díky iniciativě Karolíny Světlé a Elišky Krásnohorské. Po roce 1918 vznikaly charitativní organizace a za významné pomoci Alice Masarykové byl založen v roce 1919 Československý červený kříž. Tato organizace vznikla ve spolupráci s Prahou a Ústřední sociální pojišťovnou a dala vznik myšlence odborné ošetřovatelské pomoci v domácnosti.

Podle Cuřínové<sup>79</sup> přinesl rozpad Rakousko-Uherska a následný vznik Československa mnoho změn v péči o zdraví. Kromě soukromých zdravotnických zařízení se o zdravotní stav obyvatelstva staraly dobrovolné spolky zdravotní a sociální péče, podpůrné spolky a nadace, které vznikaly za účelem prevence a boje proti sociálním chorobám. Mezi tyto choroby patřila tuberkulóza, alkoholismus, pohlavní choroby apod. Říhová<sup>80</sup> potvrzuje, že Československá republika se musela už od svého počátku vyrovnávat s tíživou politickou situací Evropy. Nástup fašismu ve 30. letech v sousedním Německu a světová hospodářská krize na přelomu 20. a 30. let znamenaly pro Československou republiku nutnost zavést nouzový režim státu vojensky ohroženého a posléze okupovaného agresorem. Samostatná ČSR převzala v roce 1918 systém péče o zdraví občanů na docela dobré úrovni. Po předchozím režimu převzala starý zdravotní systém založený na říšském zákoně č. 60 z roku 1870. Nový zákon č.

---

<sup>77</sup> MÁŠOVÁ, H. *Nemocniční otázka v meziválečném Československu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005.

<sup>78</sup> TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus - Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha, 2002.

<sup>79</sup> CUŘÍNOVÁ, L. *Stručné dějiny oborů Medicína a sociální činnost*. 1. vydání Praha: Scientia, 2002.

<sup>80</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2005.



232 z roku 1922 nic neřešil, a tak došlo jen k malým úpravám, které se týkaly obvodních úředních lékařů, kteří byli převedeni z oblasti samosprávy do oblasti státní služby. Stali se špatně placenými státními hygieniky a jejich hlavním příjmem byly soukromé ordinace. Sociální pojištění prosazované dělnickými stranami nabývalo na významu. Sociální pojištění zabezpečovalo svým pojištěncům léčbu v soukromých ordinacích, s nimiž uzavíralo pracovní smlouvy. Poválečné revoluční nadšení zasáhlo i některá lékařská pracoviště, na nichž byly vypracovány pokrokové návrhy na zlepšení služeb ve zdravotnictví. Tyto návrhy se ale v buržoazní republice prosadit nepodařilo. Z předcházejícího období Rakouska-Uherska zůstala republice tříšť malých nemocnic v zemských, církevních a hlavně v městských správách. Potřeba nemocnic neobyčejně vzrostla, ale zákon č. 242 z dubna roku 1920 zásadní otázky vůbec neřešil. Republice se sice podařilo vytvořit hned 11. listopadu 1918 samostatné ministerstvo zdravotnictví a tělesné výchovy, ale nový základní zákon o zdravotnictví se bohužel vytvořit nedařilo. Ministerstvo střídalo ministry bez ohledu na jejich kvalifikaci. Stát podporoval dobrovolné spolky, které se zabývaly prevencí a lékařskou osvětou. Tyto organizace však stát neřídil.

Jak uvádí Haškovcová,<sup>81</sup> už v roce 1919 vznikla správa pro otázky sociální péče spadající pod tehdejší ministerstvo sociálních věcí. Přestože mnoho starých lidí využívalo péči vlastní rodiny nebo zůstávalo na ulicích, dochází k rozvoji ústavní péče. Vznikaly nové domovy, např. Masarykovy domovy v Praze - Krči nebo Zapařovací ústav v Krči, který byl založen v roce 1928 a čítal 21 budov, z nichž bylo 5 starobinců a 5 chudobinců. Ostatní budovy sloužily jako ozdravovny, zotavovny a dětský chorobinec. Mnoho lidí však nemělo takové štěstí k využívání církevních nebo civilních domů. Mnoho z nich žilo na ulici a o nemajetné a nesoběstačné osoby se staraly obce a města.

Jak popisuje Haškovcová,<sup>82</sup> problematice stáří se systematicky věnoval profesor Rudolf Eiselt (1881-1950) pověřen budováním ústavu pro nemoci stáří. Tento ústav byl se po přestěhování nacházel v budovách Zapařovacího ústavu v Praze – Krči. Tak vznikla první Klinika nemocí stáří na světě. Rudolf Eiselt je považován za otce klinické geriatry. I když se starala klinika pouze o léčení vybraných nemocných ze Starobince hlavního města Prahy-Masarykových domů, její přínos měl mimořádný význam.

---

<sup>81</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990.

<sup>82</sup> Tamtéž.

Klinika měla 540 lůžek a poskytovala velmi dobrou odbornou péči. Po přerušení činnosti kliniky Hitlerovými vojáky už nebyla nikdy znovu obnovena. Tradici domácího modelu umírání do jisté míry nahradil rozvoj ústavní péče, který zajišťoval odbornější zdravotní péči, což byla jeho výhoda. Výhodou tradičního modelu rodinné péče bylo rodinné prostředí domova, kterou žádný ústav či nemocnice nahradit nemůže.

Podle Říhové<sup>83</sup> se 30. léta projevila snahou vytvořit v celé ČSR okresy a s tím i plánovitě vybudovat síť nemocnic. Počátek 30. let přináší novou originální československou koncepci reformy nemocničního ústavnictví, která byla pojmenována jako *Albertův-Traplův plán*, založený na vzájemném propojení sociální hygieny s ústavnictvím. Tento plán přispěl k zavedení ambulantní služby, čímž oslovil širokou odbornou veřejnost. Významnou osobností československého nemocničního ústavnictví byl chirurg Bohuslav Albert (1890-1952), který s úspěchem realizoval své představy na Podkarpatské Rusi a poté v Baťově nemocnici ve Zlíně. V roce 1937 byla na Ministerstvu veřejného zdravotnictví předložena nová koncepce o právních poměrech všech ústavů, která měla znamenat novinku, a to oddělení sociálně-zdravotní péče. „Nemocnice se měly stát základním článkem sociálně-zdravotní péče.“<sup>84</sup> Nový pokus o realizaci uspořádané sítě nemocnic však zastavila okupace v roce 1939. Ačkoli byl nemocniční vědecký obor na vysoké úrovni a jeho přínos byl oceňován i v zahraničí, nebylo možné ho v této době realizovat. V poválečném období však inspiroval přestavbu československého zdravotnictví. Nemocenské pojištění bylo úspěšněji realizováno a v roce 1919 byla pojišťovací povinnost pro případ nemoci, invalidity a stáří doplněna rodinnými příslušníky pojištěnců a také o všechny pracovníky lesů a zemědělství.

Podle Matouška<sup>85</sup> došlo v roce 1918 k převzetí velkého množství rakousko-uherských předpisů do právního řádu Československé republiky. Došlo k tomu tzv. recepčním zákonem č. 11/1918 Sb., o zřízení samostatného státu československého. Chudinská péče byla poskytována až jako krajní řešení, kdy neměl chudý jiný zdroj, který by ho podpořil. V první řadě měla zabezpečit chudého rodina, dále pak měl být zajištěn z jiných systémů veřejného zabezpečení a v neposlední řadě mohl využít podpory ze strany fondů, spolků a jiných soukromoprávních subjektů. Pokud chudý

---

<sup>83</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.

<sup>84</sup> Tamtéž, str. 109.

<sup>85</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

nemohl být zajištěn z těchto zdrojů, vznikala povinnost správních orgánů (postupně obce, okresu a země) poskytnout mu chudinskou péči. Chudinský zákon rozlišoval podporování pravidelné, přechodné a ve formě naturálií. O konkrétním nároku rozhodovala obec. Chudinský zákon umožňoval také místo finanční podpory možnost poskytnutí sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že Československá republika byla státním útvarem tvořeným tzv. historickými zeměmi (Čechy, Morava a Slezsko), Slovenskem a Podkarpatskou Rusí, muselo být chudinství v každé zemi spravováno různými orgány. V historických zemích řídily chudinské záležitosti orgány obce, v Čechách rozhodovalo obecní zastupitelstvo a na Moravě a ve Slezsku to byla obecní rada. V některých německých obcích jako byly Trutnov, Karlovy Vary a Liberec, měla chudinství na starosti městská chudinská komise. Ve větších obcích byl zřízen institut tzv. otců chudých, jehož pracovníci působili jako dnešní sociální pracovníci.

## 5.2 Vývoj zdravotní péče v druhé polovině 20. století

Podle Haškovcové<sup>86</sup> zanechala druhá světová válka problémy nejen sociální, ale i zdravotní. Začátek války v roce 1939 a její průběh ovlivnil celou organizaci zdravotnictví, která se musela podřídit vůdcovskému principu řízení a jeho ideologickému tlaku. Lékařské organizace i dobrovolné spolky a společnosti byly etniky odděleny. Nejhůře byli postiženi židovští lékaři. Také čeští lékaři byli v pozici příslušníků méněcenného národa. Velká část lékařů a mediků odešla do exilu a jejich cílem byla zejména Velká Británie a USA, v případě Židů také Palestina. Karlova univerzita se stala v době okupace spolu s ostatními vysokými školami jedním z cílů plánované likvidace elit českého národa. Jak uvádí Niklíček a Štein<sup>87</sup>, brzy po okupaci zbytku Československa v březnu 1939 vznikla ilegální skupina českých komunistických lékařů, která se účastnila všech forem boje proti nacismu a postupně se snažila plánovitě vytvářet novou organizaci československého zdravotnictví v poválečném období. Na počátku roku 1945 byl dokončen a v květnu 1945 také předložen *Návrh na novou úpravu veřejného zdravotnictví a školení zdravotnických pracovníků*. Tento plán byl označován jako *Nedvědiv plán*, jeho hlavní myšlenkou byla zásada, že každý člověk má právo na co nejúčinnější léčebnou a preventivní péči. Největší část plánu se týkala organizace československého zdravotnictví a úpravy vzdělávání lékařů. Zdravotnictví se

---

<sup>86</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990.

<sup>87</sup> NIKLÍČEK, L.; ŠTEIN, K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum, 1985.

vrátilo podle Říhové<sup>88</sup> do předválečných kolejí. Bylo nutné vytvořit opatření proti šíření infekčních nemocí. V říjnu 1946 byl prosazen zákon o povinném očkování proti záškrtu. Podobného charakteru byly i zákony o boji proti tuberkulóze, zákony o boji proti alkoholismu a nemocem přenosných na lidi.

V letech 1945-1947 se uskutečnily tři konference komunistických lékařů a lékárníků, které požadovaly zestátnění léčebných a zdravotnických zařízení, lázní, distribuce a výroby léků a další změny v oblasti výchovy a praktického vzdělávání lékařů a zdravotnických profesí. Zdravotní péče měla být jednotně řízená státem, měla zabezpečovat každému občanu právo na ochranu zdraví. Preventivní i léčebná péče, lékařský výzkum a výchova zdravotnického personálu musí být prováděna podle jednotného zdravotnického plánu, a to vytvořením odborného plánovacího a organizačního centra. V budovatelském duchu za vlády Klementa Gottwalda byly ustanoveny také hlavní cíle a zásady zdravotnické politiky lidově demokratického Československa. V letech 1946-1948 vznikala Světová zdravotnická organizace (dále jako SZO).<sup>89</sup>

V r. 1947 potvrdilo Československo Ústavu SZO, která dne 7. 4. 1948 vstoupila v platnost. Podle Ústavy SZO je zdraví stavem plné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoliv jen nepřítomnost nemocí a fyzických defektů. „Cílem světové zdravotnické organizace je, aby všechny národy dosáhly co možná nejvyšší úrovně zdraví.“<sup>90</sup> Sídlo organizace se nachází v Ženevě. V čele SZO stojí generální ředitel a řídicím orgánem je výkonná rada SZO. Vrcholným orgánem je Světové zdravotnické shromáždění členských států, které se schází každý rok.

Jak uvádí Říhová,<sup>91</sup> *Albertův plán* byl i nadále vlastně dopracováván a postupně se stával realizovaným systémem. S rostoucí mocí komunistické strany se sice Albert dočkal zákonů, které připravoval již v období první republiky, dalšího vývoje zdravotnictví v novém Československu se už nedočkal. Komunistický převrat roku 1948 dokončil socializaci zdravotnictví. Počátkem 50. let byl dotvořen systém tzv. sjednocené nemocnice, podle jehož principu měli nemocniční lékaři pečovat o spádové

---

<sup>88</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.

<sup>89</sup> Jak uvádí Niklíček a Štein, WHO byla založena v červnu 1946, jako jedna z odborných organizací systému Organizace spojených národů. NIKLÍČEK, L.; ŠTEIN, K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum,1985.

<sup>90</sup> NIKLÍČEK, L.; ŠTEIN, K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum,1985

<sup>91</sup> ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005.

území své nemocnice a jeho obvody. V roce 1951 byl vydán zákon o jednotné preventivní a léčebné zdravotní péči. Spolu s nemocnicemi měla zdravotnická střediska ústavů národního zdraví funkci léčebnou a preventivní. Ordinance nahradily ambulance a obvodní lékaři. Sovětský svaz se stal neměnným vzorem našeho zdravotnictví. Zákon z roku 1952 o hygienické a protiepidemické péči vznikl podle ruského profesora N. N. Litvinova. Zákon č. 20/1966 o péči a zdraví lidu byl nakonec základní koncepcí veřejného zdravotnictví, o kterou se usilovalo už od roku 1918. Cíle zdravotnictví se daly shrnout do hesla: *všeobecná dostupnost, vědeckost a bezplatná lékařská péče*. Tento zpočátku úspěšný systém byl brzy deformován iluzemi a ideologickými omezeními. Přesto se našim vědcům podařilo udržet krok se světovou vědou a omyly přinášené ze Sovětského svazu nám nezkazily reputaci.

### 5.3 Péče o seniory v druhé polovině 20. století

Také Haškovcová<sup>92</sup> potvrzuje, že nová etapa péče o staré a nemocné osoby přišla skutečně až v době poválečné, v nové Československé republice. Zrušením domovského práva 1. října 1950 se ustanovila kompetence poskytování doplňkové sociální služby národním výborů. Socialistická společnost na sebe přebrala povinnost postarat se o staré občany jak po stránce materiální, tak po stránce zdravotní a sociální. Došlo k rozvoji ústavní péče s převažujícím rysem materiálního a sociálního zabezpečení. „V roce 1954 převzal Státní úřad důchodového zabezpečení od ministerstva zdravotnictví řízení ústavní sociální péče prostřednictvím národních výborů.“<sup>93</sup> Dříve nazývané *domovy odpočinku* byly přejmenovány na *domovy důchodců*.

V 50. letech vzniká program zaměřený na budování domovů důchodců. Mnohým starým lidem přišlo vhod, že mají kde bydlet, zejména ti, kteří se ocitli v ekonomicky špatné situaci. Vzhledem k tomu, že stát provoz domovů dotoval, měli se lidé v domovech dobře. Rozdíl oproti dnešním domovům byl především v tom, že do domovů odcházeli lidé zdraví a soběstační. Tato podmínka byla uvedena i v předpisech pro přijetí do domova. Podstatné je, že v roce 1959 bylo na území našeho státu jednotně řízeno 296 domovů důchodců s celkovým počtem 27 302 míst. V roce 1960 byly pod jednotnou správu převedeny také ústavy spravované Českou katolickou

---

<sup>92</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990.

<sup>93</sup> Tamtéž, str. 180.

charitou, církví a náboženskou společností, a to s výjimkou těch, které sloužily pouze příslušníkům těchto řádů. Vedle péče o materiální a sociální zázemí starých lidí docházelo k rozvoji specializované zdravotní péče.

Jak popisuje Haškovcová<sup>94</sup> V roce 1958 vzniká gerontologická komise České internistické společnosti a v roce 1960 se komise stává samostatnou sekci České lékařské společnosti J. E. Purkyně. V roce 1962 změnila svůj název na Českou gerontologickou společnost. Na Slovensku probíhal vývoj podobně jen s malým dvouletým zpožděním. V obou našich zemích se nezapomínalo na potřebné doškolování lékařů.

V roce 1974 vznikl v Praze Kabinet gerontologie a geriatrie v Institutu pro další vzdělávání lékařů a lékárníků. Jeho zakladatelem je Vladimír Pacovský. Velkým úspěchem bylo, že se v roce 1983 stala geriatrie samostatným lékařským oborem. Ještě před osamostatněním geriatrie vznikly v roce 1974 léčebny pro dlouhodobě nemocné. Tyto léčebny byly až do roku 1988 zdravotnickým zařízením na rozdíl od domovů důchodců, domovů-penzionů a domů s pečovatelskou službou, které náležely pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Péče o staré lidi se tak rozlišovala podle toho, zda potřebují pomoc sociální nebo zdravotní. V 80. letech vznikají specializovaná geriatrická a gerontologická oddělení a ambulance.

Velkým přínosem v péči o nemocné a umírající má zakládání hospiců. Podle Haškovcové<sup>95</sup> je v hospici poskytována péče podle zásad paliativní medicíny.<sup>96</sup> Hospic umožňuje umírajícím důstojně prožít poslední chvíle svého života. Hospicové hnutí vzniklo v Anglii. Za průkopnici hospicového hnutí je považována sestra Cicely Saundersová, která v roce 1967 otevřela první Hospic sv. Kryštofa v Londýně. Její činností se inspirovala MUDr. Marie Svatošová, která je považována za průkopnici hospicového hnutí v Čechách.

---

<sup>94</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990

<sup>95</sup> Tamtéž.

<sup>96</sup> „Paliativní péče se tradičně soustředila především na péči o terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty a na podporu jejich příbuzných a blízkých. Světová zdravotnická organizace ve své definici paliativní péče v roce 1990 uvádí, že se jedná o „komplexní péči o nemocné, jejichž onemocnění neodpovídá na péči kurativní (léčbu, jejímž cílem je úplné vyléčení).“ Typickým zařízením takto chápané paliativní péče je hospic (jako lůžkové zařízení nebo program komplexní péče poskytované v domácím nebo jiném náhradním sociálním prostředí).“ KALVACH, Zdeněk, et al. *Umírání a paliativní péče v ČR : (situace, reflexe, vyhlídky)* [online]. Praha : Cesta domů, 2004 [cit. 2010-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>>. ISBN 80-239-2832-5.

Od roku 1989 prošlo české zdravotnictví sice velkými změnami, ale reformy se prozatím nedočkal. Zdravotní péči, kterou hradil stát, dnes převzal systém pojišťoven. Nové regulační poplatky, které se staly průlomem do dosud bezplatného zdravotnictví, a velké doplacení za léky přineslo mnohým starým lidem oči pro pláč.

Zdravotnictví funguje podle zákonů přijatých už v 90. letech a opakovanými novelami se naši zákonodárci snaží poskytovanou péči v naší zemi přiblížit péči v zemích evropské unie. Zdravotnictví se v posledních dvaceti letech v nabídce zdravotnických služeb pro staré a nemocné seniory změnilo k lepšímu. Ve zdravotnických zařízeních nechybí ani nejmodernější vybavení a přístroje určené k operacím, které byly před rokem 1989 pro naše obyvatele nedostupnými.

#### **5.4 Reformy po vzniku samostatného Československa**

Matoušek a kol.<sup>97</sup> uvádí, že po druhé světové válce bylo zákonodárství První republiky ze sociální oblasti v zásadě převzato. Hlavní zásady poválečného sociálního zákonodárství obsahoval *Košický vládní program*. Významným mezníkem ve vývoji sociálního zákonodárství v Československu bylo přijetí zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Tento zákon byl na svou dobu pokrokový a umožnil vytvoření nové jednotné soustavy národního pojištění, zvýšil i všechny dávky, do značné míry zrovnoprávnil nároky dělníků a jiných zaměstnanců a poprvé rozšířil důchodové zabezpečení i na samostatně hospodařící občany.

Po roce 1948 došlo ke změnám ve vývoji československého sociálního zákonodárství. Byly přejímány nové předpisy vycházející ze sovětských zkušeností. V roce 1950 došlo ke znárodnění zdravotnictví a v roce 1951 byla správa nemocenského pojištění převedena na Revoluční odborové hnutí. První reforma sociálního zabezpečení proběhla v roce 1956. Tato reforma přinesla přijetí zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců a zákona č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení. Díky těmto předpisům se zvýšil počet důchodově zabezpečených osob, ale i výše a počet poskytovaných dávek, což vedlo k výraznému růstu nákladů na všechna odvětví sociálního zabezpečení.

Druhá reforma sociálního zabezpečení se uskutečnila v roce 1964. Touto reformou byly přijaty zákony č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení a zákon

---

<sup>97</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

č. 103/1964 Sb., o sociálním zabezpečení družstevních rolníků. Nepříliš příznivý ekonomický vývoj měl však dopad na zhoršení celkové úrovně důchodového zabezpečení. V 70. letech došlo k méně rozsáhlé reformě sociálního zabezpečení, kdy byl přijat zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení. Byla přijata opatření, která měla zvýšit počet narozených dětí a ovlivnit tak vývoj populace.

Neúspěšný hospodářský vývoj 80. let neumožňoval další pokračování „měkké“ sociální politiky a až po nástupu M. Gorbačova k moci v tehdejším SSSR v roce 1985 se vláda v Československu opět snažila ukázat obyvatelstvu velkorysejší sociální politiku. Byl přijat zákon č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení, který zčásti doposud platí. Listopad 1989 a celé období revolučních změn přinesl rozpad komunismu a začátek demokratického vývoje ve společnosti. Bylo nutné přistoupit k zásadní reformě systému sociálního zabezpečení. Systém byl sice v některých oblastech na dobré úrovni, například pokud šlo o zabezpečení rodin s dětmi, ale v hlavně v oblasti důchodů zaostával a potřeboval razantní změny. Z důvodů jeho těžkopádnosti, nespravedlnosti a finanční náročnosti se spolu s ekonomickou reformou uskutečnila i reforma sociální. Klíčovou změnou byl přechod od sociálního zabezpečení k sociálnímu pojištění. V průběhu sociální reformy lze rozlišit tři etapy:

- První etapa trvala od roku 1989 do roku 1992. V tomto období byl vypracován koncept záchranné sociální sítě, který zajišťovaly právní instituty, zejména minimální mzdou a životním minimem.
- Druhá etapa započala po vzniku samostatné ČR v roce 1993. Bylo zavedeno pojistné jako zvláštní platba mimo daňový systém a obzvláště významný byl rok 1995, kdy byly přijaty dva důležité zákony: zákon č. 155/1995 sb., o důchodovém pojištění, a zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.
- O počátku třetí etapy vývoje reformy lze hovořit od poloviny roku 1998 v souvislosti s nástupem sociálnědemokratické vlády v České republice.



## 6 ZMĚNY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PO ROCE 1989

Jak popisuje Matoušek a kol.<sup>98</sup>, do roku 2006 mohli senioři využívat tyto služby sociální péče: domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy-penziony pro důchodce. Všechny tyto druhy služeb upravuje nová legislativa v rámci kategorie „domov pro seniory“.

Michalík<sup>99</sup> uvádí, že právní úprava sociálních služeb (tehdy nazývaná sociální péče) vycházela do konce roku 2006 v podstatě ze zákonů přijatých na sklonku 80. let minulého století. Na sociální politiku a oblast sociálních služeb bylo nahlíženo podstatně odlišným způsobem, a to především v oblasti svobodného rozhodování jedinců a demokratických principů fungování veřejné správy. Podle tehdejších právních norem nepokrýval systém sociálních služeb, do kterého patřily služby: **výchovná a poradenská péče, ústavní sociální péče, péče v ostatních zařízeních sociální péče, pečovatelská služba a stravování**, širší spektrum služeb odpovídající potřebám společnosti. Člověk, který nebyl schopen zabezpečit své základní potřeby z důvodu věku či zdravotního stavu, tak mohl využívat jen velmi chudé spektrum služeb, jako byla ústavní péče a pečovatelská služba.

Podle Matouška a kol.<sup>100</sup> ze všech stanovených cílů, které se měly uskutečnit podle scénáře sociální reformy z roku 1990, byl naplněn pouze jeden cíl, a to v roce 1991. V tomto roce byl přijat zákon o životním minimu a zákon o sociální potřebnosti. Méně úspěšnými se však staly snahy o reformu systému jako celku. Ačkoli se na legislativních změnách začalo pracovat již v roce 1994, byly nové právní předpisy a nastavení nového systému sociální pomoci přijaty až v roce 2006. Po roce 1989 došlo k velkému nárůstu počtu nestátních neziskových organizací, které se zabývají těmito službami. Pro nedostačující právní úpravy musela být většina těchto organizací založena jako občanská sdružení podle zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů.

Jak uvádí Matoušek a kol.<sup>101</sup> tyto organizace nemusely do roku 2007 zaměstnávat pracovníky s potřebnou kvalifikací a nemusely se nikomu zodpovídat, měnit své řídicí orgány a provádět audit svého hospodaření s penězi. Po roce 1989

---

<sup>98</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

<sup>99</sup> MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vydání. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008.

<sup>100</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

<sup>101</sup> Tamtéž.

vznikala specializovaná zařízení prostřednictvím církve (Charita, Diakonie aj.). Církevní organizace na rozdíl od občanských sdružení, preferujících spíše služby neústavního charakteru, nabízely azyl bezdomovcům, ubytování pro matky s dětmi, hospice a provozovaly také domovy důchodců. I když se situace začala pomalu měnit k lepšímu, stále přetrvávaly v některých ústavech byrokratické způsoby řízení. Novinkou v oblasti sociálních služeb bylo formulování *Standardů kvality sociálních služeb*, které byly až do přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jen doporučovanou pomůckou. Dobrovolné inspekce zabývající kvalitou péče zjistily, že největší obtíže mají právě státní zařízení. Tyto inspekce probíhající v roce 2001-2002 a potom ještě v roce 2006 ukázaly, že existují velké rozdíly mezi jednotlivými ústavními zařízeními. Financování nestátních poskytovatelů sociálních služeb po roce 1989 bylo závislé do velké míry na centrálně rozdělovaných dotacích ze státního rozpočtu.

## 6.1 Zdravotní politika

Gladkij a kol.<sup>102</sup> upozorňuje na význam politických aktivit v životě společenských skupin. Činnosti zdravotní politiky působí na instituce, služby, úhradu zdravotní péče a podpůrné zařízení. Zdravotní politika je zaměřena na osobní, přírodní, sociální a ekonomické působení na zdraví člověka a členěné poskytování zdravotní péče. Na základě otázek týkajících se medicíny, ekonomických a etických problémů zpracovává zdravotní politika koncepci rozvoje zdravotní péče. Před tvorbou koncepce zdravotní politiky je nutné analyzovat současný stav zdraví, zdravotnického systému a společenských podmínek.

Jak uvádí Gladkij a kol.<sup>103</sup> zdravotní politika jako vědní obor a cílevědomá praktická činnost se začala rodit po druhé světové válce, v souvislosti s řešením nepříznivé situace ve většině evropských zemí. Její rozvoj souvisel s rozvojem medicíny a s růstem výdajů na zdravotnictví. První náznaky zdravotní politiky nacházíme už v 18. století. V roce 1877 vznikl zákon „O veřejné zdravotní službě“ v bývalém Rakousko-Uhersku a na jeho základě vznikla i v českých zemích bývalého Rakousko-Uherska síť nemocnic v čele s úředními lékaři, která měla za úkol kontrolovat a zabezpečovat hygienická a protiepidemická opatření. Po vzoru Německa

---

<sup>102</sup> GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003.

<sup>103</sup> Tamtéž.

byl také v Rakousko-Uhersku zaveden v roce 1888 systém nemocenského zdravotního pojištění. Až do druhé světové války neexistovala v žádné evropské zemi ucelenější koncepce zdravotní politiky. Výjimkou byl Sovětský svaz, kde byl zaveden státní systém zdravotnictví podle tehdejšího ministra zdravotnictví Damaška. Tento systém však utrpěl díky politice a nedostatku ekonomických zdrojů tohoto totalitního státu. Po druhé světové válce bylo nutné zlepšit zdravotní stav obyvatelstva, a proto v následujících letech došlo k širokému rozmachu nových medicínských technologií a k prohloubení zdravotní péče. Objevily se však nové zdravotní problémy související s prudkým nárůstem srdečních nemocí, zhoubných nádorů, cukrovky, psychických poruch a s přibývajícím počtem drogově závislých ohrožených nemocí AIDS. Zdravotní péče a zdravotnictví se tak postupně dostávaly do popředí politického zájmu.

Jak uvádí Gladkij a kol.<sup>104</sup> se zajištěním adekvátní péče se musí vyrovnávat nejen jednotlivé státy, ale mnoho z nich je nutné řešit v mezinárodním měřítku. Koordinátorem hlavních činností v této oblasti se stala především Světová zdravotnická organizace (WHO) jako jedna ze specializovaných organizací spojených národů. Hlavní cíle zdravotní politiky mají směřovat ke zlepšení zdravotní situace, stanovení priorit mezi těmito cíli a určení hlavních směrů k dosažení těchto cílů.

Jak uvádí Gladkij a kol.<sup>105</sup> národní zdravotní politika ovlivňuje národní zdravotní strategii, která zahrnuje počet činností vyžadovaných ve všech oblastech života a hospodářství. K účinnosti národní politiky je třeba zajistit účast všech těchto činností. Zdravotní program musí obsahovat sérii vzájemně propojených činností zaměřených na přesně stanovený cíl, spočívající ve zlepšeném zdravotním stavu obyvatelstva. Zdravotní politika byla v celé Evropě ve dvou posledních desetiletích ve vzrůstající míře ovlivněna především rostoucími náklady na zdravotní péči. Příčinou tohoto nárůstu je stárnutí populace, vzrůstající počet chronických nemocí a invalidity, zvýšená dostupnost nových technologií a nové možnosti léčby spojené s narůstajícím očekáváním veřejnosti.

## **6.2 Zdravotní a sociální péče o seniory**

Podle *Evropské charty pacientů seniorů* by měla zdravotní a sociální péče o staré občany plnit následující úkoly:

---

<sup>104</sup> GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003.

<sup>105</sup> Tamtéž.

- usilovat o pohodu pacienta, předcházet nemocem, podporovat soběstačnost a posilovat dobré zdraví,
- v případě nemoci zajistit pacientovi léčbu,
- začleňovat starší spoluobčany do aktivního plnohodnotného života,
- zajistit co možná nejdelší péči o seniora v rodinném prostředí,
- předcházet diskriminaci seniorů z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení a národnosti.<sup>106</sup>

### 6.3 Základní mezinárodní a národní dokumenty

Zásadní dokumenty týkající se stárnutí populace a lidských práv seniorů uvádíme v následujícím výčtu:

- Vídeňský mezinárodní akční plán stárnutí,
- Zásady OSN pro seniory,
- Mezinárodní rok seniorů,
- Montrealská deklarace,
- Rezoluce Zajištění udržitelnosti a kvality důchodů v Evropě,
- Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí,
- Regionální implementační strategie k Madridskému mezinárodnímu akčnímu plánu pro problematiku stárnutí,
- Národní program přípravy na stárnutí.<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> Cesta domů [online]. 2010 [cit. 2010-03-11]. Evropská charta pacientů seniorů. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/evropska-charta-pacientu-senioru.html#top>>.

<sup>107</sup> Český helsinský výbor [online]. 2008 [cit. 2010-03-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.helcom.cz/>>.

## 7 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Cílem sociálních služeb je posílit nebo nahradit soběstačnost osob, která byla ovlivněna zhoršením zdravotního stavu. Mezi služby sociální péče řadíme zejména asistenční službu, pečovatelskou službu, osobní asistenci, chráněné bydlení, respitní péči neboli hlídání pacienta trvale vyžadujícího dohled a péči v době, kdy mu tuto péči obvykle zajišťuje rodina. Dále sem řadíme stravování v jídelnách, kluby důchodců, domovy sociálních služeb a ranou péči. Sociální služby jsou významné proto, že umožňují člověku, který by měl jinak vážné problémy, žít důstojně, aniž by byl ze společnosti vyloučen. Tím se zvyšuje nezávislost a samostatnost člověka při rozhodování o svém životě. Sociální služby přispívají rovněž k vytváření nových pracovních míst a rozvoji vztahů ve společnosti<sup>108</sup>

Podle Matouška<sup>109</sup> jsou sociální služby v užším pojetí součástí státního systému sociálního zabezpečení a legislativa je zařazuje do oblasti tzv. sociální pomoci. Sociální pomoc zahrnuje kromě sociálních služeb také finanční a věcné dávky, poskytované lidem, kteří se ocitli ve stavu hmotné nouze. Poskytovatelem sociálních služeb mohou být i nestátní subjekty, které je poskytují bezplatně. Sociální služby chrání člověka tím, že vykonávají nějakou činnost pro jeho prospěch. Sociální služby mohou poskytovat veřejnoprávní nebo nestátní soukromé instituce, které mají soukromoprávní povahu. Stát kontroluje a přidělováním licencí oběma typům organizací občanům zajišťuje, že budou instituce vykonávat to, k čemu se zavázaly. Krebs<sup>110</sup> hovoří v užším slova smyslu o sociálních službách a důchodovém zabezpečení jako o hlavních oblastech, na které se zaměřuje sociální zabezpečení. V širším pojetí zahrnuje sociální zabezpečení kromě sociálních služeb také zabezpečení ve stáří, při invaliditě, dočasné neschopnosti nebo úrazech, nemoci apod.

Jiný přístup charakterizuje sociální služby jako jednu z forem realizace a uskutečňování jednotlivých systémů sociálního zabezpečení. K dalším formám realizace zabezpečovacích systémů lze uvést i sociální příjmy založené na principu pojištění a sociální azyly, využívající se v případě, že přirozené zdroje sociální suverenity a zabezpečení selhávají. Mezi sociální azyly se řadí například ústavy

---

<sup>108</sup> HOLMEROVÁ, I. JURAŠKOVÁ, B. ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: GEMA, 2002.

<sup>109</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

<sup>110</sup> KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 3. vyd. Praha: ASPI, 2005.

pro těžce zdravotně postižené osoby, dětské domovy a domovy důchodců. Sociální zabezpečení je nedílnou součástí sociální politiky každého státu, tedy i České republiky. Podle Tröster<sup>111</sup> jsou sociální služby jedním z nejpoužívanějších nástrojů sociálního zabezpečení spolu se sociálním zaopatřením, podporou, sociálním pojištěním a sociální pomocí. Hlavním posláním sociálních služeb je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí.

## 7.1 Co přinesl nový zákon o sociálních službách

Jak uvádí Matoušek,<sup>112</sup> k prvnímu lednu vstoupil v platnost nový zákon, který pod č. 108/2006 Sb. upravil celou oblast týkající se poskytování sociálních služeb. Zákon nově stanovuje pojem sociální služba, o které říká, že je to činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé životní situaci. Je nutné na člověka působit aktivně a motivovat ho k tomu, aby svou nepříznivou situaci nezhoršoval a nevyloučil se ze společenského života. Cílem zákona je zaručit každému nárok na poskytnutí sociálního poradenství a na posouzení jeho nepříznivé životní situace. Člověk by měl vystupovat v aktivní roli. Základním cílem zákona je zajištění lidem v těžkých životních situacích podporu a pomoc prostřednictvím sociálních služeb a stanovit pravidla pro poskytování těchto služeb.

Podle Matouška<sup>113</sup> stanoví zákon rovněž jednotlivé druhy sociálních služeb a typy zařízení, v nichž budou tyto služby poskytovány. Mezi zařízeními poskytující sociální služby jsou uvedena centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, pro osoby s chronickou duševní nemocí nebo se závislostí na návykových látkách, chráněné bydlení, denní centra a další. Nový zákon člení služby podle místa jejich poskytování. Služby se poskytují jako pobytové (ubytování v zařízeních), ambulantní (docházková, doprovodná) nebo terénní (služby jsou poskytovány lidem přímo v místě jejich bydliště). Službou se rozumí soustava činností zajišťující pomoc při zvládnutí běžné péče o vlastní osobu a chod domácnosti, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství

---

<sup>111</sup> TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vyd. Praha :C. H. Beck, 2002.

<sup>112</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

<sup>113</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

a podobně. Jak uvádí Matoušek<sup>114</sup> zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb, rozděluje tři základní oblasti služeb: služby sociální péče, sociální prevence a poradenství.

*Sociální péče* pomáhá osobám se stabilizovaným zdravotním stavem zajistit jejich soběstačnost po stránce fyzické a psychické. Patří sem osobní asistence, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, domovy pro osoby se zvláštním režimem, chráněné bydlení a služby poskytované ve všech zdravotnických zařízeních ústavní péče. *Sociální prevence* napomáhá lidem v krizové situaci zabránit sociálnímu vyloučení. Například bezdomovcům, alkoholikům, narkomanům, ale i lidem vracejícím se z výkonu odnětí trestu. Sociální prevence napomáhá nejen osobám, které se v krizové situaci ocitly, ale chrání i společnost před vznikem a šířením nežádoucích sociálních jevů. Patří sem: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, azylové domy, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, kontaktní centra, sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi, pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace a terénní programy. Co se týče *sociálního poradenství*, dělí se podle výše jmenovaného zákona na základní sociální poradenství a odborné poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje potřebné informace tak, aby přispěly k řešení složité životní situace. Tento typ činnosti je základní při poskytování všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na jednotlivé sociální skupiny v občanských poradnách, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a zahrnuje také sociální práci s lidmi se specifickými potřebami. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. Odborné poradenství poskytují specializované poradny, které se zaměřují na cílové skupiny osob.

Od 1. ledna prošlo změnami také financování sociálních služeb. Byl zaveden jednorázový příspěvek na péči. Je důležitý pro osoby, které jsou závislé na pomoci druhých osob. Příspěvek slouží právě k zajištění těchto osob, které poskytují pomoc při běžných životních situacích. Jeho výše je podmíněna věkem žadatele a mírou jeho závislosti na pomoci jiné osoby. Tímto příspěvkem si příjemce platí pomoc a služby, které mu zajišťují každodenní péči o svou vlastní osobu. Pro získání příspěvku je nutné

---

<sup>114</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

podat žádost o příspěvek na péči, do kterého musí žadatel uvést všechny požadované informace. Žádost odevzdává na příslušném obecním úřadu. V případě, že žadatel není schopen sám příspěvek podat, podává ho jeho zástupce. Pokud zástupce nemá, řízení o příspěvku se zahajuje z moci úřední, a to obecním úřadem obce s rozšířenou působností na územní kraje. Poté následuje proces posouzení, který zahajuje sociální pracovník místně příslušného obecního úřadu. Tento pracovník provádí i sociální šetření v místě, kde osoba žije. Po provedení sociálního šetření se žádostí zabývá posudkový lékař úřadu práce, který hodnotí funkční dopady zdravotního stavu na schopnost žadatele zvládat péči o vlastní osobu. Lékař při tom využívá poznatky ze sociálního šetření a může si pro tyto účely vyžádat i specializované vyšetření nebo může vyšetření provést sám. O tom, zda žadatel příspěvek získá, rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. Obecní úřad rozhoduje ve správním řízení a rozhodnutí je poté doručeno žadateli. Žadatel je povinen do patnácti dnů písemně ohlásit, jakým způsobem mu bude péče zajištěna. V současné době je zřizováno více jak 85 % pobytových zařízení sociální péče (domovy důchodců, domovy-penziony pro důchodce) a ústavy sociální péče kraje nebo obce. Terénní a ambulantní služby poskytují především nestátní neziskové organizace.

Podle zákona č. 108/2006 Sb. byl zřízen *Registr poskytovatelů sociálních služeb* s účinností od 1.1.2007. Jeho smyslem je chránit práva a zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování nebo nemají dostatečně podnětné sociální prostředí a další příčiny, jako je např. krizová životní situace. Registr poskytovatelů bude sloužit i k lepší orientaci v systému sociálních služeb. O registraci si nemusí žádat rodinní příslušníci a osoby pečující o své blízké v domácím prostředí. Pokud žadatelé splňují všechny stanovené podmínky, je příslušný správní orgán povinen registraci neboli oprávnění k poskytování sociálních služeb udělit. Výjimku tvoří fyzické a právnické osoby sídlící v jiném členském státu EU a službu poskytují v České republice pouze dočasně. Fyzická osoba či organizace může žádat o registraci pro více druhů sociálních služeb, které provozuje. Bez ohledu na právní formu poskytovatelů budou mít všichni poskytovatelé služeb stejná práva a povinnosti. Zákon upravuje povinnosti a práva nejen pro jednotlivce, ale i obce, kraje, stát a všechny poskytovatele sociálních služeb<sup>115</sup>.

---

<sup>115</sup> Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.



Michalík<sup>116</sup> uvádí, že nové právní úpravy by měly vytvořit podmínky pro uspokojování potřeb lidí, kteří jsou omezeni v jejich prosazování. Zdravotní péče by měla být dostupná z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a také z hlediska ekonomického. Z hlediska efektivity by měla být přijatelná pro ty, kterým je určena. Péče má být zajišťována v takovém rozsahu, který odpovídá současnému poznání a společenským možnostem. Zdravotní péče nesmí omezovat práva a zájmy lidí. Příjemci musí mít možnost podílet se na důležitých rozhodováních, a proto by měly mít dostatečné informace. Systém má být nastaven tak, aby veřejné a osobní výdaje pokrývaly objektivní rozsah potřeb. Měřítkem kvality sociálních služeb je zásada ochrany lidských práv uživatele, zásada individualizace služeb, zásada odborné způsobilosti a zásada provozního zabezpečení.

## 7.2 Standardy kvality sociálních služeb

Jak uvádí Matoušek<sup>117</sup> standardy kvality sociálních služeb byly do přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jen doporučovanou pomůckou a záleželo pouze na vedoucích pracovnících, zda se jimi budou řídit. Standardy znamenaly velkou změnu, která byla spojená s přijetím citovaného zákona. V prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. byla dána zákonná povinnost všem poskytovatelům sociálních služeb standardy dodržovat. Vznikaly na základě spolupráce s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Standardy jsou v podstatě pravidla a principy pro poskytování sociálních služeb a zároveň jsou měřítkem pro hodnocení jejich plnění. Jsou rozloženy na kritéria nejen z důvodu srozumitelnosti, ale i pro lepší hodnocení, zda služby požadavek standardu splňují. Vnější hodnotitelé jsou především uživatelé sociálních služeb nebo jejich blízcí. Standardy jsou rozděleny na tři základní části. *Procedurální standardy* stanovují, jak má vypadat poskytování služeb a na co je potřeba si dát pozor při jednání s novým zájemcem o služby. Definují cíle a způsoby poskytování služeb. Zařízení má přizpůsobovat služby individuálním potřebám jednotlivce a poskytovat své služby v souladu s metodikou. Velká část se týká oblasti ochrany práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou pravidla proti střetu zájmů, stížnostní postupy apod. *Personální standardy* se věnují zajištění kvalitního personálu, tedy lidí,

---

<sup>116</sup> MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vydání. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008.

<sup>117</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

kteří přímo služby vykonávají. Z tohoto důvodu je nutné dbát na zaškolení personálu, další profesní vzdělávání, dobrý výběr pracovníků a také zajištění kvalitních podmínek pro práci. *Provozní standardy* definují vhodné podmínky pro poskytování sociálních služeb. Zaměřují se na prostory, místní a časovou dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj kvality poskytovaných služeb. Organizace má způsob, jakým kontroluje, zda jsou dané služby v souladu s veřejným závazkem a zda jsou naplňovány cíle uživatelů. Organizace zjišťuje, zda jsou uživatelé spokojeni se službami. Zařízení má vypracovaný rozpočet na kalendářní rok, zpracovává výroční zprávu, stanoví pravidla pro přijímání darů. Systém hospodaření musí odpovídat příslušným zákonným normám. Standardy by měly zefektivnit a zkvalitnit sociální služby a uživatelům sociálních služeb. Měly by napomoci k rozvíjení alternativních sociálních služeb, které umožní snížit počty čekatelů na ústavní péči. Služby se tak stanou dostupné všem, kdo je potřebují.<sup>118</sup>

---

<sup>118</sup> *Standardy kvality sociálních služeb*. 2. uprav. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2003.

## 8 Z HISTORIE UHERSKÉHO HRADIŠTĚ

V raném středověku se objevovaly jen funkce osobních lékařů panovníka a předních členů světské a církevní šlechty. V době velkého humanitního bádání v 16. století se studium lékařství velmi rozšířilo a se vzrůstajícím počtem lékařů vznikala i řada lékařských spisů. Podle dostupných zpráv se už v 17. století objevovaly v Uherském Hradišti první lékaři a lékárny. Protože bylo lékařství v této době zcela na začátku svého rozvoje, zabývali se lékaři vnitřním lékařstvím, zatímco vnější lékařství ponechávali v rukou ranhojičů a chirurgů nebo vyučených tovaryšů, felčarů. Vzhledem k tomu, že k vnějším onemocněním patřily také zduřené mízní uzliny morního nebo jiného původu, byli za morů předními léčiteli felčari a chirurgové. První zmínka o takovém povolání v Uherském Hradišti pochází z roku 1657, kdy je za felčara uváděn majitel domu č. 37 pan Mark Purmeisten. Dalším felčarem byl i Mikuláš Fiala, který vlastnil dům č. 6 v roce 1686 a jeho živnost felčarská se udržela v tomto domě dalších sto let.

V 16. a 17. století vznikaly další funkce zemských, krajských a městských fyziků-lékařů, graduovaných na tehdejších lékařských fakultách, kteří studovali zejména na lékařské fakultě v Bologni. Ve druhé polovině 17. století působilo na Moravě 8 krajských fyziků a prvním krajským fyzikem v Uherském Hradišti byl MUDr. Jan Jiří Agricola. Je možné, že tento lékař pocházel ze slavné rodiny Georga Agricoly, autora významných lékařských spisů z druhé poloviny 16. století, tehdy fyzika v Jáchymově v Čechách. Jeho nástupce J. Fr. Corvinus dosáhl v Uherském Hradišti významného postavení v městské radě a na počátku 18. století se stal primátorem Uherského Hradiště. O činnosti krajských fyziků informuje Corvinova zpráva, která pojednává o epidemii na Hradištsku z roku 1705. Jednalo se zřejmě o epidemii spály, která měla za následek úmrtí a ohluchnutí mnoha dětských pacientů. Corvinus se snažil nařídít lékárnám, aby si zajistily léčiva, a poučoval lazebníky, jak se mají při této nemoci chovat. Hlavním zájmem státu v oblasti veřejného zdravotnictví byly především protiepidemické povinnosti, které ve funkci krajského fyzika Corvinus vykonával. Až do počátku 18. století nedocházelo k většímu zlepšení péče o své chudé spoluobčany ani o jejich příbytky. Ke zlepšení poměrů ve špitále došlo po roce 1727, kdy se zvětšil počet špitálních míst z osmi na dvanáct. Bylo to především díky dotaci hradištského měšťana Jana Pogliese. V době, kdy se ve městech formovala zdravotní péče, byli obyvatelé

vesnic při léčbě nemocí odkázání především na vlastní zkušenosti a přírodní prostředky. Vedle magických praktik byly při léčbě nemocí využívány prostředky nejnáze dostupné, a to např. různé byliny, kořalka a masáže sádlem. Lidé poznávali léčivé účinky rostlin, z nichž většina je užívána i v dnešní medicíně k výrobě léků a čajů. Těžké sociální a hygienické podmínky a nedostatek lékařské péče však trvaly na Slovácku až do prvních desetiletí 20. století.<sup>119</sup>

Osvícenství přineslo nejen zvýšený zájem o veřejné zdravotnictví, ale i nové názory na organizaci státu. V tomto ovzduší vznikl v roce 1770 zdravotní řád a v roce 1797 byl založen Nemocniční fond, který položil základy pro budování veřejných nemocnic. Na Uherskohradištsku vznikla v roce 1797 první dvě nemocniční lůžka při městském špitálu a v témže roce zřídil majitel buchlovského panství Leopold Berchtold nemocnici, kde byli ošetřováni vojáci a po skončení bojů také civilní pacienti. Leopold Berchtold byl ovlivněn osvícenskými zásadami, v jejichž duchu se snažil vytvářet ekonomické reformy v hospodaření. Mimořádnou pozornost věnoval zlepšení sociální úrovně a zdravotních podmínek poddaných na svém panství. V roce 1807 založil na svém buchlovském zámku velkou nemocnici o 52 lůžkách. Provozní řád nemocnice byl na svou dobu pozoruhodný. Berchtold stanovil, že nemocnice má přijímat k léčbě nejenom úředníky, ale všechny poddané, kteří se nemohou léčit doma, stejně tak i cizí poddané nebo osoby vznešené, které onemocněly na cestách, či tovaryše na vandru i židy, pokud byli nemocní nebo zranění. Do nemocnice nebyli přijímáni psychicky nemocní, epileptici, ochrnutí. Nemocnice zaujímal celý areál hlavního zámku a měla celkem 33 místností, z nichž bylo 17 místností přesně rozděleno podle pohlaví a nemocí. Za léčbu se v nemocnici neplatilo, jen cizí poddaní mohli věnovat nemocnici milodar. Za dob napoleonských válek byl Leopold Berchtold jmenován inspektorem vojenských nemocnic hradištského kraje, z nichž jedna nemocnice byla zřízena také na Velehradě, kde se bohužel v roce 1809 nakazil tyfem a zemřel. Jeho smrtí zanikla i buchlovská nemocnice, která svědčí o ojedinělé zdravotní péči o nemocné poddané v našich zemích.

---

<sup>119</sup> *Nemocnice v Uherském Hradišti: 50 let od založení Zemské nemocnice v Uherském Hradišti*. Uherské Hradiště: Okresní ústav národního zdraví. 1974.

Sociální péče byla v té době v Uherském Hradišti velmi na nízké úrovni.<sup>120</sup> Sociální péče o chudé a nemajetné, kteří pocítovali nouzi, byla omezena pouze na špitál, kde se dostávala jen několika nejpotřebnějším. Jediným zdrojem poskytování veřejného stravování byl městský špitál u kostela sv. Alžběty, který prožíval v 17. a 18. století velkou krizi. Špitálníkům se dařilo velmi špatně. Péče se dostávala pouze těm nejpotřebnějším. Chudina ve špitálu byla rozdělena na třídy, což vedlo k nespokojenosti, a nápravu mělo sjednat opatření z roku 1727<sup>121</sup>. Ve 30. letech 19. století vydržoval městský špitál 40 osob chudiny, vedle nichž podporoval 15 práce neschopných měšťanů a opatroval jim oblečení, ubytování, materiál na topení a peněžité příspěvky, osmi z nich i celé zaopatření. Město se vlastně staralo o chudé a staré lidi, kterým chybělo nejmenší existenční zaopatření jen nepatrně. V roce 1797 byla ve špitále zřízena dvě nemocniční lůžka, která měla sloužit především chudým lidem v případě onemocnění. Nemocniční služba byla na počátku své existence budována především dary. Pro nemocné byly určeny dvě místnosti v prvním patře špitálu. Díky darům se v následujících desetiletích mohla začít budovat městská veřejná nemocnice.<sup>122</sup> Péči o chudé a nemocné přejala částečně v 19. století chudobince. V 19. století existovaly v okrese v okolí Uherského Hradiště chudobince zřizované obcemi ve Starém Městě, v Uherském Brodě, Kyjově, Nivnici, Buchlovicích aj.

## 8.1 Budování nemocnice v Uherském Hradišti

Na začátku 19. století se městský špitál neboli chudobinec začínal přeměňovat v nemocnici. Nemocnice mohla díky darům rozšiřovat počet míst pro nemocné z města. V roce 1836 se podařilo díky sbírce krajského hejtmána a hraběte Antonína Bubna a dalším darům postupně vybudovat nemocnici o 15 lůžkách. V nemocnici působil jeden lékař, který patřil ke zdravotnickým zaměstnancům města. O nemocné a zdravotnické potřeby ve městě v té době pečovali dva krajští lékaři, jeden lékař jako městský fyzik, jeden městský ranhojič, tři zkušené porodní asistentky a to celé zaštiťovala jedna lékárna. Původní špitál tak zanikl a v roce 1856 byla nemocnice prohlášena za veřejnou a její správa byla svěřena městské radě. Hradištská nemocnice

---

<sup>120</sup> *Nemocnice v Uherském Hradišti: 50 let od založení Zemské nemocnice v Uherském Hradišti*. Uherské Hradiště: Okresní ústav národního zdraví. 1974.

<sup>121</sup> ČOUPEK J. A KOL. *Uherské Hradiště: dějiny města*. 1. vyd. Brno: Blok, 1981. s. 238.

<sup>122</sup> ČOUPEK J. A KOL. *Uherské Hradiště: dějiny města*. 1. vyd. Brno: Blok, 1981. s. 275-276.

byla spíše zařízením pro chudé a nemocné z okolí, pro tovaryše, kteří pocházeli z různých zemí Rakousko-Uherska, a také lidí z různých krajů Moravy. Nemocnici chybělo zařízení a dodávky jídla pro pacienty se zadávaly dodavatelům konkursem. Zdravotní okres založený v roce 1870 zanikl v podstatě teprve až v roce 1949. Od roku 1875 usilovalo město o vybudování nové nemocnice. Obce Uherskohradištského a Uherskobrodského hejtmanství však nesouhlasily s plánem budování nemocnice, která měla mít pouze 40 nemocničních lůžek. Požadovaly rozšíření nemocnice na tolik lůžek, aby stačila pro celý kraj. Po neshodách městské rady se zemským výborem a požáru v roce 1894, který zničil i bývalý městský špitál, v němž byla umístěna městská nemocnice, sdělila v roce 1899 městská rada Zemskému výboru, že je město ochotno novou nemocnici vystavět, i když se k výstavbě okresních nemocnic dosud nepřistoupilo.

V roce 1907 se městská rada rozhodla o stavbě nemocnice podle návrhů zemského architekta J. Karáska, který vypracoval všechny potřebné plány a navrhl také jednotlivé pavilóny a hospodářské budovy ve čtvrti Menclovice. Nový problém s nemocnicí přinesla opozice v městské radě, která nesouhlasila s velkým finančním zadlužením. Obyvatelé Menclovic podporovaní opozicí podali protest proti výstavbě nemocnice a jako problém uváděli výstavbu infekčního pavilónu, která podle nich ohrozí i obytné domy, jejichž cena klesne. Spory se vlekly až do 1. světové války. V roce 1915-1918 vznikla sanitní válečná nemocnice se sanitním táborem, jehož správu převzal po skončení války československý stát. Kromě obytných budov pro běžence měla tato stanice i vlastní nemocnici. Tvořily ji chirurgický pavilón, kamenný pavilón pro vnitřní choroby, dřevěný pavilón s deseti boxy pro infekční choroby, dřevěný pavilón pro úplavici a tyfus, dvě dřevěné budovy pro obzvlášť nakažlivé choroby a hospodářské budovy. Konec sporů učinila až jednání v letech 1922-1923, která vedla ke vzniku nové Zemské nemocnice v Uherském Hradišti. Po 125 letech se tak Uherské Hradiště dočkalo konečně zřízení skutečné nemocnice a původní městský špitál se stal opět městským chudobince<sup>123</sup>.

---

<sup>123</sup> *Nemocnice v Uherském Hradišti: 50 let od založení Zemské nemocnice v Uherském Hradišti.* Uherské Hradiště: Okresní ústav národního zdraví. 1974.

## 8.2 Zemská nemocnice v Uherském Hradišti

Budova nemocnice byla po válce ve velmi špatném stavu. Stav objektů budovaných za první světové války jako provizorium, byl nevalný. Nemocnice potřebovala řadu stavebních úprav, aby mohla zahájit svou činnost. Primář a ředitel nemocnice chirurg MUDr. František Kudláč, rodák z Vracova, díky svému vztahu ke Slovácku věnoval rozvoji nemocnice celý svůj život. Od počátku své působnosti usiloval o vybudování velké nemocnice se všemi základními odděleními, protože jenom tak mohla nemocnice plnit svou komplexní léčebnou péči. Před druhou světovou válkou se objevily nové názory na organizační a stavební uspořádání nemocnice. Druhá světová válka však opět překazila počínající snahu budování monobloku, který by pomohl odstranit zejména nedostatek lůžek. V průběhu druhé světové války byla zřízena prostřednictvím zvláštního fondu pro tzv. pomocné infekční nemocnice pomocná nemocnice v Baťově zámku v Březolupech pro zotavování dětí po spále. Pro tyto účely bylo uvolněno také čtvrté poschodí infekčního pavilónu, které sloužilo k odloučení od světa řádovým sestram. V době války byly vystaveny v nemocnici protiletectké kryty, které v posledních dnech války posloužily nejen personálu, ale i 165 nemocným pacientům<sup>124</sup>.

Vývoj zemské nemocnice v Uherském Hradišti byl od prvního dne 15. ledna 1924, kdy byl zahájen provoz nemocnice, až do období socialistických přeměn poznamenán snad všemi znaky charakterizující nemocnice kapitalistické společnosti. Zpočátku bylo nutné překonávat tradiční přežitky a neznalost základních zdravotnických zásad na Slovácku. Tehdejší kapitalistická společnost však nedovedla špatné sociální podmínky a nízkou životní úroveň odstranit. V období První republiky bylo velmi těžké zabezpečit provoz nemocnice. Fašistická okupace neumožnila nemocnici téměř žádnou aktivnější činnost. Až po druhé světové válce se začali vyvíjet jednotlivá oddělení a léčebná praxe. Všichni lékaři se snažili obětavě zajišťovat lékařskou péči a osobním zasazením přispět k boji proti nemocem a k dokonalejšímu léčení. Od roku 1924 do osvobození republiky vzniklo v nemocnici v Uherském Hradišti celkem osm oddělení. Bylo to oddělení chirurgické, vnitřní, oční, prosektura,

---

<sup>124</sup> *Nemocnice v Uherském Hradišti: 50 let od založení Zemské nemocnice v Uherském Hradišti.* Uherské Hradiště: Okresní ústav národního zdraví. 1974.

radiologické, otolaryngologické, dětské a porodnicko-gynekologické<sup>125</sup>. Základním mezníkem ve vývoji péče o zdraví lidu se stal Zákon č. 103 z roku 1951 o sjednocení československého zdravotnictví, po jehož vydání se začaly tvořit krajské a okresní ústavy národního zdraví. Jejich základem se staly zdravotnická střediska s centry odborné léčebné péče a nemocnice. Z rostoucí potřebou vzdělaného zdravotnického personálu vznikla v roce 1948 Vyšší sociálně zdravotnická škola v Uherském Hradišti, která v roce 1953 byla přeměněná na střední zdravotnickou školu.

Nemocnice měla v polovině 70. let 21 primariát, 1000 lůžek a pracovalo v ní kolem 600 pracovníků a z toho bylo 75 lékařů. Vzhledem k rostoucím potřebám odborně vzdělaných pracovníků vznikla v Uherském Hradišti roce 1948 Vyšší sociálně zdravotní škola, která byla v roce 1953 přeměněná na Střední zdravotnickou školu. Mezi zdravotnická zařízení patřily také jesle. V roce 1972 byly v Hradišti čtyři jesle s kapacitou pro 201 dětí. Vedle nemocnice byl v Uherském Hradišti zřízen také Ústav národního zdraví, který se v rámci územní reorganizace stal v roce 1960 okresním ústavem nově vytvořeného okresu. V roce 1951 byly zrušeny na základě zákona o sjednocení zdravotnictví všechny soukromé ordinace a byly soustředěny do jednoho místa v Okresním ústavu národního zdraví. V roce 1961 byla otevřena ve Smetanově ulici poliklinika okresního ústavu národního zdraví. Zde se soustředily všechny zdravotnické odbory, dosud roztržštěné po celém Hradišti. Současně vznikala zdravotnická zařízení v Kunovicích a Starém městě a také zdravotnická zařízení v jednotlivých závodech. V roce 1976 dostavěn nový pavilon tuberkulózy a pavilon respiračních nemocí. V roce 1983 byl zahájen provoz v nových prostorách oddělení nukleární medicíny. Od roku 1991 začalo provozovat svou činnost také dialyzační středisko<sup>126</sup>.

---

<sup>125</sup>*Nemocnice v Uherském Hradišti: 50 let od založení Zemské nemocnice v Uherském Hradišti.* Uherské Hradiště: Okresní ústav národního zdraví. 1974.

<sup>126</sup> ČOUPEK J. A KOL. *Uherské Hradiště: dějiny města.* 1. vyd. Brno: Blok, 1981. s. 452-453.



## 9 SOCIÁLNÍ SLUŽBY ZLÍNSKÉHO KRAJE

Podle Zlínského Kraje<sup>127</sup> si mohou obyvatelé Zlínského kraje vybírat sociální služby z celé škály nabízených služeb od poradenství až po celodenní péči v rezidenčních zařízeních. Po roce 1989 docházelo k zakládání nestátních neziskových organizací, které se zaměřují na neústavní péči a provozují i některá menší zařízení pro seniory a mentálně postižené. Nejvýznamnější postavení mezi těmito organizacemi mají organizace České katolické charity. Další významnou nestátní organizací poskytující sociální služby je občanské sdružení Naděje. I ostatní menší organizace mají důležitý význam na poli sociální péče. Obce spravují některé domovy důchodců a domy s pečovatelskou službou. Zlínský kraj je od roku 2003 největším poskytovatelem tradičních sociálních služeb na území Zlínského kraje.

Pro seniory, kterým zdravotní stav neumožňuje zůstat v domácí péči, jsou ve Zlínském kraji k dispozici domovy pro seniory. Ve Zlínském kraji funguje celkem 32 zařízení tohoto typu a senioři využívající služby domova by měli být příjemci příspěvku na péči. Domovy poskytují klientům komplexní celoroční služby podle potřeb klientů a zajišťují zdravotní péči o seniory. Domovy se zvláštním režimem zajišťují péči o seniory s Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Pečovatelské služby umožňují seniorům zůstat v domácím prostředí a pomáhají jim při určitých činnostech a úkonech zajišťovat péči o svou osobu. Jsou to služby typu: dovoz obědů, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajišťování chodu domácnosti. V případě, že senior potřebuje rozsáhlejší péči o vlastní osobu, může využít službu osobní asistence. Další možností z tzv. ambulantních služeb je centrum denních služeb nebo denní stacionář. Klienti dochází ráno do stacionáře, kde je jim poskytována během dne požadovaná péče, včetně aktivizační činnosti, které se mohou účastnit. Odpoledne se vracejí do svých domovů. Rodiny pečující o své blízké v domácím prostředí mohou využít odlehčovací služby, které zajišťují péči o klienta v době, kdy rodina o klienta nepečuje. Všechny služby jsou ve Zlínském kraji dostupnými a v různém rozsahu poskytovány. Pro využívání pomoci druhé osoby, a tedy některého typu ze sociálních služeb by měli

---

<sup>127</sup> Zlínský kraj : [profil]. [Zlín] : Zlínský kraj, 2003.

mít senioři vyřízen příspěvek na péči, který použijí na zaplacení této služby. O příspěvek mohou žádat na odborech sociálních věcí obcí s rozšířenou působností<sup>128</sup>.

Jak uvedla radní Zlínského kraje Mgr. Taťána Nersesjan, pro rok 2010 je ze státního rozpočtu vyčleněna částka 440 milionů korun do oblasti sociálních služeb Zlínského Kraje. V současné ekonomické krizi se daří realizovat investiční záměry v Domově pro seniory v Rožnově pod Radhoštěm, Karolině, Uherském Ostrohu a Uherském Hradišti. Rekonstrukce v jiných zařízeních je realizována prostřednictvím dalších zřizovatelů. Za důležitou událost v sociálních službách je považována skutečnost, že bude v roce 2010 zřízen Sociální fond, díky němuž bude možné čerpat dva miliony korun na projekty a aktivity v sociální a zdravotní oblasti. Fond bude určen širokému okruhu organizací od mateřských center přes organizace sdružující seniory, osoby postižené civilizačními chorobami, oběti domácího násilí a specificky potřebné skupiny osob.<sup>129</sup>

### 9.1 Komunitní plánování sociálních služeb v Uherském Hradišti

Pro zlepšení kvality a dostupnosti sociálních služeb má velký význam komunitní plánování. Podle Matouška a kol.<sup>130</sup> je komunitní plánování postup, jehož cílem je zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji sociálních služeb. Předpokladem kvalitních a dostupných sociálních potřeb je přehledná a srozumitelná nabídka vycházející z potřeb uživatelů. Na komunitním plánování se podílí jak uživatelé sociálních služeb, tak jejich poskytovatelé a zadavatelé (obce, kraje).

Pro plánování sociálních služeb je nutné porovnat stávající nabídku sociálních služeb s potřebami uživatelů sociálních služeb. Komunitní plánování se skládá z šesti fází. První přípravná etapa projektu byla ukončena dne 31. 12. 2006. V této etapě byly zajištěny organizační složky procesu komunitního plánování sociálních služeb a propagace. Tato etapa byla realizována v období od 1. 9. 2006 – 31. 12. 2006. Druhá etapa projektu byla ukončena dne 31. 10. 2007. V průběhu druhé etapy vzniklo pět

---

<sup>128</sup> BARTOŠKOVÁ, Jana. *Sociální služby kraje pro seniory. Okno do kraje* [online]. 23.07.2007, 8, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.oknodokraje.cz/article/2641.socialni-sluzby-kraje-pro-seniory/>>.

<sup>129</sup> MRÁČKOVÁ, Helena. *Sociální služby žádají vyšší prestiž. Okno do kraje* [online]. 04.01.2010, 4, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.oknodokraje.cz/article/3635.socialni-sluzby-zadaji-vyssi-prestiz/>>.

<sup>130</sup> MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.

pracovních skupin zaměřených na problematiku osob se zdravotním postižením, osoby bez příštěší, seniory, děti a mládeže ohrožených sociální delikvencí, uživatele drog a osoby jim blízké. Z podnětu osob se zdravotním postižením a seniorů v Uherském Hradišti vznikla v dubnu 2007 skupina zaměřená na řešení bariér ve městě, a to nejen pro osoby se zdravotním postižením, ale také pro seniory a maminky s kočárky. V této etapě byli zmapováni poskytovatelé sociálních služeb na území Uherského Hradiště a byla provedena analýza poskytovatelů sociálních služeb v Uherském Hradišti. Sociologický průzkum názorů obyvatel na sociální služby se týkal jak obyvatelů města, tak osob bydlících v pobytových zařízeních sociálních služeb. Dále se analýza zabývala potřebami uživatelů sociálních služeb dle cílových skupin projektu. Součástí druhé etapy bylo vydání katalogu poskytovatelů sociálních služeb v Uherském Hradišti a okolních obcích. Dne 31. 5. 2008 byla ukončena poslední plánovací fáze projektu. Pracovní skupiny zpracovaly priority a opatření pro jednotlivé cílové oblasti, které byly následně zpracovány do společných priorit a opatření. Poskytovatelé sociálních služeb zaslali k projednání své záměry, které chtějí realizovat v následujících pěti letech. Zasláné projektové záměry byly projednány a zařazeny do Akčního plánu či zásobníku projektů. Dne 27. března se uskutečnilo poslední Veřejné setkání, kde byli všichni zúčastnění seznámeni s návrhem Komunitního plánu sociálních služeb v Uherském Hradišti a projektovými záměry v oblasti rozvoje sociálních a navazujících služeb<sup>131</sup>. Katalog sociálních služeb vydaný v rámci projektu komunitního plánování, rozděluje sociální služby poskytované do tří kategorií:

### ***9.1.1 Sociální služby poskytované v Uherském Hradišti***

Azylový dům pro ženy a matky s dětmi, Centrum sociálních služeb ERGO, Centrum pro zdravotně postižené Zlínského kraje (CZP ZK), Diakonie Českobratrské církve evangelické (ČCE) – středisko Cesta, Kontaktní centrum (KC) Charáč, Maltéžská pomoc, Poradenské centrum Svazu neslyšících a nedoslýchavých (SNN) v ČR, Sociální služby Uherské Hradiště, Domov pro seniory Uherské Hradiště, Poradna

---

<sup>131</sup> NÁPLAVA, Lubomír. *Město Uherské Hradiště* [online]. 10.02.2010 [cit. 2010-03-11]. Komunitní plánování sociálních služeb v Uherském Hradišti. Dostupné z WWW: <[http://www.mesto-uh.cz/cms/urad/odbory/odb\\_soc\\_sluzeb\\_zdrav/KPSS](http://www.mesto-uh.cz/cms/urad/odbory/odb_soc_sluzeb_zdrav/KPSS)>.

pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, Středisko rané péče EDUCO Zlín o. s, Středisko rané péče SPRP Brno, TyfloCentrum Zlín, Tyfloservis, středisko Zlín, aj.<sup>132</sup>

### ***9.1.2 Ostatní služby poskytované v Uherském Hradišti***

Jsou jimi Akropolis, rodinné centrum, Akademie třetího věku (A3V), Český červený kříž (ČČK), Dům dětí a mládeže (DDM) Šikula, Klub důchodců, Oblastní charita Uherské Hradiště - Agentura podporovaného zaměstnávání (APZ), Dobrovolnické centrum, Domácí hospic, Chráněná dílna, Domácí zdravotní péče, Přeprava osob na invalidních vozících, Středisko humanitární pomoci, Pedagogicko-psychologická poradna (PPP), Penzion – Městské sociální centrum UH, Dům s chráněnými byty, Probační a mediační služba (PMS) ČR, Signál v tísni, Rodinné centrum Bonifác, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS) ČR, Středisko výchovné péče (SVP) HELP.

### ***9.1.3 Sociální a ostatní služby mimo Uherské Hradiště:***

Dům pro seniory Kunovice, Dům s chráněnými byty Polešovice, Dům s chráněnými byty Nedachlebice, Dům s chráněnými byty pro seniory Uherský Ostroh, Dům s pečovatelskou službou Břestek, Dům s pečovatelskou službou Polešovice, Dům s pečovatelskou službou Osvětimany, Dům s pečovatelskou službou Staré Město, Dům s pečovatelskou službou Staré Město, Dům s pečovatelskou službou Vážany, Charitní domov Hluk, Dům s pečovatelskou službou Topolná a další.

## **9.2 Vznik sociálních služeb v Uherském Hradišti**

K významnému rozvoji péče o staré občany na Uherskohradištsku přispělo zřízení Okresního ústavu sociálních služeb se sídlem na Velehradě od 1. 9. 1974. Nejdříve byla poskytována ústavní péče starým občanům v Domově důchodců v Buchlovicích a na Žitkové, dále ve dvou specializovaných ústavech, a to v Ústavu sociální péče pro mentálně postižené děti na Velehradě s kapacitou 382 lůžek a v Ústavu sociální péče pro mentálně postižené děti a mládež s kapacitou 150 lůžek. V roce 1974 došlo k rozšíření Domova důchodců v Buchlovicích o dalších 50 lůžek,

---

<sup>132</sup> Město Uherské Hradiště [online]. 10.02.2010 [cit. 2010-03-11]. Katalog sociálních služeb\_word. Dostupné z WWW: <[http://www.mesto-uh.cz/cms/obecne/projekty\\_mesto/KPSS/projekt\\_kpss/Katalog/katalog1](http://www.mesto-uh.cz/cms/obecne/projekty_mesto/KPSS/projekt_kpss/Katalog/katalog1)>.

čímž se kapacita domova rozšířila o 176 lůžek. K tomu se rozšířil o dalších 40 nových lůžek Domov důchodců na Žitkové. Tato kapacita však nestačila pokrýt zvýšené požadavky na tuto formu ústavní péče, a proto v závěru roku 1975 byly otevřeny domy sociálních služeb v Uherském Hradišti a v Uherském Brodě. V roce 1971 využívalo pečovatelskou 78 starých lidí a invalidních občanů. Tuto péči zajišťovalo 62 dobrovolných a 12 pečovatelek z povolání. V roce 1975 byla poskytována již 200 občanům a zajišťovalo ji 82 pečovatelek dobrovolných a 26 pečovatelek z povolání. V roce 1971 byl zřízen obytný dům v Buchlovicích o deseti bytových jednotkách a k němu přibyl moderně vybavený dům s pečovatelskou službou o osmnácti bytových jednotkách v Uherském Hradišti – Starém Městě<sup>133</sup>. V průběhu 25 let docházelo k rozšiřování sítě poskytovaných služeb i forem pomoci, podle potřeb společnosti.

V roce 1975 vznikly v Uherském Hradišti a Uherském Brodě také předmanželské poradny a hygienická střediska. V roce 1976 byla zahájena výstavba Domova důchodců v Nezdenicích a o dva roky později byla uvedena do provozu jeho první část. Druhá část byla uvedena do provozu v roce 1980 a třetí část o rok později. V roce 1980 byl vybudován Dům s pečovatelskou službou v Uherském Hradišti, ve Vlčnově, Březové, Hluku a dalších obcích. V témže roce vznikl rekonstrukcí školského objektu v Medlovicích Ústav pro děti s mentálním postižením. Služby se poskytovaly nejdříve formou týdenního pobytu a kapacita zařízení byla 30 klientů. V roce 1991 byl týdenní pobyt zrušen. Do ústavu bylo přestěhováno 30 klientů z Ústavu sociální péče pro mládež na Velehradě. V současné době jsou služby poskytované čtyřiceti klientům, a to ve dvou cílových skupinách. V roce 1981 převzaly sociální služby ubytovnu pro občany bez přístřeší. V roce 1982 bylo otevřeno pracoviště manželské a předmanželské poradny. V roce 1985 byl otevřen Domov důchodců v Uherském Hradišti a ředitelství Okresního ústavu sociálních služeb bylo přemístěno z Velehradu do Uherského Hradiště.

V letech 1990-1999 probíhaly rekonstrukce jednotlivých zařízení sociálních služeb v Nezdenicích, Žitkové, Medlovicích, Uherském Hradišti, Kunovicích a Uherském Brodě a Uherském Ostrohu. V letech 2000-2004 byly otevřeny Ústavy sociální péče pro dospělé v Kunovicích, ve Starém městě a druhý Ústav pro dospělé na Velehradě. Probíhala rovněž rekonstrukce a přístavba Domova Důchodců

---

<sup>133</sup>JILÍK, J. POTYKA, M. HÁJKOVÁ, A. *Budování okresu Uh. Hradiště v letech 1981 – 1985*. Uherské Hradiště: Okresní národní výbor, 1986.

v Nezdenicích. V roce 2002 zanikl Domov důchodců v Žitkově. Reformou veřejné správy v roce 2003 převzal všechny činnosti Zlínský kraj a ústav sociálních služeb byl přejmenován na Sociální služby Uherské Hradiště. V roce 2004 byly sociální služby rozšířeny o Domov Důchodců v Kvasicích, Ústav sociální péče v Pačlavicích, Zborovicích, Javorníku a Kvasicích. V Kroměříži vznikla linka důvěry a manželská a předmanželská poradna. V následujících letech probíhala rekonstrukce objektu na Velehradě, opravy v DD Uherské Hradiště a Uherském brodě. V roce 2006 byla provedena II. etapa rekonstrukce objektu na Velehradě a byly prováděny projektové práce na půdní vestavby a stavební úpravy ve Zborovicích, Kvasicích a Medlovicích. V současné době se dokončují stavební úpravy Domova pro seniory v Uherském Hradišti v rámci projektu s názvem *Domov pro seniory Uherské Hradiště-zlepšení kvality služeb pro seniory se specifickými potřebami*. Bylo přistavěno páté podlaží, kde vznikne třináct nových převážně jednolůžkových pokojů pro obyvatele domova, přičemž kapacita domova bude zachována. V novém podlaží vznikne nová místnost pro rehabilitace a pracovně terapeutickou činnost. Rekonstrukce se týká také výtahů, elektrických rozvodů, rozvodů vody a sociálních zařízení. Pokoje budou vybaveny novým nábytkem a novým signalizačním zařízením. Po dobu realizace stavebních úprav jsou obyvatelé přestěhováni do náhradních prostor v objektu areálu nemocnice Uherské Hradiště. Projekt je zaměřen na zvýšení kvality života pro uživatele Domova pro seniory v Uherském Hradišti a rozvoj nabídky nových služeb v zařízení domova pro seniory i obyvatele města.

Projekt je financován 85 % dotací z Regionálního operačního programu střední Morava a z investičního fondu organizace sociální služby Uherské Hradiště za pomoci, formou návratné finanční výpomoci zřizovatele. Fyzická realizace projektu by měla probíhat podle harmonogramu v období od 27. 7. 2009 do 31. 7. 2010. V rámci projektu *Vznik oddělení pro osoby trpící demencemi v Domově pro seniory* se buduje samostatné oddělení v Domově pro seniory v Buchlovicích. Projekt byl schválen 6. 8. 2008, dokončení projektu by mělo být na konci roku 2010. Domov pro seniory Buchlovice a sociální služby v Uherském Hradišti využily možnosti vybudovat toto specializované oddělení za pomoci Finančního mechanismu evropského hospodářského prostoru a Norska. Cílem projektu je vybudování samostatného oddělení pro osoby trpící demencí. Domov pro seniory Buchlovice je největším zařízením v regionu, které poskytuje služby sociální péče. Od roku 1912 sloužil jako nemocnice a rekonstrukcí

ukončenou v roce 1995 se zařadil mezi nejmodernější v naší republice. Domov je vybaven bazénem, tělocvičnou, rehabilitací, kaplí a společenskou místností. V blízkém okolí se nachází hrad Buchlov a přírodní prostředí je oázou klidu.

## 10 DOMOV PRO SENIORY UHERSKÉ HRADIŠTĚ

### 10.1 Charakteristika zařízení

Domov pro seniory Uherské Hradiště je jedním ze zařízení sociálních služeb v Uherském Hradišti. Od ledna 2007 došlo ke změně názvu Domov Důchodců Uherské Hradiště na Domov pro seniory Uherské Hradiště. Domov pro seniory sídlí v blízkosti lesa, v klidné části sídliště Štěpnice. Celý areál je umístěn v klidné zahradě, kde se v případě pěkného počasí konají terapie s klienty. Výhodou umístění areálu je blízká dostupnost nemocnice s poliklinikou. Obyvatelé mohou využívat k dopravnímu spojení do centra města autobusovou dopravu. Zastávka městské hromadné dopravy je vzdálená pouhých 300 metrů od domova. Vlakové nádraží se nachází zhruba patnáct minut chůze od domova. Domov pro seniory byl slavnostně otevřen v červnu roku 1985 a od té doby prošel řadou stavebních úprav. Posláním domova je poskytování komplexních služeb zaměřených na individuální potřeby uživatele, prostřednictvím kvalifikovaného personálu, formou podpory a péče. Péče směřuje k zachování, popř. zlepšení stávající soběstačnosti a nezávislosti a ke zmírnění nebo odstranění jejich nepříznivé sociální situace, při zachování důstojnosti, lidských práv a základní svobody. Domov pro seniory se snaží vytvořit příjemné prostředí uživateli a umožnit mu kontakt s přirozeným prostředím. Spokojenost klientů je na prvním místě.

Cílovou skupinou jsou senioři 65 let a více, kteří potřebují částečnou nebo úplnou podporu při zvládání běžných úkonů péče o svou osobu. Služba osobní asistence vzhledem ke kapacitě personálu není dostupná. Domov pro seniory nabízí uživateli doplňkové služby jako je pedikúra, kadeřnictví, provoz obchodu s potravinami, prodej spotřebního zboží, pravidelné bohoslužby a zajištění zubního, praktického a odborného lékaře. Všechny služby respektují osobnost a vlastní volbu uživatele, soukromí uživatele a jsou vykonávané s úctou ke starému člověku při zachování vzájemné tolerance a důvěry. Zaměstnanci dodržují zákony platné v ČR, Listinu základních lidských práv a svobod, Etický kodex zákon 108/2006 Sb., prováděcí vyhlášku č. 505/2006 v souladu se standardy kvality sociálních služeb. Řídí se vnitřními předpisy a metodikami. Služby jsou poskytovány všem ve stejné kvalitě bez jakékoliv formy diskriminace.

Celková kapacita zařízení slouží 159 uživatelům. Uživatelé jsou ubytováni ve 31 jednolůžkových, 61 dvoulůžkových a 2 třílůžkových pokojích s umyvadlem, sociálním



zařazením a balkonem. Na každém patře se nachází společné koupelny pro muže a ženy a čajové kuchyňky s lednicemi. Obyvatelé jsou umístěni ve čtyřech podlažích podle mobility a stupně sebeobsluhy. Obyvatelé s těžším zdravotním postižením jsou umísťováni na oddělení zvýšené péče v přízemí nebo v 1. patře v blízkosti ošetřovny. Pokoje jsou vybaveny elektricky polohovatelnými lůžky s výškovým nastavením a hrazdou. Všechny pokoje jsou vybavené WC a umyvadlem, skříněmi, židlemi nebo seniorskými polokřesly a vestavěnými skříněmi v předsíni. Obyvatelé mají možnost telefonního, televizního a satelitního připojení. V průběhu posledních let byla provedena rekonstrukce balkonů, výměna oken, nová fasáda a rekonstrukce koupelen. V budově se nachází také místnosti vyhrazené pro rehabilitace, ergoterapii,<sup>134</sup> poskytování komunálních služeb (kadeřník, holič, pedikérka), malé společenské místnosti a velký společenský sál, kde se konají bohoslužby.

V současné době probíhá rekonstrukce Domova pro seniory, a proto je služba pro obyvatele Domova pro seniory poskytována ve čtyřech objektech Uherskohradištské nemocnice. Rekonstrukcí dojde k vytvoření 16 jednolůžkových a 3 dvoulůžkových pokojů pro uživatele se specifickými potřebami a tím i zlepšení kvality bydlení uživatelů sociální služby. Prostory domova jsou bezbariérové, k dispozici je lůžkový výtah a po dohodě s dopravním odborem je možné obyvatelů sjednat parkovací místo pro zdravotně postižené. V první budově se nacházejí vrátnice, bufet, jídelna a ordinace lékaře. Jídlo je připravováno ve vlastní kuchyni zařízení. V patře jsou kanceláře vedení domova a kuchyň se zázemím pro ergoterapii. Ve vestibulu je umístěn telefonní automat. Druhá budova slouží k ubytování klientů. V prostorách zahrady je ke spojovacímu křídlu přistavěna společenská místnost a v zadním traktu se nachází prádelna domova. V předním traktu zahrady se nachází altán a pergola využívaná především v teplých měsících. Cílem rekonstrukce je vytvořit nový smysluplný celek, který bude odpovídat současným technickým, provozním, hygienickým a estetickým požadavkům, kladeným na moderní zařízení sociálních služeb. Klienti budou ubytováni pouze ve dvoulůžkových a jednolůžkových pokojích.

V souladu se zákonem 108/2006 Sb. a vyhlášky 505/2006 Sb. poskytuje Domov pro seniory služby sociální péče v nepřetržitém provozu, formou celoročního pobytu.

---

<sup>134</sup> Jak uvádí Jelínková a kol.(2009) ergoterapie patří do oborů léčebné rehabilitace. Pomáhá klientům zlepšit jejich začlenění do společnosti a přispívá k zachování optimální kvality života. JELÍNKOVÁ,J. KRIVOŠÍKOVÁ, M. ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009.

Domov pro seniory nabízí ubytování a s tím nezbytné služby jako je úklid pokojů a společných prostor, praní, žehlení a drobné opravy prádla, celodenní stravování včetně nabízených diet, základní poradenství, poskytování pomoci při běžných úkonech péče o osobu uživatele, ošetrovatelskou péči, základní rehabilitační péči, pomoc při zajišťování dalších sociálních služeb jinými organizacemi, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a organizování a poskytování kulturní péče, zájmové, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.<sup>135</sup>

## 10.2 Služby poskytované v domově pro seniory

Každý nový klient sepisuje po nástupu do domova pro seniory s pracovníci sociálních služeb individuální plán, podle kterého jsou zajišťovány individuální služby na základě zjištěných potřeb, zájmů, dovedností a potenciálních možností uživatele. Tento plán je průběžně doplňován a obměňován, podle skutečných potřeb a přání. Individuální plán je součástí dokumentace uživatele služby a jeho tvorba je popsána ve standardu č. 5., který se týká plánování a průběhu poskytování sociálních služeb. Služby jsou naplánovány a poskytovány podle individuálních potřeb klientů a musí být zapsány ve smlouvě sepsané s uživatelem, a to na základě předchozích zjištění. Zařízení poskytuje uživatelům v souladu se zákonem 108/2006 Sb., §49 úkony péče, které jsou specifikovány ve smlouvě na základě zjištěných potřeb uživatele a v souladu s výší přiznaného příspěvku na péči. Zařízení nabízí doplňkové služby za úplatu dle vnitřního předpisu. Služby zajišťované externími pracovníky si uživatelé hradí z vlastních úspor, dle skutečných nákladů.

**Ošetrování a zdravotní péče** je zajišťovaná prostřednictvím zdravotnického personálu, který má odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. Zdravotní a ošetrovatelská péče je zajišťována 24 hodin denně. Přímou obslužnou péči zajišťují zdravotní sestry a ošetrovatelky. Zdravotní sestra má dohled nad podáváním léků, aplikacemi injekcí, aplikacemi inzulínu, měřením glykemií, měřením tělesné teploty a krevního tlaku, odběrem biologického materiálu, péčí o ránu apod. Ošetrovatelky zabezpečují ošetrovatelskou péči pod dohledem všeobecné sestry a podílí se na základní ošetrovatelské péči o klienty domova. Zdravotnické a odborné ošetrovatelské výkony se provádí na základě ordinace lékaře. Sestry je provádí důsledně a odpovídají za jejich

---

<sup>135</sup> Sociální služby Uherské Hradiště [online]. 2004 [cit. 2010-03-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.ouss-uh.cz/>>

splnění. Sestry a ošetřovatelky si vypracovávají do individuálních plánů na základě diagnózy cíl péče a ošetřovatelské zásahy. Tento plán je obměňován a v případě potřeb se mění. Rozsah ošetřovatelské péče a požadavky uživatele jsou zaznamenány v jeho individuálním plánu, ošetřovatelském plánu a plánu rehabilitace. Tuto péči mohou využívat pouze klienti, kteří mají přiznaný příspěvek na péči, a to pouze do výše přiznaného příspěvku. Podle stupně závislosti na pomoci jiné osoby se odvíjí výše přiznaného příspěvku. Úkony, které bude klient využívat, se stanovují do jednoho měsíce od nástupu do zařízení. Tyto úkony se zaznamenávají do formuláře, který je součástí přílohy Smlouvy o poskytnutí sociální služby a dále je rozpracován klíčovým pracovníkem klienta. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který se jim individuálně věnuje, a mohou se na něho v případě potřeby obrátit. Formulář je shodný s úkony stanovenými ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., již se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění. Příspěvek nelze použít na úhradu a doplatky léků, hygienické a jiné potřeby ani na úhradu doplatku ve zdravotnickém zařízení, poplatky za recept, doplatek nebo úhradu za stravu a ubytování.

**Lékařská péče** je jednoznačně základem zdravotní péče. Je zajišťovaná třikrát do týdne pravidelnými návštěvami praktického lékaře. Dle potřeby dochází do Domova pro seniory na základě smluvního vztahu zubní lékař a psychiatr. Specifická vyšetření jsou zajišťována odbornými pracovišti v blízké nemocnici s poliklinikou.

**Rehabilitační péče** je poskytována přímo v místě Domova pro seniory. V současné době provádí rehabilitaci jedna fyzioterapeutka. Rehabilitace je rozdělena na část lůžkovou a ambulantní. V ambulantní části se provádí fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova ve skupině, léčebná výchova - instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků, individuální tělesná výchova pod dohledem na přístrojích, léčebná tělesná výchova individuální kondiční, mobilizace páteře, masáž reflexní a vazivová, nácvik rovnováhy, nácvik všedních denních činností a další. V lůžkové části se individuálně provádí tělesná výchova kondiční, nácvik rovnováhy a mobility, nácvik všedních denních cvičení, aj.

Vzhledem k tomu, že klienti domova jsou omezeni různými postiženími a dlouhodobým nepříznivým zdravotním stavem, je důležitý bezbariérový přístup pro samostatný pohyb s oporou či bez opory. Zařízení musí mít monitorovací systém pro včasnou pomoc při náhlé srdeční nebo cévní příhodě, či při úrazu. Oproti domácí péči je rehabilitace v domově pro seniory cílená, včasná a každodenní. V nemocnicích se často

bojuje s nedostatkem personálu, času a množstvím akutních nemocných pacientů, a tím je i menší individuální přístup. Z hlediska finančního se ušetří náklady spojené s transportem a časem. Tato péče je velmi důležitá, a proto bude v blízké budoucnosti rozšířena o dalšího pracovníka. V přímé obslužné péči poskytuje rehabilitační péči zdravotní personál na základě instrukcí fyzioterapeutky. V současné době se buduje nové pracoviště rehabilitace v přístavbě domova, kde budou klienti na základě ordinací lékaře využívat klasické masáže, individuální cvičení, skupinové cvičení, přístroje pro rehabilitaci aj.

**Duchovní a pastorační péči** zajišťuje pan farář při pravidelných bohoslužbách ve společenské místnosti a v případě potřeby i na pokojích klientů. Uživatelé mají svobodnou volbu náboženského vyznání.

**Stravovací služby** jsou v domově pro seniory zajišťovány celodenním stravováním. Strava je přizpůsobena věku a zdravotnímu stavu klientů. Obyvatelé, kterým pohyb neumožňuje docházet do společné jídelny, dostávají stravu na pokojích. Na každém oddělení je k dispozici malá vybavená kuchyňka. V domově jsou podávána tři hlavní jídla, dopolední a odpolední svačina. Podle zdravotního stavu se připravuje strava normální, diabetická, žlučnicková a kombinovaná. Druh diety stanovuje individuálně u klientů ošetřující lékař. Nespokojení klienti mohou své připomínky zapsat do knihy přání a stížností a degustačního deníku v jídelně. Stížnosti a podněty řeší stravovací komise.

Pracovníci a klienti by uvítali mezi službami Domova pro seniory interního psychologa, který by byl kdykoli k dispozici. Na každém podlaží jsou k dispozici v čajové kuchyňce nápoje. V případě potřeby klientů přinese nápoje na pokoj ošetrovatelský personál.

**Edukace klientů.** V Domově pro seniory v Uherském Hradišti provádí edukaci vhodně zvoleným způsobem a citlivým přístupem sociální pracovníce a zdravotnický personál.

### **10.3 Aktivizační a volnočasové aktivity**

Aktivizační služby jsou realizovány zaměstnanci v ošetrovatelském, ergoterapeutickém, sociálním úseku, rehabilitaci a prostřednictvím volnočasových aktivit. Na pestrý život si obyvatelé domova opravdu nemohou stěžovat. Volnému času bylo v domově pro seniory odjakživa věnováno dostatek prostoru. Dokladem toho jsou

záznamy v kronice domova, které obyvatelé domova zapisovali od jeho založení. Babičky a dědečkové v ní zachycují společné zážitky nejen ze společně stráveného volného času, ale i situace, které ne zrovna příjemně zasáhly do jejich společného života. Takovým zážitkem byly například povodně v roce 1997. Paní Ludmila Velecká nezapomněla ke svému zápisku o povodních přilepit vystřižené fotografie z novin, které zachytily povodně v různých částech Uherského Hradiště. Pamětní zápisy obsahují z velké části příjemné zážitky a společně prožité chvíle v domově pro seniory. K takovým zážitkům uvádí klienti společně strávené Vánoce, Velikonoce, tvorba výrobků a prezentace na jarmarcích, výlety do okolí, koncerty a vystoupení. Z vlastní zkušenosti mohu vzpomenout na Mikulášské odpoledne, kterého jsem se několikrát jako dítě s radostí zúčastnila. Se Základní uměleckou školou v Uherském Hradišti jsem se podílela na kulturních vystoupeních, které se dodnes v domově pro seniory pořádají.

V současné době se snaží kolektiv domova vytvářet pro své klienty zajímavé kulturní a společenské akce jako jsou plesy, karnevaly, masopustní rej, opékání špekáčků, besedy, koncerty, výlety mašinkou, slet čarodějnic, a další. Mezi společenské a kulturní akce patří rovněž čtení knih, zájezdy, výlety, promítání filmů, společenská setkání aj. Účast na společných akcích je zcela dobrovolná a uživatelé ji mohou odmítnout. Personál se snaží klientům činnost nabízet, ne nutit. K využití volného času slouží uživatelům dílna **ergoterapie**<sup>136</sup>, kde se mohou uživatelé seznamovat s různými výtvarnými technikami jako je batika, vyšívání, pletení, tkaní, malba na sklo, keramická tvorba apod. Výtvary uživatelů jsou s úspěchem prodávány na velikonočních a vánočních jarmarcích. Jarmarků se účastní domov pro seniory čtyřikrát ročně. Ke společným aktivitám nemohu připomenout nácvik vystoupení uživatel v období vánoc, barvy života, masopust apod.

Ergoterapie probíhá u méně pohyblivých klientů na pokojích. Snaží se vyplnit volný čas seniorů vyprávěním, čtením, zpěvem, poznáváním, obrázků, společenskými hrami apod. Pracovní ergoterapie aktivizuje klienta a využívá jeho znalostí a schopností. Klient se cítí užitečný, že ještě něco dokáže. Do terapeutických aktivit patří např. cvičení

---

<sup>136</sup> Ergoterapie pomáhá překonávat potíže pacientům, kteří v důsledku špatného zdravotního stavu, nemoci, úrazu, či procesu stárnutí, nemohou vykonávat praktické činnosti v denním životě, v důsledku ztráty či poklesu soběstačnosti. Přispívá k zachování optimální kvality života. Ergoterapeut provádí především nácvik běžných denních činností“. JELÍNKOVÁ, J. KRIVOŠÍKOVÁ, M. ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009, str. 13

paměti, kroužek jógy, kroužek správného dýchání a cvičení zaměřené na protahování zkráceného svalstva. Relaxaci při hudbě nabízí muzikoterapie a úsměv na tvářích přináší starým lidem canisterapie zaměřená na léčebný kontakt psa a člověka. **Canisterapie** je mezi seniory velmi oblíbená a užitečná. Dvakrát v měsíci navštěvují Domov pro seniory dobrovolníci z canisterapeutického týmu. Skupinová **muzikoterapie** se zase zaměřuje na zpěv, vzpomínání na staré písně, ukázky tanců, hru na instrumentální nástroje aj. Využívání zvuky a hudby k terapeutickým účelům ovlivňuje psychický a fyzický stav člověka. Léčivá síla hudby vychází z přítomnosti řádu a harmonie v hudebních zákonitostech.

V kroužku **aromaterapie** mohou klienti zažít příjemné zážitky prostřednictvím vůní, které působí na jejich psychický stav a zpřjemňují jim pobyt v domově. Aromaterapie napomáhá odstraňovat řadu běžných problémů jednoduchým a příjemným prostředkem

Zájmové kroužky jsou doplňovány podle přání a zájmů klientů. Většinou navazují na činnosti, kterým se věnovali před příchodem do domova. Jedná se o kroužek vaření a pečení pro své potěšení a radost ostatních, také v rámci oslav narozenin a společného posezení u kávy. Dále se jedná o povídání o bylinkách, dramatický a literární kroužek, poslech hudby různých žánrů, klub filmů pro pamětníky, videoprojekce přírodopisných filmů, komedií, cestopisů, dokumentů. Oblíbené jsou společenské a sportovní hry jako šipky, stolní fotbal, házení míčků a jiné soutěže. Klienti mohou využívat služby Městské knihovny Uherské Hradiště. Nejen uživatelé se zhoršeným zrakem, ale i klienti imobilní se mohou účastnit volno časových aktivit. Přímo na pokojích mohou využívat služby dle jejich individuálních potřeb a zájmů. Zájemcům o sdělovací techniku slouží knihovna s možností připojení na internet. Sociální pracovnice zajišťuje odběr denního tisku dle potřeb uživatelů, kteří si je hradí ze svých prostředků.

Na základě domluvy s vedoucími pracovníky dochází do domova pro seniory dobrovolníci z organizací Maltéžská pomoc, dobrovolníci z Charity Uherské Hradiště a dobrovolníci z canisterapeutického týmu. Jejich činnost je přínosem nejen pro klienty domova, ale i pomocí pro zdravotnický personál. Dobrovolník pomáhá překonávat starým lidem samotu už pouhým popovídáním, čtením denního tisku, doprovázením při procházkách do přírody apod. Dobrovolníci rozšiřují obyvatelům možnosti smysluplného využití volného času, pomáhají zajišťovat péči o vlastní osobu a podporují

klienty po stránce emoční a pomáhají při přepravě uživatelů v rámci výletů, kulturních akcí mimo zařízení, bohoslužeb aj. V současné době navštěvuje domov několik dobrovolníků, kteří jsou v domově ze strany klientů a zdravotnického personálu srdečně vítáni.

#### 10.4 Personální obsazení v DS Uherské Hradiště

Personální obsazení ve zdravotní péči je rozděleno na:

- **zdravotní péči**, v rámci níž pracuje:
  - jedna vedoucí sestra,
  - sedm všeobecných sester odborné péče,
  - jeden nutriční terapeut,
  - jeden fyzioterapeut,
- **obslužnou péči**, v rámci níž pracuje:
  - 21 pracovníků v sociálních službách

V sociálním úseku pracují dva sociální pracovníci v odborné péči a tři pracovníci v obslužné péči. Personální obsazení dále tvoří jeden vedoucí zařízení, ředitelství. Technicko-hospodářský úsek zaměstnává dva pracovníky údržby, pět uklízeček, tři pracovnice prádelny. Dalšími pracovníky domova pro seniory je jedna účetní, jeden zásobovač a sedm kuchařek.

Výše úhrad za ubytování a stravu je uvedena v příloze.

#### 10.5 Náročnost přímé obslužné péče

Zdravotní sestry a pracovnice v sociálních službách, které vykonávají přímou obslužnou péči v Domově pro seniory, dochází na pravidelné lékařské prohlídky, které mají v podstatě vyloučit zdravotní problémy způsobené zátěží ošetrovatelské profese. Snad ani jedna z pracovnic přímé obslužné péče však skutečné problémy nepřizná, protože by nesplnila požadavky, které jsou pro vykonávání tohoto povolání nezbytné a to je zdravý fyzický a psychický stav. Ošetrovatelská péče je náročná a klade na pracovníky velké nároky jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Proto by měly být vytvářeny vhodné pracovní podmínky, které budou odpovídat potřebám ošetrovatelských pracovníků. Ze zkušeností méj maminky, která vykonává profesi zdravotní sestry v domově pro seniory od r. 1985, mohu vyjmenovat hlavní okolnosti, které ovlivňují a zvyšují míru ošetrovatelské zátěže:

- počet osob, o které pečuje zdravotnický a pomocný ošetrovatelský personál,
- časový prostor určený k provádění jednotlivých ošetrovatelských výkonů a s tím související nárůst administrativních úkonů,
- zdravotní stav, nesoběstačnost a závislost nemocných klientů, skladba kolektivu a kvalita týmové spolupráce,
- nezkušenost některých zdravotních sester a kvalita týmové spolupráce,
- interpersonální vztahy na pracovišti,
- nepravidelný spánkový režim,
- nedostatek personálního obsazení a špatná komunikace s vedením.

Pracovníci v sociálních službách by uvítali více času pro odpočinek a relaxaci. Ošetrovatelská zátěž<sup>137</sup> způsobená různými vlivy přináší především bolesti zad, kloubů, problémy se spánkem, nervozitu a podrážděnost vůči okolí i rodině.

Význam přímé obslužné péče není pouze v zajišťování a uspokojování potřeb klientů, ale především v tom, že pro mnohé seniory jsou pečovatelé na oddělení často osobní vazbou. Stačí pouhý úsměv, milé slovo a lidský přístup, za které jsou senioři velmi vděční.

---

<sup>137</sup> Hladký, Židková rozlišují podle charakteru podnětu a primárních reakcí tři druhy zátěže: biologickou, fyzickou a psychickou, která se dále člení na mentální, emoční a senzoricou. HLADKÝ, A.; ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1999, .str. 9-10



## ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává o vývoji péče o seniory z historického pohledu. Po prostudování odborné literatury se domnívám, že stáří bylo v minulosti věnováno málo pozornosti, a proto ani péče o seniory nebyla nijak zvlášť pozoruhodná. Staří lidé byli odkázáni na pomoc svých nejbližších.

Rodinná péče o seniory upřednostňovaná v dnešní moderní společnosti se v historii zaměřovala pouze na zajišťování některých základních potřeb. O zajišťování potřeby důstojnosti, úcty, respektu aj. se hovořit nedalo. Kvalitu života starého člověka ovlivňovalo především prostředí, ve kterém žil. Byly to především vztahy mezi rodinnými příslušníky, společenské klima a politický systém daného společenského vývoje. K zásadním změnám v péči o seniory, nejen ve smyslu péče ústavní, ale i rodinné, docházelo až v morálně se rozvíjejících společnostech.

Uvědomila jsem si, že minulost seniorům příliš nepřála a současná společnost, ve které se prodlužuje průměrná délka života a s ní i odchod do důchodu, nám, budoucím třicátníkům, také příliš nepřeje. Dožít se důchodového věku a užít si vnoučat budou moci zřejmě jenom zdraví a soběstační jedinci. V současné době tvoří senioři téměř čtvrtinu naší společnosti, a proto se objevují nové problémy, které se v minulosti řešit nemusely. Dnešní společnost se na rozdíl od minulosti nesnaží seniory vyčleňovat, nýbrž je aktivně zapojovat do života společnosti tak, aby se podíleli na současných společenských změnách. Společenské změny ovlivnily nejen pohled na seniory, nýbrž i podmínky pro rozvoj péče o seniory na našem území. Péče se více orientuje na klienta a jeho potřeby, na jeho rodinu a pomoc při řešení problémů týkajících se zdravotního stavu nebo onemocnění starého člověka. Poskytovatelé sociálních služeb se snaží o to, aby starý člověk co nejdéle zůstal v rodinném prostředí, které je pro něho přirozené a známé. V současné době mají senioři možnost vybírat si z celého spektra služeb. Přes služby poskytované přímo v přirozeném domově až po služby poskytované v jednotlivých zařízeních.

Domov pro seniory Uherské Hradiště je příspěvkovou organizací a jeho zřizovatelem je Zlínský kraj. Při koncipování sociálních služeb a jejich nabídky se snaží vycházet z potřeb svých klientů. Domnívám se, že DS Uherské Hradiště nabízí svým klientům v porovnání s dobou, kdy domov vznikl, podstatně větší množství služeb. Tuto nabídku ovlivňuje především skladba klientů DS. Skladba klientů se za poslední roky výrazně změnila.

V prvních letech své existence nabízel DS služby pro více soběstačné a mobilní klienty, kteří byli aktivnější i v organizování volného času. V současné době nabízí DS služby klientům, kteří jsou z velké části imobilní a jsou více závislí na pomoci jiného člověka nejen v oblasti běžné denní péče, ale i v soběstačnosti.

Nový model sociálních služeb poskytuje klientům DS příspěvek na péči. Tento příspěvek je určen lidem, kteří jsou závislí na pomoci druhého člověka v oblasti zvládnání běžných denních úkonů a v soběstačnosti. Podle schopnosti pečovat o svou osobu a míry soběstačnosti rozlišuje zákon čtyři stupně závislosti na pomoci někoho jiného od mírné závislosti až po závislost úplnou. Příspěvek je vyplácen lidem, kteří potřebují pomoc jiného člověka (tzv. zvýšení důchodu pro bezmocnost), a lidem, kteří o ně pečují, je vyplácen příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu. Tento příspěvek však nezajišťuje, že všichni klienti dosáhnou příspěvku na péči. Záleží na poskytovateli, zda takového člověka do zařízení vezme a bude se snažit získat peníze na úhradu služeb z nějakých jiných zdrojů. V současné době DS zvýhodňuje klienty s příspěvkem na péči.

Prostřednictvím standardů se snaží DS poskytovat služby dle individuálních potřeb, v zájmu uživatele a s respektem k jeho osobnosti. Domnívám se, že velkým přínosem pro uživatele bylo zavedení klíčových pracovníků, na které se mohou obyvatelé domova kdykoli obrátit. Klíčoví pracovníci se snaží navázat s klienty vztah založený na důvěře. Tento individuální přístup považují všichni pracovníci DS za velmi důležitý a snaží se ho naplňovat při každodenní práci s klienty. Zkvalitnění péče souvisí rovněž s dalším vzděláváním pracovníků v přímé obslužné péči. Zdravotní sestry DS se snaží posilovat své schopnosti a dovednosti, účastní na seminářích a dalších vzdělávacích kurzech.

Postavení a role sestry se v posledních letech výrazně změnila. Dnešní doba klade na ošetřovatele nové požadavky a nároky související s vykonáváním této profese. Tím nechci pochybovat o náročnosti profese zdravotní sestry v dřívějších dobách. Pokud sestry chtějí vykonávat své povolání, musí se těmto nárokům umět přizpůsobit. Jejich flexibilita, adaptace a ochota by měla být na druhé straně dostatečně oceněna jak po finanční, tak morální. Profesionální přístup zdravotní sestry se musí projevat ve zdravotní péči o klienta, v psychologickém individuálním přístupu ke klientovi, v komunikaci s rodinou klienta, v komunikaci s nadřízenými a samozřejmě v týmové spolupráci. Sestrám přibylo ve srovnání s předchozími lety více administrativních

úkolů. Sestry a pracovnice sociálních služeb si zaslouží uznání nejen ze strany klientů a zaměstnavatelů, ale i rodin a příbuzných, kteří se o své blízké nemohou a v některých případech ani nechtějí starat. Je až neuvěřitelné, jak se někteří příbuzní chovají k zaměstnancům sociálních služeb. V takových chvílích se snaží rychle zapomenout. Stáří a nemoc patří neodmyslitelně k tomuto prostředí. Odměnou pro sestry je práce s nemocnými starými lidmi, kteří jsou trpěliví, stateční, optimističtí, smíření se sebou a se svým životem.

## SEZNAM LITERATURY

- CUŘÍNOVÁ, L. *Stručné dějiny oborů Medicína a sociální činnost*, 1. vydání Praha: Scientia, 2002. 47 s. ISBN 80-7183-254-5
- ČOUPEK, J. a kol. *Uherské Hradiště: dějiny města* 1. vyd. Brno: Blok, 1981. 630 s.
- GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s., ISBN 80-7226-996-8
- HAMILTON, S. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2
- HANČOVÁ, H.; VLKOVÁ, M. *Biologie II. v kostce*. 2. vyd. Havlíčkův Brod: Fragment, 2003. 151 s. ISBN 80-7200-341-0
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2.
- HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: GEMA, 2002
- HLADKÝ, A.; ŽIDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1999. 78 s. ISBN 80-7184-890-5
- JELÍNKOVÁ, J.; KRIVOŠÍKOVÁ, M.; ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 270 s. ISBN N 978-80-7367-583-7
- JILÍK, J.; POTYKA, M.; HÁJKOVÁ, A. *Budování okresu Uh. Hradiště v letech 1981 – 1985*. Uherské Hradiště: Okresní národní výbor, 1986.
- JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ, I.; BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6
- KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří – Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 43 s. ISBN 80-7262-455-5
- KOLDINSKÁ, K. *Sociální právo*. 1. vyd. Praha: C. H. Beck, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7179-620-6
- KOVAŘÍK, J.; ŠMOLKA, P. *Současná rodina: problémy – konstanty – proměny – naděje*. Praha: Asociace manželských a rodinných poradců ČR, 1996. 71 s.
- KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. 3. vyd. Praha: ASPI, 2005. 502 s.

ISBN 80-7357-050-5

- LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd.přepřac.a doplněné. Praha: Grada Publishing 2, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9
- MÁŠOVÁ, H. *Nemocniční otázka v meziválečném Československu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 235 s. ISBN 80-246-0908-8
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 23 s. ISBN 80-04-25236-2
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
- MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vydání. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008. 223 s. ISBN: 80-903658-1-7.
- MÜHLPACHER, P. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
- MÜHLPACHER, P. *Vývoj ústavní péče (Filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3
- NIKLÍČEK, L.; ŠTEIN, K. *Dějiny medicíny v datech a faktech*. Praha: Avicenum,1985
- PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum., 1981. 304 s., ISBN 08-044-81
- PICHAUD, C.; THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- POLEDNÍKOVÁ, L. a kol. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1
- POTŮČEK, M. *Sociální politika*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 142 s. ISBN 80-85850-01-X
- ŘÍHOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z dějin lékařství*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova. 2005. 139 s. ISBN 80 – 246 – 1021 – 3
- SOCHROVÁ, M. *Dějepis I. v kostce pro střední školy (Pravěk, Starověk, Středověk)*.1.vyd. Havlíčkův Brod: Fragment. 1997. 157 s. ISBN 80-7200-094-2
- TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus - Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vydání. Praha: Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.

- TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vyd. Praha :C. H. Beck, 2002. 359 s. ISBN 80-7179-669-7.
- ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada 2003. 232 s. ISBN 80-2470183-9

## INTERNETOVÉ ZDROJE

- *Cesta domů* [online]. 2010 [cit. 2010-03-11]. Evropská charta pacientů seniorů. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/evropska-charta-pacientu-senioru.html#top>>.
- Český helsinský výbor [online]. 2008 [cit. 2010-03-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.helcom.cz/>>.
- BARTOŠKOVÁ, Jana. Sociální služby kraje pro seniory. Okno do kraje [online]. 23.07.2007, 8, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.oknodokraje.cz/article/2641.socialni-sluzby-kraje-pro-seniory/>>.
- MRÁČKOVÁ, Helena. Sociální služby žádají vyšší prestiž. Okno do kraje [online]. 04.01.2010, 4, [cit. 2010-04-11]. Dostupný z WWW: <<http://www.oknodokraje.cz/article/3635.socialni-sluzby-zadaji-vyssi-prestiz/>>.
- NÁPLAVA, Lubomír. Město Uherské Hradiště [online]. 10.02.2010 [cit. 2010-03-11]. Komunitní plánování sociálních služeb v Uherském Hradišti. Dostupné z WWW: <[http://www.mesto-uh.cz/cms/urad/odbory/odb\\_soc\\_sluzeb\\_zdrav/KPSS](http://www.mesto-uh.cz/cms/urad/odbory/odb_soc_sluzeb_zdrav/KPSS)>.
- Nemocnice v Uherském Hradišti : *50 let od založení Zemské nemocnice v Uherském Hradišti*. Uherské Hradiště : Okresní ústav národního zdraví, 1974. 173 s.
- Město Uherské Hradiště [online]. 10.02.2010 [cit. 2010-03-11]. Katalog sociálních služeb\_word. Dostupné z WWW: <[http://www.mesto-uh.cz/cms/obecne/projekty\\_mesto/KPSS/projekt\\_kpss/Katalog/katalog1](http://www.mesto-uh.cz/cms/obecne/projekty_mesto/KPSS/projekt_kpss/Katalog/katalog1)>.

- Sociální služby Uherské Hradiště [online]. 2004 [cit. 2010-03-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.ouss-uh.cz/>>.
- KALVACH, Zdeněk, et al. *Umírání a paliativní péče v ČR : (situace, reflexe, vyhlídky)* [online]. Praha : Cesta domů, 2004 [cit. 2010-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf>>. ISBN 80–239–2832–5.
- Zlínský kraj : *[profil]*. [Zlín] : **Zlínský kraj**, 2003. 21 s.

## ZÁKONY A VYHLÁŠKY

- Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona O sociálních službách

## OSTATNÍ ZDROJE

- *Standardy kvality sociálních služeb. 2.uprav. vyd.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. 2003. 24 s. ISBN 80-86552-67-5
- *Nemocnice v Uherském Hradišti: 50 let od založení Zemské nemocnice v Uherském Hradišti.* Uherské Hradiště: Okresní ústav národního zdraví. 1974. 173 s.

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Výňatek z domovního řádu

Příloha č. 2: Výňatek z domovního řádu

Příloha č. 3: Pobyt uživatelů mimo domov – přechodný pobyt

Příloha č. 4: Výňatek ze zprávy o činnosti domova za rok 2009

Příloha č. 5: Výňatek ze zprávy o činnosti domova za rok 2009

Příloha č. 6: Podmínky pro přijetí do DS Uherské Hradiště

Příloha č. 7: Fotografie ze života seniorů v DS Uherské Hradiště

Příloha č. 8: Výše úhrad za ubytování a stravu.



## **Příloha č. 1: Výňatek z domovního řádu**

### **Výplata důchodů**

Uživatelé služby mohou úhradu za ubytování, stravování, příp. péči platit přes společný účet zařízení, přes účet zřízený u některého bankovního ústavu nebo v hotovosti, v kanceláři účetní zařízení.

- 1) Česká správa sociálního zabezpečení zasílá důchody hromadně na účet Sociálních služeb Uh.Hradiště, které provádí z tohoto důchodu srážku úhrady za pobyt a stravu. Po odečtení této srážky je uživatelům vyplacen zůstatek důchodu (dle z.č.108/2006 Sb. zůstává uživateli min.15 % příjmu), z něhož je odečtena částka za odebrané fakultativní služby za uplynulý kalendářní měsíc. Částka je splatná v den výplaty v pokladně zařízení. Zůstatek důchodu není vyplácen uživatelům, kteří platí úhradu za pobyt osobně, nebo převodem z účtu.
- 2) Důchod vyplácí uživatelům služby účetní zařízení a sociální pracovníce, včetně dalšího zaměstnance jako svědka, vždy každého 15. dne v měsíci. případně-li tento den na sobotu, je důchod vyplácen 14. a případně-li den výplaty na neděli, je důchod vyplácen 16. dne v měsíci. Pravidla pro výplatu zbytku důchodu, včetně uložení neodebrané hotovosti z důvodu hospitalizace v den výplaty jsou stanovena ve vnitřní směrnici. V této směrnici jsou rovněž stanoveny pravidla výplaty, jestliže se jedná o uživatele částečně nebo úplně zbaveného způsobilosti k právním úkonům.
- 3) Důchody se vyplácí v kanceláři sociální pracovníce ve výplatní den od 12.30 hod. Uživatelům, kteří pro svůj zdravotní stav nejsou schopni převzít důchod v kanceláři sociální pracovníce, je důchod vyplácen na pokojích. Tyto způsoby vyplácení zůstatku důchodu jsou pro zajištění diskrétnosti převzetí.
- 4) Případné vratky uživateli služby či doplatky za fakultativní služby od uživatele služby jsou vypláceny nebo hrazeny v hotovosti v kanceláři účetní zařízení.
- 5) Příspěvek na péči náleží poskytovateli sociální služby.

## **Příloha č. 2: Výňatek z domovního řádu**

### **Vycházky mimo areál domova**

- 1) Uživatelé služby DS UH se mohou volně a bez omezení pohybovat po domově a opouštět domov podle svých potřeb a přání.
- 2) S každým uživatelem je po nástupu do zařízení provedena ústní dohoda o tom, že v zájmu své bezpečnosti nebo poskytnutí rychlé lékařské pomoci je vhodné, aby oznámil svůj odchod ze zařízení službu konající zdravotní sestře. Současně sdělí i přibližnou dobu návratu.
- 3) Službu konající personál oddělení může doporučit uživateli, aby zvážil vhodnost vycházky, jestliže by bylo ohroženo jeho zdraví nebo bezpečnost (např. nepříznivé počasí, náledí, špatný zdravotní stav uživatele, nedostatečné oblečení, epidemie apod.)
- 4) Při nařízení karantény krajskou hygienickou stanicí (v době epidemie) je nutné dodržovat zákaz vycházek i návštěv a omezit vzájemné návštěvy na pokojích v rámci zařízení až do odvolání. Písemný zákaz bude vždy uveřejněn na hlavních dveřích. Na doporučení KHS jej vydává vedoucí zařízení a je závazný jak pro uživatele, tak i pro návštěvy.
- 5) Všechna omezení jsou s uživateli projednána a vysvětlena s přihlédnutím k :
  - respektování a naplňování osobních práv každého uživatele,
  - podoře samostatnosti,
  - respektování práva na přiměřené riziko.

### **Příloha č. 3: Pobyt uživatelů mimo domov – přechodný pobyt**

- 1) Uživatelé mohou pobývat mimo domov. Uživatel si na dobu pobytu mimo domov vyžádá u služby konající sestry léky a zdravotní kartu, pokud požádal pověřeného pracovníka o její uložení.
- 2) Za den pobytu mimo domov se považuje kalendářní den, kdy uživatel pobývá mimo zařízení od 0.00 hodin do 24.00 hodin.
- 3) Za předem oznámený pobyt mimo domov se považuje oznámení ústní, písemné nebo telefonické, nejméně 48 hodin předem, v případě víkendu nejpozději ve čtvrtek do 10:00 hodin, před vánočními a velikonočními svátky 96 hodin předem. Oznámení o pobytu uživatele mimo zařízení a dohoda o způsobu náhrady za neodebranou stravu se eviduje na předepsaném tiskopisu, včetně data a hodiny nahlášeného odchodu a příchodu a data a hodiny skutečného odchodu a příchodu. Za takto odhlášený pobyt náleží uživateli finanční vratka ve výši hodnoty potravin celodenní stravy, bez režijních nákladů, tj. v hodnotě stravovací jednotky
- 4) Při předem oznámeném pobytu mimo zařízení kratším než kalendářní den, poskytne zařízení náhradu zaplacené úhrady ve formě potravinového balíčku.
- 5) Pobyt mimo zařízení z důvodu lékařského ošetření nebo umístění ve zdravotnickém zařízení se považuje vždy za předem oznámený pobyt mimo zařízení.
- 6) Za předem neoznámený pobyt uživatele se vratka nevrací.
- 7) Vratka za ubytování se neposkytuje.
- 8) Uživatel, který pobírá příspěvek na péči, se za každý den předem odhlášeného pobytu vrací poměrná část příspěvku za počet dnů, kdy nepobýval v zařízení. Toto platí jak pro pobyt u fyzické osoby, která o něj pečovala, tak pro pobyt ve zdravotnickém zařízení, který je kratší než jeden celý kalendářní měsíc. Při pobytu delším jak jeden kalendářní měsíc je výplata příspěvku na péči zastavena "Rozhodnutím" příslušného úřadu, který příspěvek vyplácí.
- 9) Podrobná pravidla pro výplatu všech typů vratek jsou popsána ve Smlouvě o poskytnutí sociální služby.

## Návštěvy

- 1) Uživatelé mohou přijímat návštěvy neomezeně, s ohledem na stanovený noční klid. Při mimořádných událostech mohou být návštěvy zakázány (zákaz návštěv orgány hygienické služby, vážné technické a bezpečnostní důvody).
- 2) Každá návštěva se při příchodu ohlásí na vrátnici, kde je zapsána do Knihy návštěv.
- 3) Uživatelé přijímají návštěvy ve všech prostorách domova.
- 4) Návštěvy nesmí rušit noční klid, pořádek v domově nebo narušovat léčebný, ošetrovatelský a hygienický režim uživatelů služeb. Prosíme o respektování soukromí spolubydlících uživatelů. K případným návštěvám ve večerních hodinách využívat společné prostory (společenské místnosti na patrech, společensko-kulturní místnost v přízemí budovy).
- 5) V domově návštěvám nelze poskytovat ubytování ani běžnou stravu z kuchyně.
- 6) Návštěvy, které setrvávají i po uzamčení domova -v době nočního klidu, se musí ohlásit službu konajícímu personálu, který jim při odchodu odemkne vstupní dveře.
- 7) Uživatelé se mohou navštěvovat navzájem na pokojích, při respektování soukromí ostatních spolubydlících.
- 8) Návštěva zvířat v areálu domova je povolena jen při zachování všech hygienických a bezpečnostních opatření (náhubek, vodítko,..).
- 9) Pravidla pro chování ostatních subjektů v zařízení (praktické vyučování odborných škol, praktické stáže studentů různých stupňů specializovaných škol, rekvalifikačního studia, dobrovolnické organizace, návštěvy duchovních, výkon canisterapie) jsou specifikována v konkrétních dohodách a smlouvách o vykonávání praxe, dobrovolnictví, canisterapie, pastorační činnosti apod., které jsou uzavírány s ředitelstvem p.o. Pro všechny tyto subjekty platí ustanovení Domácího řádu o návštěvách. Vedoucí zařízení provede základní školení PO a BOZP.

## Příloha č. 4: Výňatek ze zprávy o činnosti domova za rok 2009

### ZAVÁDĚNÍ STANDARDŮ KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

č.	Standard	Vypište, která pravidla máte k jednotlivým standardům zpracovaná
1.	Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb	Poslání sociální služby, cíle (rozvojové, dlouhodobé) a způsoby poskytování péče, zásady poskytované sociální služby, cílová skupina, předmět činnosti, pracovní postupy.
2.	Ochrana práv osob	Ochrana práv osob – obecné, Metodický pokyn – Ochrana práv uživatelů služeb, Rádce pro uživatele, Práva a povinnosti uživatele sociální služby, Práva a povinnosti poskytovatele, Posouzení rizik u uživatelů s psychickým onemocněním, ztráta orientace v čase a prostoru, přijímání darů v organizaci
3.	Jednání se zájemcem o sociální službu	Pravidla pro jednání se zájemcem o službu, Pravidlo pro projednávání očekávání a osobních cílů, Pravidlo pro postup při odmítnutí zájemce o službu
4.	Smlouva o poskytování sociální služby	Postup při uzavírání smlouvy a její náležitosti, Postup při ukončení poskytování sociální služby
5.	Individuální plánování průběhu sociální služby	Pravidlo pro plánování služby, Metodický postup pro plánování sociální služby, Metodický postup pro zásady komunikace a zjišťování potřeb u uživatelů sociální služby, Dotazník – stanovení osobních cílů a potřeb uživatele (příloha Smlouvy o poskytnutí služby sociální péče)
6.	Dokumentace o poskytování sociální služby	Pravidlo pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace, archivace a skartace (viz Organizační směrnice č. 2/2006)
7.	Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby	Pravidla pro vyřizování stížností
8.	Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje	Manuál – návaznost na další dostupné zdroje, zprostředkování služeb a jiných kontaktů
9.	Personální a organizační zajištění sociální služby	Organizační struktura, Přijímání nových pracovníků a jejich zaškolování, Pravidla pro působení cizích osob při poskytování sociální služby
10.	Profesní rozvoj zaměstnanců	Další vzdělávání pracovníků, Hodnocení pracovníků, Postup při porušení pracovních povinností zaměstnance
11.	Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby	Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12.	Informovanost o poskytované	Soubor informací o poskytované sociální službě – Základní informace o poskytované sociální službě, webové stránky

	sociální službě	( <a href="http://www.ouss-uh.cz">www.ouss-uh.cz</a> ), informační leták, informační tabule v zařízení
<b>13.</b>	Prostředí a podmínky	Prostředí zařízení a podmínky poskytované sociální služby
<b>14.</b>	Nouzové a havarijní situace	Manuál – nouzové a havarijní situace, postup při konfliktu s agresivním uživatelem, úrazy uživatelů, konflikty, nezvěstný uživatel, úmrtí, poškození majetku domova uživatelem, vloupání, jiné závažné nouzové a havarijní situace (ohlašování požáru, evakuační plán, poplachové směrnice, přírodní katastrofy)
<b>15.</b>	Zvyšování kvality sociálních služeb	Dotazníkové šetření, Systém pravidelných schůzek s obyvateli (setkávání výboru obyvatel, všech obyvatel, stravovací komise).

## Příloha č. 5: Výňatek ze zprávy o činnosti domova za rok 2009

### VÝŠE ÚHRADY STANOVENÁ V ORGANIZACI ZA POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PLATNÁ K 1. 1. 2009 A K 1. 1. 2010

(vyplňte dle příslušného typu sociální služby)

Uveďte z vnitřního předpisu organizace výši sazby v (Kč/den) za:

	specifikujte jednotlivé varianty	k 1. 1. 2009 v Kč	k 1. 1. 2010 v Kč
ubytování	1 lůžkový pokoj (sprcha, WC, umyvadlo)		127
	1 lůžkový pokoj (WC, umyvadlo)	130	121
	1 lůžkový pokoj (umyvadlo)	125	116
	2 lůžkový pokoj (sprcha, WC, umyvadlo)		111
	2 lůžkový pokoj (WC, umyvadlo)	108	106
	2 lůžkový pokoj (umyvadlo)		101
	3 lůžkový pokoj	96	87
	4 lůžkový pokoj		84
	5 lůžkový pokoj		81

<b>celodenní stravování</b>	127 – dieta č. 3,č. 4 133 – dieta Č. 9, č. 9/4	127 – dieta č. 3, č. 4 133 – dieta Č. 9,č. 9/4
<b>stravování v denním stacionáři</b>		

Komentář: 127,- Kč je za stravu normální

133,- Kč je za stravu diabetickou

**FAKULTATIVNÍ SLUŽBY NABÍZENÉ A POSKYTNUTÉ V OBDOBÍ OD 1. 1.  
DO 31. 12. 2009**

<b>Fakultativní služba (celá nabídka služeb)</b>	<b>Jednotková cena (Kč)</b>	<b>Jednotka</b>	<b>Příjmy celkem/rok (Kč)</b>	<b>Náklady celkem/ro k (Kč)</b>
Vedení kapesného	100	měsíčně	500	
Úschova cenností	20	měsíčně	1.080	
Šicí práce	40	ks	200	
Elektrospotřebiče	30	Ks/měsíc	40.110	
Celková koupel	10	Kč/výkon	1.880	
Pomoc při péči o vlasy	5	Kč/výkon	340	
Pomoc při péči o nehty	5	Kč/výkon	245	
Donáška stravy na pokoj	5	Za 1 jídlo/den	5.625	
Pomoc při oblékání, vč. spec. pomůcek	5	Kč/výkon	325	
Přesun na lůžko, vozík, WC	5	Kč/výkon	65	
Pomoc při osobní hygieně	5	Kč/výkon	420	
Příležitostné obstarávání nákupů	10	Kč/měsíc	20	
Masáž zad	30	Kč/výkon	150	
Donáška finanční hotovosti	10	Ks/měsíc	130	
Donáška léků z lékárny	10	Recept/měsíc	20	
Použití služebního vozidla	7	Kč/km	903	
Rozmnožování tiskovin	1	Ks/měsíc	4	
<b>CELKEM 2009</b>			<b>51.657</b>	



## Příloha č. 6: Podmínky pro přijetí do DS Uherské Hradiště

**Pokud se rozhodnete pro pobyt v našem zřízení, doporučujeme Vám zachovat následující postup**

1. zájemce o službu vyplní formulář „**Žádost o poskytnutí služby sociální péče**“, jehož součástí je vyjádření o zdravotním stavu, které zpracuje praktický lékař.
2. Tiskopis žádosti a vyjádření lékaře si můžete :
  - stáhnout z internetu, [www.ouss-uh.cz](http://www.ouss-uh.cz),
  - vyzvednout kdykoliv na recepci domova,
  - převzít u sociální pracovnice DS UH (kancelář ve 3. podlaží), která Vám rovněž poskytne poradenství a konzultaci ke všem dalším dotazům,
  - také na ředitelství Sociálních služeb Uh.Hradiště, p.o., Štěpnická 1139, tel.: 572 414 514,
  - k Žádosti doložte poslední platný výměr o důchodu a Rozhodnutí o příspěvku na péči, pokud jej pobíráte.

Telefonní kontakt na sociální pracovnici domova 571 414 530

3. vyplněný formulář včetně příloh odevzdejte (osobně, poštou) na adresu naší instituce, k rukám sociální pracovnice pověřené vedením agendy zájemců o službu

Adresa: **Domov pro seniory**  
**Štěpnická 1139**  
**686 06 Uherské Hradiště**

### Co bude následovat

Sociální pracovnice ověří úplnost a správnost údajů uvedených v žádosti a provede osobní návštěvu v místě trvalého bydliště žadatele, případně v místě jeho současného pobytu. Následuje posouzení žádosti komisí, zda je v souladu s vnitřními pravidly naší organizace a dle schválených kritérií je zájemce o službu zařazen do pořadníku čekatelů.

Sociální pracovnice předem vyzývá zájemce o službu z pořadníku k nástupu pobytu. V případě, že se zájemce a poskytovatel služby tj. **Domov pro seniory** dohodnou na zahájení služby, je mezi nimi podepsána Smlouva a poskytnutí služby sociální péče v domově pro seniory, jejíž znění je s uživatelem předem projednáno a jednotlivé body jsou uživateli ve srozumitelné formě objasněny.

Poskytnutí pobytové sociální služby se podle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. vylučuje, jestliže:

- zdravotní stav zájemce o službu vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení

- zájemce o službu není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci
- chování zájemce o službu by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití
- službu rovněž nelze poskytnout občanům, kteří nesplňují kritéria zařazení do cílové skupiny uživatelů

**Příloha č. 7: Fotografie ze života seniorů v DS Uherské Hradiště**



**1 Výlet klientů do Buchlovic**



**2 Výtvarná dílna**



3 Posezení u šálku kávy



4 Muzikoterapie





**5 Udržování kondice**



**6 Muzikoterapie**



7 Nasedat, jedem na výlet



8 Slet čarodějnic na pokoji klienta



**9 Rekonstrukce Domova pro seniory v Uherském Hradišti – přístavba**

## **Příloha č. 8: Výše úhrad za ubytování a stravu.**

### **stravování:**

127 Kč strava normální/den

133 Kč strava diabetická/den

### **bydlení:**

125 Kč jednolůžkový/den

108Kč dvoulůžkový /den

96 Kč třílůžkový /den

### **celkem podle typu ubytování a diety:**

#### diabetická strava

258 Kč / den

241 Kč/ den

#### normální strava

252 Kč/ den

235 Kč / den



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Radka Hauková
<b>Katedra:</b>	ÚSTAV PEDAGOGIKY A SOCIÁLNÍCH STUDIÍ
<b>Vedoucí práce:</b>	Doc. PhDr. Libuše Podlahová, Dr.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	HISTORIE DOMOVA PRO SENIORY V UHERSKÉM HRADIŠTI V KONTEXTU OBEČNÝCH, SOCIÁLNÍCH A KULTURNÍCH DĚJIN
<b>Název v angličtině:</b>	HISTORY OF THE RETIREMENT HOUSE IN UHERSKÉ HRADIŠTĚ. REVIEWED IN A HISTORICAL, SOCIAL AND CULTURAL CONTEXT
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá péčí o seniory z historického pohledu. Cílem diplomové práce je zmapovat vývoj péče o seniory od nejstarších tzv. laických forem léčitelství, přes charitativní středověké formy péče až po vznik moderních organizovaných forem institucionalizované péče. Poslední část diplomové práce se věnuje současné právní úpravě sociálních služeb a historii péče o seniory na území Uherského Hradiště. Konkrétně se zabývá vznikem sociálních služeb Uh. Hradiště a péčí o seniory v Domově pro seniory Uherské Hradiště.
<b>Klíčová slova:</b>	Stáří, senior, rodina, sociální služby, historie Domov pro seniory, zákon o sociálních službách, zdravotní péče
<b>Anotace v angličtině:</b>	This work deals with the care of elderly people from an historical point of view. The first part follows the evolution of elderly care from the oldest laic model through the medieval charity system and finally to the foundation of modern institutional systems. The second part of this work focuses on the modifications of the actual legislation of the social services and the history of the elderly care in Uherské Hradiště. The last part reviews the creation of the social services in Uherské Hradiště and the elderly care in the local retirement house.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Elderly, elderly person, elderly woman, elderly man, elderly people, elderly care, family, social service, history, rest home, social service law, health care

<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1: Výňatek z domovního řádu</p> <p>Příloha č. 2: Výňatek z domovního řádu</p> <p>Příloha č. 3: Pobyt uživatelů mimo domov – přechodný pobyt</p> <p>Příloha č. 4: Výňatek ze zprávy o činnosti domova za rok 2009</p> <p>Příloha č. 5: Výňatek ze zprávy o činnosti domova za rok 2009</p> <p>Příloha č. 6: Podmínky pro přijetí do DS Uherské Hradiště</p> <p>Příloha č. 7: Fotografie ze života seniorů v DS Uherské Hradiště</p> <p>Příloha č. 8: Výše úhrad za ubytování a stravu.</p>
<b>Rozsah práce:</b>	161445
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk