UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav pedagogiky a sociálních studií

Mgr. Marcela Šimoníková
V. ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

Projekt sociálního zařízení pro seniory

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. a uvedla zde všechny použité literární a jiné odborné zdroje v souladu s právními předpisy, vnitřními předpisy Univerzity Palackého Olomouc.

V Olomouci dne 16.4. 2010 podpis…….....

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph.D. za odborné vedení, za poskytování cenných rad a připomínek. Velmi si cením ochoty a času, který mi věnovala.

Nesouhlasím s půjčováním diplomové práce pro studijní účely a potřeby výuky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

V Olomouci 16.4. 2010 podpis……

„Stáří a bezmocnost jsou smutní druhové posledních let života“.

Henryk Sienkiewicz

OBSAH

ÚVOD……8

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení odborných pojmů……10

2 Systém sociálních služeb pro seniory v České republice…….15

2.1 Historie sociálních služeb v péči o seniora…….16

2.2 Současnost sociálních služeb v péči o seniora……18

2.3 Registrace pro poskytovatele sociálních služeb……..20

2.4 Standardy kvality sociálních služeb a jejich význam…….21

3 Senior a jeho potřeby…….....23

3.1 Stáří……..23

3.2 Biologické stárnutí……...23

3.3 Psychické stárnutí…… 25

3.4 Sociokulturní stárnutí……...26

3.5 Potřeby ve stáří…….27

3.6 Adaptace seniora na stáří……..29

3.7 Senior v pobytovém zařízení……30

4 Poskytovatelé sociálních služeb pro seniory v Jihomoravském kraji…….. 34

4.1 Státní zařízení pro seniory……34

4.2 Nestátní zařízení pro seniory……39

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Výzkumné šetření……..43

5.1 Teoretická východiska výzkumu……...43

5.2 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz……...44

5.3 Metodika výzkumu……...44

5.4 Charakteristika zkoumaného souboru a rozbor ankety výzkumného šetření...45

5.5 Vyhodnocení hypotéz……...53

5.6 Závěr výzkumu…….54

6 Návrh projektu sociálního zařízení pro seniory……55

6.1 Domov pro seniory Vanovice……...56

6.2 Charakteristika oblasti……..57

6.3 SWOT analýza……..58

6.4 Návrh financování služeb……59

6.5 Cíle a způsob poskytování služeb……..60
ZÁVĚR…….66
Seznam odborné a použité literatury …….....68
Seznam jiných zdrojů……71
Seznam příloh
ANOTACE

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá problematikou **sociální péče o seniory**. Tato problematika je v současné době velmi aktuální a mně blízká, ráda bych tak své budoucí profesní zaměření spojila právě s domovy pro seniory. Část práce tvoří návrh projektu zařízení tohoto typu.

Cílem diplomové práce je vytvoření návrhu projektu Sociálního zařízení pro seniory. Dílčím cílem je zjistit povědomí a spokojenost seniorů či pečujících o seniory s nabízenými službami sociální péče. Ve výzkumném šetření jsem si dala za úkol najít odpovědi na otázky vztahu seniora k užívání sociální služby, jaká je spokojenost s poskytovanými sociálními službami, zda je ochota ze strany seniorů financovat sociální služby.

V teoretické části se zabývám vysvětlením základní terminologie, která souvisí s tvorbou projektu zařízení pro seniory. Druhá kapitola je zaměřena na systém sociálních služeb, poskytovaných v České republice. Sleduje jak historické pojetí, tak současnou situaci v České republice. Třetí kapitola se věnuje hlavním aspektům stáří a stárnutí, potřebami seniorů, které je nutné zohlednit v sociální péči. Čtvrtá kapitola sleduje vybraná sociální zařízení pro seniory, ve vybraném regionu, z hlediska jejich zřizovatele a nabízených služeb.

V praktické části diplomové práce jsou předloženy výsledky ankety pro seniory a jejich pečujících. Zjišťující povědomí o sociálních službách v jejich okolí a ochotu respondentů finančně se spolupodílet na jejich provozu.

Demografické údaje dnes jasně vypovídají: naše, evropská i celosvětová populace stárne a přibývá starých lidí, kteří potřebují zdravotní a sociální pomoc. Posláním pobytových zařízení je poskytování odborných a individuálně zaměřených sociálních služeb, které napomáhají k udržení, v některých případech i zvýšení

uživatelů. Pomáhají k prožití smysluplného života. Hlavní úlohu plní především personál v přímé péči, jak personál zdravotní, tak i pracovník v sociálních službách.

Kvalita života ve stáří je podmíněná zdravotním stavem, potřebou zdravotních a sociálních služeb. V současné době představuje potřeba zdravotních a sociálních služeb velký problém. Moderní služby představují celostní a komplexní pohled na klienta. Zde se vzájemně ovlivňují aspekty tělesné, psychické, sociální a spirituální vlivy vnějšího prostředí. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu,

poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv, zájmů atd.

Na samém začátku třetího tisíciletí je velmi důležité, abychom přehodnotili dosavadní způsob života a chápání stáří. Změnili názor „stáří konec života“. Stáří trvá přibližně stejnou dobu jako dospělost a mládí. Proto si zaslouží stejně velkou pozornost a zájem o seniora, jak ze strany pomáhajících profesí, tak v neposlední řadě i zájem státní sociální a zdravotní politiky.[1]

„V současnosti žije v ČR téměř 10,25 milionů občanů, u nichž se každý rok zvyšuje průměrný věk, který činí 40 let. Ve věku 65 let a více je 14,2% obyvatel ČR (nad 60 roků je téměř 20,1%) a nad 80 roků 3,1%. Početně silná skupina dětí narozených v polovině 70. let s největší pravděpodobností zůstane v prvních 3 dekádách 21. století nejsilnější věkovou skupinou obyvatelstva. Nastane tak neobvyklá situace, jaké se zatím nikdy, nejen v ČR, ale ani v žádné jiné zemi neobjevila. Kolem roku 2015 budou nejpočetnější skupinou v obyvatelstvu 40letí, kolem roku 2030 pak 55letí. V roce 2030 by počet osob nad 60 let měl tvořit 1/3 obyvatel a nad 80 dokonce 5-8%. Další velmi početnou generací budou ovšem i narození kolem roku 1950. Jejich vysoký počet způsobí prudký růst počtu 60letých kolem roku 2010 a roku 2020 pak 70letých. Období po roce 2020, zejména po roce 2030, kdy hranici stáří překročí mimořádně početné ročníky 70. let, bude v České republice obdobím zvlášť vysokého počtu starých lidí, ostře kontrastujícím s 90. léty 20. století. Dlouhodobé populační stárnutí v tomto období vyvrcholí a vytvoří situaci, kterou si lze nyní představit jen velmi obtížně. V roce 2050 bychom měli mít nad 60 roků již 40% všech obyvatel ČR a nad 80 roků okolo 9,5%.“[2]

[1] KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, str. 11. ISBN 978-80-247- 2169-9.

[2] WEBER, P.*Stárnutí populace a geriatrizace medicíny v ČR na prahu 3.tisíciletí*: In Česká geriatrická revue. 2007.5(I), str. 5. ISSN 1801-8661.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ODBORNÝCH POJMŮ

V následující kapitole uvádím stručné vysvětlení pojmů, týkajících se tvorby projektu „*Sociálního zařízení pro seniory*“. Související pojmy jsou důležité pro pochopení základní problematiky v péči o seniory.

Senior

„***Senior***“ (z latiny senex, senis – starý, druhý stupeň senior, starší [3]) se užívá v návaznosti na národní systémy k označení osob, které jsou ve věku stanovené věkové hranice odchodu do starobního důchodu. Dle definic OSN, která uznává ve svých materiálech věkovou hranici 65 let jako hranici stáří, se senioři dle životních sil a aktivit rozdělují na seniory třetího věku (aktivní, nezávislí) a seniory čtvrtého věku (závislí).[4]

Sociální pracovník a jeho úloha v péči o seniora

Sociální pracovník profesionálně pečuje o člověka. Jeho činnost je zaměřena na různé tíživé životní situace, do které se klient dostal a neumí je řešit svými silami. Vystupuje jako zástupce majoritní společnosti a jako prostředník mezi sociálním klientem a společnosti. V této roli stojí na straně zákona a státu, na straně mocnějšího. Je vázán povinností dodržovat normy a zákonná ustanovení, což ztěžuje jeho vztah ke klientům.[5]

V péči o seniory je považován za průvodce seniora v jeho těžkém období, je zde pro něho, aby mu pomohl v náročné sociální situaci uskutečnit správné kroky vzhledem k jeho možnostem a situacím. Úkolem sociálního pracovníka je mimo jiné navodit příjemnou atmosféru a dát najevo uživateli důvěru.

„Sociální pracovník, který chce poskytovat účinnou pomoc starým lidem, by měl být trénován ve speciálních komunikačních dovednostech“.[6] Měl by být orientován na seniora a umět projevit empatii ve správnou chvíli. Empatie, která zůstává neprojevena, uzavřeně v mysli pracovníka, klientovi nijak neprospívá. Umění zorganizovat si svůj čas, je dalším předpokladem pro dobře vykonanou práci. Dále by měl být předvídavý, to znamená, aby si dopředu uvědomil možný dosah svého konkrétního jednání.

---

[3] http://cs.wikipedia.org/wiki/Senior
[4] Rozdělení se používá v Národním programu přípravy na stárnutí populace v ČR. MPSV 2001
[5] GOLDMAN, R. a kolektiv. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc: UP Olomouc. 2006, str. 98. ISBN 80-244-1454-6.
[6] MATOUŠEK, O. a kolektiv. *Sociální práce v praxi*. Praha:Portál, 2005, str.167. ISBN 80-7367-002-X.

Vnímavý k poznatkům svých kolegů a v případě nutnosti změnit špatné postoje. V neposlední řadě by měl být týmovým hráčem, neboť sociální práce není individuální disciplína, ale efekt spočívá v práci v týmu.

Odborný tým

Charakteristikou zařízení sociálních služeb je odborný pracovní tým. Dle Zákona č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, odbornou činnost v sociálních službách vykonávají sociální pracovníci, kteří zajišťují **přímou obslužnou péči** o osoby, u kterých zajišťuje nácvik jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, s prádlem, udržováním čistoty a osobní hygieny, podpory soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. **Základní výchovnou pedagogickou činnost** spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků a po jejich fixaci, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí, tvořivých schopností formou výchovné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové kulturní činnosti prostřednictvím osobní asistence. **Pečovatelskou činnost**, která spočívá s vykonáváním prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů, psychické aktivizační a organizační zajištění. [7]

Odborný tým v sociálních službách, podle typu zařízení, tvoří sociální pracovník, pracovník sociální péče, všeobecná sestra, zdravotnický asistent, ošetřovatel, ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog, speciální pedagog popř. externí personál, který se může podílet na dobrovolnické činnosti. Kvalifikace pracovníků je velmi důležitým aspektem. Kromě odborných znalostí a dovedností, jsou to především komunikační schopnostmi s veškerými specifiky k dané skupině uživatelů.

[7] http://socialnirevue.cz/item/socialni-pracovnik-a-pracovnik-v-socialnich- sluzbach/category/socialni-prace [cit. 18.11. 2009]

Péče o seniory je péči týmovou, multidisciplinární a multiresortní. Je považována za celospolečenskou otázku.

Pomáhající profese představují poměrně široký soubor povolání, které mají vztah k bezprostřední práci s lidmi. Jsou však mnohem více službou a posláním, než rutinní prací.[8]

Domov pro seniory

Dřívější označení „domov důchodců“ vycházelo z Vyhlášky č. 182/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Dle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v §49 najdeme novou terminologii „domov pro seniory“. Další označení je rezidenční zařízení (rezidence – bydliště, byt), protože nabízí tzv. rezidenční služby, tzn. sociální služby poskytující trvalý nebo dočasný pobyt klienta.

Společnost LONGEVITA SENIO s r.o. definuje domov pro seniory „*instituce starající se o občany staršího věku, kteří často nemají žádné blízké příbuzné, kteří by o ně pečovali, nebo o ně pečovat nechtějí či jim v tom brání něco jiného (např. finanční situace, nedostatek času)*“.[9]

Domovy pro seniory poskytují svým klientům sociální, zdravotnické, stravovací, ubytovací, lékařské služby. Služby jsou poskytovány klientům se sníženou mírou soběstačnosti, Alzheimerovou nemocí či s jinou formou demence. Tyto instituce mohou být státní či soukromé. Podstatným rysem je, že zařízení může být pro klienty dočasnou či trvalou náhradou domova. Podle délky trvání handicapu jsou modely pobytových zařízení rozděleny na model klasický (nemocniční, krátkodobý), rehabilitační (u dlouhodobých handicapů), pečovatelský (u trvalých handicapů). Bereme-li v úvahu problémy spojené se stářím nebo samotné stáří za trvalý handicap a současně náhradu domova, domov pro seniory je pobytovým zařízením uplatňující vůči svým uživatelům uplatňuje pečovatelský model péče. [10]

[8] JANKOVSKÝ,J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha:Triton. 2003, str. 5. ISBN 80-7254-329-6.
[9] htpp://www.longevita.cz/leve-menu-obsah/slovníček-pojmu/114-254-domov-pro-seniory.htm. [26.3. 2010]
[10] MATOUŠEK, O. a kolektiv. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál 2005, str. 165. ISBN 80-7367-002-X.

Poskytovatel sociální služby

Poskytovatel sociální služby je právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci a subjekt, který není registrovaný jako poskytovatel.[11]

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb. Zjišťují především skutečné potřeby lidí a zdrojů k jejich uspokojení. Kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby. Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb. Odpovědnost za zajišťování sociálních služeb v České republice v první řadě nese stát, jak to definuje zákon č. 100/1998 Sb. o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Kraje a obce jako územně-právní samostatné celky přispívají k rozvoji sociálních služeb v rámci svých působností podle Zákona č. 128/2000 Sb., o obcích a krajích č. 129/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů a podle Zákona o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení č. 114/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zadavatel sociálních služeb

Zadavateli sociálních služeb jsou zejména obce a kraje. Zadavatelé jsou odpovědni za zajištění sociálních služeb na příslušném území. Vstupují do procesu jako aktivní účastníci, proto, že jsou garanty realizace výstupu komunitního plánování.

Uživatel

Uživatelem sociální služby může být kdokoliv, kdo vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem sociální služby, jehož obsahem je zabezpečení těch činností, které popisuje Zákon o sociálních službách. Pojem uživatel sociální služby se tedy užívá v těch případech, kdy je trvale či dočasně zabezpečována pomoc a podpora v dohodnutém rozsahu oprávněným poskytovatelem.[12]

[11] http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=D45E00F9282CFD6308A236F2F08877B7.node1?SUBSESSION_ID=1269727017853_1. [cit. 26.3. 2010]
[12] http://www.kontaktbb.cz/socpor/ [20.3. 2010]

Inspekce kvality sociálních služeb

Inspekcí kvality pro poskytování sociálních služeb je chápáno jako systematické ověřování a hodnocení postupů a metod, které jsou využívané při poskytování sociálních služeb. Inspekci provádí právnické a fyzické osobina základě akreditace udělené ministerstvem. Probíhá na žádost poskytovatele, podanou prostřednictvím ministerstva. Pokud poskytovatel splní stanovené podmínky, získá osvědčení o kvalitě poskytovaných sociálních služeb.

Komunitní plánování

Posláním komunitního plánování je zajišťováním dostupnosti sociálních služeb. Jedná se o zjištění stavu poskytování sociálních služeb v dané lokalitě a také potřeb, které nejsou naplněny. [13]

V této kapitole jsme se zaměřili na vysvětlení pojmů senior. Jakou úlohu zastává sociální pracovník při práci se seniory, v čem spočívá kooperace odborného týmu. Pro tvorbu projektu jsme charakterizovali sociálního zařízení, poskytující péči seniorům „Domov pro seniory“. V závěru kapitoly jsme si ujasnili kdo je poskytovatel, zadavatel, uživatel. Jakou úlohu v systému sociální péče má inspekce a jaké jsou její aspekty. Zdůraznili jsme význam komunitního plánování v sociálních službách.

[13] http://www.mpsv.cz/cs/850 [cit. 27.3. 2010]

2 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE

Následující kapitola pojednává o základních principech v péči o seniora. Seznamuje nás stručně s historií sociálních služeb v péči o seniora a s novodobou péčí u nás.

V současné době, se díky novým demografickým ukazatelům, naskytuje stále častěji otázka, jak nejlépe zajistit péči o staré občany. A to jak v oblasti zdravotní či sociální. Jakým způsobem co nejdéle zachovat jejich soběstačnost a jaké postavení jim vymezit v současné společnosti. Trendem je integrace seniorů do společnosti, která však musí být podporována rozvojem služeb, které uspokojují jejich individuální i specifické potřeby. Kromě zájmu rodiny, by se na tomto úkolu měl podílet kraj, region či komunita.

Při koncipování zdravotně sociální péče je zapotřebí brát na vědomí velkou heterogenitu dnešní populace. Je nezbytný individualizovaný přístup k potřebám seniorů. Institucionální i neinstitucionální formy péče o seniora by měly vycházet z modifikace následujících principů, které byly deklarovány na Vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982[14]:

Princip demedicinalizace – aspekt na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii.

Princip deinstitucionalizace – priorita na ošetřovaní a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti.

Princip desektorizace – aspekt multidimenzionální povahy potřeb a služeb, práce v týmu, návaznost zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče.

Princip deprofesionalizace – podpora rodiny, sousedské pomoci, dobrovolnictví apod.

Výše uvedené principy, by měly být zakomponované do standardů poskytovaných sociálních služeb. Přesto, že byly stanoveny, už před více jak 20 lety, mají svoji důležitost i dnes.

[14]Návrh Národního programu přípravy na stárnutí vychází z "Mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí" (Vídeň 1982).

2.1 Historie sociálních služeb v péči o seniora

Sociální služby byly a jsou motivovány snahou pomoci chudým lidem, popřípadě jinak sociálně slabým. Zájem se také soustředil na osoby či skupiny, které se měly udržet v určité společenské rovnováze.

Již ve středověku existovala institucionalizovaná podoba sociálních služeb, resp. chudinské péče. Společností často odsuzována. Represivní charakter se odrážel především v legislativě, která přetrvávala po mnoho století.

S upevňováním úřední státní moci se pokoušel stát vyvíjet nátlak na feudály, aby především pečovali o chudé a nemocné nevolníky. Církev mohla péči zajistit jen částečně. Péče byla závislá na možnostech a ochotě šlechty. Pod správu státu se začaly zřizovat služby, převážně ústavního charakteru, které zřizovaly především ústavní péči. Dlouhodobě pečovali o znevýhodněné lidi – chudé, staré, nemocné, děti, tuláky, žebráky aj. Nad jejich činností dozíral především jejich správce, který měl rozsáhlé pravomoci, včetně používání tělesných trestů. **Až na přelomu 18. a 19. století** se začala diferencovat zařízení pro opuštěné děti (sirotčince), pro lidi trpící duševními nemocemi (blázince), pro nemajetné lidi (chudobince) aj. Péče se koncentrovala ve vhodných objektech a v budovách, odkud Josef II vyhnal církevní řády. Dle Matouška to byla doba „*koncentrace znevýhodněných ve specializovaných ústavních zařízeních*“[15].

To byly začátky vzniku ústavní sociální péče a naskytla se možnost řešení vážných sociálních problémů. Na venkově se nabízelo ubytování v obecných bytech či domech. Na zajištění chodu této péče se střídali obyvatelé obce. Péče spočívala v zajištění minimální výživy pro lidi, žijících v těchto obydlích. Tento způsob můžeme přirovnat k dnešnímu komunitnímu plánování.

V době první republiky se začalo odlišovat od veřejného chudinství, chudinství soukromé. Začaly se rozmáhat především dobročinné spolky a humanitární organizace. Oblíbené byly např. tzv. vývařovny. Těžištěm dobrovolné péče bylo především budování, vydržování ústavů, které byly v té době považovány za nejúčinnější prostředky sociální péče. Toto soukromé chudinství bylo celospolečensky podporováno Chudinským zákonem č. 59/1868, § 29. Obce tak měly povinnost zřizovat tzv. pomocné bratrské pokladny a dobrovolné bratrské ústavy. Nedostatky byly především ve špatné koordinaci mezi soukromou a veřejnou správou. Některé formy sociální péče se překrývaly. Tento neřešitelný problém přetrvává do dnes.

[15] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. str. 21. ISBN 80-7367-002X.

Mezi nejvýznamnější dobrovolné spolky na území Československa patřily: Společnost Československého červeného kříže, organizace Okresních péčí o mládež, Masarykova liga proti tuberkulóze.

V období první republiky dochází k rozvoji poradenských služeb. Nejznámější jsou poradny pro volbu povolání, pro duševní zdraví, městské sociální poradny, poradny pro „úchylné děti“, poradny pro matky s dětmi, tuberkulózní a venerické poradny[16]. Tehdejší úřadovny pro péči o mládež, připomínají podobu dnešní probační a mediační služby.

Vývoj sociální soustavy **po obnovení státu v roce 1945** byl pod vlivem změn v sociální politice i sociální práci. Došlo ke znárodňování majetku osob, které spolupracovali s fašistickým režimem. Zvýšil se vliv státu na přerozdělování majetku, což bylo příčinou snížení sociální a příjmové diferenciace. Změnila se jak třídní, tak sociální struktura obyvatelstva. Došlo ke vzniku rovnostářské společnosti, ve které sociální opatření vycházela ze všeobecného národního pojištění. V tomto období byl kladen důraz na zdravotnickou péči. **Po roce 1948** se začal uplatňovat základní princip poskytování sociální ochrany. Vycházel z deklarace OSN v roce 1948 z aspektu důstojnosti každého lidského života. Z daru se tak stával nárok. Důležitost spočívala ve zhodnocení jednotlivých potřeb jedince, které musel efektivně zhodnotit. Nástrojem byla státní sociální politika. Stát zajišťoval pouze minimum sociálních služeb, jen to co jednotlivec a rodiny nezvládali V této době je naše sociální politika ovlivňována především západními koncepcemi. **V 60. letech 20. století** přišla vlna kritiky na ústavní formu péče a ústavy se začaly zmenšovat. K intenzivní terapii se začaly využívat terapeutické komunity. Klienti měli určitou zodpovědnost za proces vlastní změny a stávali se tak aktivními spoluúčastníky procesu, během kterého dochází ke změnám všech zúčastněných. Vznikají stacionáře, komunitní centra. Rozvíjí se služby kontaktující klienty v jejich prostředí, nazývané terénní služby. Rozšířila se pečovatelská služba, vznikla zařízení pro seniory tzv. domovinky, ojediněle pro psychiatrické pacienty - denní sanatoria. Byly také podporovány kluby důchodců. Vznikají první linky důvěry, které byly soustředěny do velkých psychiatrických léčeben. V ústavních zařízeních se začaly projevovat první nevýhody. Jsou velká a respekt ke klientům je nedostatečný.[17]

---

[16] KODÝMOVÁ, P., *Sociální práce do druhé světové války*. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha, Portál 2001, str. 42. ISBN 80-7178-473-7.

[17] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007, str. 28. ISBN 80-7367-002X.

2.2 Současnost sociálních služeb v péči o seniora

Systém sociálních služeb pro seniory by měl zajišťovat jejich individuální potřeby, práva a současně zajišťovat pomoc rodinám, které o nesoběstačné seniory pečují. Od 1. ledna 2007 v sociální praxi funguje nový moderní systém sociální práce a sociálních služeb, včetně standardů kvality sociálních služeb (zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a provádějící vyhláška č. 505/2006 Sb.), které by měly zajistit prostor pro větší respektování lidských práv, zvláště pak práv seniorů, jako významné skupiny uživatelů sociálních služeb. Uživatelé by měli mít možnost zvolit si takovou službu, která by jim vyhovovala.

Sociální služby jsou rozděleny na služby sociální péče, sociální poradenství a sociální prevence.

Služby sociální péče:

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech a v zařízeních sociálních služeb vybrané úkoly.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány jako součást jiných služeb.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je odlehčení fyzicky pečující osobě.

Centra denních služeb poskytují ambulantní složky osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního znevýhodnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Denní stacionáře služeb poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního znevýhodnění, osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Týdenní stacionáře nabízí pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního znevýhodnění, osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí či ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodů těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsobený specifickým potřebám těchto osob. **Sociálně aktivizační služby** pro seniory a osoby se zdravotním znevýhodněním jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované seniorům v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním znevýhodněním, ohroženým sociálním vyloučením.

Služby sociální rehabilitace nabízí soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Zajišťuje rozvoj specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvik výkonu běžných, nezbytných pro samostatný život. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Sociální poradenství

Zahrnuje jednak **základní sociální poradenství** poskytující bezplatné poskytování služby osobám v nepříznivé sociální situaci, potřebné informace, které přispívají k řešení jejich situace nebo se jí snaží předejít. Je součástí každého zařízení sociální péče. **Odborné sociální poradenství** nabízí své služby ve smyslu sociálně právní poradny pro seniory, pro zdravotně znevýhodněné. Služba obsahuje poradenství, které zprostředkuje kontakt se společenským prostředím. V některých případech zajišťuje půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální prevence

Pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení seniorů. zahrnuje sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a službu Sociální rehabilitace.[18]

Při koncipování služeb pro seniory je nutné respektovat specifické potřeby seniorů či jejich práva. V péči o seniory platí princip komplexnosti, neoddělitelnosti zdravotní

[18] http://www.mpsv.cz/cs/9 [cit. 2010-03-28]

a sociální složky, které musí být společně akcentovány. Vzhledem k demografické situaci dochází také u nás k výrazné geriatrizaci medicíny, a proto je nezbytné přizpůsobit starým a většinou nemocným lidem strukturu zdravotnických zařízení, charakter péče v nich i spektrum poskytovaných sociálních služeb. Oblast zdravotních i sociálních služeb pro seniory, dostála ve vyspělých zemích světa v posledních letech značných změn. Podstatným faktorem, který ovlivnil pojetí služeb pro seniory, byl výrazný odklon od biomedicínského chápání stáří, jež bylo dříve spojováno s nemocemi a chorobnými změnami - bylo medicinalizováno a medikalizováno. Dnes je stáří již více vnímáno jako sociální status, kdy v důsledku odchodu z trhu práce dochází k poklesu životního standardu a omezení sociálních kontaktů. Základním trendem tohoto přístupu je snaha udržet seniory co nejdéle v jejich přirozeném prostředí a současně pro ně vytvořit takové podmínky a služby, aby byly saturovány jejich specifické potřeby. Umožnit jim nezávislý a kvalitní život. Touha být mezi svými, ve známém prostředí a mít zachované vlastní soukromí stimuluje v posledních letech rozvoj především neinstitucionální a komunitní péče. Senioři však často tyto možnosti neznají, i přesto, že mohou být pro ně vyhovující. Sociální a zdravotničtí pracovníci, příslušní pracovníci obce a města by měli nabízet seniorům, jejím rodinný příslušníkům různé možnosti služeb, které jim v dané situaci nabízí, vhodnou péči a spolupodílí se tak na zlepšení jejich kvality života.[19]

2.3 Registrace pro poskytovatele sociálních služeb

Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, toto oprávnění vzniká na základě rozhodnutí o registraci.

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni:

Zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jimž jsou poskytované sociální služby, o kapacitě sociálních služeb a o způsobu poskytovaných sociálních služeb, tak, aby informace byly srozumitelné pro všechny osoby.

Informovat všechny zájemce o sociální službu, o všech povinnostech, které by pro ně vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, při poskytování sociálních služeb.

Vytvářet podmínky pro naplňování lidských a občanských práv, zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění stanovených zájmů osob, tak, aby byly srozumitelné pro všechny.

[19] Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, *ve znění pozdějších předpisů*.

Zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností.

Plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, vést písemné individuální záznamy pro poskytování sociální služby a hodnotit jejich průběh.

Vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými zařízení nemohlo uzavřít smlouvu o poskytnutí sociálních služby z důvodů uvedených v § 91 odst. 3 písmene b).

Dodržovat standardy kvality sociálních služeb.[20]

Existuje registr poskytovatelů sociálních služeb jehož smyslem je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování. Při neplnění povinností poskytovatele, lze udělit pokutu, popřípadě může být důvodem ke zrušení registrace.

2.4 Standardy kvality sociálních služeb a jejich význam

Standard kvality je normou (obecně uznávanou představou), jak má být služba poskytována, aby mohla být označena za „kvalitní“. Tento pojem byl zaveden s nabytím účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Jejich dodržování je dle § 88 uvedeného zákona jednou z povinností poskytovatelů sociálních služeb. Obsah těchto standardů stanovuje vyhláška MPSV ČR č. 505/2006., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Národní standardy kvality sociálních služeb zahrnují stránku **procedurální**, která je nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování sociální služby vypadat. Čemu se vyvarovat při jednání se zájemcem o služby. Jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého uživatele. **Personální** vytyčují požadavky na kvalifikaci, kompetence pracovníků a pracovních týmů a **provozní** popisující v jakých podmínkách má být služba poskytována, soustřeďují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění či rozvoj jejich kvality.

U poskytovatelů sociálních služeb se klade důraz na vytváření podmínek pro organizování služby s ohledem na individualitu a individuální potřeby uživatelů. Kvalitní služba reflektuje základní principy definované v Bílé knize sociálních služeb (MPSV) autonomii (nezávislost) poskytovatele, partnerství poskytovatele a zřizovatele je zaměřena na proces, týmovou spolupráci. Standard musí mít vytýčený konkrétní a jasný cíl

[20] Zákon 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, *ve znění pozdějších předpisů*.

pro každý časový úsek. Při jejich tvorbě by mělo být využito maximální kreativity. Měly by být srozumitelné pro všechny zúčastněné subjekty.

Standardy jsou rozloženy na jednotlivá kritéria, která jsou měřitelná, aby bylo možné posoudit, zda služba požadavek standardu splňuje. Popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou přínosem pro poskytovatele i pro uživatele služeb. Značný význam mají i pro zřizovatele, popř. další instituce, které služby financují.
Hlavním smyslem standardů je zajistit, aby poskytování služby respektovalo a chránilo práva těch, kteří službu přijímají – uživatelů, tak lidí, kteří ji poskytují – pracovníků v sociálních službách.[21]

Tato kapitola nás informuje o historii a současnosti sociálních služeb. O rozdělení a povinnostech poskytovatelů sociálních služeb, vycházející ze Zákona o sociálních službách.

[21] htpp://www.mpsv.cz/fines/clanky/1459/průvodce.pdf [cit.29.3. 2010]

3 SENIOR A JEHO POTŘEBY

V této kapitole charakterizujeme životní etapu stáří, vysvětlujeme procesy biologického, psychického a sociokulturního stárnutí. Specifikujeme potřeby seniora, jejich zvláštnosti a možnosti adaptace seniora na toto období.

„*Stáří může nabývat velmi různorodé podoby*“. Senioři se mezi sebou podstatně liší zdravotním a funkčním stavem, zájmy, hodnotami, rodinnou situací, životními zkušenostmi, finančními možnostmi, bytovými podmínkami a mnoha dalšími okolnostmi.[22]

Stáří a stárnutí jsou v současné době fenomény, které zaujímají významné místo ve společnosti. Otázka stárnutí nabírá nového rozměru, neboť začala nově přesahovat z úrovně individuální na úroveň celospolečenskou. Hlavně v důsledku zlepšování společenských podmínek především lékařské péče, životní úrovně či životního stylu. Úmrtí se tak odsouvá í do vyšších věků, lidé žijí déle. Tento stav je obvykle doprovázen poklesem porodnosti a plodnosti, dochází k demografickému stárnutí lidských populací. [23]

3.1 Stáří

Stáří je přirozený biologický proces, během kterého dochází k pozvolnému omezení funkcí organismu. Projevuje se postupným snižováním schopnosti aktivně pracovat a reagovat na vnější svět. Jedná se o proces, který je velmi individuální. Ve své podstatě může probíhat dvěma způsoby – přirozeně a chorobně, nebo-li fyziologicky či patologicky. V prvním případě se jedná o přirozený proces fyziologických změn orgánů a jejich funkcí. Ve druhém případě se jedná o změny v důsledku choroby, jež může být se stářím spojena.[24]

Světová zdravotnická organizace (WHO) zavedla jednotně různé věkové stupně stárnutí:

45 – 59 let – střední, nebo též zralý věk,

60 – 74 let – vyšší věk nebo také rané stáří,

75 – 89 let – stařecký věk neboli senium (vlastní stáří),

90 let a výše – dlouhověkost.

[22] KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E.,*Senior a já…já a senior*. Praha: Společnost přátelská všem generacím. 2005,str. 14.ISBN 80-7262-455-5.
[23] www.cvvm.cas.cz/upl/nase_spolecnost/100067s_Starnuti.pdf [4.11. 2009]
[24] TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. Vydání II. edition. Praha: Socioklub, 2001, str. 48. ISBN 80-86484-00-9.

Stárnutí zkoumá vědní obor zvaný gerontologie. Je to nauka zabývající se procesem stárnutí a problematikou vyššího věku. Zohledňuje hledisko zdravotní, psychologické i sociální.

Od kdy je člověk pokládán za starého? Velmi sporná odpověď a to ze tří důvodů. Za prvé – vzhledem k značné intraindividuální variabilitě. Jeden člověk je schopen vykazovat pokles výkonnosti v některé činnosti, zatím co výkon v jiném ohledu může stoupat nebo je celkem stabilně zachován. Za druhé – ve stáří se čím dál více než v dřívějších obdobích prosazují rozdíly mezi jedinci. Někdo si zachovává svěžest i tělesnou zdatnost do vysokého věku, jiní vykazují výrazné známky stárnutí velmi brzy. Za třetí – pokroky zdravotní péče a současné společenské změny posunují hranici věku. Dolní hranice stáří je v rozvinutých zemích udávaná věkem 65 let. Dnešní gerontologie soustřeďuje zájem spíše na věk od 75 let. [25]

Další dělení stáří dle Vágnerové, pojednává o období raného stáří a období pravého stáří. Období raného stáří je v rozmezí 60 – 70 let.

„*Stáří je poslední etapou života, fází, která bývá označována jako postvývojová, protože byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje“*.[26]

V uvedeném období ubývá člověku energie z důvodů naplnění všech jeho základních potřeb – zplození dětí, seberealizace, finanční jistoty. V této fázi dochází k biologickému stárnutí. Člověk se musí vyrovnávat s chorobami, které stárnutí doprovází. Přizpůsobovat se novým problémům a nepříznivým změnám. Vždy nemusí jít o ztrátu aktivního života a nezávislosti.

„*Uvědomění úbytku sil a vědomí jistoty jeho progrese vede 60leté lidi ke zpomalení životního tempa, redukci aktivit a zájmů a přijetí kompromisu, který signalizuje postupné smiřování s realitou stárnutí, ať už je nebo není plně uvědomělé*“.[27]

Fáze stáří je typická pro bilancování, dosavadních úspěchů a neúspěchu životě. V tomto období se každý člověk, musí po svém, vyrovnat s vlastní smrtelností. Způsoby vyrovnání se smrtelností jsou různé. Může převládat úzkost (strach ze smrti), rezignace, vzepření se stárnutí, které nese riziko přetížení. Nejoptimálnější je reálný postoj, přijetí stáří jako nezbytné etapy života, která končí smrtí každého člověka. Současné celospolečenské programy kladou důraz na další prodlužování života, zejména na podporu kvality života.

[25] LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. Vývojová psychologie. Praha: Grada 1998, str. 185. ISBN 80-7169-195-X.
[26] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum 2007, str. 299. ISBN 978-80-246-1318-5.
[27] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II.* Praha: Karolinum 2007, str. 303. ISBN 978-80-246-1318-5.

Postoj společnosti ke starému člověku mívá většinou negativní ráz. To gerontovi přináší řadu komplikací, se kterými se musí neustále vyrovnávat. V prvotní fázi stárnutí dochází ke špatné adaptaci na vnější vlivy v sociálním prostředí.

Období pravého stáří 75 a více let

„*Období po 75. roce života je označováno jako prvotní fáze pravého stáří. Dovršením 80. let dosáhne senior tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Toto období je spojené s nárůstem problémů daných tělesným a mentálním úpadkem i se zvýšeným rizikem vzniku akumulace různých zátěžových situací, které kladou značné nároky na adaptaci*“.[28]

Toto období je považováno za velmi zátěžové, protože se geront musí vyrovnávat s úmrtím svých vrstevníků, přátel v jeho okolí. Snadno se dostává do sociální izolace. Pokud žije v manželském soužití, musí se vyrovnat s nemocí nebo ztrátou partnera.

Stárnutí, stáří je specifický biologický proces, který se vyznačuje svojí nezvratností,neopakovatelností, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí časem, podléhá formativním vlivům prostředí. [29]

3.2 Biologické stárnutí

Biologickým stárnutím označujeme změny, které probíhají na fyziologické úrovni. Změnami jsou postiženy jak tkáně tak orgány. Neprobíhají u každého jedince stejně, záleží na genetické dispozici, na životním stylu. U jednotlivých systémů dochází ke zpomalení a oslabení dřívějších struktur funkcí, k poklesu biologických adaptačních mechanismů.[30]

Rozlišuje tři typy funkčních změn:

- úbytek funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové,
- vyčerpání buněčných rezerv, které se projevují při reakci na zátěžovou situaci,
- zpomalení většiny funkcí.

Dochází k atrofickým změnám všech orgánů i tkání. Nejvíce je ohrožen mozek, specializovaná tkáň, která je nahrazena tkání pojivovou.

To je důvodem zhoršeného vnímání prostřednictvím smyslových orgánů, kognitivních funkcí jako je zrak, sluch, chuť, hmat. Ubývá receptorů, které umožňují vnímat polohu, pohyb těla, pocit síly, tlaku, tepla a chladu. Člověk v tomto období je velmi zranitelný,

[28] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. Praha: Karolinum 2007, str. 398. ISBN 978-80-246-1318-5.
[29] PACOVSKÝ, V. *Gerontologie*. Praha:AVICENUM 1981, str. 57. ISBN neuvedeno.
[30] PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scinctia Medica. 1994.str. 64. ISBN 80-85526-32-8.

o čemž svědčí zvýšená úrazovost. Klesá tvorba hormonů a snižuje se obranyschopnost. Dochází ke zpomalení regulačních mechanismů čímž se snižuje odolnost vůči zátěži, neschopnost adaptace na nové prostředí. Objevují se poruchy spánku. Často se přidají poruchy kardiovaskulárního a respiračního systému. Senioři kladou velký důraz na stabilní prostředí, obávají se situací, kdy selžou, pokud nezvládnou konkrétní činnost. Velké změny ve svém okolí zvládají s obtížemi. Proto je třeba naše chování přizpůsobit potřebám starých lidí.

3.3 Psychické stárnutí

Na osobnost každého člověka je nutné pohlížet jako na psychologický celek. Přesto, že je integrita osobnosti zachována, bývají snížené funkční schopnosti osobnosti např. poznávací schopnosti – vnímání, paměť, myšlení, představy, které jsou podmíněny biologickým změnám. V pozdějším věku, zejména po 80. roce, se mohou projevit poruchy paměti, osobnosti. Je zaznamenán nárůst demencí, zvláště Alzheimerovy demence.

Proces stárnutí se dotýká i nervové soustavy. Dochází ke snižování odolnosti vůči zátěžovým situacím. Senior postupně ztrácí orientaci na budoucnost, stále častěji se vrací do minulosti. Citová labilita nemusí být vždy zákonitým projevem stárnutí. Změny v citových složkách duševního života, ve střídání nálad, v citové reaktivitě, nejsou u seniorů vždy jednotné. Proto i v tomto případě je nezbytně nutné přistupovat individuálně. V monotonní tělesné a duševní činnosti se zvyšuje vytrvalost. Nechybí soudnost, zlepšuje se rozvaha – „moudrého stáří“. Objevuje se stálost v názorech a vztazích.

3.4 Sociokulturní stárnutí

Přes veškeré předsudky o tom, že všichni senioři jsou stejní, je tato populace velmi různorodá. Liší se podle věku, funkčního stavu, rodinného a sociálního zázemí, vzdělání, ekonomické situace, životních zkušeností. Mezi sociální faktory, které ovlivňují kvalitu života v sénium patří[31]:

Osamělost, která je zapříčiněna je ovdovělostí. Velmi výrazná je u žen. J. Thomajer se vyjadřuje k osamělosti takto:“*Kdo déle žije, ztrácí přítele za přítelem…*“[32]

[31] KALVACH Z., ONDERKOVÁ, A. Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi. Galén. 2006, str. 19. ISBN 80-7262-455-5.
[32] Thomayer in Kalvach, Onderková, 2006, str. 6.

Penzionování, způsobené odchodem do důchodu vyžaduje vysoké nároky na adaptaci. U starších lidí je však snížena. Velké množství volného času, který ne vždy je smysluplně využitý, bývá příčinou poklesu životní úrovně.

Věková segregace se způsobuje vyčleňování seniorů, ve většině případů, z mladší společnosti. Ztráta životní smysluplnosti, je dalším faktorem snižující kvalitu života.

Sociální vyloučení je příčinou úpadku a dezintegrace vztahů mezi jedincem a většinovou společností, což se projeví ztrátou sounáležitosti, vymizení sdílených hodnot. Důsledkem může být frustrace, rezignace, asociální až antisociální chování.

Špatné zacházení – „špatným zacházením“ je myšlena situace, kdy je osoba starší 60.let nebo jinak celkově znevýhodněná postupujícím věkem je vystavena tělesnému, psychickému, sexuálnímu nebo emocionálnímu týrání, materiálnímu či finančnímu zneužívání, zanedbávání druhou osobou nebo sebou samým, případě neschopnosti obstarat si základní životní prostředky. [33]

Každý stárnoucí a starý člověk je členem společenství, proto musíme stáří přijímat jako přirozenou realitu a seniory nikoli segregovat, ale integrovat do společnosti.

3.5 Potřeby ve stáří

V průběhu stáří se mění potřeby, jejich význam, zaměření a způsob uspokojování.

Ve vyšší věku mohou přicházet náhlé životní změny, které mohou vyvolat zátěžovou situaci, kterou je ovlivněna paměť a uspokojování lidských potřeb. Při každé zátěžové situaci se spustí vnitřní obranný mechanismus a organismus se připravuje na boj nebo útěk. Svůj význam má citové prožívání tzv. primární emoce – hněv, strach, štěstí, smutek, žal, překvapení, hnus, které vyvolávají tělesnou nebo slovní reakci. [34]

Existuje model vývojových životních potřeb podle Alberta Pensa a Diany Boydenové – PBSP – Pesko-Boyden systém psycho-motor. Jedná se o psychoterapeutický přístup, který vychází z předpokladu, že každý jedinec je vybaven určitým očekáváním toho, co potřebuje, co nutně potřebuje najít ve svém životě a energii má k tomu, aby mohl saturovat své základní potřeby. Znalost tohoto modelu je pro nás přínosná pro lepší pochopení chování seniorů a hledání cest k přijetí jejich omezených možností. Jedná se hlavně o potřeby místa, bezpečí a ochrany, podpory, péče a výživy a limitů.

---

[33] TOŠLEROVÁ, T. *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha:Ambulance pro poruchy paměti. 2002. ISBN není uvedeno.

[34] KOUKOLÍK, F. *Já-o vztahu mozku, vědomí a sebeuvědomování*. Praha:Karolinum, 2003, str. 46. ISBN 80-246-0736-0.

Potřeba místa

Rituál přijetí – najít místo v životě. Děloha se stává prvním domovem. Devět měsíců je tak místem bezpečí, tepla, klidu. Díky porodu jsme se dostali druhý domov – rodinu – sociální domov. Jak fungovala? Zda jsme se mohli na rodinu spolehnout? Byla naše potřeba nasycena? A jak to bylo v našem životě dál? Jsem v nemocnici či jiném zařízení na správném místě? Díky těmto aspektům můžeme lépe porozumět proč si starý člověk ukládá věci do lůžka, co nejvíce na dosah ruky. Starý člověk má přirozenou potřebu vytvářet si obraz svého domova i za předpokladu nevhodných podmínek.

Potřeba bezpečí a ochrany

Děloha se během nitroděložního vývoje stává místem ochrany před škodlivými vlivy. Plodová voda nám umožňovala vnímání pohybu, dotyku, podávala informace o poloze a tvaru našeho těla. Pokud jsme se cítili v náruči matky bezpečně, byla nám poskytnuta jistota. Svět stává bezpečným a nalézáme v něm své místo.

Starý člověk potřebuje jistotu, že zvládneme péči o něho. Nejistota, nedůvěra se projeví negativní energií, což může být příčinou poruchy soustředění a pozornosti.

Potřeba podpory

Znamená podporu k sebepéči, k přijetí nemoci, dát možnost starému člověku projevit jeho přání. Ve stáří má velký význam podpora tělesná, citová, finanční či společenská.

Potřeba výživy a péče

Nemá význam jen pro příjem potravy, ale své opodstatnění má „být dobře živen“ správnými podněty, informacemi. Hlavně takovým informacím, kterým rozumí.

Potřeba hranic a limitů

Důležité je vědět, kdo jsem a kdo nejsem. Ve stáří člověk potřebuje znát své hranice a možnosti. Co dokáže, vydrží, co může či nemůže změnit. Potřebuje nechat větší „časový limit“ pro vykonávání určitých činností, které přispívají k většímu pocitu spokojenosti a vyrovnanosti. [35]

Starý člověk pod vlivem fyziologických procesů ve stáří je zvýšeně náchylný ke zhoršenému zdravotnímu stavu.

Dochází ke snížení soběstačnosti a zvýšené životní nejistoty, hlavně u osaměle žijících seniorů. Senior je nucen přijmout roli pasivního příjemce pomoci, která se téměř vždy dotkne jeho důstojnosti. [36]

---

[35] KLEVETOVÁ, D. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008, str. 72. ISBN 978-80-247- 2169-9.

[36] http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf [cit. 18.09. 2009]

Jakým způsobem budou u seniora potřeby uspokojovány, záleží na jedinci samotném. Jak se zátěžovou situací vyrovná, čím je nebezpečná a ohrožující. Podle toho jaké mechanismy využíval k přežití v minulosti. Pokud je velká zátěž bezmoci, může vyřadit celý tělesný obraz, o sobě, odmítá zažít kontakt se sebou a s druhými, využívat své smysly, poznávat okolí. Tuto situaci nazýváme sociální smrtí.

3.6 Adaptace seniora na stáří

Adaptace na stáří se dělí podle mnoha faktorů. Venglářová uvádí tři základní modely adaptace na stáří.

1.*„Konstruktivní přístup ke stáří. Již během produktivního věku si člověk může připravovat aktivity, které později rozvine.“* [37] Neodmyslitelnou součástí kvalitní přípravy na stáří je snaha o udržení tělesného zdraví formou zdravého stravování a pohybových aktivit.

Důležitým aspektem je síť přátel a známých. Pokud se senior ocitne v blízkosti pouze jednoho či dvou přátel, může se po jejich ztrátě ocitnout v těžké sociální situaci. Udržování dobrých vztahů s rodinou je úkolem na celý život a k naplnění přijde v podobě podpory dětí a vnoučat.

2. *„Někteří lidé si vytvoří závislost na okolí. Tělesné obtíže potencují závislost na zdravotnících nebo na rodině, která je manipulována obtížemi seniora k intenzivnějším kontaktům. Na místo řešení sociální izolace se řeší symptomy onemocnění.“*[38]

3. Někdy senior reaguje na skutečnost negativním postojem – hostilitou. Nepřátelský postoj potom může zaujmout k pečujícímu personálu nebo k ostatním uživatelům v sociálním zařízení. Tento postoj vždy komplikuje další možnou péči o seniora.

K duševní vyrovnanosti stáří si musí člověk pomoci sám. Smysl života musí starší člověk najít uvnitř sebe. Více se zaměřuje do minulosti. Jeho postoj ke světu i k sobě samému je převážně bilancující. Cílem bilancování je vyrovnání vztahu ke světu i k vlastnímu životu.[39]

V procesu stárnutí a adaptace na toto období se člověk více koncentruje na sebe samého, na uspokojování vlastních potřeb, což je zapříčiněno úbytkem fyzických a psychických sil a vědomím ubývání soběstačnosti.

---

[37] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada 2007, str. 12. ISBN 978-80-247-2170-5.
[38] Tamtéž jako u citace č. 35
[39] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie* II.,Praha: Karolinum 2007, str. 221. ISBN 978-80-246-1318-5.

Stárnutí je chápáno jako komplexní proces s mnoha působícími faktory. Odehrává se v průběhu celého lidského života. Začíná narozením, pokračuje pohlavním dozráváním, v pubertě, v adolescenci a pokračuje až k smrti. [40]Tempo procesu stárnutí je ovlivněno genetickými, biologickými, psychickými i sociálními změnami. Funkčnost biologická, sociální a psychická je ovlivněna hlavně průběhem, způsobem života, prodělanými chorobami, stresovými situacemi, kvalifikací, vzděláním, aktivitou tělesnou a psychickou. Potřeby v lidském životě jsou považovány za jednu ze základních otázek vztahu člověka k sobě, k životu a prostředí ve kterém žije. Zároveň jsou výrazem nároků na prostředí na člověka. Jsou základní motivační silou v chování člověka. Pomáhají udržovat rovnováhu vnitřního prostředí. Významně se podílí na adaptaci člověka na změnu prostředí. Člověk se v tomto období musí přizpůsobovat nejen změnám ve vlastním organismu (změny involuční, zvýšená nemocnost), ale i řadě změn vnějších (změna sociálního postavení, včetně úmrtí blízkých atd.). Adaptace ve stáří probíhá pomaleji každá nemoc či stres přizpůsobivost ještě zhoršují. Zásady duševní hygieny by tak měly být zaměřeny na udržování a posilování přizpůsobivosti.

Optimální adaptace ve stáří a na stáří je shrnuta do „zásad pěti Pé“: **perspektiva** (udržení orientace na budoucnost), **pružnost** (pohotovost nové podněty, měnit životní návyky), **prozíravost** (včetně schopnosti organizovat si život přiměřeně svým možnostem), **porozumění** pro druhé (tolerance odlišných názorů a postojů), **potěšení** (schopnost udržet si zdroje radosti a uspokojení).[41]

Ve společnosti může být senior ohrožen tzv. věkovou diskriminací starých lidí – involuční křehkost, agismus, kdy klesá obranyschopnost a hrozí zranitelnost. Agismus může nabývat mnoho podob. Může se jednat o těžké podoby diskriminace (např. odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu stáří). O předsudky (tzv. mýty o stáří), nevhodné jednání se seniory, přisuzování negativních vlastností či chorobných projevů, nepřiměřené odebírání kompetencí, ve smyslu rozhodování, podceňování jejich schopností. Nerespektování jejich osobnosti či ponižování lidské důstojnosti. [42]

[40] ŠIMČÍKOVÁ, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: UP, 2005, str. 118. ISBN 80-244-0629-2.
[41]ŠVANCARA, J. *Psychologie stárnutí a stáří.* In: Kalvach, Z. (Ed): *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum 1997, str. 65. ISBN 80-7184-366-0.
[42] KALVACH,Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří.* Praha:Galén, 2006, str. 10. ISBN 80-7262-455-5.

3.7 Senior v pobytovém zařízení

Senior v pobytovém zařízení má právo na důstojné zacházení a péče musí směřovat k rozvoji celé osobnosti. Při poskytování sociální péče se starými lidmi, mohou nastat situace, které naruší optimální rozvoj péče o seniory.

Od teorie potřeb se odvíjí priority v geriatrických programech a všeobecně v přístupu ke starým lidem. Bez ohledu na zdravotní stav, funkční schopnost seniorů by zařízeních sociální péče měly být uplatňovány následující zdůrazňované principy:

Zabezpečenost – zajištění základních biologických potřeb jako je přístřeší, potravy, hygieny, ošacení, základní zdravotní péče,

Autonomie – zachování rozhodovacích kompetencí, soukromí, kontroly nad sebou, co nejméně narušit soukromí klienta/seniora, o problém jde v případě ústavní péče,

Důstojnost – respektování osobnosti, soukromí, studu, které senior vnímá jako ponižující (např. infantilizace, prostředky k omezování, vybízení k používání plen a odmítání pomoci k použití toalety), prevence zanedbávání či násilí vůči pacientům,

Smysluplnost – pomoc při hledání naplnění života, návaznost zdravotních a sociálních služeb, zcivilnění dlouhodobé péče, integrace do společnosti, prevence komunikační i senzorické deprivace (psychický důsledek nedostatku potřebných podnětů, k realizaci určité činnosti,

Participace – zapojení do života komunity, sdílení stejných problémů, podíl na rozhodování, komunikace.[43]

Matoušek uvádí, existenci přesné hranice mezi tím, kde končí a začíná sociální péče.

„Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb; proto je žádoucí, aby byly oba typy složek poskytovány souběžně. Z toho vyplývá, že sociální pracovník má pracovat v týmu se zdravotníky“.[44]

Všichni odborníci se shodují na důležitosti návaznosti zdravotní a sociální péče.

Je velmi důležité, aby sociální pracovník respektoval aktuální situaci seniora a podřídil tomu další směr v rámci svého profesionálního působení. V případě těžkých životních situacích v životě seniora, jako je odchod do důchodu, změna bydliště, smrt partnera, mu stál na blízku a dal mu najevo vzájemnou důvěru. Projevil empatii. Člověk na konci života je stejně zranitelný jako na jeho počátku. Sociální pracovník proto musí vždy volit citlivý a individuální přístup, který se odvíjí od konkrétní situace a osobnosti seniora.

[43] KALVACH,Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří.* Galén, 2006, str. 12. ISBN 80-7262-455-5.
[44] MATOUŠEK,O. a kolektiv. *Sociální práce v praxi*. Praha. Portál 2005, str. 164. ISBN 80-7367-002-X.

Pokud je péče zaměřena jen na základní zabezpečení klienta a zdravotní péči, aniž by respektovala výše jmenované principy, není považována za kvalitní a klienta může těžce a dlouhodobě poškodit.

Při dlouhodobém pobytu v pobytovém zařízení, která mohou být sebelepší skýtá pro klienta určitá rizika.:

Hospitalismus – stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, který se současně projevuje sníženou schopností adaptovat se ne neústavní – civilní život. V zařízeních pro seniory je zpravidla vše, co se týká klienta zajištěno – strava, ubytování, praní, financování, atd. Klient si zvyká na pomoc druhých. Dál se klient pohybuje v omezeném prostoru, s omezeným počtem lidí, čímž se svět redukuje na svět ústavní. Po případném opuštění, navrácení se do původního či jiného prostředí u klienta hrozí neschopnost orientovat se ve vnějším prostředí, protože pod vlivem všestranné péče, zaopatřenosti ztrácí svoji úroveň soběstačnosti.

Homogenní kolektivy – některá zařízení, jsou organizována tak aby spojovala jedince pohlaví či věku. Což se může projevit například zhoršeným korigováním individuálního chování, znemožnění styku s druhým pohlavím, …). Senioři však netvoří homogenní skupinu, protože každý stárne jiným způsobem.

„Ponorková nemoc“ – stav, kdy se snižuje tolerance člověka vůči druhým osobám. Vzniká dlouhodobým pobytem v prostředí, ze kterého nemá jedinec úniku. Původní přátelské a optimistické chování se může změnit na negativní projevy až nepřátelství.

Šikanování – tzn. násilné chování klienta vůči klientovi. Zdrojem šikanování může být i personál, který zneužívá své moci vůči klientům. Může se projevovat nepřiměřeným trestáním, ponižováním či jiným hrubým chováním.

Zneužívání klientů –může se projevovat různě. Většinou má podobu nevhodného chování personálu vůči klientům např. omezování ve stravě. V některých případech se může jednat o zneužívání sexuální.

Kontuze rolí – hovoříme tehdy, pokud se personál stylizuje do úlohy rodiče či jiné blízké osoby klienta. Takové chování vede k infantilizaci klienta, snižování jeho odpovědnosti.

Ztráta soukromí – „Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v ústavu“.

Klient může být omezován ve svých činnostech, kdy může rušit ostatní nebo může být rušen ostatními.[45]

[45] MATOUŠEK, O. *Ústavní péče.* 2. vydání. Praha: SLON. 1999, str. 111. ISBN 80-85850-76-1

Vzhledem k tomu, že každé zařízení sociální péče musí mít vypracované standardy kvality sociálních služeb, nemělo by docházet k výše uvedeným rizikům.

Jak uvádí Matoušek[46] „*Starý člověk bývá charakterizován svou příslušností k věkové skupině definované dosažením 60, respektive 65 let. Je spojován se statusem důchodce, je považován za neaktivního či neproduktivního a předpokládány jsou i zdravotní charakteristiky spojené s involucí – ztrátou funkčních schopností, multimorbiditou, postupnou ztrátou soběstačnosti*".

Pokud člověk dosáhne určitého věku, není to žádný důvod k tomu, aby byl nucen využívat sociální služby.

„*Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Sociální práce musí směřovat především k nejvíce ohroženým starým lidem, tedy osaměle žijícím, propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným léčených doma, křehkým a zmateným, trpícím demencí či depresí, přijatým do institucí a žijících v nich,, žijícím v chudých čtvrtích nebo v studených a jinak nevyhovujících bytech, sociálně a demograficky izolovaným, vystaveným špatnému zacházení, ponižování a segregaci*."[47]

Úkolem společnosti je potřeba vytvoření prostoru a dostatečných podmínek k aktivní účasti na životě ve společnosti. Zároveň seniorům poskytnout dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na životě ve společnosti a možnost podílet se ne jejím rozvoji.

[46] MATOUŠEK,O. a kolektiv. *Sociální práce v praxi*. Praha:Portál 2005. s.163. ISBN 80-7367-002-X.
[47] Tamtéž jako citace č. 46

4 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO SENIORY V JIHOMORAVSKÉM KRAJI

V následující kapitole jsou nastíněny pobytová sociální zařízení, poskytující péči o seniory v blízkém okolí oblasti Vanovice.

4.1 Státní domovy pro seniory

SENIOR centrum Blansko, příspěvková organizace

Domov pro seniory, domov se zvláštním režimem.

Zřizovatelem je Jihomoravský kraj.

Cílovou skupinu tvoří senioři

Kapacita: 104 lůžek

Obr. č. 1 SENIOR centrum Blansko

Nabízené služby

Posláním je poskytnout pravidelnou, bezpečnou, odbornou podporu, péči uživatelům v základních životních schopnostech, motivace uživatelů k aktivizačním činnostem, podpora v kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů.

Ke dni 31.12. 2009 bylo celkem evidováno 311 žádostí o umístění v SENIOR centru. Blansko, z toho 291 do Domova pro seniory a 20 žádostí do domova se zvláštním režimem. Prostředí pro poskytované služby je důstojné, nadstandardní a odpovídá potřebám uživatelů. Podmínky a zařízení jsou přizpůsobeny cílové skupině: elektrické postele, zvedáky, antidekubitní matrace, polohovací křesla využité dle individuálních potřeb uživatelů.

Ve čtyřpodlažní budově jsou umístěny jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje. Kapacita je celkem 104 lůžek. Jednolůžkový pokoj má rozměry 20 m², dvoulůžkový pokoj 35 m². V prvním patře se nachází Domov se zvláštním režimem. Oddělení nabízí moderní ubytování v 22 jednolůžkových pokojích a 6 dvoulůžkových pokojích. Domov pro seniory je umístěn ve druhém a třetím patře a poskytuje uživatelům ubytování v 52 jednolůžkových a 9 dvoulůžkových pokojích. Všechny pokoje mají bezbariérový přístup a jsou vybaveny víceúčelovým nábytkem, který si mohou uživatelé doplnit, dle svého přání, drobnými předměty připomínajícími domov.[48]

Financování služeb

1-lůžkový pokoj – měsíční úhrada 8 700 Kč

2- lůžkový pokoj – měsíční úhrada 8 100 Kč

Pro uživatele s diabetickou stravou

1-lůžkový pokoj – měsíční úhrada 8 850 Kč

2- lůžkový pokoj – měsíční úhrada 8250 Kč

[48] http://www.ddblansko.cz/

Domov pro seniory Černá Hora, příspěvková organizace

Poskytuje pobytové sociální služby v nepřetržitém celoročním provozu. Nabízí sociální služby dvojího typu domov pro seniory a domova pro seniory se zvláštním režimem. Zařízení je příspěvkovou organizací.

Celková kapacita zařízení je 187 lůžek.

Obr.č. 2 Domov pro seniory Černá Hora

Cílovou skupinu Domova pro seniory tvoří senioři:

- kteří dosáhli 65 let, jsou zájemci starobního či plného invalidního důchodu, mající sníženou soběstačnost v základních životních dovednostech,
- ocitli se v nepříznivé sociální situaci,
- senioři, kteří jsou pod vlivem zdravotního stavu trvale upoutáni na lůžko.

Cílovou skupinu Domova se zvláštním režimem tvoří senioři:

- kteří dosáhli 65 let, jsou příjemci starobního důchodu a vlivem chronického duševního onemocnění (stařecké, Alzheimerovi demence I., II. stupně nebo jiné demence), jsou zcela závislí v péči o vlastní osobu na pomoci jiné osoby),
- kteří jsou příjemci invalidního důchodu a vlivem zdravotního stavu trvale upoutáni na lůžko.Komu služba není určena:
- osobám, které nesplňují výše uvedené podmínky,
- osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a trvalé odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení,
- osobám trpícím infekční a parazitární chorobou všech druhů a stádií, tuberkulózou, pohlavní chorobou v akutním stádiu, psychózou a psychickými poruchami, při nichž nemocný může ohrozit sebe i druhé,
- osobám s vrozenými smyslovými vadami,
- osobám nižšího věku a seniorům, kteří vedou rizikový způsob života.[49]

[49] http://www.antee.cz/ddch/

Financování služeb

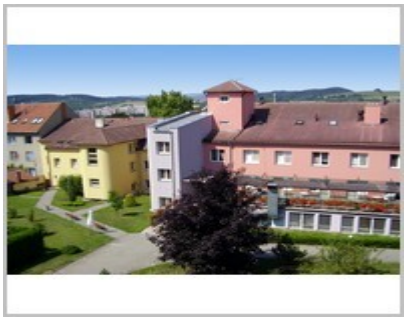
Platba měsíčně za 30 dnů

1-lůžkový pokoj 8 190 Kč, s diabetickou stravou 8 400 Kč

2-lůžkový pokoj 7 800 Kč, s diabetickou stravou 8 010 Kč

vícelůžkový pokoj 7 530 Kč, s diabetickou stravou 7 740 Kč.

Domov pro seniory Městská správa sociálních služeb Boskovice



Obr. č. 4 Domov pro seniory MSSS Boskovice

Poskytování sociální služby a ošetřovatelské péče seniorům, kteří nemohou trvale žít ve svém přirozeném sociálním prostředí, poskytnout jim důstojnou náhradu za běžné domácí prostředí a podporovat je ve snaze co nejvíce se přiblížit běžnému způsobu života a zachovat si sociální vazby způsobem, při kterém budou dodržována základní lidská práva a svobody osob. Péče vychází z osobních potřeb a cílů uživatele a usiluje o zmírnění důsledků, které by vedly k sociální izolaci, ztrátě vlastního způsobu života, či nezajištění základních potřeb.

Poskytované sociální činnosti

Domov pro seniory poskytuje komplex činností:

Ubytování je nabízí v jednolůžkové, dvoulůžkové, trojlůžkové a čtyřlůžkové pokoje.

Zařízení pokojů je ústavní, uživatelé si je mohou doplnit vlastními drobnými předměty,

Ubytování je včetně topení, teplé a studené vody, elektrického proudu, úklidu pokoje, praní, drobných oprav prádla a ošacení a žehlení.

Stravování

Je připraveno ve vlastní moderní kuchyni. Stravovací provoz umožňuje odebírat stravu racionální i dietní, 3 krát denně, včetně druhé večeře pro diabetiky,

Uživatelé si mohou vybírat ze dvou druhů hlavních jídel.

Lékařská péče

V zařízení je lékařská péče zprostředkovaná denně nebo dle individuálních potřeb uživatele praktickým lékařem Domova pro seniory. Dle potřeb uživatelů je zajištěna psychiatrická a kožní ambulance. Jiné odborné vyšetření a ošetření je zajištěno u specialistů v Brně, Blansku, Boskovicích.

Zdravotní a ošetřovatelská péče

Je zajištěna odborným zdravotnickým personálem, který zajišťují všeobecné zdravotní sestry a pracovníci sociální péče. Péče je komplexně zajištěna 24 hodin denně, metodou ošetřovatelského procesu.

Fyzioterapie je zajištěna fyzioterapeuty na základě indikace praktické lékařky. Součástí rehabilitace je léčebná tělesná výchova (kondiční cvičení, individuální cvičení, skupinové cvičení s náčiním, nácvik jemné motoriky a masáže), vodoléčba, přístrojová technika (biotronová lampa, ultrazvuk, masážní lehátko, masážní deska na dolní končetiny, ruční masážní přístroj) a mechanoterapie (jízda na ortopedu, motopedu).

Sociálně-aktivizační péče

Je zajištěna pracovníky sociální péče – instruktory aktivizačních činností. S každým uživatelem pracují dle individuálního plánu, který zahrnuje aktivity, zájmové činnosti, které si uživatel přeje vykonávat a pomohou mu tak vyplnit smysluplně volný čas. Součástí sociálně-aktivizační péče je ergoterapie, aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, bazální stimulace, reminiscenční terapie, cvičení s hudbou, zooterapie.[50]

Financování služeb

Ubytování se liší typem budov a podle toho, zda je na pokoji HZ vlastní či společné

Uvádím příklad úhrady při platbě za 30 dní:

1-lůžkový s vlastním HZ 8 928 Kč

1-lůžkový s HZ pro více pokojů 7998 Kč

2-lůžkový s vlastním HZ 7998 Kč

2 lůžkový s HZ pro více jak tři pokoje 7533 Kč

[50] http://www.msssboskovice.cz/domov-pro-seniory.html

3-4 lůžkový s vlastním HZ 7688 Kč

3-4 lůžkový s HZ pro dva pokoje 7 533 Kč.

4.2 Nestátní domovy pro seniory

Domov pro seniory v Šanově

Obr. č. 3 Architektonická studie Domova pro seniory v Šanově

Provozovatelem zařízení je DS Morava, akciová společnost. Nestátní zařízení vybudované na tzv. zelené louce, což umožnilo naprojektovat na míru bytové bezbariérové jednotky, které odpovídají aktuálním normám. Každá bytová jednotka obsahuje sociální zázemí, včetně kuchyňského koutu, prostoru pro odpočinek – terasu či balkon. V objektu bude možné ubytovat celkem 102 seniorů.

Poskytuje pomoc a podporu fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. Poskytování pobytové služby v Domově pro seniory osobám, které mají sníženou soběstačnost, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Předmět činnosti:

- Poskytnutí celoročního ubytování: na základě smlouvy uzavírané s klientem na dobu neurčitou. Smlouva je uzavíraná podle konkrétních potřeb a změny (např. přestěhování) jsou ihned ošetřeny dodatkem ke smlouvě.
- Poskytnutí celodenního stravování.
- Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu.
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, dále praní ložního prádla a zajišťování úklidu v celém prostoru zařízení.
- Zajišťování zdravotní péče.
- Základní sociální poradenství – pomoc a rada při řešení nepříznivé sociální situace, zmírnění negativních jevů, které doprovázejí stáří.

- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zajištění služeb pedikérky, prodej cukrovinek a dalšího zboží).
- Spolupráce s místními organizacemi, firmami, sdruženími a institucemi při zajišťování společenských a kulturních akcí.
- Sociálně terapeutické, aktivizační a motivační činnosti:
    - V rámci zájmové, kulturní a společenské nabídky, organizované pracovníky domova.
    - Půjčování knih všech žánrů z obecní knihovny.
    - Individuální a skupinové vycházky.
    - Individuální volnočasové aktivity.

Zařízení by mělo fungovat od června roku 2010.[51]

Financování služeb

Ubytování a sociální služby (ceny jsou uvedeny včetně DPH 9%)

Kategorie /pokoj	1- lůžkový	2- lůžkový
I.stupeň	19 700 Kč	15 260 Kč
II. stupeň	19 700 Kč	15 260 Kč
III. stupeň		19 620 Kč
IV. stupeň		19 620 Kč

Domov pro seniory Grand Rezidence s r.o. Brno Modřice

Obr. č. Grand Rezidence s r.o. Brno Modřice

[51] http://www.domovsanov.cz/

Služby provozuje Lumina, občanské sdružení, se sídlem Grand Rezidence, Masarykova 1018, Modřice. Domov pro seniory Grand Rezidence – nová alternativa bydlení pro seniory, s možností elegantního životního stylu.
Nabízí základní péči, nadstandardní služby pro seniory, volnočasové aktivity, v nadstandardně vybaveném, moderně architektonicky řešeném komplexu luxusních bytů, který pomůže zajistit pocit soběstačnosti a dlouhodobé setrvání v domácím prostředí.
Nejrůznější aktivity pro seniory umožňují trávit volný čas nejen ve společnosti přátel, v moderně vybavených prostorách, které jsou uzpůsobené k různým společenským aktivitám. Relaxaci zajišťuje domácí wellness studio.

Služby v zařízení se dělí na služby základní, které jsou obsaženy v ceně nájmu a na služby doplňkové, které si volí rezident dle vlastních přání a potřeb, financování je potom zvlášť. Některé volnočasové aktivity jako plavání v bazénu, cvičení, výtvarná dílna – jsou v ceně nájmu.

Základní služby:

- pronájem bytové jednotky
- přístup a užívání společenských prostor
- přístup a užívání přilehlého parku pouze pro klienty rezidence
- přednostní objednávání klienta k návštěvě relaxačního wellness studia
- pravidelný úklid všech společenských prostor
- správa, údržba a opravy budovy
- užívání vnitřního telefonního okruhu
- možnost parkování přímo u budovy
- přednostní objednávání klientů rezidence u smluvních lékařů
- lékárna přímo v objektu
- 24 hodinová služba pomoci
- kuchyňská linka s varnou deskou, troubou, odsavačem a lednicí v každém bytě
- vestavěná skříň v předsíni
- přípojka na pračku
- záclony
- bazén ve vybraných hodinách
- výtvarná dílna, posilovna
- poskytnutí TV signálu

- drobné údržbářské práce
- měření krevního tlaku dle potřeby
- požární rozhlas a další bezpečnostní prvky obvyklé v EU

Každý byt je vybaven tak, aby splňoval přání a skýtal maximální pohodlí pro residenty-seniory až do pokročilého věku.

Financování služeb

2-lůžkový pokoj 300 Kč za den (cena za 30 dnů cca 9 000Kč).[52]

Tato kapitola podává přehled vybraných sociálních zařízení, které se liší zřizovatelem. Výše nákladů za poskytované služby se nijak výrazně neliší. Rozdíl je v možnosti nabídnout ubytovaní většinou v méně lůžkových pokojích. Architektonické studie už dnes počítají s požadavkem na soukromí, které uživatelé požadují.

[52] http://www.grandresidence.cz/

PRAKTICKÁ ČÁST

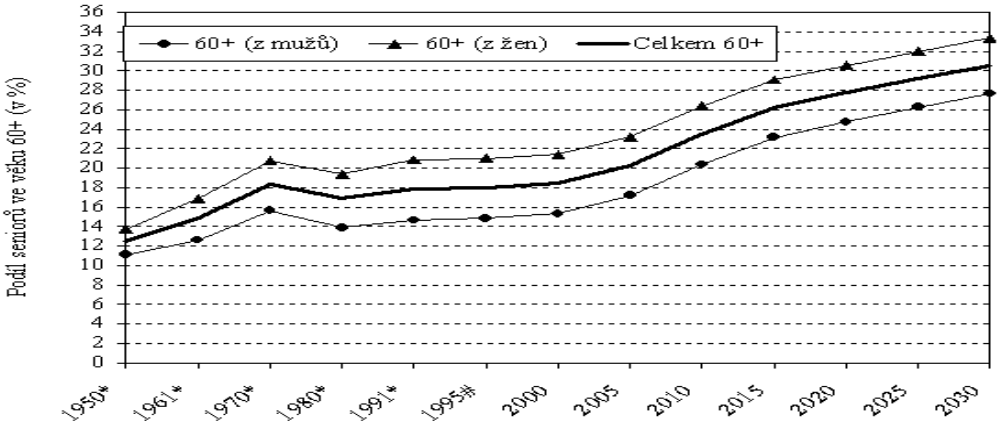
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V praktické části diplomové práci jsem se použila metodu kvantitativního výzkumem. Prostřednictvím kterého jsem zjišťovala vytýčené cíle výzkumného šetření. Dále na sestavu dotazníku pro seniory a osoby pečující o seniory. Dotazník zahrnuje 11 položek, jehož cílem bylo charakterizovat sledovanou skupinu respondentů, osobní situaci, jaký vztah mají k užívání sociálních služeb. Jaké sociální služby jsou nejvíce využívány. A jaká je ochota respondentů financovat sociální péči.

5.1 Teoretická východiska výzkumu

Postavení starých lidí se změnilo. Průměrná délka života se zdvojnásobila. Starý člověk už není tak výjimečný, moudrý, ctěný jak to bývalo dříve. Počet starých lidí ve společnosti roste. Tato skutečnost by se měla projevit v hodnotové orientaci společnosti. Konkrétně by se měla promítnout jak v sociální politice, tak ve struktuře sociálních služeb. V kontextu demografického stárnutí je třeba poukázat na skutečnost, že s narůstajícím počtem seniorů, bude také narůstat počet těch, kteří z důvodu zhoršeného zdravotního stavu nebudou schopni vykonávat samostatně všechny běžné aktivity každodenního života a budou závislí na pomoci jiných.

Pro představu uvádím graf, který znázorňuje vývoj podílu (%) seniorské populace ve věku 60+ v ČR v období 1950 - 1990 a její projekce do r. 2030.



Graf č. 1 Vývoj podílu (%) seniorské populace ve věku 60+ v období 1950-1990 a její projekce do r. 2030.[53]

[53] Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007, str. 23, obr. 8

5.2 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

Pro zpracování výzkumného šetření jsem si stanovila cíle a hypotézy.

Cíle

1. Zmapovat využití a spokojenost sociálních služeb ve vybrané lokalitě Jihomoravského kraje.
2. Zjistit zájem o zařízení sociální péče pro seniory a ochotu péči spolufinancovat.

Hypotézy

H1

- Domnívám se, že více jak 50% respondentů má povědomí o sociálních službách a využívá je ke své spokojenosti.

H2

- Domnívám se, že více jak 50% respondentů poskytované služby považuje za kvalitní.

H3

- Domnívám se, že více jak 50% respondentů nechce financovat sociální služby a není ochotno zaplatit kauci v domově pro seniory.

5.3 Metodika výzkumu

Ve výzkumném šetření byl využit anonymní dotazník, obsahující 11 položek uzavřených a 1 položku č.12 otevřenou. Dotazník byl vytvořen na základě vytýčených cílů. Dotazník je jeden z nejběžnějších nástrojů, umožňující sběr dat pro různé typy výzkumu. Prostřednictvím dotazníku je možné získat informace rychlým a nenáročným způsobem. Výsledná data se dají rychle a jednoduše zpracovávat. Pro zpracování dat v diplomové práci bylo využito počítačového programu Windows – Microsoft Word a Microsoft Excel. Získaná data z dotazníků byla zpracována do tabulek četností, grafů výsečových, v některých případech sloupcových. Výsledky jsem doplnila slovním hodnocením. Dotazník tvoří přílohu č. 1 této práce. Dotazníky byly předány v měsíci říjnu 2009. Respondenty jsem kontaktovala prostřednictvím emailů, osobním kontaktem v oblasti měst Brno-venkov, Vyškov, Blansko, Boskovice. Kompletaci dotazníků jsem provedla s pomocí konzultanta diplomové práce, při níž bylo využito standardních metod

pro výpočet četností. Statistické zpracování, třídění 1. a 2. stupně proběhlo v měsíci prosinci 2009.

Celkem jsem distribuovala 500 dotazníků pro občany. Vrátilo se 350 dotazníků. Návratnost činila 70%.

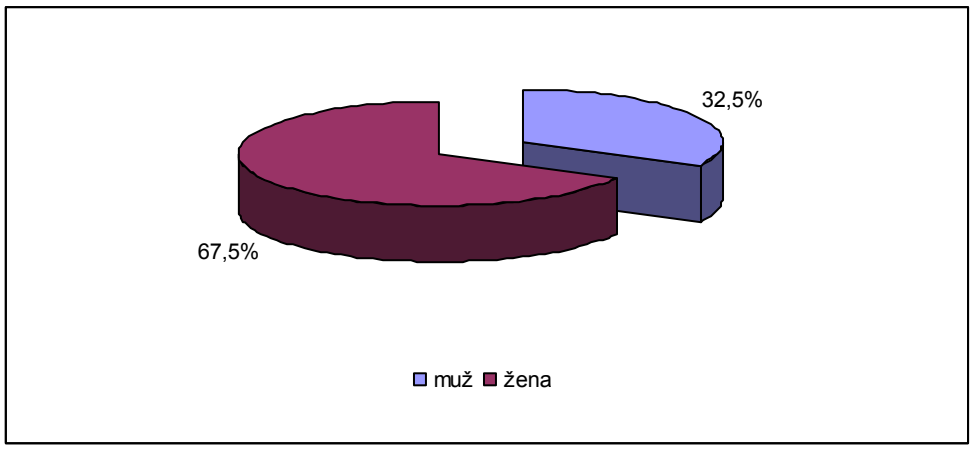
Pro ověření hypotézy č. 1 sloužily položky v dotazníku č.7,8 Hypotézu č. 2. jsem ověřovala položkou č. 9. Položky č. 10,11 jsem využila k ověření hypotézy č. 3.

5.4 Charakteristika zkoumaného souboru a rozbor ankety výzkumného šetření

K získání základních identifikačních údajů o jednotlivých respondentech sloužily položky č. 1, 2, 4, 5.

Výzkumného šetření se zúčastnili respondenti z řad seniorů a příbuzní, kteří pečují o seniora z kraje Jihomoravského - Brno-venkov, Vyškov, Blansko, Boskovice. Soubor respondentů poskytl data na zpracování, týkající se povědomí a využití sociálních služeb v Jihomoravském kraji a ochotu je spolufinancovat.

Identifikace respondentů



Graf č. 2 Pohlaví seniorů

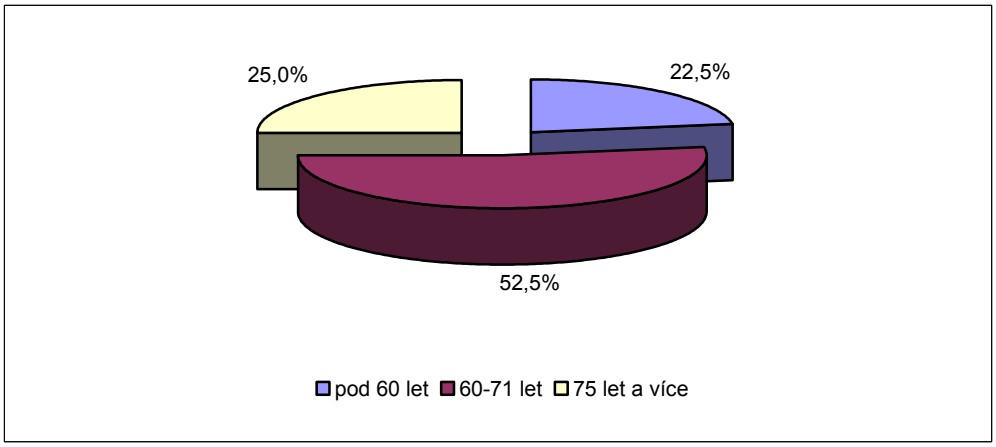
Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že se z celkového počtu 350 dotazovaných respondentů jednalo o 200 seniorů, z toho bylo 65 pohlaví mužského a 135 ženského. Největší počet seniorů byl ve věku 60-71 let, celkem 105. V kategorii 75 let a více bylo 25 a 45 seniorů spadá do kategorie věkového rozmezí pod 60 let.

Z níže uvedené tabulky a grafu je patrné, že celkového počtu 350 dotazovaných respondentů se jednalo o 200 seniorů, 129 respondentů pečovalo o seniora

a téměř 13% uvedlo kategorii jiné, což ve většině případů, byli pracující nebo lidé, kteří neměli s péčí o seniora žádnou zkušenost. V jednom případě se jednalo o pracujícího muže, který je ve společném soužití s invalidní důchodkyní.

Tabulka č. 1 Věk seniora

Věk seniora	počet	muž	žena
pod 60 let	45	10	35
60-71 let	105	33	72
75 let a více	50	5	45
celkem	200	48	152



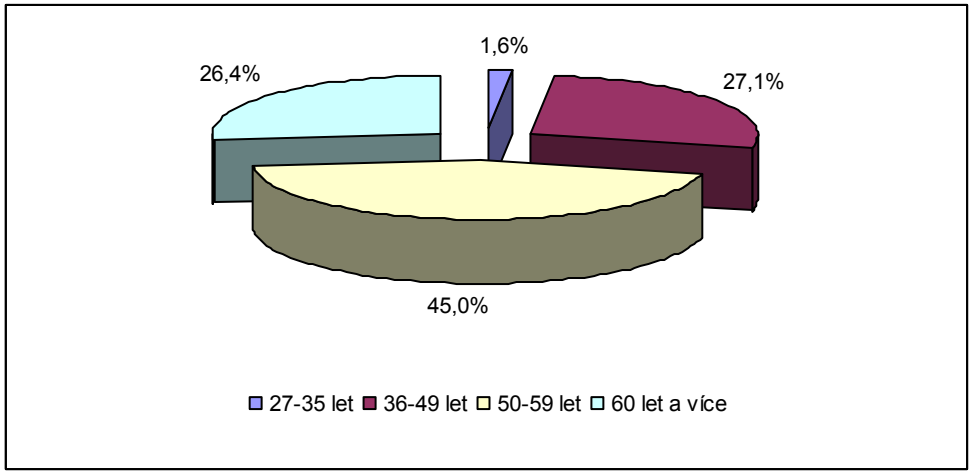
Graf č. 3 Věk seniora

Dle tabulky a grafu č. 4 je zřejmé, že celkového počtu 200 respondentů bylo nejvíce ve věku 60 – 71 let, celkem 105 seniorů. Téměř o čtvrtinu méně bylo v kategorii 75 let a více, celkem 25 seniorů. 45 seniorů spadá do kategorie věkového rozmezí pod let.75 let a více, celkem 25 seniorů. 45 seniorů spadá do kategorie věkového rozmezí pod 60 let.

Z níže uvedená tabulky č. 2 a grafu č. 4 je patrné, že z celkového počtu respondentů je 129 pečujících o seniora. Nejpočetnější skupinu tvoří 50-59 letých, to je 45 %. V kategorii 36 – 49 letých, zaujímá skupina 35 dotázaných. Kategorie pečující osoby ve věku 60 a více letých zaujímá 34 respondentů. Nejméně četnou skupinu tvoří kategorie 27-35 letých, pouze 2 dotázaní.

Tabulka č. 2 Věk pečující osoby

Věk pečující osoby	**počet**	**%**
19- 26 let	0	0
27-35 let	2	1,6
36-49 let	35	27,1
50-59 let	58	45
60 let a více	34	26,4
celkem	129	100

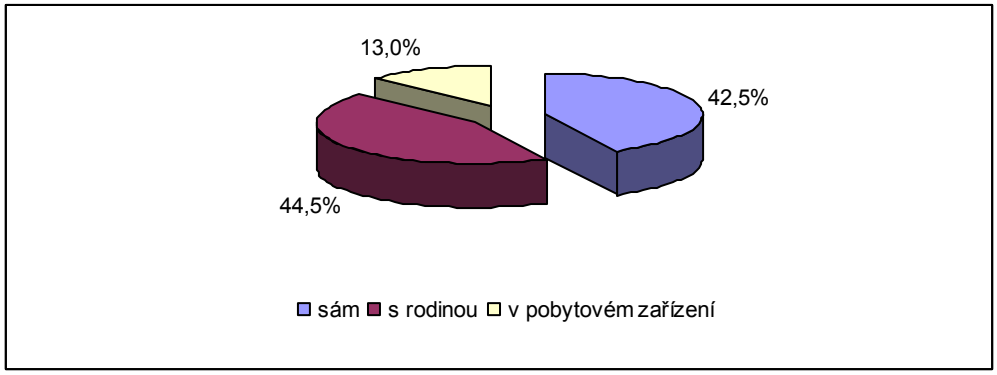


Graf č. 4 Věk pečující osoby

K osobní životní situaci seniora se vyjádřilo celkem 200 seniorů. 89 respondentů uvedlo, že žijí ve společném soužití s rodinou, to je 44,5%. 85 dotázaných uvedlo, že žijí sami 42,5%. 26 dotázaných žije v pobytovém zařízení, což představuje 13% dotázaných respondentů.

Tabulka č.3 Osobní situace seniora

osobní situace seniora	počet	%
sám	85	42,5
s rodinou	89	44,5
v pobytovém zařízení	26	13
celkem	200	100



Graf č. 5 Osobní situace seniora

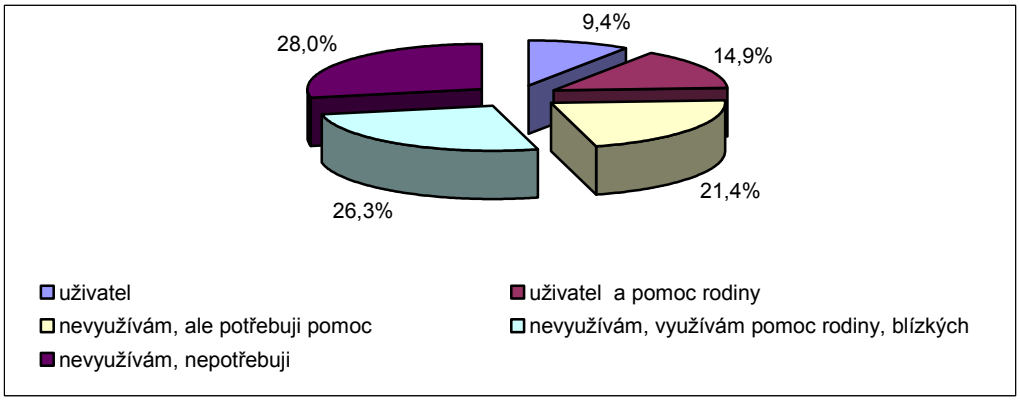
Vyhodnocení hypotézy č. 1

Hypotézu č. 1 jsem ověřovala položkami dotazníku č. 7,8.

Z celkového počtu 350 respondentů uvádí, že nevyužívá a nepotřebuje žádné sociální služby. 92 respondentů nevyužívá sociálních služby, ale jsou závislí na pomoci rodiny a příbuzných. 75 dotázaných nevyužívá, ale pomoc potřebují. 52 respondentů je uživatelem některých nabízených možností sociálních služeb a současně využívá i pomoc rodiny. Téměř 33 seniorů je uživatelem, z některých nabízených možností, sociálních služeb.

Tabulka č. 4 Vztah seniora k užívání sociálních služeb

Vztah seniora k užívání sociálních služeb	počet	%
uživatel	33	9,4
uživatel a pomoc rodiny	52	14,9
nevyužívám, ale potřebuji pomoc	75	21,4
nevyužívám, využívám pomoc rodiny, blízkých	92	26,3
nevyužívám, nepotřebuji	98	28
celkem	350	100



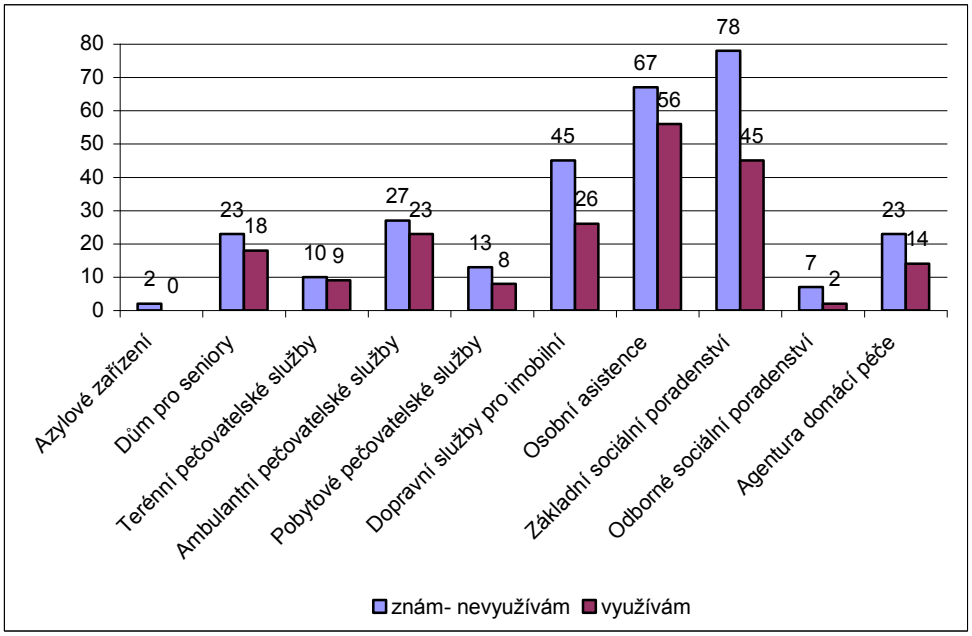
Graf č. 6 Vztah seniora k užívání sociálních služeb

Z celkového množství dotázaných respondentů má největší povědomí o základním sociálním poradenství a využívá ho 45 dotázaných. 67 respondentů má povědomí o osobní asistenci a využívá ji 56 dotázaných. Dopravní služby pro imobilní zná 45 dotázaných a využívá je 26 respondentů.

Ambulantní pečovatelské služby sice zná, ale nevyužívá 27 dotázaných. Tuto službu využívá jen 23 respondentů. O pobytové pečovatelské službě má povědomí 13 respondentů a službu využívá 8 dotázaných. Povědomí o sociálním poradenství má 7 respondentů, ale je využívané pouze ve 2 případech. Agenturu domácí péče zná 23 dotázaných, ale využívá ji jen 14 respondentů. Povědomí o zařízeních pro seniory vyjádřilo stejný počet dotázaných jako u předchozí sociální služby. Využívá je 18 dotázaných seniorů. Terénní pečovatelské služby zná 10 dotázaných a z toho 9 jich tuto službu využívá. O azylovém zařízení ví z celkového počtu dotázaných 2 respondenti, ale tato služba není využívaná.

Tabulka č. 5 Využití sociálních služeb

Druh služby	znám-nevyužívám	využívám
Azylové zařízení	2	0
Dům pro seniory	23	18
Terénní pečovatelské služby	10	9
Ambulantní pečovatelské služby	27	23
Pobytové pečovatelské služby	13	8
Dopravní služby pro imobilní	45	26
Osobní asistence	67	56
Základní sociální poradenství	78	45
Odborné sociální poradenství	7	2
Agentura domácí péče	23	14
Domov pro mentálně znevýhodněné	0	0

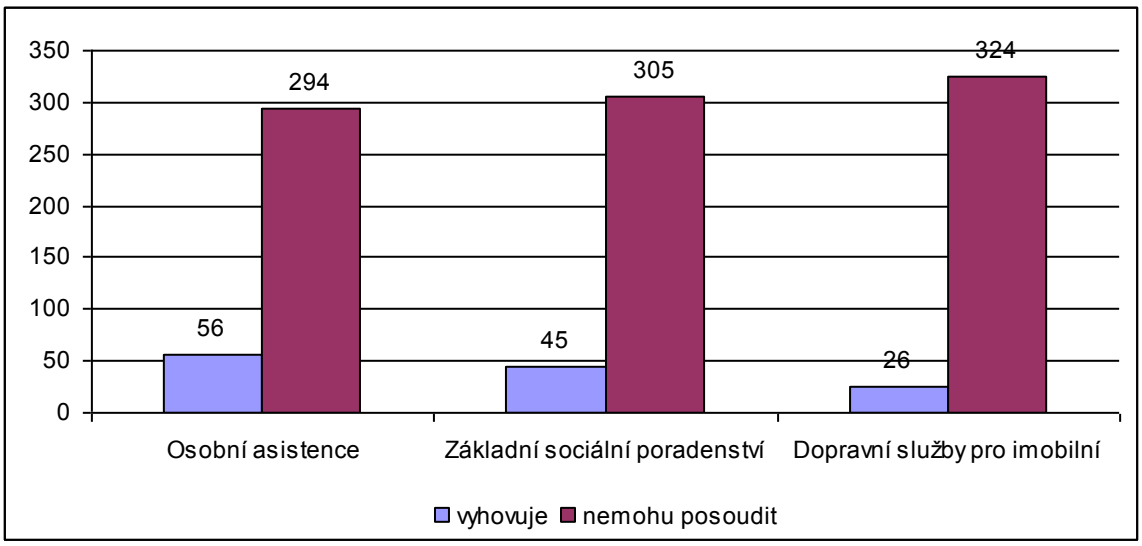


Graf č.7 Využití sociálních služeb

Vyhodnocení hypotézy č. 2

Hypotézu č. 2 jsem ověřovala položkami v dotazníku č. 9, 10.

Pro hodnocení poskytovaných služeb se vyjádřilo spokojenost 56 respondentů, kterým vyhovuje služba osobní asistence. 45 respondentům vyhovuje služba základního sociálního poradenství. Dopravní služby pro imobilní vyjádřilo svoji spokojenost 26 respondentů. 5 respondentům nevyhovují agentury domácí péče. 4 dotázaným chybí návaznost na ostatní sociální a zdravotní služby. K ostatním nabízeným možnostem se vyjádřilo zanedbatelné množství respondentů a nejsou statisticky významné.



Graf č. 8 Hodnocení poskytovaných sociálních služeb

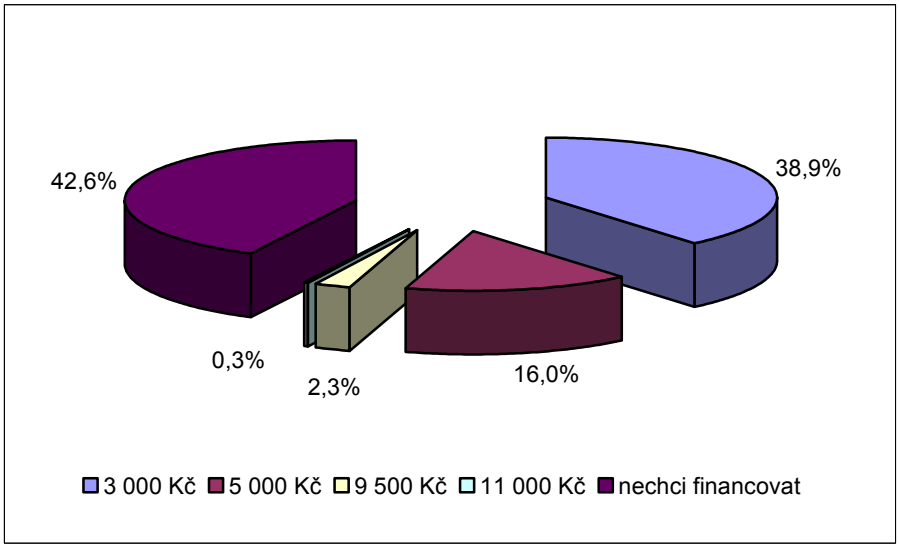
Hypotéza č. 3

Hypotézu č. 3 jsem ověřovala položkou v dotazníku č. 11

Ochota financovat sociální služby

Tabulka č. 6 Ochota zaplatit za sociální služby

Ochota zaplatit za soc. služby	počet	%
3 000 Kč	136	38,9
5 000 Kč	56	16
9 500 Kč	8	2,3
11 000 Kč	1	0,3
nechci financovat	149	42,6
více jak 11 000 Kč, kolik	0	0
celkem	350	100



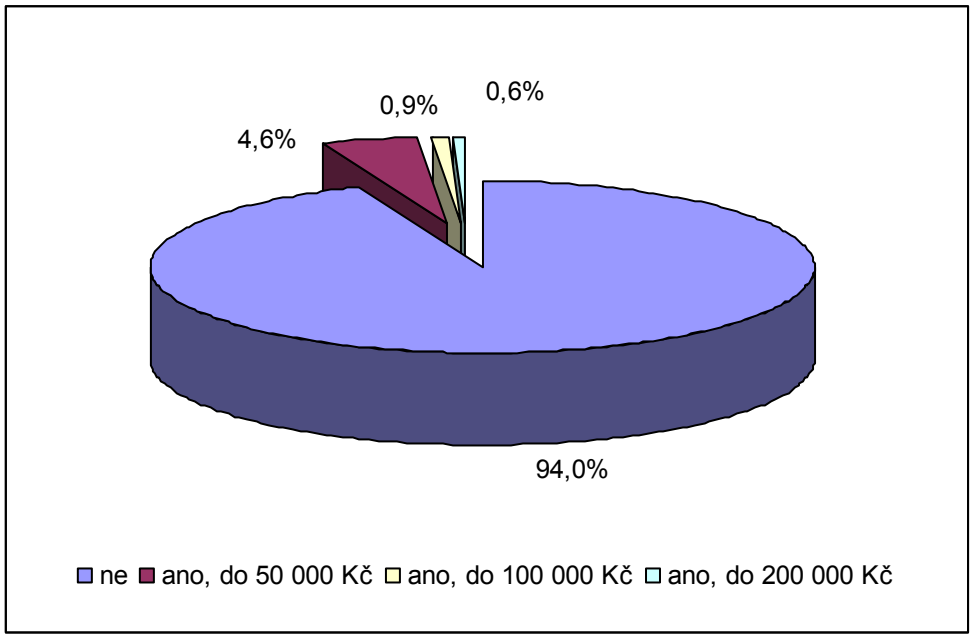
Graf č. 9 Ochota zaplatit za sociální služby

Jak je patrné z grafu a tabulky z celkového počtu 350 respondentů 149 nechce financovat poskytované sociální služby. 136 téměř je ochotno za služby zaplatit 3000 Kč měsíčně. 56 respondentů by zaplatila 5000 Kč. 8 by zaplatilo 9 500Kč. Pouze v jednom případě 1 je ochota zaplatit 11 000 Kč za sociální služby.

Ochota zaplatit kauci v domově pro seniory

Tabulka č. 7 Ochota zaplatit kauci

Ochota zaplatit kauci v domově pro seniory	počet	%
ne	329	94
ano, do 50 000 Kč	16	4,6
ano, do 100 000 Kč	3	0,9
ano, do 200 000 Kč	2	0,6
ano, do 300 000 Kč	0	0
ano, více jak 300 000 Kč, kolik	0	0
celkem	350	100



Graf č. 10 Ochota zaplatit kauci

Z výše uvedeného grafu je patrné, že 329 respondentů neprojevilo ochotu poskytnou kauci v domově pro seniory. 16 dotázaných by poskytlo kauci do 50 000 Kč a jen 3 respondenti jsou ochotni poskytnout kauci do výše 200 000 Kč. Finanční výši 300 000 Kč neprojevil ochotu žádný z dotázaných respondentů.

5.5 Vyhodnocení hypotéz

Cílem výzkumu bylo zjistit povědomí, využitelnost a spokojenost sociálních služeb v Jihomoravském kraji, ve vybraných lokalitách. Zjistit ochotu finančně přispívat za využití sociálních služeb.

Hypotéza č. 1

„Domnívám se, že více jak 50 % respondentů má povědomí o sociálních službách a využívá je ke své spokojenosti".

Hypotézu jsem ověřovala položkami dotazníku č. 7,8.

Z celkového počtu 350 dotazovaných respondentů uvádí, že nevyužívá a nepotřebuje žádné sociální služby. 92 respondentů nevyužívá sociálních služeb, ale jsou závislí na pomoci rodiny a příbuzných. 75 dotázaných nevyužívá, ale pomoc potřebují. 52 respondentů jsou uživateli nabízených možností sociálních služeb a současně využívá i pomoc rodiny. Téměř 33 seniorů je uživatelem sociálních služeb.

Závěr: hypotéza č. 1 se nepotvrdila

Hypotéza č. 2

„Domnívám se, že více jak 50 % respondentů poskytované služby považuje za kvalitní".

Hypotézu jsem ověřovala položkou v dotazníku č. 9.

Pro hodnocení poskytovaných služeb vyjádřilo spokojenost 56 respondentů, kterým vyhovuje služba osobní asistence 45

Závěr: hypotéza č. 2 se potvrdila.

Hypotéza č. 3

„Domnívám se, že více jak 50% respondentů nechce financovat sociální služby a není ochotno zaplatit kauci v domově pro seniory".

Hypotézu jsem ověřovala položkami dotazníku č. 10, 11.

Z celkového počtu 350 dotazovaných respondentů uvádí 149, že nejsou ochotni financovat sociální služby. Téměř 136 dotázaných je ochotno zaplatit 3000 Kč měsíčně. Ochota 56 respondentů je vynaložit 5000 Kč za poskytované sociální služby. 8 dotázaných by zaplatilo 9 500Kč. Pouze u 1 respondenta je ochota vynaložit za poskytované sociální služby 11 000 Kč. Neochota vložit vratnou kauci k poskytovaným sociálním službám se projevila u 329 respondentů.

Závěr: hypotéza č. 3 se potvrdila.

5.6 Závěr výzkumu

Provedená výzkumná šetření měla potvrdit cíle práce a ověřit stanovené hypotézy.

Cíle byly splněny v empirické části této práce. Z výsledků provedených dat výzkumu, lze konstatovat, že ze sledovaného souboru seniorů se jedná o většinu žen, které jsou seniory. V případě pečující osoby téměř 76% žen oproti 25% mužů, zjištěný vývoj koresponduje s výsledky demografických křivek, viz kapitola 6, graf č. 11, 12. Z výzkumu je patrné, že ještě pořád existuje společné soužití více generací čímž si zajistí péči o seniora sami nebo péči o seniora zvládají pomocí nabízených sociálních služeb. Téměř 98 dotázaných nevyužívá pomoc sociálních služeb a ani si nepřipouští jinou pomoc. 75 respondentů sice pomoc pro zvládání každodenních činností potřebuje, ale nevyužívá sociálních služeb. Což může být příčinou neinformovanosti, návaznosti zdravotních a sociálních služeb nebo úplná absence sociálních služeb. Nejvíce využívanou sociální službou je základní sociální poradenství, které využívá 78 respondentů. Služby osobní asistence využívá 56 dotázaných, přestože povědomí má téměř 76 respondentů. Využití dopravních služeb pro imobilní využívá jen 26 dotázaných. K povědomí o domovech pro seniory se vyjádřilo 23 dotázaných, ale zařízení využívá jen 18 seniorů. Jedním z důvodů může být chybějící návaznost jednotlivých sociálních služeb.

Při hodnocení poskytovaných sociálních služeb nejvíce vyhovují služby osobní asistence, svoji spokojenost vyjádřilo 56 respondentů. Se službami základního sociálního poradenství, které v současné době musí poskytovat všechna sociální zařízení, se kladně vyjádřilo jen 45 respondentů, což může být signalizovat neplnění povinnosti v této oblasti poskytovaných služeb. 26 dotázaných vyjádřilo spokojenost s dopravními službami pro imobilní.

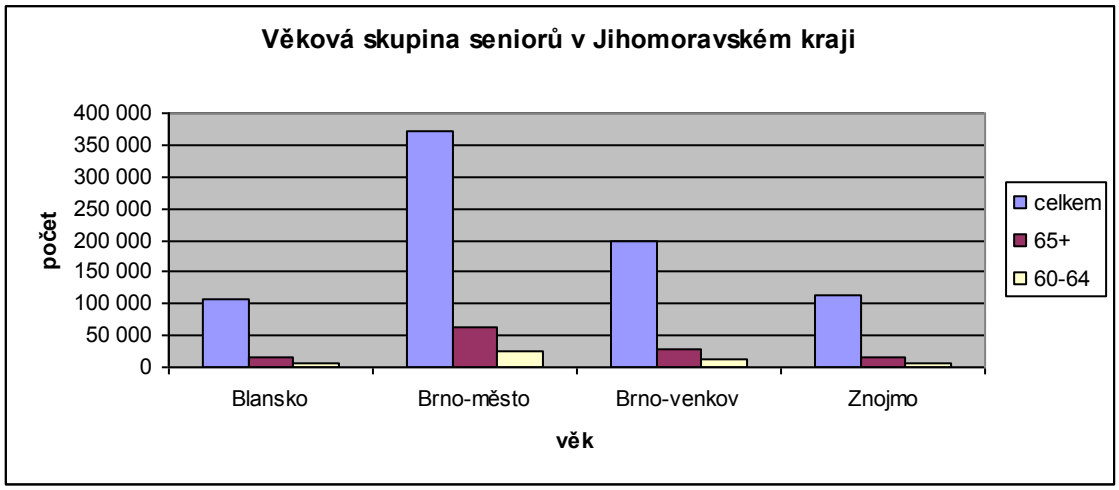
Z šetření je patrné, senioři nejsou ochotní financovat sociální služby. Téměř 149 respondentů není ochotno financovat tyto služby. Výše částky, kterou jsou respondenti ochotni zaplatit, je do 3000Kč, celkem136 dotázaných. Důvodem může být také výše současných finančních možností současně žijících seniorů, jejichž výše důchodů nedosahuje finanční částky, které požadují sociální zařízení za své služby. Současná ekonomická situace mnohdy nedovolí ani pečujícím o seniory, aby přispívali např. svým rodičům za sociální služby. Také zjištění ochoty zaplatit vratnou kauci, kterou senior vloží při využití služeb domova pro seniory, nijak nepřekvapilo výsledek výzkumu. Pořád ještě dožívá generace, která za služby nemusela poskytovat finanční prostředky a těžko si zvyká je financovat. 329 respondentů vyjádřilo neochotu sociální služby financovat.

6 NÁVRH PROJEKTU SOCIÁLNÍHO ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY

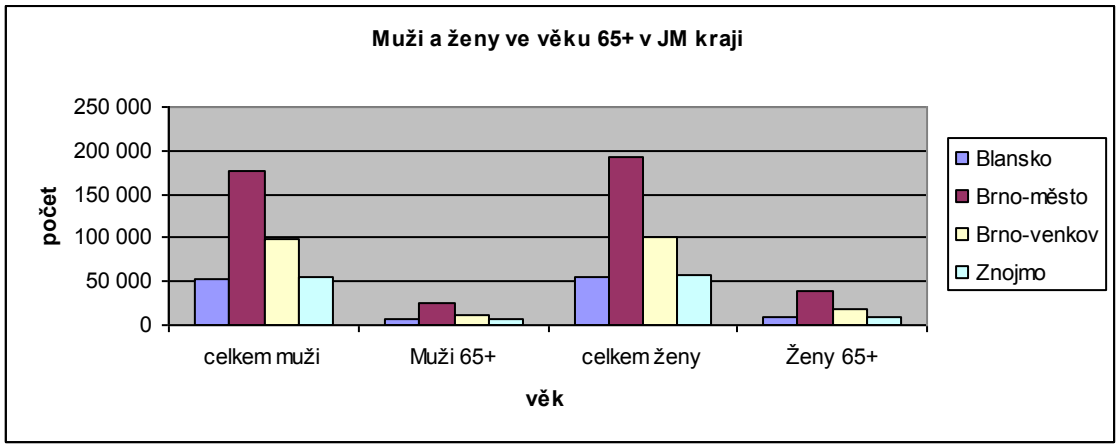
Projekt je zaměřený na poskytování služeb sociální péče pobytového zařízení pro seniory. Zadavatelem projektu je obec Vanovice, investorem společnost Instav Vyškov, a.s. Provozovatelem se stane nezisková organizace se souhlasem obce Vanovice. V obci se plánuje výstavba Domova pro seniory. Celý objekt bude mít bezbariérový přístup.

Vzhledem k současnému populačnímu vývoji v budoucnu bude seniorů přibývat. Zvýší se tak poptávka po zařízení sociálních služeb. Obec Vanovice by problém chtěla řešit právě realizací daného zařízení , s výhledem realizace do roku 2015. Tím také budou růst nároky na sociální služby.

Nyní uvádím analýzu struktury obyvatel Jihomoravského kraje. Z procentuálního vyjádření je patrné, že v Jihomoravském kraji žije 1/5 obyvatel ve věku 60 a více let, konkrétně je to 22%.



Graf č. 11 Věkové složení obyvatelstva vybraných okresů JM kraje



Graf č.12 Muži a ženy ve věku 65+ v JM kraji

6.1 Domov pro seniory Vanovice

V obci bude zřízen Domov pro seniory společně s domem s pečovatelskou službou. Celý objekt bude mít bezbariérový přístup. Kapacita zařízení se plánuje pro 100 uživatelů. Služby by zajišťovalo 50 zaměstnanců.

Posláním domova je poskytnout komplex pobytových sociálních služeb osobám, které vzhledem k svému věku, zdravotní a sociální situaci nemohou žít ve svém přirozeném prostředí a mají zájem o pobytové zařízení pro seniory ve Vanovicích.

Služba Domova pro seniory bude obsahovat činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů při obstarávání osobních věcí.

V třípodlažní budově budou v nabídce pokoje typu A – 15,64 m². Pokoje typu B – 19,13 m² skládajícího se z předsíně s vestavěnými skříněmi, koupelny – WC, sprchový kout, umyvadlo; pokoje s kuchyňským koutem a balkonem.

V rámci komerčních služeb bude vybírána kauce na 1 lůžko ve výši 300 tisíc Kč, která se po ukončení pobytu klienty vrací. Po dohodě s vedením obce bude zajištěno 5 lůžek pro obyvatele Vanovic, kteří výše uvedenou kauci skládat nebudou.

Stravování bude zajištěno vlastní kuchyní zřízenou v penzionu s kapacitou 250 jídel denně. To by zajistilo i možnost rozvozu jídel po okolí, případě zájmu také během víkendu. V nabídce bude jak normální tak i dietní strava, kle potřeby klientů.

Pro klienty bude zajištěna nabídka služeb, jako: prádelna, žehlírna, zašívání oděvů aj. V obci Vanovice je možné využití dalších služeb jako např.: kadeřnictví, pedikúra, masáže poskytované v obecním kulturním domě.

6.2 Charakteristika oblasti

Počet částí: Vanovice 545, místní část Drválovice 203

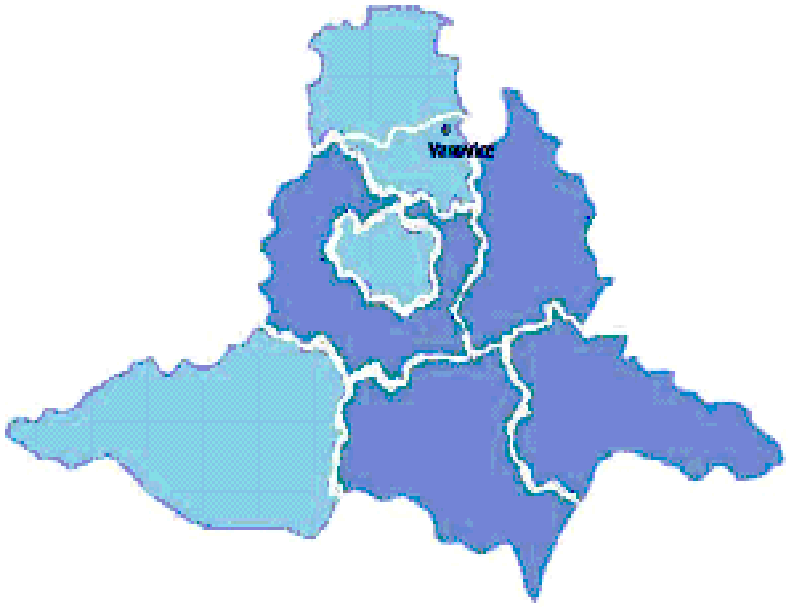
Průměrný věk k 1.1. 2009: 40 let

Poloha: Jihomoravský kraj, okres Blansko o celkové rozloze 1 250 ha.

Obec je součástí mikroregionu Malá Haná.

Obec Vanovice se nachází 7 km severně od Boskovic.

První zmínky o obci pocházejí u druhé poloviny 12: století, poprvé je pojmenována v listině českého krále Vladislava II. z roku 1176. Jméno obce je patrně odvozeno od jména neznámého církevního hodnostáře nebo knížete jménem Ivan, kterému se dostala do majetku.[54].



[54] OBEC VANOVICE. [online]. 2009. Citované 2009-18-08. Dostupné z<htpp://www.vanovice.cz/?pg=1000>.

6.3 SWOT analýza

SWOT analýza je metoda, která nám identifikuje silné (strengths) a slabé (weaknesses) stránky, příležitosti (opportunities) a hrozby (threats), spojené s určitým projektem či podnikatelským záměrem. Základ metody spočívá v klasifikaci a ohodnocení jednotlivých faktorů, které jsou rozděleny do 4 níže uvedených základních skupin. Vzájemná interakce silných a slabých stránek na jedné straně vůči příležitostem a nebezpečím na straně druhé, lze získat informace, které charakterizují a hodnotí úroveň jejich vzájemného střetu.

Vnitřní prostředí

Silné stránky:

- lokalita a příjemné prostředí
- vzdálenost od města Boskovice 7 km
- dopravní dostupnost: IDS JM: autobusové linky 277, 253
- sportovní vyžití v obci
- v obci se nachází nákupní středisko, pohostinství, knihovna a kulturní dům
- plné pokrytí mobilním signálem Eurotel, T-Mobile i Vodafone

Slabé stránky:

- nepřítomnost praktického lékaře
- neexistence sociálních služeb

Vnější prostředí:

Příležitosti

- narůstající počet obyvatel v důchodovém věku – snadné zaplnění Domova pro seniory
- vytvoření nových pracovních míst
- výstavba nových rodinných domků
- od roku 2010 možnost poskytování služeb pro obyvatele okolí
- poskytování lékařské péče v rámci služeb Penzionu pro seniory (smluvní lékaři)

Hrozby

- důchodové příjmy penzistů (pokud se nezmění důchodový systém, tak je předpoklad, že za několik let budou brát příliš nízké důchody na to, aby si mohli dovolit bydlet v Penzionu pro seniory.
- Zrušení dotací ze státního rozpočtu ČR, resp. Z fondů EU

6.4 Návrh financování služeb

Výstavba penzionu bude z části kryta prostředky získanými formou dotace z Evropských fondů.

Obecné rozvahy

Domov pro seniory – kapacita 100 lůžek (50 zaměstnanců)

Celková plocha budovy je 825,17 m²

Pokoje typu A – 15,64 m²

Skladba pokoje: předsíň s vestavěnými skříněmi, koupelna- WC, sprchový kout, umyvadlo, pokoj – kuchyňský kout, balkon.

Pokoje typu B – 19,13 m²

Skladba pokoje: předsíň s vestavěnými skříněmi, koupelna- WC, sprchový kout, umyvadlo, pokoj – kuchyňský kout, balkon.

Prostor pro 1 lůžko dle EU je 8 m²

Dotace: 1 klient/ lůžko za měsíc 19.500 Kč.

1 klient za rok 234.000 Kč.

Celkově: 23.400 00 Kč.

Přehled příjmů a výdajů

Tabulka č.8 Přehled příjmů a výdajů

Příjmy:	**Výdaje = náklady**
Dotace*:* • Z MZ v částce 13 500 000 na provoz DD: 270 000 Kč (za měsíc dotace na 1 lůžko) • Dotace 19 000 Kč na 1 lůžko x 100 seniorů Σ 1900 000 x12 – 22 800 000 Kč • inkaso pobytu úvěr • ČS na částku 68 500 000 Kč kauce • vratná kauce na 1 lůžko 300 000 Kč	Investice provoz • Roční náklady na provoz 13 500 000 Kč • den vč. stravy 350 Kč. Σ ubytování+služby a strava za rok 131 250 Kč stavební náklady: • Stavební náklady, celková výstavba penzionu pro důchodce 44 068 875 Kč • Okolní úpravy – 3 500 000 Kč • Vybavení budovy se zařízením 20 931 125 Kč. Σ celková investice budovy vč. vybavení 65 000 000 Kč. úvěr • Úvěr na 10 let s odkladem, měsíční splátky 570 833 Kč • měsíční splátka úvěru + úroky 115 080 000 Kč • Měsíční splátka po dobu 10 let 959 000 Kč kauce • vratná kauce na 1 lůžko 300 000 Kč

6.5 Cíle a způsob poskytování služeb

V následující části popisuji poslání a způsob poskytování služeb navrhovaného zařízení pro seniory.

Poslání

Posláním „Domova pro seniory“ bude poskytnutí pobytové služby osobám důchodového věku se sníženou soběstačností a dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, kteří jsou při péči o vlastní osobu závislí na pomoci jiné osoby. Pobytové služby budou poskytovány formou celoročního pobytu osobám, které dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a v důsledku svého věku a zdravotního stavu vyžadují

pravidelnou pomoc jiné osoby. Poskytované služby pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a zajištění podmínek pro osobní hygienu. Zajistí kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních věcí.

Ochrana práv uživatelů

Respektování základních lidských práv uživatelů služeb, zejména ochrana osobní svobody, soukromí, osobních údajů, ochrana před jakýmikoli formami zneužívání a šikany.

Principy zajištění ochrany práv uživatelů:

- shromažďování a archivace osobních údajů pouze s písemným souhlasem uživatele,
- svobodné vyjadřování vlastního názoru, respektování náboženského vyznání a vytvoření podmínek pro jeho praktikování,
- dle možnosti: výběr stravy, spolubydlícího, vybavení pokoje,
- soukromí při poskytování osobních služeb (provádění hygieny, ošetření apod.),
- vzájemné respektování uživatel versus poskytovatel,
- kontrola stížností a připomínek,
- schránka důvěry,
- dotazník týkající se kvality poskytovaných služeb.

Právní předpisy k zajištění ochrany práv uživatelů

Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách,

Etický kodex pracovníků ve zdravotnictví.

Etický kodex sociálních pracovníků.

Etický kodex pracovníků v ošetřovatelství.

Etika jednání:

- je určena filozofickými, ideovými, náboženskými názory a postoji,
- teorií ošetřovatelství a ošetřovatelskou technikou na základě nejnovějších poznatků z ošetřovatelství,

- právním systémem, zákonnými normami, jimiž se ošetřovatelská péče řídí,
- vědecko-technickou úrovní a materiálním a personálním vybavením pracoviště,
- postavením pracovníka sociální péče, jejími vymezenými povinnostmi a odpovědností,
- osobními vlastnostmi a úrovní mezilidských vztahů na pracovišti.

Nabízené služby „Domov pro seniory“

s cílem

- zajistit podmínky pro spokojený život uživatelů,
- poskytnutí individuální a kvalitní ošetřovatelské péče,
- podporovat vztahy vzájemné úcty mezi obyvateli navzájem a obyvateli s personálem,
- podporovat jejich soběstačnost,
- udržení kontaktu s okolím (rodina, přátelé…),
- zajistit smysluplné vyplnění volného času,

Zásady poskytování sociální služby:

- základem je individuální přístup ke klientovi, klient si určí sám jaké služby a v jakém rozsahu mu mají být poskytovány,
- zachování diskrétnosti a mlčenlivosti,
- podpora soběstačnosti uživatelů,
- bio-psycho-sociálně-spirituální přístup.

Důvody pro neposkytnutí nabízených služeb

- zdravotní stav vyžadující poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- uživatel není schopný pobytu v zařízení z důvodů akutního onemocnění,
- chování uživatele by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo soužití v kolektivu,
- zařízení neposkytuje službu, o kterou uživatel žádá,
- zařízení nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí služby,
- zdravotní stav osoby vylučuje poskytnutí požadované sociální služby.

Poskytování služby

Sociální služby jsou poskytovány na základě uzavřené smlouvy o poskytování služby. Před přijetím do sociálního zařízení a zástupcem pověřeným vedením, je uzavřena Smlouva o poskytování služby. Uživatel je seznámen s podmínkami pro poskytování služby, jejím průběhem a důvody ukončení poskytované služby. Zařízení může vypovědět smlouvu pouze za podmínek stanovených ve smlouvě a ve vnitřních pravidlech.

Smlouvy o poskytování služby budou evidovány na oddělení sociálních služeb ve spisech uživatelů.

Náležitosti smlouvy o poskytování sociální služby:

- konkrétní forma, průběh, rozsah poskytovaných služeb,
- podmínky, za nichž bude služba uživateli poskytnuta,
- postupy při nedodržení dohodnutých podmínek poskytování služby,
- způsoby a podmínky ukončení služby,
- datum uzavření smlouvy a podpis poskytovatele a uživatele služby,
- smlouva bude vyhotovena ve dvou stejnopisech s platností originálu.

Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele vzhledem k jeho schopnostem. Průběh služby je plánován společně s uživatelem dle možností poskytovatele služeb.

Pravidla pro plánování dlouhodobých služeb

Záznam ze sociálního šetření

Plán adaptace uživatele v pobytovém zařízení

Individuální plán

Personální zajištění služby

Pro zajištění kvalitně poskytovaných služeb je důležité přijetí zaměstnance s odpovídající kvalifikací. V případě přijetí pracovníka bez přímé kvalifikace je přijetí podmíněno jejím doplněním.

Předpokladem vzniku pracovního poměru na úsecích přímé obslužné péče o uživatele je:

- morální bezúhonnost
- zdravotní způsobilost
- kladný vztah k problematice péče o seniory
- přijetí principu celoživotního vzdělávání.

Pracovníci v přímé péči sociální pracovník, pracovník sociální péče – pracovník obslužné péče, všeobecné zdravotní sestry, zdravotnický asistent.

Sociální pracovník

Popis pracovních činností

- sociálně právní poradenství,
- analytická a metodická činnost v sociální péči v zařízeních sociální péče,
- vytváření podmínek pro zapojení uživatelů do společenského procesu i mimo rámec zařízení sociální péče.

Kvalifikační požadavky

VŠ, VŠO zaměření na sociální práci nebo ÚSO s praxí, akreditovaný kurz

Pracovníci sociální péče – pracovník obslužné péče

Popis pracovních činností

- poskytování obtížné a namáhavé komplexní péče o seniory,
- posilování životní aktivizace uživatelů a uspokojování jejich biopsychosociálních potřeb.

Kvalifikační požadavky

SZŠ nebo SOU, SO, ZŠ absolvování kvalifikačního kurzu.

Všeobecné sestry

Popis pracovních činností

- poskytování komplexní základní nebo specializované ošetřovatelské péče bez odborného dohledu metodou ošetřovatelského procesu,
- vypracování ošetřovatelského plánu, pozorování, hodnocení a zaznamenávání stavu pacienta nebi uživatele sociální péče, orientační hodnocení fyziologických funkcí, podíl na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a rehabilitační péče.

Kvalifikační požadavky

SZŠ + odborná způsobilost § 4 odst. 1, vyhláška č. 424/2004 Sb , případně pomaturitní specializační studium.

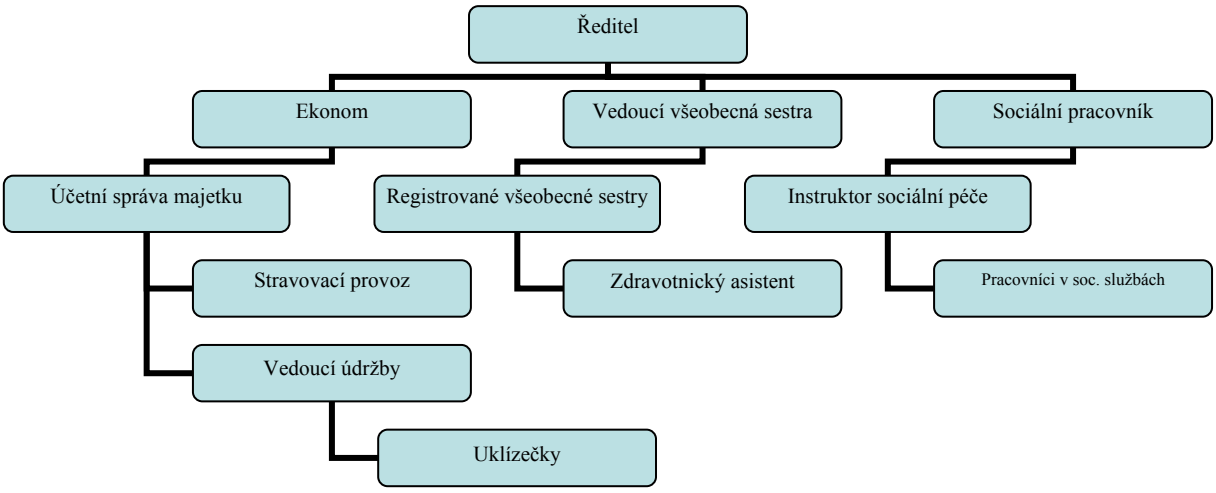
Zdravotnický asistent

- poskytování komplexní základní ošetřovatelské péče s odborným dohledem metodou ošetřovatelského procesu,
- vypracování ošetřovatelského plánu, pozorování, hodnocení a zaznamenávání stavu pacienta nebo uživatele sociální péče, orientační hodnocení fyziologických funkcí, podíl na poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a rehabilitační péče.

Kvalifikační požadavky

SZŠ + odborná způsobilost § 4 odst. 1, vyhláška č. 424/2004 Sb.

Návrh organizační struktury:



Demografické studie vycházející z dat vedených Českým statistickým úřadem, poukazují na potřebnost sociálních zařízení pro seniory. Obec Vanovice také ve svém komunitním plánování zdůrazňuje potřebu zařízení tohoto typu. Výhody provozu pro obec bude díky vytvoření nových pracovních míst. Sociální služby budou dosažitelné i pro uživatele z vesnic, které se nachází poblíž Boskovic a Blanska.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou sociální péče o seniory. Cíl práce spočíval v návrhu „sociálního zařízení pro seniory“, jehož zadavatelem je obec Vanovice.

Teoretická část diplomové práce se zabývá vysvětlením důležitých pojmů, souvisejících s problematikou projektu sociálního zařízení pro seniory. Sleduje vývoj sociální péče u nás, z hlediska historie i novodobého pojetí. Pozornost je zaměřena na osobnost seniora a jeho potřeby.

V navazující praktické části jsou uvedeny výsledky ankety pro seniory, jejímž úkolem bylo zjistit využití a spokojenost sociálních služeb, ve vybraných lokalitách Jihomoravského kraje a ochotu finančně se podílet na využití sociálních služeb.

Z výsledku výzkumného šetření, lze konstatovat, že nejvíce využívanou sociální službou je základní sociální poradenství. Je dobře, že tato služba je povinná pro každého poskytovatele sociálních služeb. Více propagace, by umožnilo zvýšit povědomí i o jiných sociálních službách a tím samozřejmě i zájem uživatelů. Spokojenost se službami osobní asistence vyjádřili respondenti, kteří využívají služeb většinou ve svém v domácím prostředí. Ochotu finančně přispívat na sociální služby projevilo celkem 201 respondentů. Nejvyšší navrhovanou částku 11 000 Kč, by přijal pouze 1 uživatel. Fungování Zákonu č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, umožňuje uživateli sociálních služeb využívat k financování „příspěvek na péči“. Pořád mám pocit, že pro spoustu lidí je to „přilepšení k důchodu“. Přes to, že to nebylo cílem zjištění výzkumného šetření. Pro navrhovaný projekt sociálního zařízení pro seniory, je předpoklad, že uživatelé vloží vratnou kauci v hodnotě 300 000 Kč. Uživatelé neprojevili ochotu se finančně podílet na této kauci. Jak ukázalo šetření ve vybraných sociálních zařízeních, financování pro uživatele pro seniory se pohybuje asi cca 9000 Kč. Mnozí na tuto výši ani nedosáhnou ze svého „důchodu“. V tomto případě, by měla být sladěna spolupráce zřizovatele a poskytovatele daných služeb. Lidé jsou postupně vedeni k výběru služeb podle kvality poskytovaných služeb. Uživatel je stále náročnějším zákazníkem, proto je otázkou času, zaplatit za kvalitu.

Stáři jako životní etapa zaznamenává v dnešní společnosti podstatné změny. V důsledku prodlužování života se stále diferencuje a pro každého z nás nabírá stále většího významu. Česká společnost zná obraz důchodce, který odchází ze společenského dění a hlavním zájmem, smyslem života je podpora rodin svých potomků. V důsledku rostoucí

nezávislosti, snahy o aktivní prožívání důchodového věku i v důsledku menšího počtu vnoučat, se postupně tento obraz důchodce bude měnit.

Početné generace, narozené v období druhé světové války bude po roce 2010 dosahovat v průměru 65 let. Od svých předchůdců se liší zejména v sociálních a ekonomických parametrech. CharakterizujÍ se vyšším dosaženým vzděláním, většími nároky na životní úroveň, na kvalitu požadovaných služeb, v zájmech ve smyslu využití volného času atd. Staří lidé budou vzdělanější, aktivnější budou mít podstatně širší zájmy než senioři dříve. Starší generace bude populační skupinou, která bude mít větší nároky na život nejen finanční, ale také ve sféře bydlení, celkového kulturního a sociálního vyžití.
Už nyní je počet sociálních zařízení pro seniory nedostačující. Populační stárnutí je pro naši společnost, jednotlivce velkou hrozbou. Zkusme to vzít z druhé strany, aby byla výzvou, ve které se spojí proměna sociálního klimatu s mentalitou společnosti.

Přiblížení dané problematiky v péči o seniory, k čemuž měla přispět tato diplomová práce, by mohlo být dobrým začátkem.

„Mějme oči otevřené a hledejme, kde nějaký člověk nebo činnost věnovaná lidem vyžaduje trochu času, trochu přátelství, účasti, společnosti a trochu lidské práce. Snad jde o člověka osamělého či o nějakého nešiku, pro kterého můžeš něco znamenat. Snad je to stařec nebo dítě. Anebo dobré dílo potřebuje dobrovolníky, kteří mohou obětovat volný večer nebo obstarat nějaké pochůzky. Kdo by dokázal vypočítat všechny podoby uplatnění, které může mít onen cenný provozní kapitál zvaný člověk!“

Albert Schweitzer

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. HAŠKOVSKOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: NCONZO, 2004. ISBN 80-7013-363-5.
2. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 2003. ISBN 80-7290-109-5
3. KALVACH, Z., HRABĚTOVÁ, E. *Senior a já*…Praha: Diakonie ČCE. 2005.
4. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén. 2006. ISBN 80-7262-455-5.
5. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
6. KOBĚRSKÁ, P. a kolektiv. *Společnou cestou*. Praha, Portál 2003. ISBN 80-7178-851-1.
7. KOUKOLÍK, F. *Já-o vztahu mozku a sebeuvědomování*. Praha:Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0736-0.
8. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Praha: ANAG. ISBN 80-7263-275-2.
9. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN: 80-7169-195-X.
10. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon 1999. ISBN 80-85850-76-1.
11. MATOUŠEK, O. a kolektiv. *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál,2005. ISBN 80-7367-002-X.
12. MATOUŠEK, O. a kolektiv. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9
13. MATOUŠEK, O. a kolektiv. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
14. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., *Z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCONZO 2006. ISBN 80-7013-436-4.
15. ORINIAKOVÁ,P., ROSECKÝ,D. *Komunitní plánování sociálních služeb*, Plzeň: CpKP ČR, 2003.
16. PACOVSKÝ, V. *Gerontologie*. Praha:AVICENUM, 1981. ISBN neuvedeno.
17. PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1994. Praha: Scintia Medica. ISBN 80-85526-32-8.
18. RHEINWALDOVÁ, E., *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999.

ISBN 978-80-244-2128-5.

19. SOKOL, R., TREFILOVÁ,V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. ISBN 978-80-7357-316-4.
20. SŘÍČKOVÁ, Z. a kolektiv. *Metodiky pro plánování sociálních služeb*, MPSV, Praha, 2007. ISBN 978-80-86902-44-9.
21. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. Praha: Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
22. ŠIMČÍKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled vývojové psychologie*. Olomouc: UPOL, 2005. ISBN 80-244-0629-2.
23. TILŠEROVÁ, M. *Částečná demografická studie vývoje věkové struktury obyvatel Jihomoravského kraje, se zaměřením na obec Vanovice*. 2009.
24. TOŠLEROVÁ, T., *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině*. Praha 2002. ISBN: 80-238-95-05-2
25. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová Psychologie II*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN978-80-246-1318-5.
26. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5.
27. ZATLOUKAL, L. *Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování.* Olomouc: UPOL Cyrilometodějská teologická fakulta, 2008. ISBN 978-80-244-2128-5.

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, *ve znění pozdějších právních předpisů.*

Vyhláška č. 505/2006 Sb., *ve znění pozdějších právních předpisů*.

SEZNAM JINÝCH ZDROJŮ

http://cs.wikipedia.org/wiki/Senior [cit.02.01.2010]

http://socialnirevue.cz/item/socialni-pracovnik-a-pracovnik-v-socialnich-sluzbach/category/socialni-prace [cit.02.12. 2009]

htpp://www.longevita.cz/leve-menu-obsah/slovníček-pojmu/114-254-domov-pro-seniory.htm. [cit.26.3. 2010]

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=D45E00F9282CFD6308A236F2F08877B7.node1?SUBSESSION_ID=1269727017853_1 [cit.02.11.2009]

htpp://www.mpsv.cz/fines/clanky/1459/průvodce.pdf [cit.27.3. 2010]

http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf [cit. 26.9. 2009]

http://www.ddblansko.cz/ [cit.27.12. 2009]

http://www.antee.cz/ddch/ [cit.27.12. 2009]

http://www.msssboskovice.cz/domov-pro-seniory.html [cit.29.12. 2009]

http://www.domovsanov.cz/ [cit.29.12. 2009]

http://www.grandresidence.cz/[cit.27.12. 2009]

OBEC VANOVICE. [online]. 2009. Dostupné z<htpp://www.vanovice.cz/?pg=1000>.

http://www.brno.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/4003-09[cit.27.09. 2009]

http://www.krjihomoravsky.cz/oupsr_uap_jmk/GRAFICKA_PRILOHA/PDF/kartogram_52_obyvatelstvo.pdf [cit.17.12. 2009]

http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=D45E00F9282CFD6308A236F2F08877B7.node1?SUBSESSION_ID=1269727017853_1 [cit.27.09. 2009]

http://www.mpsv.cz/cs/850 [cit.17.11. 2009]

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Podíl obyvatel ve věku 65 let a více na celkovém počtu obyvatel podle obcí

Příloha č. 3 Etický kodex zdravotních sester

Příloha č. 4 Etický kodex sociálních pracovníků

Příloha č. 5 Stavební pozemek k realizaci projektu

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Dotazník

Dotazník pro občany žijící v Jihomoravském kraji
Vážená paní, vážený pane,
dotazník, který držíte v ruce, má sloužit ke zmapování současné situace v sociálních službách Jihomoravského kraje a ke zjištění, zda jsou občané ochotní podílet se na jejich spolufinancování .
Vámi vyplněný dotazník a jeho statistické zpracování bude tvořit praktickou část diplomové práce – Projekt sociálního zařízení pro seniory.
Děkuji Vám za vstřícnou spolupráci.
Mgr. Marcela Šimoníková, studentka PdF Univerzity Palackého v Olomouci
Označte křížkem

1. Jsem:

- ☐ senior
- ☐ osoba pečující o seniora
- ☐ jiné (např., jinak sociálně znevýhodněný, pracující apod.)……

2. Pohlaví seniora:

- ☐ muž
- ☐ žena

3. Pohlaví osoby pečující o seniora (pokud je):

- ☐ muž
- ☐ žena

4. Věk seniora :

- ☐ 60-74 let
- ☐ 75 a více let
- ☐ pod 60let

5.Věk osoby pečující o seniora (pokud je):

- ☐ 19 - 26 let
- ☐ 27 - 35 let
- ☐ 36 - 49 let
- ☐ 50- 59 let
- ☐ 60 let a více

6. Osobní situace seniora:

- ☐ žije sám
- ☐ žiji s rodinou
- ☐ žiji v pobytovém zařízení
- ☐ jiná, doplň……

7. Váš vztah (seniora) k užívání sociálních služeb:

- ☐ uživatel sociální služby
- ☐ uživatel sociální služby a pomoc rodiny
- ☐ nevyužívám sociální služby, ale potřebuji sociálních služeb pomoc
- ☐ nevyužívám sociální služby, ale využívám pomoc rodiny (blízké osoby)
- ☐ nevyužívám sociální služby a nepotřebuji pomoc

(pokud jste vybrali poslední možnost, položkami 8,9 se nezabývejte)

8. Které z uvedených sociálních služeb provozovaných ve Vašem okolí, znáte a které sociální služby využíváte?

Druh služby	znám	využívám	neznám
Azylová zařízení			
Dům pro seniory			
Terénní pečovatelské služby			
Ambulantní pečovatelské služby			
Pobytové pečovatelské služby			
Domov pro mentálně znevýhodněné			
Dopravní služby pro imobilní			
Osobní asistence (pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti)			
Základní sociální poradenství			
Odborné sociální poradenství			
Agentura domácí péče			

9. Pokud některou z výše uvedených využíváte, jsou dle Vašeho názoru poskytované v potřebné kvalitě? (zaškrtněte i více možných variant)

Druh služby	vyhovující	nevyhovující	nenavazuje další služba	nemohu posoudit
Azylová zařízení				
Dům pro seniory				
Terénní pečovatelské služby				
Ambulantní pečovatelské služby				
Pobytové pečovatelské služby				
Domov pro mentálně znevýhodněné				
Dopravní služby pro imobilní				
Osobní asistence				
Základní sociální poradenství				
Odborné sociální poradenství				
Agentura domácí péče				

10. Sociální služby jsem ochotný(a) zaplatit v průměru měsíčně :

☐ 3 000 Kč
☐ 5000 Kč
☐ 9 500 Kč
☐ 11 000 Kč
☐ méně jak 11 000 Kč , kolik……
☐ nechci financovat

11. Byl(a) byste ochotný(á) zaplatit kauci v domě pro seniory?

☐ ano, do 50 000 Kč ☐ ano, do 300 000 Kč

☐ ano, do 100 000 Kč ☐ ano, více jak 300 000 Kč, kolik…….

☐ ano, do 200 000 Kč ☐ ne

Místo pro Vaše připomínky:

……..
……..
……...
……...

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Marcela Šimoníková
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Projekt sociálního zařízení pro seniory
Název v angličtině:	The project of sanitary facilities for seniors
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá problematikou sociální péče o seniory. Teoretická část je zaměřena na vysvětlení obecných pojmů, souvisejících s tvorbou projektu zařízení pro seniory. Popisuje systém sociálních služeb, poskytovaných v České republice, aspekty stáří a stárnutí, potřeby seniorů. Poukazuje na úskalí péče poskytované seniorům. V praktické části jsem zpracovala výsledky výzkumu pro seniory, zjišťující povědomí seniorů či jejich pečujících o sociálních službách a ochotu se finančně spolupodílet na jejich provozu. Cílem průzkumu je zjistit zájem o realizaci projektu „Sociálního zařízení pro seniory“.
Klíčová slova:	senior, sociální služby, poskytovatelé, uživatelé, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
Anotace v angličtině:	The disertation deals with issues of sanitary facilities for seniors. The theoretical part is concentrated on clarification of general terms related to formation of the project for seniors. It desribes the system of sanitary facilities in the Czech Republic, the aspects of old age and ageing, seniors' needs. It points out the difficulties of care for seniors. In the practical part I composed the results of research for seniors which surveys of seniors' or their carers' cognizance of sanitary facilities and willingness to financially partake in the operation of sanitary facilities. My object is to ascertain the interest in realization of the project "Sanitary facility for seniors".
Klíčová slova v angličtině:	senior, social servises, social servises planning, triad, submitters, providers, users, law 108/2006 about social servises

Přílohy vázané v práci:	1. Dotazník 2. Podíl obyvatel ve věku 65 let a více na celkovém počtu obyvatel podle obcí 3. Etický kodex zdravotních sester 4. Etický kodex sociálních pracovníků 5. Stavební pozemek k realizaci projektu
Rozsah práce:	71 stran
Jazyk práce:	čeština