



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

## Posuzování potřeb zájemců o pobytovou sociální službu pro seniory a naléhavosti jejich umístění

# DISERTAČNÍ PRÁCE

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

**Autor: Jaroslava Vítová**

**Školitel: Jiří Bílý**

České Budějovice 20.6.2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji disertační práci s názvem „*Posuzování potřeb zájemců o pobytovou sociální službu pro seniory a naléhavosti jejich umístění*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 20. června 2016

Jaroslava Vítová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala svému školiteli Doc. JUDr. PhDr. Jiřímu Bílému, CSc. za cenné rady, podněty, podporu a trpělivost. Poděkování patří i Doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za odborné konzultace.

## **Posuzování potřeb zájemců o pobytovou sociální službu pro seniory a naléhavosti jejich umístění**

Práce se zabývá problematikou posouzení potřeb seniorů ve vztahu k naléhavosti jejich umístění do pobytové sociální služby. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přinesl významné změny zejména ve způsobu zajišťování si potřebné pomoci především nákupem sociálních služeb prostřednictvím příspěvku na péči jako sociální dávky. Předpoklad setrvání seniorů v přirozeném prostředí, za nutné podmínky rozvoje terénních sociálních služeb, a tím i snížení zájmu o pobytové sociální služby pro seniory, ve své podstatě nebyl naplněn. Počet evidovaných zájemců o pobytové sociální služby z řad seniorů vysoce převyšuje kapacity jednotlivých zařízení.

Při posuzování potřeb seniorů z hlediska umístění do pobytové sociální služby je potřeba chápána jako nedostatek, jehož odstranění či podpora při jeho saturaci vede k zajištění jistoty a bezpečí. Míra podpory při naplňování potřeb může být různá.

Výše příspěvku na péči a tedy stanovení stupně závislosti není jediným kritériem pro přednostní umístění do pobytové služby. Nepříznivá životní situace seniora nemusí být v přímém vztahu se stupněm závislosti. Rovněž vysoký počet bodů získaných při posuzování míry samostatnosti a soběstačnosti podle vypracovaného metodického materiálu pobytové služby, včetně posouzení objektivních podmínek seniora neznamena vysoký stupeň naléhavosti přijetí.

V práci byly použity kvalitativní výzkumné strategie, a to obsahová analýza, případová studie a kvalitativní evaluace.

Požadavky pobytové služby na objektivní posouzení a výběr seniora na uvolněné místo v zařízení, tedy redukce počtu zájemců z celkového počtu několika stovek, na skupinu s vyšší naléhavostí k přijetí, vedly k vytvoření metodického materiálu zahrnujícího celý standard jednání se zájemcem o službu, vytvoření způsobu bodového hodnocení pro výběr zájemců. Jedním z cílů práce bylo provedení kvalitativní evaluace metodického materiálu konkrétní pobytové služby pro seniory.

Dalším cílem práce bylo posoudit potřeby seniorů před nástupem do pobytové sociální služby. Byla provedena jednak obsahová analýza záznamů sociálních šetření, kdy jako nejvýznamnější potřeba seniorů, vyvstala potřeba zajištění jistoty a bezpečí. Seniori podávají žádosti o pobytovou sociální službu, ačkoli tuto službu fakticky využívat nechtějí, jde o projev obavy z budoucnosti, což ovšem znamená významné ovlivnění počtu evidovaných žádostí.

Je potřebné na jedné straně přijímat člověka jako plnohodnotnou, samostatnou, svobodnou a odpovědnou bytost, a to v jakémkoli věku, avšak na druhou stranu citlivě vnímat nejrůznější limity a omezení vyplývající z přirozeně nastupujícího stáří. V komunikaci se starým člověkem velice často zpracováváme dvě extrémní skutečnosti. V oblasti samostatnosti a soběstačnosti se seniori přeceňují nebo naopak významně podceňují. Pokud by bylo posuzování v uvedených oblastech soustředěno pouze na sebehodnocení bez objektivního vnímání skutečnosti, popřípadě bez reflexe nejbližšího okolí seniora, s velkou pravděpodobností by výsledek posuzování byl významně zkreslen.

Kvalita posuzování potřeb, úroveň sociálního šetření je přímo odvislá od znalostí, schopností a dovedností sociálního pracovníka, přičemž mezi velmi důležité schopnosti patří schopnost reflexivity.

### **Klíčová slova**

Senior, posuzování, potřeby, sociální služby, samostatnost, soběstačnost, metodický postup, jistota, bezpečí

# **Evaluation of Needs of People Interested in Residential Care for Seniors and Urgency of their Admission**

## Abstract

This thesis deals with the issue of assessing seniors' needs in relation to the urgency of their admission into a residential care facility. Act No. 108/2006 on social services has significantly changed the way people can obtain necessary assistance. Now it is possible to purchase social services thanks to a social welfare benefit in form of an attendance allowance. There was an assumption that if there is a development in field social work, seniors will remain in their natural environment and therefore the interest in residential care facilities for older people will lower. However, this assumption was not met. The number of senior citizens interested in retirement homes greatly exceeds the capacity of individual facilities.

When we assess the needs of seniors related to admission to a residential facility, such need is perceived as an insufficiency. If we get rid of this need or provide support to satisfy it, we achieve safety and security. The extent of such support can vary.

The level of help people need determines the amount they receive as an attendance allowance, but it is not the only criterion for preferential admission into a retirement home. Seniors' difficult life situation does not have to be directly related to the level of help they need. If seniors get a lot of points during assessment of their degree of autonomy, self-sufficiency and objective conditions, it does not necessarily imply that they need to be urgently admitted into a residential care facility. This assessment is carried out according to methodological documents devised by the retirement home.

The thesis uses a qualitative research strategy; that is, content analysis, case study and qualitative evaluation.

Residential care facilities came up with requirements for objective assessment and selection of seniors to be admitted in order to reduce the number of applicants - from several hundred to a group that needs to be admitted urgently. These requirements led to a preparation of methodological materials that describe the whole standard procedure of

interaction with people interested in the residential social service. Next, a method of point score system to select the candidates was also established. One of the aims of this thesis was to carry out a qualitative evaluation of methodological documents of a specific residential care facility for older people.

Next goal was to assess the seniors' needs before they are admitted to residential care. A content analysis of social investigation records was also conducted. The results showed that the most important needs of seniors are safety and security. Older people submit applications for retirement homes, although they actually do not want to use this service. It is a manifestation of their fear of the future and it has a significant impact on the number of registered applications.

On one hand, it is important to regard people as fully-fledged, independent, free and responsible beings at any age. But on the other hand, it is also vital to be aware of various limits and restrictions arising from natural ageing. We usually encounter two extreme opposites when we communicate with older people. Seniors usually overestimate or significantly underestimate themselves in the area of autonomy and self-sufficiency. If these areas were only self-evaluated and objective reality (or senior's surroundings) was not taken into account, the assessment result would be significantly distorted.

Quality of needs' assessment and level of social investigation directly depend on the knowledge, skills and abilities of social workers; one of their most important skills is the ability to reflect.

### **Keywords**

Senior, assessment, needs, social services, autonomy, self-sufficiency, methodological approach, safety, security

## OBSAH:

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Sociální práce .....</b>	<b>12</b>
1.1.1 <i>Pojetí sociální práce.....</i>	13
1.1.2 <i>Etika sociální práce.....</i>	15
1.1.3 <i>Filozofická východiska .....</i>	17
<b>1.2 Teorie sociální práce.....</b>	<b>19</b>
1.2.1 <i>Specifika práce se seniory .....</i>	22
1.2.2 <i>Techniky sociální práce.....</i>	24
<b>1.3 Role sociálního pracovníka .....</b>	<b>25</b>
1.3.1 <i>Historické pozadí.....</i>	25
1.3.2 <i>Sociální pracovník v současnosti.....</i>	26
<b>1.4 Stáří stárnutí .....</b>	<b>30</b>
1.4.1 <i>Stárnutí populace – poznámky k demografickému vývoji.....</i>	30
1.4.2 <i>Vybrané demografické charakteristiky populace seniorů .....</i>	33
1.4.3 <i>Hodnota zdraví, proměny ve stáří - stárnutí.....</i>	38
<b>1.5 Potřeby – hodnoty - posuzování .....</b>	<b>43</b>
1.5.1 <i>Potřeby .....</i>	43
1.5.2 <i>Hodnoty.....</i>	45
1.5.3 <i>Posuzování .....</i>	46
<b>1.6 Sociální péče .....</b>	<b>48</b>
1.6.1 <i>Poznámky z historického vývoje sociální péče .....</i>	48
1.6.2 <i>Sociální péče o seniory.....</i>	50
1.6.3 <i>Pobytové sociální služby pro seniory, institucionální péče .....</i>	53
1.6.4 <i>Legislativní rámec .....</i>	55
1.6.5 <i>Kvalita života v sociálních službách.....</i>	60
1.6.6 <i>Péče o seniory ve Středočeském kraji.....</i>	62
<b>2. CÍLE PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY .....</b>	<b>64</b>
<b>2.1 Cíle práce.....</b>	<b>64</b>
2.1.1 <i>Dílčí cíle .....</i>	64
<b>2.2 Výzkumné otázky.....</b>	<b>65</b>
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>66</b>
<b>3.1 Operacionalizace pojmů.....</b>	<b>66</b>



<b>3.2</b>	<b>Metodologie výzkumu .....</b>	<b>73</b>
3.2.1	<i>Design výzkumu: .....</i>	73
3.2.2	<i>Metoda výběru .....</i>	75
3.2.3	<i>Základní charakteristiky výzkumného prostředí .....</i>	75
<b>4.</b>	<b>VÝSLEDKY .....</b>	<b>78</b>
<b>4.2</b>	<b>Výsledky – I. část .....</b>	<b>78</b>
4.2.1	<i>Analýza dokumentů .....</i>	78
<b>4.3</b>	<b>Výsledky – II. část .....</b>	<b>95</b>
4.3.1	<i>Případová studie .....</i>	99
4.3.2	<i>Expertní evaluace .....</i>	114
4.3.3	<i>Popis redukčního mechanismu .....</i>	132
<b>5.</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>134</b>
<b>6.</b>	<b>HYPOTÉZY .....</b>	<b>144</b>
<b>7.</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>146</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>152</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH, OBRÁZKŮ, TABULEK .....</b>	<b>161</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>163</b>
	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>164</b>

## Úvod

Pobytové sociální služby pro seniory jsou vystaveny velkému tlaku zájemců ze stran seniorů na umístění. Toto je základní fakt, který předpokládá nutnost vytvoření modelu posuzování při redukci zájemců, v daném okamžiku se totiž ve většině případů jedná o jedno uvolněné lůžko. Realita života nepřipouští jakoukoli sentimentalitu, pro uvolnění lůžka se čeká na odchod, tedy na úmrtí klienta.

Sociální pracovník, v jehož kompetenci je práce se zájemci o sociální službu stojí před obtížným úkolem. Jak najít mezi tolika zájemci toho nejpotřebnějšího tzn. posoudit objektivně jeho nepříznivou sociální situaci.

Zákon o sociálních službách nastavil základní požadavky na kvalifikační předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka, které by měly reflektovat potřebné znalosti a vyústit ve schopnosti výkonu profese v praxi. Kvalifikace je základem, avšak velmi významné pro úspěšný výkon práce, jsou silné charakterové vlastnosti resp. osobnost sociálního pracovníka.

Čelit tlaku rodiny a blízkých zájemce o službu tzn. seniora, protože o službu ne žádá rodina ani blízcí, nýbrž samotný senior, (pokud samozřejmě není omezen ve svých právech a jedná za něj opatrovník) je velice obtížné. Zvláště přichází-li v úvahu i možnost, že není právě řešen opravdový zájem seniora, ale zájem vlastní např. ve formě uvolnění bytu.

Jinou skutečností oproti tomu je rodina, která pečuje o svého člena a nechce ho opustit, avšak dojde do fáze, kdy péči přestává zvládat, jelikož se pečovaný vlivem změn a vývoje svého stavu dostává do fáze, kdy vyžaduje profesionální ošetrovatelskou péči nebo podporu v podobě technického a materiálního vybavení, které rodina nemůže poskytnout. Velký prostor se zde nabízí v možnosti podpory rodinných pečujících prostřednictvím dostatečného množství potřebných informací, prostřednictvím

sociálního poradenství, terénní nebo ambulantní sociální služby, přičemž nelze opomenout realitu finančního zajištění rodiny.

Další neméně zajímavou skutečností v této problematice je otázka důvodu podání žádosti o pobytovou sociální službu, když žadatel reálně nastoupit nechce. Podání žádosti je projevem potřeby zajistit si do budoucna jistotu a bezpečí. Svým způsobem se jedná o odpovědné jednání seniora, jeho reálného pohledu na vlastní situaci. Problémem je, že v okamžiku, kdy dojde ke změně podmínek, a tím potřeb seniora není možné okamžitě vyhovět požadavku k nástupu do pobytové služby. Pak dochází opět k vysokému tlaku na práci sociálního pracovníka k zajištění urychleného přijetí s argumentací dlouhodobé evidence žádosti. Vyhovění tomuto požadavku však není možné vzhledem k naplněné kapacitě zařízení. Senior nesnadno přijímá skutečnost, že služba nevede pořádně, ale při výběru zájemce vychází z posouzení aktuálních potřeb, z obtížné sociální situace seniora. Nejsou výjimkou i několika leté evidence zájemců, kteří vnímají svou žádost jako jakousi pojistku, trvají na tom, aby žádost byla v evidenci, ale nastoupit vlastně nechtějí.

Přichází na řadu problém redukce či rozdělení žádostí na aktivní a neaktivní. Není možné jednoduše sečíst body, které při primárním posuzování senior dosáhne (příloha č. 1), a tím určit stupeň naléhavosti. Osobnost a kompetence sociálního pracovníka a jeho schopnost reflexe situace je v procesu posuzování potřeb seniora nezbytná. Přičemž je třeba objektivně posuzovat i materiální a technické podmínky, ne každé uvolněné lůžko je vhodné pro každého, nehledě na jeho osobní přání.

Problémem domovů pro seniory je i vzrůstající počet žadatelů se syndromem demence, což vede nutně k reorganizaci práce, využívání nových metod práce a přístupů. Ustálený model posuzování sociální situace zájemce je současně ochranou pro výkon práce sociálního pracovníka. Snižuje tlak při řešení dilemat a zpětně dokládá postup pracovníka transparentně krok za krokem.

## **1. Teoretická část**

### **1.1 Sociální práce**

Jak Opatrný (2013) uvádí, je sociální práce obecně chápána jako obor praktické činnosti sociálního pracovníka, ale též jako vědní disciplína. Je důležité popsat co je to sociální práce a co je jejím předmětem, ale i to, zda a jakým způsobem je sociální práce vědou. Neméně důležité je z jakých hodnot vychází a proč jsou hodnoty v sociální práci tak důležité.

Dle Janebové a Musila (2007) je třeba především vnímat skutečnost, že filantropie není stěžejní rolí sociálních pracovníků a není to ani zajišťování dávek, ale jedná se o přemýšlení. Schopnost sociálních pracovníků reflektovat postupy své práce a situaci klientů, a to vždy s ohledem na jejich jedinečnost a neopakovatelnost, umožňují uvážlivé rozhodování.

Specifikum takto chápané sociální práce (Musil, 2004) je to, že se sociální pracovníci zabývají životními situacemi lidí a jimi poskytované služby jsou o to lepší, čím více se jim daří vidět situaci klienta v jejím celku. Mohou tak lépe rozumět struktuře tohoto celku leč nemohou být specialisty na každou jeho část. Je vhodné rozlišovat mezi samotnou sociální prací a komplexem služeb, jehož jsou činnosti sociálních pracovníků součástí.

Sociální práce operuje s dvěma pojmy, „láska“ a „moc“. „V souvislosti s funkcí sociální práce nejsou „láskou“ míněny morální, a už vůbec ne sentimentální emocionality. Láskou je zde míněn zvláštní druh sociálního jednání, totiž jednání vztažené na druhé a na uspokojování jejich potřeb, ne zvládání jejich každodenních povinností, na uskutečňování jejich života, ano celkově vztažené na jejich život. K tomuto jednání patří jak jasné stanovení cílů, tak i k tomu patří kritéria kvality. Jinými slovy, „láskou“ je shrnut určitý druh racionálního jednání, který vede k lidsky spravedlivé a udržitelné sociální struktuře a který teprve umožňuje „bytí člověkem“ a „bytí člověkem ve

společnosti“. Emoce přitom samozřejmě hrají důležitou roli“(Schmocker, 2006 cit. in Opatrný, 2013).

Podobně jako „láska“ je i „moc“ v sociální práci (Opatrný, 2013) chápána jako určitý druh jednání, které rozděluje určitá dobra potřebná pro život a toto jednání uspořádává mezilidské vztahy.

### ***1.1.1 Pojetí sociální práce***

Pojetí sociální práce, jak uvádí Payne (1997) je do značné míry podmíněno kulturně. Euro-americké pojetí sociální práce tzv. „západní“ je nepřenositelné např. do asijských nebo afrických kultur. Euro-americké pojetí sociální práce staví na hodnotě individuálního rozvoje jedince, na lidských právech a samozřejmě také vychází z relativně bohatého a politicky stabilizovaného prostředí, které nabízejí evropské, severoamerické a další jim blízké a podobné státy. Systémy sociální podpory v těchto státech jsou sice rozdílné, ale oproti zbytku světa všechny nabízejí propracovaný a fungující systém podpory, na který se jejich občané mohou spolehnout.

Tzv. západní nebo vyspělé státy se deklarují jako sociální, tedy přijímají odpovědnost za své občany, pokud se dostanou do složitých životních situací, resp. garantují určitou minimální míru blahobytu. Počítají tedy dle Opatrného (2013) se sociální prací jako s nástrojem, s jehož pomocí je možné situace občanů řešit, resp. blahobyt zajistit – a to ať se jedná o sociální práci vykonávanou v rámci samosprávy nebo sociální práci, kterou uskutečňují neziskové organizace, závislé na státu jen na státu jen nepřímo, skrze finanční prostředky, které od něj čerpají. Sociální práce je v širším pojetí chápána jako součást sociální politiky a v současné době je sociální práce vnímána v úzké vazbě na sociální služby.

Co je tedy sociální práce? Snaha odpovědět na tuto otázku neustále vede k formulování nových definic. „Je nesporné, že je těžké vysvětlovat přátelům, lékařům, učitelům či policistům, co dělám, oni mohou jednoduše říct „lčím“, „vyšetřuji“ nebo „učím“. Sociální práce takovou eleganci hledá. Už jen odkaz k „obtížným“ nebo „problémovým situacím“, který při popisování vlastní práce používáme (protože lidé se kterými

pracujeme, často v problémových situacích jsou), může někoho, kdo se ptá, co sociální práce je, pěkně zmást a nechá vyprázdňený prostor vlastní fantazii tazatele. Vždyť která profese se lidmi s nějakými problémy nezabývá“ (Šlajs, 2015, s. 5).

Právě proto, že sociální práce je velmi rozmanitý obor s velmi širokým záběrem je velice těžké dosáhnout přesné charakteristiky a přesně popsat její specifické znaky. V každém případě je sociální práce jak praktickou činností, (Paulík, 2005, s. 10) ať už ji vykonává neodborník či odborník, profesionál či dobrovolník, tak i vědním oborem.

Jak uvádí Čechová (2009, s. 280) je dodnes akceptovatelná a vyhovující definice, která zakotvuje sociální práci v předcházení, rozvoji nebo vzniku sociálních problémů, v rozvoji a odhalování jejich příčin, v pomoci při překonávání osobních a společensky determinovaných obtíží klientů, v zpřístupňování pomoci jednotlivcům, skupinám a komunitám, v zpřístupňování možností vzdělávání a rekvalifikace a v napomáhání komunikaci sociálních pracovníků s klientem a organizacemi v rámci místních společenství a komunit s cílem řešit sociální problémy Proto je součástí profesionální sociální práce i řízení sociální práce.

Lze předpokládat, že vycházela z definice sociální práce, kterou schválilo valné shromáždění Mezinárodní federace sociálních pracovníků v roce 2004 v Austrálii, a kterou zpřístupnila Nečasová (2004, s. 36-38) v časopise Sociální práce/sociálna práca. „Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti“.

V souladu s potřebou zachovat lidskou důstojnost, základní práva, lze považovat ve vývoji vymezení postavení sociální práce za velmi důležité definování sociální práce Matouškem (2001, s. 10), které zní: „Sociální práce se během 20. století stala společenskovední disciplínou i oblastí praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování

individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilost společenského uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky“.

Stejně jako Opatrný (2013) je možné považovat za významné doplnění uvedené definice o poslední větu (Matoušek, 2003 s. 11) ... „klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života“.

Skutečností však zůstává, že všechny další definice sociální práce se odvíjejí od prvotního výroku Mary Richmond (1922), uznávané zakladatelky sociální práce, a která definuje sociální práci, jako skladbu procesů, které rozvíjí osobnost člověka prostřednictvím vědomé změny, a to mezi člověkem a jeho sociálním prostředím.

Stejně tak potvrzuje Matoušek (2013), že sociální práce je jedinečná v tom, že se realizuje mezi klientem a jeho sociálním prostředím, sociální pracovník zastává roli mediátora mezi jednotlivcem a společností, přičemž napomáhá sociálnímu fungování klientů a stejně tak pomáhá společnosti, aby citlivě reagovala na potřeby jednotlivců.

### ***1.1.2 Etika sociální práce***

Etiku definuje Jankovský (2003) jako filozofickou vědu o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snaží se nalézt, popřípadě i zdůvodnit, společné a obecné základy, na nichž morálka, jež je předmětem etiky, stojí. Morálka hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla, a to porovnáváním se svědomím člověka.

Pokud chceme nějaké jednání pokládat za morálně významné (Thomson, 2004), patrně tedy musí splňovat alespoň tři základní podmínky – týká se ať přímo či nepřímo, jedné nebo více osob, týká se situace, v níž lze racionálně uvažovat o důsledcích možného průběhu událostí, existuje dostatečná míra svobody, která dovoluje různé možnosti průběhu událostí, a tím plnohodnotnou volbu.

Zcela nepochybným předpokladem pro výkon sociální práce je samozřejmě ochota být zde pro druhé, ochota k pomoci druhým (Jankovský, 2003 s. 157). Jak uvádí Opatrný

(2013, s. 215), k sociální práci patří i reflexe a rozhodování, které v praxi musí provádět sociální pracovník. Přičemž uchopit klientův problém a naplánovat společně řešení mu pomáhá teorie sociální práce. Samotné rozhodnutí však není jen pouhou aplikací teorií, ale mnohem více, každé rozhodnutí má etický charakter.

Sociální práce vytváří pro sociálního pracovníka situace, kdy musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník musí eticky uvažovat při sociálním šetření, sběru informací, při jednáních, při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatření a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život (Společnost sociálních pracovníků ČR).

Etická dilemata vznikají tehdy, jak uvádí Matoušek (2003, s. 24) „cítí-li sociální pracovník, že stojí před dvěma nebo více stejně nevhodnými možnostmi, které představují konflikt morálních principů, (např. konflikt práva klienta na sebeurčení a povinnost sociálního pracovníka chránit zdraví klienta). Není přitom jasné, které rozhodnutí bude přijatelnější“.

Přičemž to, co je pro někoho technická otázka (Matoušek, 2003) v podobě pouhého dodržování pravidel, může pro druhého znamenat etický problém. Rozhodnout je velmi obtížné i v případě, kdy je zřejmé jaké má rozhodnutí být. Pro jiného může jít o silné etické dilema, kdy se zdá, že přijatelné řešení neexistuje.

Jak uvádí (Sokol, 2013) etiky odpovědnosti se týká hlavně to, že beru-li na sebe odpovědnost za druhého člověka, mohu ho tím snadno připravit o jeho svobodu. Platí-li ve vztahu péče rodičů o dávno dospělé děti, že „pečujícího“ vůbec nezajímá, jaké starosti má jeho svěřenec, ale sám chce rozhodnout i o tom co jsou a smějí být jeho starosti, projevuje se tento jev i ve vztahu dítěte k rodiči již závislému na péči druhého člověka.

Sociální práci nelze vykonávat bez respektu k určitým hodnotám a etickým zásadám (Jankovský, 2003 s. 157). Současně také platí (Thomson, 2009 s. 25), že hodnoty jsou důležitým motivačním faktorem, motivují člověka k tomu, aby se sociální práci věnoval



a snažil se jí dělat co nejlépe. Snaha o skutečném výkonu profesionální práce znamená ztotožnění se s hodnotami sociální práce. Sociální práce představuje práci s lidmi v obtížných životních situacích, které na ně kladou až neúměrnou zátěž. Lidé (Opatrný, 2013), a zvláště pak senioři, jsou těmito situacemi velice ohroženi, stávají se slabými a snadno zranitelnými. Potřebují ochranu před neetickým jednáním.

Podle Šrajera (2012, s. 111) je klíčovou hodnotou v sociální práci lidská důstojnost. „Sociální práce je profesionální práce s člověkem a pro člověka speciálními pracovními metodami, jejímž základním kritériem a požadavkem je humanita. Lidská důstojnost tak pro oblast sociální práce představuje základní etický pojem“. Zásadní otázkou v sociální práci z hlediska etiky není dle Nečasové (2001), zda má sociální práce etickou dimenzi, ale jak s ní pracovat, jak řešit dilemata, která přináší v praxi. Pokud se sociální pracovník dokáže orientovat v etických teoriích, pomáhá mu to v řešení etických problémů a dilemat, dokáže hodnotit situaci z více úhlů pohledu a najít řešení, která jsou eticky zdůvodnitelná jako správná a dobrá (Nečasová, 2003). V praxi to pro výkon profese sociálního pracovníka znamená předpoklad orientace v etických teoriích a filosofických základech pojetí člověka.

### ***1.1.3 Filozofická východiska***

Exkurz do filosofie ukazuje, jaké myšlenky a úvahy, vztahující se k pojetí člověka, se staly základem pro formulování některých teorií a metod sociální práce. Humanistické a existenciální teorie vycházejí z vnímání svobody, povinnosti, odrážejí se v úvahách o lidské existenci a odpovědnosti. V antice byl člověk pojímán jako součást kosmu a jeho jednání bylo zcela podřízeno nezměnitelnému osudu. Ve středověku byl člověk chápán jako obraz Boží a jako takový byl pověřen osvědčovat velikost Božího díla. Teprve v novověku byl člověk chápán jako soběstačné, sebevědomé jsoucnost ve svém celkovém vztahu ke světu, ostatním lidem i k sobě samému. Velice významný přínos pro novodobou filosofii měl I. Kant a jeho otázky naléhavě žádající odpověď: Co je člověk ve vztahu k projevu svobody? Uvádí, že chci-li být svobodný, musím ctít svobodu druhého člověka, což předpokládá jednat tak, aby podle normy mého jednání měli stejné právo jednat všichni. Toto jsou právě dvě stránky kategorického imperativu, ve kterém I. Kant vyjadřoval, že člověk má za prvé jednat tak, aby se jeho jednání mohlo

stát obecnou normou a za druhé, aby se používalo lidství jak ve své osobě, tak i v osobě toho druhého jako účel, nikoli pouze jako prostředek.

Otázka, co je mravné a co nikoli, se významně uplatňuje právě ve vztahu sociální pracovník a klient. Rovněž současné pojetí sociální práce reflektuje odpovědnost každého jednotlivce za svůj vlastní život.

Kant (1910) netvrdí, že kategorický imperativ zabrání nemravnému jednání. Tvrdí pouze, že člověk má navzdory všem obtížím přece jen jasné kritérium k tomu, aby nahlédl, co je mravné a co nikoli. Člověk umí být zákonodárcem sám sobě a to rozumovou reflexí povinnosti, kterou si sám ve vlastním zájmu ukládá. Povinnost vůči druhému je základem skutečné lidské svobody a člověk k tomuto uvědomění nepotřebuje nic než vlastní rozum.

Přehnaný důraz na myšlení vedl myslitele 19. století k hledání jiných vrstev lidského bytí, tak se například do popředí dostala otázka vůle. Vůle, dle Schopenhauera (1911), byla chápána jako temný neukojitelný pud, jehož podstatou je stále něco chtít na rozdíl od F. Nietzscheho, který viděl vůli jako pozitivní sílu.

Otázka svobodné vůle a její respektování je jednou z nosných myšlenek pojetí koncepce sociální práce, zákonitě se odráží v přístupu ke klientovi. Vůle si však žádá rozhodnutí: člověk musí volit – je svoboden. Svoboda takto není libovůle, jak se domníval S. Kierkegaard (Blecha, 1998), svoboda je úkol, povinnost, prokazovaná už tím, že jsme. S problémem člověka spojil pojem existence.

Existencialismus je jeden z nejvlivnějších směrů současné filosofie, který se cíleně zabývá člověkem. Rodíme se do světa, jež je nám vnucen. Na jednu stranu jsme svobodné bytosti, odpovědné za svou existenci, na druhou stranu jsme omezováni tím, co jsme nezvolili. Jsme součástí celé řady náhod, ve kterých nelze nalézt smysl – naše existence se podle Camuse (1995) nutně jeví jako absurdní.

Úvahy o lidské existenci ve spojení s absurditou jsou základem myšlení i nejznámějšího existencialistického filosofa J. P. Sartra. I v těžkých životních situacích musí člověk

jednat, musí se rozhodovat, volit. Sartre (2006) říká, že člověk je odsouzen ke svobodě, protože volí i tím, že volit odmítne. V takové situaci je absolutně odpovědný za svou volbu a nemůže se na nic vymlouvat. Ani společností předem schválená pravidla nezbavují odpovědnosti, mohlo by být snadné, pouze vybrat některé z pravidel, ale zase je to jen jedinec, který výběr provede.

Protože lidské bytí je bytí k smrti, musí se o toto bytí starat. Tato starost, z níž vychází veškerá činnost, člověka nutí, aby se motivoval tím, co bylo, aby se s tím zabýval a tak poznával svoje možnosti. Podle Heideggera (Anzenbacher, 1991), aby se vyrovnal se svým životem jakožto bytím k smrti, aby před touto konečností neuhýbal, ale přijal ji odhodlaně jako možnost.

Jak nazírá Úlehla (2007) je každý člověk uvnitř svého jakoby exkluzivního osudu nezastupitelný. Tuto jeho nezastupitelnost činí právě jeho odpovědnost za utváření svého osudu. Mít osud znamená mít svůj vlastní osud. Se svým jedinečným osudem stojí tu každý člověk takřikajíc jediný v celém kosmu. Jeho osud se neopakuje. Nikdo nemá takové možnosti jako on a on sám je nemá nikdy znovu. Jaké příležitosti k tvořivému nebo prožitkovému uskutečňování hodnot se mu přiházejí, co ho potká opravdu osudového – co tedy nemůže změnit, nýbrž musí ve smyslu hodnot postojem snášet – to všechno je jednorázové a jedinečné.

Jde o to, aby člověk volil (Haškovcová, 1975) a zvolil svému životu smysl, nad kterým smrt jako hrobka konečnosti nebude mít platnost, ale kterou bez tragiky bude brát vážně. Smrt a vztah konkrétní bytosti k ní pak spoluvytváří lidský život.

## **1.2 Teorie sociální práce**

Celou řadu teorií sociální práce lze sledovat v historii (Engelke, 2009 cit. podle Opatrný 2013, s. 207) ve své knize o teoriích sociální práce nabízí přehled myšlenkových od Tomáše Akvinského přes kancléře Bismarcka až po Silviu Staub-Bernasconi coby penzum teorií relevantních pro sociální práci. Jak se domnívá Payne (1997) sociální práce se zabývá člověkem a není tedy od věci, že si klade stejné otázky jako ontologie. Zabývá se otázkou lidského bytí, lidské existence. Relativně rozšířené koncepce sociální práce vycházejí právě například z existenciální a humanistické psychologie či

z marxistické filosofie, jiné koncepce vycházejí jak z kognitivně – behaviorálních, tak psychodynamických teorií, jak z tzv. systemické a ekologické perspektivy, tak z konceptu zmocnění (angl. empowerment) a advokacie.

Rozšířenou teorií sociální práce jak vyjadřuje Payne (1997) je systemická teorie, která má původ v přírodních vědách. Zjednodušeně vyjádřeno, organizmus se sestává ze subsystémů, sám je systémem a je součástí super-systémů. Sociální práce přebírá tuto teorii ve smyslu, že člověk je součástí společnosti, která je systémem a je tvořena ze systémů menších, zejména sociálních skupin a rodin, které zase tvoří jednotlivci. Pro sociálního pracovníka to znamená, že se snaží porozumět, jak funguje celek systémů, do kterých je klient zapojen. Na základě poznání fungování klienta pak může pomoci či kontrolovat a současně usilovat o změnu.

Lidé, kteří se dostanou do problematické situace, nejsou schopni využívat systém, jehož jsou součástí. Typickým příkladem jsou senioři, kteří ztrácejí své přátele a vrstevníky ve svém okolí a současně nemají děti či nemají s dětmi kontakt, jejich přirozený systém prakticky neexistuje. Pro sociální práci to znamená (Payne, 1997 s. 141 - 142), že pomáhá vytvořit vztahy mezi lidmi a systémem zdrojů pomoci, upravuje, zlepšuje tyto vztahy, napomáhá ke změně sociální politiky, poskytuje praktickou pomoc a jedná jako „agent sociální kontroly“, tedy kontroluje, zda je dohodnuté plněno. Smyslem sociální práce v kontextu systemické teorie je navést člověka, radou či pomocí k nabytí schopnosti využívat přirozené zdroje v systémech, jejichž je součástí.

Sociálně-ekologická teorie v sociální práci nebo též sociálně ekologický model má svá východiska ve fenomenologické filosofii (Kovařík, 2001). Základem je nerozlučitelnost člověka a jeho prostředí. Tato teorie vidí jedince i skupiny ve stálém vztahu vzájemné interakce s jejich sociálním prostředím. Sociální problémy toto prostředí poškozují. Pro sociální práci z toho vyplývá usilovat jak o zvýšení adaptability lidí, tak o změnu prostředí. Sociálně- ekologická teorie je jednou z elementárních teorií sociální práce. „Ekologický model. (Kovařík, 2001 s. 249) se zaměřuje na transakce a kontakty jedinců a jejich prostředí, přičemž se předpokládá stav stálé vzájemnosti, reciprocit a vzájemného utváření a ovlivňování. Nehledají se pouze problémy, konflikty a slabé

stránky, ale také „mohutnosti“, silné stránky (strengths), zdroje kvality ctnosti a „resilience“ čili nezdolnost“.

Sociálně-ekologická teorie, jak uvádí Kovařík (2001) reflektuje, popisuje a dává návod na řešení situací, kdy interakce neprobíhají tak jak mají, jednatel není schopen dostát nárokům prostředí nebo jsou nároky prostředí nepřiměřené. V praxi, z této teorie vychází metoda PIE (z angl. person- in- environment), ve které jde o to, aby pracovník sledoval čtyři faktory, dva z oblasti sociální práce (problémy sociálního fungování a problémy jeho prostředí), jeden z oblasti klinické psychologie (problémy duševního zdraví) a jeden z oblasti medicíny (problémy tělesného zdraví).

Humanistické a existencionální modely sociální práce předpokládají (Navrátil, 2000), že názory, postoje a interpretace každého jednotlivce jsou platné a cenné. Humanismus vychází z předpokladu, že člověk je schopen racionálně jednat, že dokáže smysluplně rozhodovat a jeho rozhodování může být svobodné. Existencialismus se soustřeďuje na otázky významu a hodnoty lidské existence.

Existenciální pohled na stárnutí (Matoušek, 2001) zdůrazňuje témata jako svoboda jednání, schopnost měnit podmínky života, ale i strach ze svobody. Z tohoto pohledu může být problém, když stárnutí a pocit blížící se smrti vyvolají nadměrnou akceptaci omezených životních možností, pak se starší lidé chovají jako by jejich možnosti byly menší, než ve skutečnosti jsou.

Základní lidskou potřebou je vůle ke smyslu a z té vycházel Frankl (1997) při založení terapeutického směru, který nazval existenciální analýza a logoterapie. Klíčovou otázkou je tedy otázka smysluplnosti lidského života. Podle Frankla nalézá člověk smysl především v uskutečňování hodnot. Zatímco smysl je vázán na jedinečnou a jednorázovou situaci, hodnoty jsou platné obecně. Rozlišuje hodnoty tvůrčí, zážitkové a postojové.

Vymětal a Rezková (2001) ve své práci popisuje Rogersovský přístup a jeho pojetí práce s klientem jako součást humanistické psychoterapie, který zároveň významně

přispívá k vytvoření obecného psychoterapeutického modelu, ve který ústí diferencovaně integrativní přístup, v němž významné místo zaujímá výzkum.

Skutečnost, že rogersovský přístup je současně zařazen do humanistické terapie a spojen s diferencovaně integrativním přístupem při vnímání uvedených tezí přispívá, jak uvádí Vymětal (2001), k položení otázky, zda se nejedná o rozpor. Dle jeho názoru tomu tak není, protože výsledky výzkumů nejsou interpretovány redukcujícím a nehumanizujícím způsobem. Lidská bytost je rozhodně „víc než...“.

Výchozí teze pro humanistickou psychoterapii a tedy i rogersovský přístup (Vymětal 2001) jsou založeny na vnímání člověka jako jedinečné a svobodné bytosti mající tendenci k osobnímu růstu a stálému rozvoji. Člověka lze myslet a zkoumat zásadně v rámci holistického přístupu a zejména s důrazem na přítomnost. Pro člověka jsou otázky po hodnotách, vlastní odpovědnosti a po smysluplném životě zcela zásadní. Zásadní je rovněž odmítání redukcionismu jakéhokoli typu („člověk není nic než...“) a plochého scientismu (zájem pouze o kvantifikované údaje a fakta).

### ***1.2.1 Specifika práce se seniory***

Sociální práce se seniory má svá specifika. Dožití se vyššího věku samo o sobě neznamená potřebu sociální práce (Janečková, 2005), tato potřeba se spojuje většinou se zdravotními obtížemi nejrůznějšího druhu. Změna zdravotního stavu má právě u starších osob významné sociální aspekty. Práce se seniory je založena na vztahu na podkladě důvěry, schopnosti kvalitní komunikace a respektu k individualitě člověka.

Jak uvádí H. Janečková (2005), ve vztahu se starými lidmi je třeba vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí, sociální pracovník bývá často jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, skrze něhož může vyjádřit svou vůli, s jeho podporou se může rozhodovat a udržet si kontrolu nad svým životem.

Je nesporné, že bezpečí je zvláště ve vztahu se starými lidmi základní hodnota, se kterou pracovník zachází. Bezpečí však, podle toho co popisuje Úlehla (2007), potřebuje jak klient, tak i pracovník, protože jde o pocit, který oba sdílejí tím, jak se na

sebe vylad'ují. Pracovník, protože je člověk, nemůže neprožívat. Nemůže nechat stranou své prožívání a být dokonale nezaopatřeným profesionálem s odstupem a objektivitou. Jestliže musí prožívat, je druhou stranou mince jeho profesionální dovednost pracovat s tímto prožíváním. Nikoliv pocitům bránit, ale umět je zužitkovat ve společné práci s klientem.

Věková skupina seniorů je stále ještě považována za neatraktivní či neproduktivní (Matoušek, 2005). Takový pohled na seniory společnost spíše zatěžuje, postrádá možnost najít pozitivní hodnoty stáří. Sociální práce se soustřeďuje do oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Senior je omezen ve schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby, naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem. Tato skutečnost významně ovlivňuje kvalitu jeho života. Bariery uskutečňování životních úkolů mohou být i psychologické a sociální. Neschopnost v jedné oblasti může vyvolat neschopnost v oblasti druhé. Smyslem sociální práce je pomoci starému člověku vyjít z bludného kruhu nezvládnutí.

Profesionalita a kvalita pracovníka vstupujícího do sociálního světa starého člověka se nesporně odráží v pochopení východisek filosofických směrů v rámci historického vývoje pojetí člověka, znalosti teorií a metod sociální práce. Je potřebné na jedné straně přijímat člověka jako plnohodnotnou samostatnou, svobodnou a odpovědnou bytost, a to v jakémkoli věku, avšak na druhou stranu citlivě vnímat nejrůznější limity a omezení vyplývající z přirozeně nastupujícího stáří. V komunikaci se starým člověkem velice často zpracováváme dvě extrémní skutečnosti. V oblasti samostatnosti a soběstačnosti se senioři přeceňují nebo naopak významně podceňují. Pokud je posuzování schopností v uvedených oblastech soustředěno pouze na sebehodnocení bez objektivního vnímání skutečnosti, popřípadě bez reflexe nejbližšího okolí seniora, dochází ve většině případů k významnému zkreslení. V současné době se tento aspekt projevuje například v posuzování schopnosti zvládat péči o vlastní osobu a úkony soběstačnosti.

Podle Janečkové (2005) sociální práce se staršími lidmi přináší určité problémy a kritické momenty. Jedná se ve zkratce o těchto několik bodů:

- Nelze vést přesnou hranici mezi sociální a zdravotní péčí – jedno ovlivňuje druhé. Zdravotní stav ovlivňuje potřebu sociálních služeb.
- Sociální situace seniora ovlivňují a zvyšují riziko změn v oblasti zdraví.
- Jakékoli limity seniora (poruchy komunikace, poruchy kognitivních funkcí) nemohou ovlivnit kvalitu prováděné sociální práce.
- Základem práce se starými lidmi je vytvoření vztahu důvěry a navození pocitu bezpečí.
- Součástí sociální práce se seniorem je úzký vztah k jeho rodině a blízkým osobám včetně projevení podpory a zajištění pomoci

Vědomí problémů a kritických momentů v práci se seniory (Malíková 2011), nese vysoké nároky na zvládnutí komunikace, jejímž základem je rozhovor. Tuto podmínku je možné zvládnout jen za předpokladu dobré znalosti oblasti komunikace a soustavnému nácviku komunikačních dovedností.

### ***1.2.2 Techniky sociální práce***

Uvedené teorie jsou v souladu s principem sociální práce, který vychází z tzv. „partnerského“ modelu. Vztah je chápán jako symetrický, spolupráce je založena na komunikaci a dorozumění se, klient je považován za kompetentního a rovnocenného spolupracovníka. Princip respektuje klienta a jeho svobodné rozhodování.

Jako významné východisko pro práci se seniory lze vnímat typ intervence, vycházející ze sociální práce s jednotlivcem, individuální sociální práci, jež je uskutečňována v průběhu rozhovoru s klientem „tváří v tvář“. Schopnost empatie, schopnost vnímat jaké klient, zvláště jedná-li se o seniora, prožívá emoce, je významná pro individuální přístup. Nelze vždy pouze konstatovat (Sember, 2008), které schopnosti a dovednosti klienta jsou velmi omezené, když dochází ke ztrátě schopnosti objektivně zhodnotit situaci. Je třeba volit citlivý přístup a soustředit se na postavení klienta při prvním kontaktu, nedopustit defenzivní postavení.

K problematice charakterizování individuální sociální práce pokládá Levická (2003) několik zajímavé otázky ve smyslu zda je sociální práce, kterou realizuje sociální pracovník se svým klientem spíše prací individuální anebo případovou, nebo zda lze



řešit individuální problémy klienta, bez respektování jeho rodiny anebo je potřebné řešit problémy klienta jako součást určité rodiny. Dále uvažuje (Levická, 2000), zda lze chápat pod pojmem případ víc než jen jednoho klienta. Významné je zamyslet se nad tím, co chceme použitím přívlastku „individuální“ zdůraznit, zda to znamená, že pracujeme s jedním klientem anebo, že sociální pracovník respektuje princip individuálního přístupu. Je vůbec možné, aby se na individuální sociální práci podílelo více odborníků? Když to není možné, jak vysvětlíme, že trendy posledních dvaceti let ukazují právě na úspěchy dosažené v rámci týmové spolupráce odborníků?

Slovák a Vereš (2009) uvádějí, že pracovník pracující v systému individuální sociální práce by se neměl vyhnout oblastem jako je uznání existence problému a akceptování vlastní odpovědnosti za svoje chování a jednání; hledání rady a ochota ji přijmout stejně jako riziko změny naučeného životního stylu; schopnost plánovat a zodpovědně za sebe rozhodnout stejně tak i překonávat překážky; potřebě vyjádřit vlastní názor a bránit vlastní práva.

Rozhovor je jedním ze základních nástrojů pracovníka. Schopnost používat tento nástroj je přímo závislá na tom, jak pracovník rozumí tomu, co se v rozhovoru odehrává, jak se toho on sám účastní, protože všechno co činí, činí v dialogu s někým, přinejmenším sám se sebou. Úlehla (2007) předkládá členění dialogu do fází, a to: – příprava – otevření – dojednávání – průběh – ukončení – příprava. Fáze se cyklicky opakují a navazují na sebe, znovu a znovu se prolínají, přičemž, jak bylo výše uvedeno nelze opomenout veškerá rizika a specifiky kontaktu se seniory.

### **1.3 Role sociálního pracovníka**

#### ***1.3.1 Historické pozadí***

Profese sociálního pracovníka patří k relativně mladým povoláním, která se vytváří v procesech změny společnosti. Ovlivňuje jej pokrok vědy a techniky, rozvoj hospodářství. Vznik tohoto povolání se datuje od konce 19. a počátku 20. století, kdy docházelo k prvním pokusům o výcvik sociálních pracovníků. V naší republice existuje povolání sociálního pracovníka od roku 1920, kdy nastupovali na první místa absolventi Vyšší školy sociální péče v Praze, založené v roce 1918. Počátky vzniku Společnosti sociálních pracovníků se datují k roku 1921, kdy byla ustanovena první Společnost

sociálních pracovníků na území České republiky. V důsledku 2. světové války musela Společnost ukončit svoji činnost. Tato byla opět obnovena po válce. V roce 1950 byla Společnost ukončena v důsledku politických změn. Vysokou aktivitou sociálních pracovníků byla opět založena, a to v roce 1968. Ale již v roce 1970 byla snaha Společnost zrušit. Podařilo se přičlenit sociální pracovníky pod Společnost zdravotních sester při lékařské Purkyňově společnosti. Od roku 1990 působí již Společnost samostatně. Práce pro Společnost je dobrovolnou činností, která napomáhá k rozvoji sociální práce a uznání profese (Společnost sociálních pracovníků).

V roce 2006 byla přijata právní úprava systému sociální pomoci v oblasti sociálních služeb. Právní úprava systému byla do té doby bezúspěšná. Zákon o sociálních službách nebyl v době přípravného a legislativního procesu jediným návrhem, který byl tehdy na Ministerstvu práce a sociálních věcí ve spolupráci s odbornými skupinami z praxe a akademické obce připravován. Již v roce 2005 byla připravena verze tzv. profesního zákona, který by upravoval podmínky vzdělávání, kontroly, formu výkonu a odbornou způsobilost. Návrh byl odložen a jako náhradní řešení došlo k zahrnutí problematiky výkonu profese do zákona o sociálních službách, který byl prioritou té doby (Doprovodný text věcného záměru zákona o sociálních pracovnících).

V roce 2012 se začaly zpracovávat základní teze pro tvorbu věcného záměru zákona o sociálních pracovnících a zaměřovaly se na formulaci východisek, zásad a podstaty připravovaného záměru.

### ***1.3.2 Sociální pracovník v současnosti***

Společnost sociálních pracovníků je členem Mezinárodní asociace sociálních pracovníků (IFSW). Umožňuje vzájemnou výměnu zkušeností, získávání nových poznatků a podílí se na dalším vzdělávání svých členů, podporuje rozvoj oboru sociální práce, usiluje o to, aby na pracovních místech v oblasti sociální práce na všech úrovních byli sociální pracovníci s příslušným odborným vzděláním.

V oblasti sociální práce se neprezentuje pouze Společnost sociálních pracovníků, stejné zájmy a cíle prezentuje např. Sdružení SKOK (Stálá komise oborové konference

nestátních neziskových organizací působících v sociální a zdravotně sociální oblasti) dále Profesní komora sociálních pracovníků, Česká asociace streetwork.

Současný legislativní rámec profese sociálního pracovníka tvoří zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách. Sociální pracovník (§ 109 zákona) vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče<sup>1</sup>, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

Katalog prací (Alinče a Tomší, 2015) uvádí příklady činností pro pozici sociálního pracovníka v rozmezí 8. – 13. platové třídy tedy se předpokládá i stupeň dosaženého vzdělání minimálně vyšší odborné, lépe vysokoškolské vzdělání. Činnosti sociálního pracovníka zasahují do mnoha oblastí od provádění dílčích odborných sociálních prací včetně standardní dokumentace až po tvorbu a rozvoj metod sociální práce a aplikaci nejnovějších poznatků z psychologie, sociologie, pedagogiky, práva a jiných společenských věd.

Zákon o sociálních službách dále stanovuje předpoklad k výkonu povolání sociálního pracovníka, jímž je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost<sup>2</sup>, zdravotní a odborná způsobilost.<sup>3</sup> Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovník další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok. Formy dalšího vzdělávání jsou

- a) specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka,

---

<sup>1</sup> Sociální služby (§ 32 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) zahrnují a) sociální poradenství, b) služby sociální péče, c) služby sociální prevence.

<sup>2</sup> Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů popř. jinými doklady podle Zákona č. 18/2004Sb., o uznání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů. Výpis z evidence Rejstříku trestů a další doklady, nesmí být starší 3 měsíců.

<sup>3</sup> Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je vyšší odborné vzdělání podle zákona č. 561/2004 Sb., (školský zákon), vysokoškolské vzdělání podle zákona č. 111/1998Sb., (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů a absolvování akreditovaných kurzů v rozsahu nejméně 200 hodin k praxi 5 nebo 10 let v jednotlivých případech.

- b) účast v akreditovaných kurzech,
- c) odborné stáže v zařízeních sociálních služeb,
- d) účast na školicích akcích

V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách se změnila samotná náplň práce i požadavky na vzdělání, které je podmíněno zákonným požadavkem na průběžné vzdělávání. Sociální pracovníci se před účinností zákona o sociálních službách zabývali především finanční stránkou obyvatel domovů důchodců, výplatou důchodu, agendou depozitních účtů apod. Postupně se však úloha sociálních pracovníků rozšiřuje do oblasti individuální práce s klienty<sup>4</sup>, individuálního plánování a jsou více v kontaktu s rodinou, rodinnými příslušníky, stávají se koordinátory práce s dobrovolníky.

Janebová, Musil (2007, s. 60) podali výpověď o aktuálních potřebách změny v postavení sociálních pracovníků již v roce 2007, kdy konstatovali, že k tomu, „aby se pojetí role sociálního pracovníka přiklonilo k ideálu, nestačí pouze apelovat na sociální pracovníky. Vyjasňování identity sociální práce je součástí celkového vývoje tohoto oboru v naší zemi. K té za posledních více než desítku let přispěly především vznik etického kodexu, tvorba minimálního standardu vzdělávání v sociální práci, vznik profesních asociací, rozvoj teorií a metod sociální práce a také určitá kontrola nad vstupem do profese, kterou garantuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Na druhou stranu chybí shoda o definici sociální práce, reálně nefunguje zastřešující profesní asociace, která by hájila zájmy všech sociálních pracovníků, chybí standardy výkonu sociální práce a etický kodex pojatý tak, aby se mohl stát oporou sociálních pracovníků při řešení etických dilemat. Rozpracování takto pojatého kodexu a standardů výkonu, které by na jedné straně pracovníky orientovaly při rozhodování a na druhé straně by zároveň sloužily jako kontrolní mechanismus kvality práce, by výrazným způsobem mohlo přispět ke změně ideálů, o něž se u nás pojetí role sociálního pracovníka opírá“.

---

<sup>4</sup> Poznámka autorky. Je otázkou diskuze, zda je senior využívající pobytovou sociální službu správně nazýván klientem či uživatelem služby. V současné době je tendence převést těžce přijatý pojem klient (dlouho po účinnosti zákona přetrvávalo v podvědomí společnosti označení obyvatel domova důchodců; v oblasti zdravotnictví např. registrujících lékařů s letitou praxí, přetrvává ještě i v současné době fixace na termín pacient) na označení uživatel. Osobně se přikláním k označení klient, jež má participovat na poskytovaných službách než je pouze užívat.

### ***Současný stav připravovaného profesního zákona***

Je možno uvést (Urbánek, 2015), že byl vyjasněn záměr profesního postavení sociálního pracovníka, nebyl podpořen pojem „socioonom“, ale je v návrhu označení profesního titulu „licencovaný sociální pracovník“ se specifikací na praxi (licencovaný specialista) a akademickou sféru (licencovaný expert). Pojem „sociální klinika“ byl nahrazen spojením „sociální institut“. Přepřacována byla část týkající se profesní komory, členů profesní komory s různými možnostmi jejich účasti (řádné členství, přidružené členství, čestné členství). Byla jasně definována úloha sociální práce zahrnující ochranu lidské důstojnosti (Zajacová, 2014).

Připravovaný zákon upravuje jednak předpoklady a podmínky pro výkon profese sociální práce, profesní postavení sociálních pracovníků a vznik, postavení a působnost profesní komory sociálních pracovníků. Dále by zákon měl definovat odbornou způsobilost a bezúhonnost sociálního pracovníka. Zahrnuje celou šíři dalšího vzdělávání, prohlubování kvalifikace včetně supervize. Upravuje jednotlivé profesní pozice, jak je výše uvedeno a specifikuje výkony činností pro jednotlivé úrovně postavení sociálního pracovníka. Zákon řeší vznik, postavení a působnost profesní komory sociálních pracovníků ( MPSV ČR).

Jak uvádí Tomeš (2015) naše společnost potřebuje pro profesně vzdělané sociální pracovníky veřejnoprávní samosprávnou komoru s povinným členstvím pro vysokoškolsky vzdělané sociální pracovníky a s dobrovolným členstvím pro ostatní sociální pracovníky. Postavení sociálních pracovníků je srovnatelné při výkonu povolání s postavením lékaře, lékárníka či právníka. Jak dále definuje Tomeš (2015) je obsah výkonu této profese zakotven jednak v úsilí o sociální soudržnost a boj proti sociální vyloučenosti jednotlivců a skupin a jednak v úsilí o realizace sociálních práv každého člověka organizováním sociální solidarity s potřebnou skupinou osob a potřebnými jedinci, kteří si nemohou nebo neumí pomoci sami.

Malíková (2011) ve své publikaci „Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních“ do podrobností rozepisuje veškeré činnosti sociálního pracovníka v jednotlivých etapách poskytování služby pro seniory včetně pravomoci a odpovědnosti sociálního pracovníka. Rozsah těchto činností je tak široký, že je mimo realitu zvládnutí

v omezeném počtu pracovníků v jednotlivých sociálních službách. Je tedy v současnosti velmi pozitivní, že velkou část převážně administrativních činností je možné zpracovávat elektronicky (evidence, statistika, výkazy, účetnictví apod.) a využívat potenciál sociálních pracovníků více k sociální práci samotné, k přímé práci s klientem.

## **1.4 Stáří stárnutí**

### ***1.4.1 Stárnutí populace – poznámky k demografickému vývoji***

Stárnutí obyvatelstva je jedním z nejvýznamnějších aktuálních problémů vyspělých zemí a bude i nadále významným demografickým trendem, a to ve všech zemích Evropské unie, jejíž populace mírně vzroste, ale významně zestárne. Stárnutí se tedy bude týkat hlavně populace seniorů, kdy bude zejména narůstat skupina velmi starých, tzn. 80letých a víceletých, kteří mají specifické potřeby.

Vybrané poznámky z průběhu let, z nichž naprosto zřejmě a důrazně vychází apel k zaujetí kritického, realistického postoje celé společnosti k neodvratitelnému faktu stárnutí populace, nárůstu počtu obyvatel v kategorii seniorů, neustále se zvyšující průměrný věk nesoucí sebou různé stupně závislosti na službách.

2006

Stárnutí populace je fenomén, který charakterizuje současný demografický vývoj ve všech vyspělých ekonomikách. Tento problém se dotýká i České republiky. Podle statistiky ČSÚ žilo koncem roku 2001 více než 1 420 000 osob starších šedesáti pěti let. Tato skupina představovala přibližně 14% obyvatel. Již v roce 2006 byl vysloven předpoklad; do roku 2030 předpokládá střední varianta prognózy ČSÚ nárůst na 24% (2,33 miliónů osob starších 65 let) popisuje Zahradníková (2006).

Proces stárnutí populace (a někdy dokonce jejího vymírání), se projevuje s rostoucí intenzitou v řadě evropských zemí. Počet starších 60 let se neustále zvyšuje a spolu s tím se zhoršuje početní poměr mezi lidmi ekonomicky aktivními a těmi, kdo jsou v post aktivním věku (Keller, 2006). Senioři ve věku nad 80 let tvoří 3% evropské populace. V roce 2050 to bude nejméně 10% populace ve věku nad 80 let. Významné jsou genderové rozdíly ve stárnutí. Ve věkové skupině nad 60 let je o 50% více žen než mužů. Osaměle žijící osoby ve věku 75 let a více, tvoří v 70ti% ženy. Staří lidé mají

samozřejmě jiné požadavky na zdravotní péči, což znamená, že bude nutné, aby se systémy zdravotní péče uzpůsobily tak, aby odpovídající péči mohly poskytovat a byly finančně udržitelné.

Stárnutí populace představuje celosvětový jev. Nárůst podílu starých osob v populaci je zvláště patrný v ekonomicky vyspělých evropských zemích. Mezi jinými i Bruthansová (2006) spatřuje příčinu především v prodlužování střední délky života a ve snižování porodnosti. Podle demografické prognózy OSN z roku 1993 by do roku 2020 mělo dojít ke zvýšení podílu seniorů v populaci téměř o jednu polovinu.

2007

Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí populace typickým prvkem, který bude i v dalších letech pokračovat. V důsledku zestárnutí silných ročníků z poválečného období se procento starých osob ještě zvýší. Současné pozoruhodné demografické změny způsobí, že do poloviny století budou mladí a staří lidé představovat stejně velké skupiny ve světové populaci. Očekává se, že do roku 2050 stoupne celosvětově podíl lidí ve věku 60 a více let na celkové populaci z 10 na 21 procent (Madridský plán, 2007).

Demografové upozorňují, dle Sýkorové (2007), že perspektivně, v průběhu desetiletí, se převaha žen mezi starými lidmi zřejmě oslabí. I nadále budou žít relativně vysoké počty osob v manželství. Bude přibývat rozvedených a nepatrně i svobodných a naopak ubývat ovdovělých seniorů. S úmrtím partnera budou lidé konfrontováni o čtyři až pět let později než nyní, takže vdovství mužů potrvá zhruba 13 až 14 roků a žen 17 až 18 let. V souhrnu se životní dráha bez stálého partnera stane realitou pro 15 až 20 procent mužů starších 60 let a pro polovinu žen tohoto věku.

Jednou z možností jak odhadnout aktuální potřebu sociálních služeb je sociálně demografická analýza (Matoušek, 2007), která se opírá o tři základní normativy. Hlavním údajem je odhad velikosti cílové skupiny ve vztahu k celé populaci. Tyto normativy byly zpracovány v polovině osmdesátých let a udávají orientační hodnoty výskytu zdravotního postižení a sociálních znevýhodnění v populaci. Druhým normativem je doporučující vybavenost územní jednotky s ohledem na trendy

v demografickém vývoji a předpokládané trendy ve vývoji sociálních služeb. Třetí normativ navrhuje regionální distribuci sociálních služeb podle správního dělení státu. Optimální uspořádání sítě sociálních služeb by se mělo rovněž opírat o sociální analýzu obce, případně regionu.

2008

V průběhu let všechny dokumenty a statistiky potvrzovaly dřívější prognózy. Národní program přípravy na stáří 2008 – 2012 uváděl demografické prognózy zpracované Českým statistickým úřadem. V roce 2050 bude žít v České republice přibližně půl miliónu občanů ve věku 85 a více let. Naděje na dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy. Předpokládá se, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 a více let třikrát, avšak počet stoletých a starších 15,5 krát (Národní program 2008 – 2012).

Stárnutí se bude týkat nejen populace jako takové, ale především populace seniorů, kdy bude zejména narůstat skupina tzv. velmi starých (old old), tedy lidí 80letých a starších, kteří mají své specifické potřeby. Tento nárůst bude znamenat zvýšení ze současných 4,4% na 9,4% v roce 2040 v zemích původní EU 15, zatímco v nově přistoupivších zemích se bude jednat o nárůst ze současných 2,8% v průměru na 8,4% v roce 2040. Česká republika bude patřit mezi země s nejrychleji stárnoucí populací. (Eurostat, 2008).

2009

Počet seniorů v zemích EU výrazně vzroste, a to z 85 milionů v roce 2008 na 151 milionů v roce 2060. Počet velmi starých lidí (osmdesátiletých a starších) se zvýší z 22 milionů v roce 2008 na 61 milionů v roce 2060. Toto stárnutí seniorské populace je velmi důležitým aspektem stárnutí populace (Eurostat, 2009).

2011

Jak ve své publikaci uvádí Malíková (2011) podle projekce demografického vývoje zpracovaného Českým statistickým úřadem by v roce 2030 měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8% populace a v roce 2050 dokonce 31,3%, to jsou asi 3 miliony osob. Největší nárůst bude v kategorii těch nejstarších. Demografické prognózy pro Česko



odhadují, že v roce 2050 zde bude žít asi půl milionu občanů ve věku nad 85 let. Pro srovnání – v roce 2007 žilo v Česku v této věkové kategorii 124 937 osob.

2014

Nejvyšší přírůstky obyvatel se koncentrovaly ve věkové skupině seniorů nad 65 let. Těch v průběhu roku 2014 přibylo 54,9 tisíce, čímž se jejich počet zvýšil na 1,88 milionu a podíl na obyvatelstvu na 17,8 % (z 17,4 %). Více bylo na konci roku 2014 také dětí do 15 let věku: 15,2 % a 1,60 milionu (o 23,6 tisíce více než 1. 1.). Početně však zeslábla věková skupina 15-64letých, a to o 52,6 tisíce osob. V produktivním věku se podle bilance na konci roku nacházelo 67,0 % obyvatel v počtu 7,06 milionu. Průměrný věk obyvatele ČR vzrostl o další dvě desetiny roku na 41,7 roku, index stáří (počet seniorů ve věku 65+ na sto dětí do 15 let) z 115,7 na 117,4. Opět ubylo osob žijících v manželství a vzrostl podíl osob rodinného stavu svobodný/á a rozvedený/á (ČSÚ, 2014).

#### ***1.4.2 Vybrané demografické charakteristiky populace seniorů***

*Senioři ve Středočeském kraji 2015 (ČSÚ, 2015)*

Středočeský kraj kopíroval obecný **trend stárnutí obyvatelstva**, avšak intenzita tohoto jevu byla v **porovnání s ostatními kraji nižší**. Ve Středočeském kraji mělo zásadní vliv na podobu věkového složení obyvatelstva **stěhování**, které je součástí suburbanizačního procesu probíhajícího v zázemí Prahy. Oblasti sousedící s hlavním městem zaznamenaly v rámci republiky největší přírůstky obyvatel a právě jejich struktura a chování ovlivňovaly výsledné hodnoty demografických a sociálních charakteristik populace. **Mladší věková struktura** přistěhovalých osob a následné zakládání rodin v kraji mělo vliv na věkovou strukturu obyvatel kraje a vývoj podílu dětské a seniorské složky ve Středočeském kraji.

Pokud vezmeme v úvahu výsledky z posledních deseti let, Středočeský kraj byl krajem s nejvyšším přírůstkem osob ve věku 65 a více let způsobeném stěhováním v rámci republiky (Obr. 1). Za deset let přibylo v kraji 7 816 osob tohoto věku.

## Přírůstek stěhováním

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Celkem</b>	<b>14 774</b>	<b>16 472</b>	<b>24 504</b>	<b>25 873</b>	<b>14 345</b>	<b>14 673</b>	<b>12 449</b>	<b>10 795</b>	<b>9 226</b>	<b>10 692</b>
z toho ve věku 65 a více let	647	517	752	845	766	853	1 037	860	876	663
v tom ve věku:										
65–69 let	208	147	271	266	283	398	397	353	365	313
70–74 let	115	100	135	171	147	146	168	160	175	145
75–79 let	122	81	156	175	132	117	134	114	104	59
80–84 let	92	95	103	118	115	86	159	106	103	60
85–89 let	71	59	63	92	68	71	127	92	89	63
90 a více let	39	35	24	23	21	35	52	35	40	23

Obr. 1. Přírůstek osob 65 a více (ČSÚ, Senioři ve Středočeském kraji 2015)

Ve Středočeském kraji žilo ke konci roku 2014 celkem 219 811 obyvatel ve věku 65 a více let, z toho bylo 92 718 mužů a 127 093 žen (Obr.). Podíl seniorů na celkovém počtu obyvatel činil 16,7%, což byl nejnižší podíl mezi kraji. Mezi muži byli 65ti letí a starší, zastoupení 14,3%, mezi ženami bylo zastoupení senierek téměř třetinové tj. 19,1%. Počet obyvatel ve věku 65 a více se od roku 2001 zvýšil o 37%.

## Rozložení obyvatelstva kraje

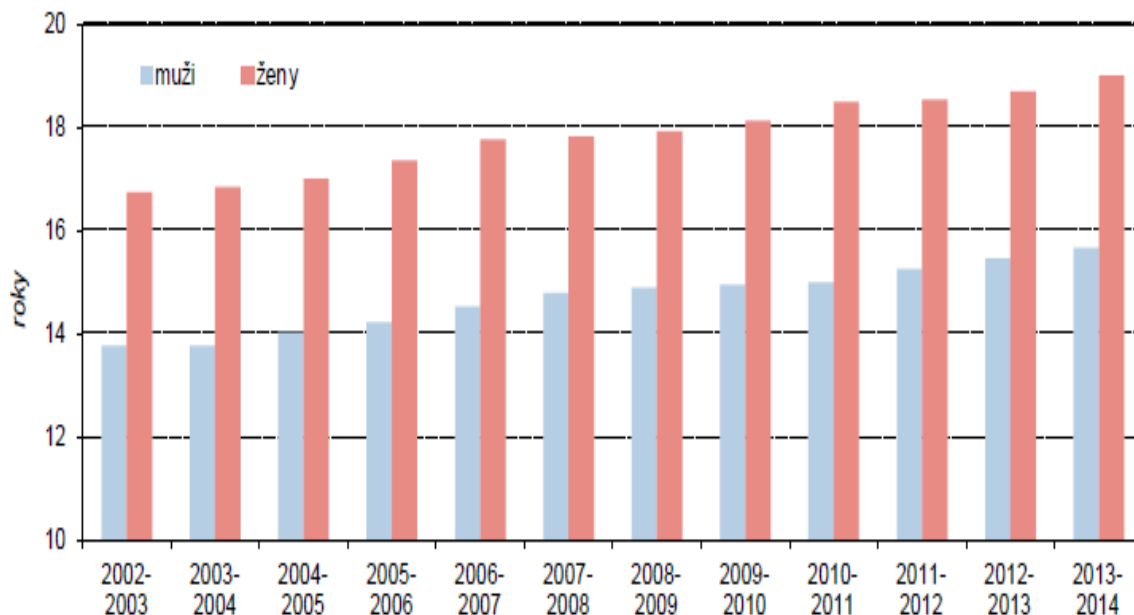
	Celkem	z toho ve věku 65 a více let	v %	v tom ve věku (% z počtu 65 a více let)						
				65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95 a více
<b>Muži</b>										
<b>Středočeský kraj</b>	<b>649 245</b>	<b>92 718</b>	<b>14,3</b>	<b>41,5</b>	<b>26,5</b>	<b>15,1</b>	<b>10,4</b>	<b>5,0</b>	<b>1,3</b>	<b>0,1</b>
v tom okres:										
Benešov	47 770	7 421	15,5	42,4	26,2	14,6	10,4	5,2	1,1	0,1
Beroun	43 930	6 418	14,6	40,2	28,0	16,1	9,7	4,7	1,1	0,2
Kladno	79 102	11 728	14,8	40,7	26,9	16,0	10,4	4,8	1,2	0,1
Kolín	48 496	7 268	15,0	39,0	26,4	16,2	11,6	4,9	1,6	0,2
Kutná Hora	36 711	5 781	15,7	40,9	26,3	15,4	10,5	5,4	1,3	0,2
Mělník	51 876	7 440	14,3	42,8	26,7	14,6	10,0	4,5	1,3	0,1
Mladá Boleslav	63 284	8 716	13,8	41,8	25,5	14,8	11,1	5,4	1,2	0,1
Nymburk	47 356	6 977	14,7	41,4	25,9	15,0	10,8	4,9	1,7	0,2
Praha-východ	80 778	9 867	12,2	42,1	27,7	14,5	9,6	4,6	1,3	0,1
Praha-západ	66 070	8 406	12,7	43,0	26,5	14,0	9,9	5,0	1,4	0,1
Příbram	56 266	8 540	15,2	42,2	25,2	14,8	11,0	5,4	1,3	0,2
Rakovník	27 806	4 156	15,1	41,5	26,7	15,2	10,4	4,8	1,3	0,1
<b>Ženy</b>										
<b>Středočeský kraj</b>	<b>666 054</b>	<b>127 093</b>	<b>19,1</b>	<b>34,2</b>	<b>24,3</b>	<b>16,5</b>	<b>13,8</b>	<b>8,1</b>	<b>2,8</b>	<b>0,3</b>
v tom okres:										
Benešov	48 948	10 105	20,6	33,9	23,1	17,5	14,2	8,2	2,8	0,3
Beroun	45 242	8 839	19,5	34,2	25,7	16,0	13,2	8,0	2,7	0,3
Kladno	82 519	16 522	20,0	34,1	25,1	16,1	13,8	8,0	2,7	0,3
Kolín	49 629	10 307	20,8	32,3	24,5	16,7	14,5	8,6	3,0	0,3
Kutná Hora	37 533	8 161	21,7	31,7	24,3	17,6	15,4	8,0	2,7	0,4
Mělník	53 097	10 256	19,3	34,9	24,3	16,8	12,7	8,0	2,9	0,3
Mladá Boleslav	62 647	11 981	19,1	34,0	23,5	17,0	14,0	8,2	3,0	0,4
Nymburk	49 333	9 516	19,3	34,0	23,9	16,6	13,9	8,3	3,0	0,4
Praha-východ	83 224	13 060	15,7	36,2	24,4	15,6	13,0	7,7	2,6	0,5
Praha-západ	68 281	10 671	15,6	36,5	24,8	14,8	12,8	7,9	2,8	0,4
Příbram	57 818	11 942	20,7	33,2	23,6	17,5	14,3	8,3	2,7	0,4
Rakovník	27 783	5 733	20,6	34,1	25,4	16,4	13,4	7,7	2,7	0,3

Obr. 2. Obyvatelstvo kraje, podle pohlaví, věku a okresů (ČSÚ, Senioři ve Středočeském kraji 2015)

Střední délka života – naděje dožití udává průměrný počet let (Obr. 3), který má před sebou jedinec v určitém věku, pokud by zůstaly zachovány úmrtnostní poměry, které jsou ve sledovaném období. Úmrtnostní poměry se zlepšují, zvyšuje se naděje na dožití.

Ve věku 65 let činila u mužů naděje dožití, ve dvouletém průměru let 2013 -2014, ve Středočeském kraji 15,63 let. Naděje dožití, v totožném průměru let, činila u žen o 3,36 roku více tj. 18,99 let.

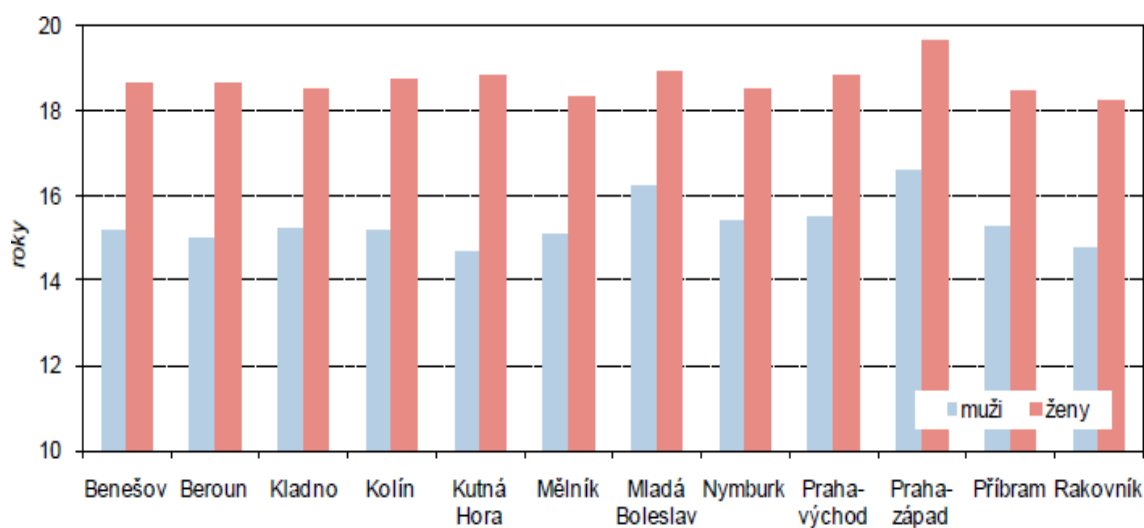
#### Střední délka života



Obr. 3. Naděje dožití obyvatel kraje ve věku 65 a více v letech 2003 -2014 (ČSÚ, Senioři ve Středočeském kraji 2015)

Ve srovnání s celorepublikovým průměrem měli středočeští senioři v letech 2013-2014 nižší naději dožití (Obr. 4), Oproti celorepublikovému průměru, který činil 15,8 roků pro muže, měli ve středočeském kraji muži 15,6 roku. Pro ženy středočeského kraje průměr naděje dožití v daných letech činil 19,0 roku, oproti celorepublikovému průměru, který činil 19,3 roků.

## Střední délka života v kraji



Obr. 4 Naděje dožití osob ve věku 65 let v okresech Středočeského kraje v období 2010-2014 (ČSÚ, Senioři ve Středočeském kraji 2015)

## Projekce obyvatelstva

Projekce obyvatelstva je založena na předpokladech budoucího vývoje plodnosti, úmrtnosti a migrace. Naznačuje očekávané trendy do budoucna, avšak není schopna předvídat působení náhlých vnějších vlivů a změn sociálních a ekonomických apod. Velmi obtížně je předvídatelný vývoj migrace, a právě stěhování má na vývoj obyvatelstva ve Středočeském kraji velmi významný vliv.

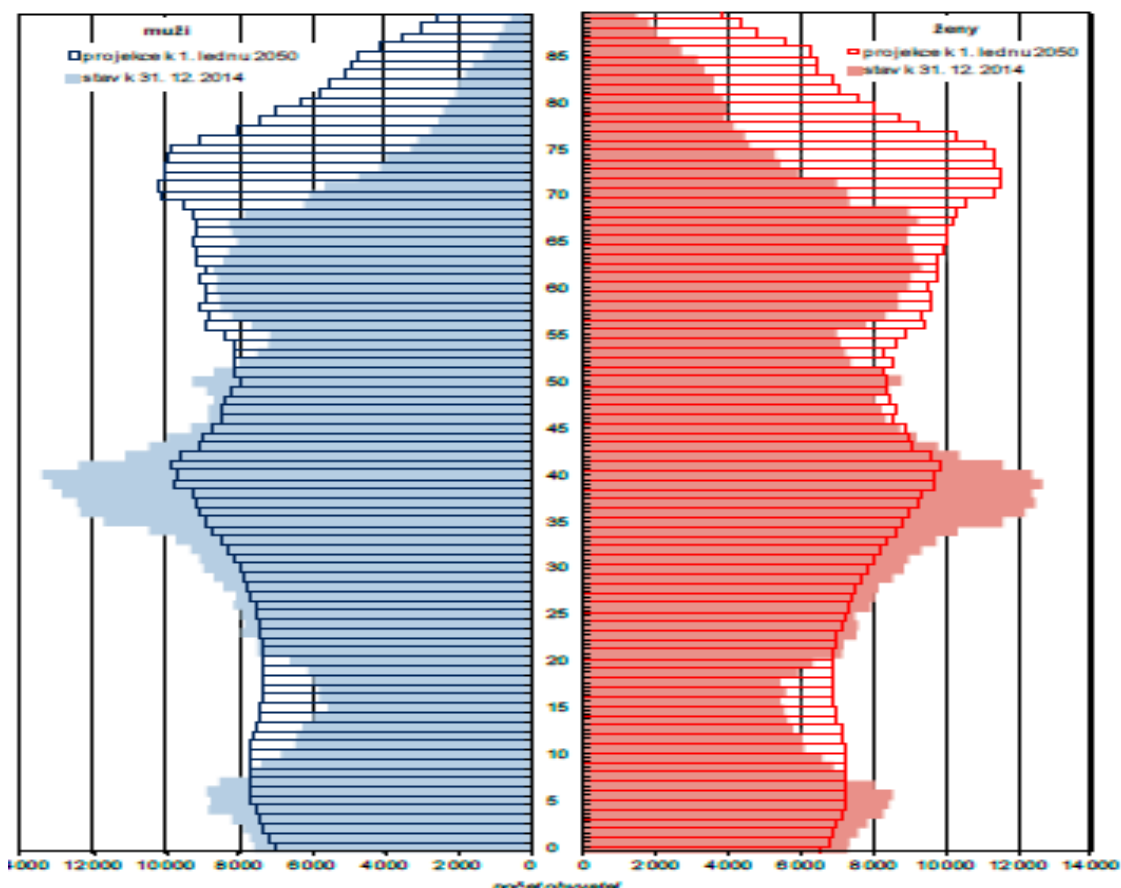
Počet obyvatel ve věku 65 a více, by se měl podle projekce téměř zdvojnásobit, to znamená, z 220 000 ke konci roku 2014, na 432 000 v roce 2050 (Obr. 5). Dojde tak k výraznému nárůstu podílu seniorské složky obyvatelstva na 28,9% v roce 2050 (z 16,7% ke konci roku 2014).

## Věková struktura

	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Obyvatelstvo celkem (k 1. 1.)	1 362 151	1 402 455	1 434 519	1 458 401	1 475 366	1 486 742	1 492 127
z toho ve věku 65 a více let	257 500	285 023	308 218	331 809	367 472	408 902	431 653
v %	18,9	20,3	21,5	22,8	24,9	27,5	28,9
v tom ve věku (%):							
65–69 let	32,6	26,9	24,7	24,8	27,6	27,6	22,6
70–74 let	28,9	27,2	23,3	21,7	21,2	23,6	24,9
75–79 let	18,5	22,8	22,3	19,5	17,9	17,5	20,6
80–84 let	10,5	13,3	17,2	17,3	14,9	13,8	14,4
85–89 let	6,5	6,3	8,5	11,3	11,3	9,9	9,9
90 a více let	2,9	3,5	3,9	5,3	7,1	7,7	7,6

Obr. 5 Věková struktura obyvatelstva podle projekce (ČSÚ, Senioři ve Středočeském kraji 2015)

## Středočeský kraj



Obr. 6 Současné a předpokládané složení obyvatelstva (ČSÚ, Senioři ve Středočeském kraji 2015)

### ***1.4.3 Hodnota zdraví, proměny ve stáří - stárnutí***

#### *Hodnota zdraví*

Světová zdravotnická organizace v ústavě z roku 1948 definuje zdraví takto „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being) a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“. Tato definice pokládá lidské zdraví za relativně složitý systém, v němž subsystémy fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek. S pomocí těchto tří rovin se pojem zdraví člověka s konečnou platností vymanil z tradičního biologizujícího pojetí, které se v medicíně v minulosti hluboce zakořenilo. Zároveň tato vícerozměrnost vymezení zdraví člověka umožňuje učinit závěr, že jde o jev, který se vztahuje nikoliv na samostatně existující individuum, nýbrž na individuum neoddělitelně spjaté se sociálním prostředím (Bártlová 2005). Zdraví není kategorií výlučně medicínskou, ale široce humánní. Zdraví lidí je podmíněno tím, do jaké míry dokážou k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět jednotliví občané a jakou oporu najdou u všech ostatních a celé společnosti.

Zdraví ovlivňuje působení zevních a vnitřních faktorů, které působí samostatně nebo společně a vzájemně se posilují nebo oslabují. V celku tyto faktory vytvářejí zdravotní stav člověka, pocit pohody a spokojenosti každého jednotlivce a podílejí se na délce a kvalitě života. Pohlaví, věk a vrozené dispozice jsou faktory, které nelze ovlivnit, odrážejí se v úpravě způsobu života i zdravotní péče. Zdravotní péče ovlivňuje zdravotní stav – vlastní zdraví – jen do určité míry. Je prokázáno, že zdravotní péče ovlivňuje zdraví pouze z 20%, ve srovnání s dalšími vlivy. Rozhodující determinanty jsou životní prostředí, životní podmínky a vlastní způsob života. Tyto faktory ovlivňují zdraví z 80%.

Zdraví významně ovlivňuje podmínky existence člověka ve společnosti, tedy podmínky sociální. Materiální nedostatek, jak uvádí Vurm (2004), nejistota, úzkost a nedostatek sociální integrity jsou příčinami mnoha nemocí a často i smrti. Trvalá úzkost, nejistota, ztráta sebevědomí, sociální izolace a ztráta uspokojující práce a klidu domácího života vyvolávají trvalý stres. Opakující se a trvalý stres podmiňuje zdravotní poruchy, jako jsou deprese, snížená odolnost vůči infekcím, může být i iniciálním momentem zhoubného bujení. Zvyšuje se riziko infarktu myokardu a cévních mozkových příhod.

### *Stáří a stárnutí*

Stáří je nevratný, univerzální, i když druhově specifický, biologický proces (Topinková, 2010), který však stále obtížně definujeme. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Starý organismus ztrácí adaptační schopnosti, dekompenzují se orgánové funkce. Involuční změny a mnohočetná orgánová patologie charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří.

Zákonitá biologická involuce vychází z individuálních genetických dispozic a v současné době není spolehlivě ovlivnitelná. Stárnutí je tedy procesem individuálním a asynchronním (Kalvach, 1997). Jednotlivé orgány, systémy a funkce organismu stárnou nerovnoměrně. Stupeň somatických změn ve stáří je dán výchozím stavem toho kterého orgánu či systému, na což má vliv závažnost chorobných změn jako odraz chronických onemocnění. Významným vlivem v procesu stárnutí je životní způsob charakterizovaný aktivitou, případně pasivitou.

Proces stárnutí přináší anatomické a fyziologické změny, změny psychických funkcí, osobnosti, emocionálního stavu, motivace atd. Stárnutí znamená postupné ubývání sil, přibývání a kumulaci poruch a nemocí, zejména chronických, a výsledné celkové oslabení organismu člověka. Srovnáme-li osoby starší šedesáti let a mladší třiceti let, zjistíme (Sýkorová, 2007), že senioři trpí v průměru osmkrát více chronickým onemocněním, jde-li o muže, a dvanáctkrát více v případě žen. Až čtyřicetkrát častěji se potýkají s dlouhodobými potížemi v oblasti pohybové a smyslové, v osobní péči a komunikaci. Také duševní zdraví se zhoršuje, emoční poruchy, pocity deprese a úzkosti se vyskytují u starých lidí nad sedmdesát let v šestkrát vyšším rozsahu než u osob pětadvacetiletých.

Změny nastávají, jak udává Minibergová a Dušek (2006) zejména v oblasti percepce. U 90% starých lidí se objevuje zhoršení zrakové percepce, 30% má výrazné zhoršení sluchového vnímání, což přináší sníženou schopnost komunikace s druhými lidmi. Tato omezení mohou vnášet do komunikace se starými lidmi problémové momenty. Patrné změny jsou i v oblasti paměti a učení. Zhoršuje se zejména krátkodobá paměť. Starý člověk si hůře pamatuje nové události. Starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být emočně i obsahově zkresleny. Minulé časy bývají nadhodnocovány a

posuzovány výhradně kladně. Inteligence měřená běžnými testy klesá. Je to zejména proto, že běžné testy nejsou vhodné pro osoby vyššího věku. S věkem klesá psychomotorické tempo, starší lidé podávají horší výkon v časově limitovaných úkolech. Schopnost práce s čísly se může zachovat bez známek deficitu. Vzestup intelektových schopností je možný ještě v období stárnutí, ale záleží na povaze práce a společenské angažovanosti jedince.

Weber a kol. (2000, s. 13) uvádí, že i přestože bylo nashromážděno velké množství poznatků, nelze jednoznačně definovat jev stárnutí včetně toho, že neumíme odpovědět na otázku, proč stárneme. „Stárnutí je proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. Nástup těchto změn nastává v ontogeneze jedince v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Jde tedy o proces disociovaný, dezintegrováný a asynchronní. Rychlost stárnutí jedince je geneticky zakódována“.

#### *Teorie stárnutí ve zkratce*

Mezi nejznámější teorie stárnutí patří dvě, teorie genetické, které staví na předpokladu genetického zakódování bez vlivu vnějších faktorů a teorie založené na existenci metabolických omylů, teorie imunologické a autoimunitní (Ondrušová, 2011). Obecně je stárnutí definováno jako hromadění škodlivých změn v buňkách, přičemž se vlivem zvyšujícího věku zvyšuje i riziko onemocnění a následně úmrtí.

Zastánci genetické teorie Topinková a Neurwith (1995) staví na tom, že délka života je geneticky determinována a specifická pro každý druh. Skutečnost, že nelze dosáhnout maximální potencionální délky života (120-130 let) je ovlivněno životními podmínkami člověka, které nejsou ideální, ať již jde o podmínky fyzikální, chemické nebo sociálně-psychologické. Druhou podmínkou je funkčnost genů odpovědných za délku života (geneticky podmíněné choroby, které vedou k předčasnému stárnutí).

Stejně tak Weber (2000) předkládá rozdělení teorií stárnutí do dvou hlavních skupin, a to teorie stochastické (děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch selhání buněčného řízení) oproti tomu teorie nestochastické vycházejí z předpokladu, že stárnutí je geneticky předurčeno.



## Stochastické teorie

- Teorie omylů a katastrof (nahromadění chyb v syntéze proteinů)
- Teorie překřížení (přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul)
- Teorie opotřebení (nahromaděné poškození nenahraditelných částí organismu, které cestou zániku buněk vede k poškození tkáně, orgánu a organismu jako celku)
- Teorie volných radikálů (poškození membránových proteinů, enzymů, DNK)

## Nestochastické teorie

- Pacemakerová teorie (teorie genetických hodin)
- Genetická teorie (délka života je specifická pro každý živočišný druh)

V procesu vyrovnávání se se stárnutím a stářím, vystupuje do popředí problém ochrany identity v konfrontaci s biologickými, psychologickými a sociálními změnami, jejichž zdrojem stárnutí a stáří jsou. Být seniorem a prožívat dané životní období tedy znamená podle Sýkorové (2007), zvládat důsledky změn – ztrát stáří, senioři se snaží mít ztráty stáří pod kontrolou. Hodnotí své fyzické zdraví a vitalitu, zejména mobilitu, psychické zdraví, svoje aktivity, osobnostní vlastnosti, finanční situaci v rovině příjmů, potřeb a výdajů, schopnost a možnosti samostatně rozhodovat, i své místo mezi významnými druhými. Zvažují, zda došlo k negativním změnám. Jestliže vnímají ztráty stáří, pak je posuzují vzhledem k fyzické a finanční soběstačnosti a svobodě rozhodování, čili k osobní kompetenci a autonomii.

Modely vyrovnávání se se stářím (Minibergová a Dušek, 2007).

- Konstruktivnost – člověk se smířil s faktem stáří a stárnutí, je soběstačný, realizuje přiměřené plány a cíle.
- Závislost – tato strategie směřuje k pasivitě, ať se postarají druzí, je poměrně vyrovnaný, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu.
- Obranný postoj - zaujímají lidé úspěšní, soběstační profesionálové a jsou na to hrdí, odmítají pomoc druhých, necítí se staří.
- Nepřátelství – tendence svalovat své neúspěchy na druhé, v jednání agresivní a podezřívaví, žijí v ústraní, hrozí jim izolace, dávají najevo odpor k představě stáří. Vůči mladým jsou nepřátelští.

- Sebenenávist – nepřátelství obracejí proti sobě, na svůj předchozí život hledí kriticky a pohrdavě, zanedbávají společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční. Mají pocit, že už si užili dost, mladým nezávidí.

V zásadě je třeba v procesu stárnutí vnímat jednotlivé složky, které se však vzájemně ovlivňují. Biologické stárnutí jak uvádí Ondrušková (2011) zahrnuje tělesné změny organismu, omezení jeho rezerv, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, pokles funkcí orgánů, úbytek svalové a kostní hmoty, zhoršování smyslů, pokles odolnosti imunitního systému, hormonální změny. Psychické stárnutí je charakterizováno zpomalením psychomotorického tempa, změnou kognitivních funkcí, přičemž Pacovský (1994) připomíná, že změny nejsou jen ve smyslu zhoršení, některé funkce zůstávají nezměněny a jiné mohou vykazovat zlepšení např. vytrvalost, trpělivost, schopnost úsudku.

Psychické změny ve stáří, jak uvádí Vágnerová (2000, s. 451) mohou být ovlivněny

- Kohortovou zkušeností (lidé stejné generace získali obdobnou zkušenost, vlivem podobných sociokulturních vlivů)
- Individuálně specifickým životním stylem (návyky, zvyky)
- Postojem společnosti (manipulace k přijetí určitého modelu chování, k pasivitě)

„Sociální stárnutí zahrnuje vzájemné vztahy mezi stárnoucím jedincem a společností a jeho postojem k okolí“ (Ondrušová, 2011, s. 14), zahrnuje významné změny jako odchod do důchodu, změna pobytu, omezení finančních prostředků, osamělost, ztráta partnera.

Zajímavé teorie stárnutí, které jsou ovlivňovány strukturou společnosti a sociální změnou předkládá Jarošová (2006, s. 15) mezi nejčastěji uváděné sociální teorie patří teorie aktivity, která považuje za významný základ pokračování aktivit, což vede k udržování uspokojení, sebepojetí a zdraví ve stáří. Teorie neangažovanosti, kdy míra spokojenosti ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí sociálních a osobních vztahů. Teorie kontinuity a diskontinuity vychází z předpokladu, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti jeho nynější situace se situací, v níž žil ve středních letech. Čím více změn, tím je diskontinuita větší.

## 1.5 Potřeby – hodnoty - posuzování

### 1.5.1 Potřeby

Slovník sociální práce (Matoušek, 2008) definuje potřebu jako motiv k jednání. Pokud dochází k neuspokojení potřeb, přichází deprivace a strádání. Většina typologií lidských potřeb se dělí na oblast vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, na oblast související se vztahy s blízkými lidmi a společenskému uplatnění a na okruh spirituálních potřeb.

Rovněž Nakonečný (1995) se vyjadřuje k pojmu „potřeba“ jako základní formě motivu, ve smyslu nějakého deficitu v biologické nebo sociální dimenzi bytí člověka. Trachtová (2001) potvrzuje, že odstranění něčeho co chybí, vyřešení nedostatku ústícího do potřeby je přímo žádoucí.

Vágnerová (2000, s. 457 - 458) uvádí, že pro stáří je charakteristická nízká potřeba změny o to větší přichází koncentrace na vlastní potřeby. Definuje několik oblastí významných svým zaměřením i subjektivním významem:

- **Snížená potřeba stimulace**, kdy běžné dřívější podmínky představují zátěž
- **Snížení potřeby učení** odrážející se ve vazbě na svou generaci ve fixaci ve vzpomínkách, v minulosti tzn. ve světě, se kterým se dokázali identifikovat ve snaze vyhnout se ohrožení z nepochopení nového
- **Zvýšení potřeby citové jistoty a bezpečí**. Jistota a bezpečí, se stává významnější hodnotou, než byla dřív. Starý člověk se smiřuje s určitou mírou závislosti na druhých. V těchto případech může mít i závislost pozitivní význam, posiluje pocit bezpečí.
- **Potřeba seberealizace** může být modifikována zdůrazňováním dřívějších aktivit a úspěchů. Dochází tak seberealizaci alespoň symbolicky, v rámci vzpomínek.
- **Potřeba otevřené budoucnosti a naděje** v době obav z opuštěnosti, strachu z nemocí, strachu z nesoběstačnosti je překloupena do vazby na další generaci, na život dětí a vnuků. Starý člověk musí přijmout nevyhnutelnost smrti a těšit se existencí jiných hodnot.

Přesto, že jsou popisovány modifikace potřeb ve stáří Janečková (2005, s. 163 – 164) uvádí, že staří lidé, potřebují uspokojovat své potřeby stejně jako kdokoli jiný, avšak často jsou odkázáni při uspokojování svých potřeb na pomoc okolí.

Stejně jako jiní autoři uvádí i Kaufmanová (2004), že mezi nejdůležitější potřeby člověka patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, autonomie, psychické, fyzické i sociální pohoda. Přičemž pro seniory se jeví jako nejdůležitější potřeby fyziologické povahy a velmi významné potřeby **jistoty a bezpečí**. Pravděpodobně proto, že tyto hodnoty prožívají senioři jako zvláště ohrožené.

Stejně tak se domnívá Vágnerová (2000), že senioři se cítí více ohroženi (např. onemocněním, ovdověním), smiřují se s určitou mírou závislosti na jiných lidech a do popředí vystupuje potřeba **podpory a bezpečí**, přičemž ať již je potřeba naplněna rodinou, pečovatelkou či jiným subjektem, kvalita této péče je měřena spokojeností a prospěchem seniora.

Pravděpodobně nejznámější teorii potřeb (Říčan, 2007) vytvořil americký psycholog ve 40. letech 20. století A. H. Maslow, a to teorii založenou na pořadí naléhavosti a postupu, ve kterém se lidské potřeby projevují. Obecně známé je uspořádání potřeb dle Maslowa od nejnižších po nejvyšší ve formě pyramidy, na jejímž základě je saturace potřeb fyziologických a směrem k vrcholu pomyslné pyramidy se uplatňuje potřeba seberealizace, která vrcholí v sebetranscendenci, v něčem co překračuje samotného jedince.

Maslow (1943, s. 383) definuje několik předpokladů pro uspokojování základních potřeb, které jsou cíli jen „téměř“ ne sami o sobě, ale základní potřeby jsou na ně pevně navázány. Jedná se o podmínky jako „svoboda hovoření, svoboda dělat si co člověk sám chce, dokud tím není postižen nikdo druhý, svoboda projevu, vyjádření sebe sama, spravedlnost, rovnost, čestnost, uspořádání ve skupině.

Jednou z nejpodstatnějších charakteristik (Nešporová, Svobodová a Vidovičová, 2008, s. 23) je důraz na cíle, nikoli na způsoby jejich dosahování. Ve vztahu k seniorům je toto zásadní skutečnost, protože se může vycházet z přesvědčení, že tyto potřeby jako

cíle se v průběhu času nemění, může se ale měnit jejich intenzita, způsob naplňování včetně pořadí.

Druhou známou teorií potřeb je Model rozvoje lidské škály (Human-Scale Development), podle M. Max-Neefa, která klasifikuje lidské potřeby (Nešporová, Svobodová a Vidovičová, 2008, s. 25) jako nemnohé, konečné a určité, navíc konstantní ve všech lidských kulturách a historických časových periodách. Podle autora se mění v čase a mezi kulturami způsoby jakými jsou tyto potřeby naplňovány.

Max-Neef (Nešporová, Svobodová a Vidovičová, 2008 s. 25) jako základní lidské potřeby uvádí bytí (subsistence), ochranu, city/lásku (affection), porozumění, participaci, rekreaci (ve smyslu volného času, odpočinku, času na reflexi), kreaci/tvoření a svobodu. Potřeby jsou pak definovány v existenciálních kategoriích: bytí (being), vlastnictví (having), děláná a interakce.

### **1.5.2 Hodnoty**

V přechodném textu bylo pojednáváno o etice v sociální práci jako neoddelitelné součásti výkonu sociálního pracovníka a dále tak o zdraví jako významné hodnotě v lidském životě. Hodnoty a hodnotový systém, teorie hodnot mají svůj významný etický rozměr. Význam hodnot pro nalezení smyslu obzvlášť zdůraznil Frankl (Frankl, 1984 cit. Čevela a kol. 2014 s. 128) „mysl bytí naplňujeme – své bytí naplňujeme smyslem – vždy tím, uskutečňujeme hodnoty. Co není hodnotné, prožívá člověk jako nesmyslné. Franklovo pojetí naprosto souhlasí s novějším učením o motivaci. Neboť co je pro člověka hodnotou, to může také přijmout. Žít smysluplně znamená dělat to, co je vnímáno a rozpoznáno jako hodnotné.

Jak uvádí Kalvach a kol. (2011) naznačil V. E. Frankl 3 druhy typických lidských hodnot, k nimž je možno zaměřit svůj život jsou to jednak hodnoty zážitkové, které obohacují náš život, probouzí emocionální zážitky. Druhou úrovní jsou hodnoty tvůrčí, vytváříme je vlastní činností. Nejdůležitější úrovní hodnot, jsou podle Frankla hodnoty postojové, vždy a ke všemu lze zaujmout nějaký postoj, nejvyspělejší forma prožívání hodnot.

Hodnoty lidí (Kutnohorská, 2007) se v průběhu života mění, a to má obecnou platnost bez ohledu na skutečnost, v jaké kultuře se formovala jejich osobnost. Předpokládáme, že vše na čem nám záleží, vše co potřebujeme má určitou hodnotu, z čehož plyne, že existují mnohé hodnoty a nejsou dosažitelné současně.

Štěpánková, Höshl, Vidovičová a kol. (2014) se domnívají, že vedle biologických základů a specifických podmínek individuálního života jednotlivce má na utváření hodnot vliv i působení obecnějších faktorů a to kulturních a sociálních. Výrazně ovlivnit hodnotový systém může např. intenzivní makrosociální změna jako je změna politického režimu.

Kutnohorská dále uvádí (2007, s. 15), že „při rozmanitosti hodnotových oblastí a hodnot se objevuje otázka, zda existují hodnoty bytostně lidské, jejichž prostřednictvím se jedinec stává „dobrým člověkem“. Skutečně lidské se rodí, když člověk odpovídá na volání druhého, při setkání s druhým. Takové hodnoty pak nazýváme mravními hodnotami, mravním dobrem“.

Hodnoty podle (Výrost a Slaměník, s. 152) jsou objektivní přírodní a společenské jevy hmotné či duchovní povahy, které slouží k uchování a rozvoji základních vztahů mezi člověkem a společností, k rozvoji vztahů mezi člověkem a přírodou a k uchování samotného lidského života. „Objektivní jevy jsou však hodnotami nejen proto, že život člověka udržují a v jeho nejvlastnějších dimenzích obohacují“. Člověk o tyto hodnoty musí usilovat a také je i vytvářet. To je důvod, proč jsou hodnoty projevem specifické motivace hodnotových orientací a jsou úzce spjaty s potřebami a zájmy.

### ***1.5.3 Posuzování***

Naše schopnost posouzení něčího života, jak uvádí Smutek (2008, s. 26) stojí na schopnosti vžít se do jeho životní situace. Tato schopnost má svůj limit, je ovlivněna samotnou naší podstatou bytí, vždy půjde pouze o jakousi sdílenou subjektivitu, díky níž můžeme nahlédnout (ne zcela celostně pochopit) do života jiného člověka. Díky našim subjektivním pohledům na svět a životním zkušenostem si můžeme představit motivy jednání a výslednou životní situaci druhého člověka.

Smutek (2008, s. 27) dále upřesňuje předchozí: „porozumění životní situaci jiné osoby jsou limitovány naší existencí jakožto individualit, samotných entit, jež nemají žádný zjevný způsob skutečně přímé komunikace, kde by bylo možné přímo přenést informaci, tedy včetně všech emocí, motivací a minulých zkušeností. Člověk do žádné takové situace nevstupuje bez předchozích životních zkušeností. Možná by se dokonce dalo říci, že do žádné takové situace osobnost člověka v roli sociálního pracovníka nově „nevstupuje“ vůbec, je již předem organickou součástí takové interakce skrze očekávání společenských rolí zastávaných výkonem dané pomáhající profese“.

Podle Schötze (1962) jsou na rozdíl od neživých věcí lidé a jejich svět vždy již předem interpretovány. V duchu této myšlenky (Smutek, 2008) lze sociální realitě porozumět ze dvou odlišných hledisek, a to z hlediska individuálního aktéra, který jedná v rámci svého individuálně vnímaného světa nebo z hlediska sociálního vědce, který jedná jako nezaujatý pozorovatel.

Naše individuální jednání (Winkler, 2007, s. 124) a rozhodování při posuzování něčí životní situace, je do značné míry společensky podmíněné, ... „nicméně přesto zůstává relativně svobodnou individuální volbou. V rámci této svobody dochází k individuální modifikaci sociálně podmíněných struktur relevance. Mezi lidmi vzniká určitá sociální blízkost či vzdálenost na základě pravidla podobnosti a ne na základě úplné identity“.

Závažnost procesu posouzení (Navrátil, 2008, s. 11) není dána jen okolnostmi, které potřebu vyvolaly, ale zejména tím, že na jeho výsledku závisí další postup sociálního pracovníka a tedy v některých případech osud osob, které jsou sociálním pracovníkem posuzovány. Takovéto souvislosti vzbuzují vedle otázek vztahujících se k pravdě a poznání, také otázky související s mocí a etikou sociální práce.

Někdy se můžeme setkat s tvrzení (Navrátil, 2008), že to co dělají sociální pracovníci v rámci výkonu své profese resp. co je tedy sociální prací a jak se dělá, má trvalou a neměnnou povahu. Takovýto mýtus spočívá v předpokladu existence sady normativních kritérií, teorií a metod, které jsou použitelné za všech okolností.

Postmoderní doba přinesla změnu nejen do oblasti sociálních vztahů a společenského klimatu (Chytil, 2007; Navrátil, 2007), ale ovlivňuje i chápání pravdy. Posouzení životní situace podle Navrátila (2008) není totiž ničím jiným než pokusem o hledání obrazu životní situace klienta, dalo by se říci i pravdy o situaci klienta, kterému má být v souladu s tím nabídnuta přiměřená a účinná pomoc.

V procesu posuzování jsou používány dvě klíčové protichůdné strategie, jedná se o posouzení kvalitativní a kvantitativní, jiní autoři, jak uvádí Navrátil (2008) používají rozlišení konstruktivistická a pozitivistická orientace. Zatímco se objektivistická (tedy pozitivistická a kvantitativní) strategie opírá o filosofii modernismu, konstruktivistické (kvalitativní) hledisko je spíše podporováno teoriemi postmodernismu. Objektivistická strategie chce vytvářet takové výsledky, které jsou objektivní, přesné a konzistentní nezávisle na posuzovateli. Konstruktivistická strategie klade větší důraz na profesionální úsudek pracovníka, založeným na vhledu do situace a jejím hloubkovém pochopení.

## **1.6 Sociální péče**

### ***1.6.1 Poznámky z historického vývoje sociální péče***

V historii se o starých lidech nehovořilo jako o samostatné ohrožené kategorii občanů. Jednak o ně bylo postaráno při předávání majetku věcným břemenem v rámci občanskoprávních vztahů (např. výměnek), jednak v nouzi, jako o chudé (např. chudinské zákony Alžběty I. nebo zákony Rakousko – Uherska zavádějící institut domovského práva v 19. století). Schilling (1999) uvádí, že se dějiny sociální péče dají přirovnat ke starému stromu s nepočitelnými letokruhy, jehož společné kořeny leží ve středověku. Pomáhající činnosti anebo sociální práce se dá vystopovat daleko do minulosti: opatrování žebráků, opatrování chudých, péče o chudé, sociální péče, péče a sociální práce jsou chronologicky uspořádané označení pro pomoc lidem v nouzi, později postupně také v duševní a výchovné nouzi.

Na mezinárodním poli se o právu starších osob poprvé hovoří v úmluvách Mezinárodní organizace práce v roce 1933. Stanoví se, že členský stát bude provozovat systém povinného důchodového pojištění pro staré lidi, kdy věk odchodu do důchodu nemá být vyšší než 65 let. Právo na důchod je všeobecně uznáváno jako lidské právo. Evropské



státy po I. světové válce vyvinuly systém sociálního pojištění, a dále podporovaly myšlenky zabezpečení starých lidí, což nakonec vyústilo v zapsání do Evropské sociální charty (1961) ve článku 12 “Právo na sociální zabezpečení“. Právo na starobní důchod bylo vnímáno jako součást práva na sociální zabezpečení. To v podstatě znamenalo, že o ostatní potřeby starých lidí (nad rámec, který zajišťuje sociální pojištění) nebyly státy povinny pečovat.

V evropském regionu na takto pojaté právo starých osob navazuje Rada Evropy v Revidované Evropské sociální chartě (1996), která hovoří o právu starších osob na sociální ochranu. Toto právo má nové sociální dimenze (Tomeš a Koldinská, 2003). Nejde jen o poskytování dávek a služeb, ale jde především o to, umožnit starším osobám, aby zůstaly co možná nejdéle řádnými členy společnosti, aby si zvolily životní styl, který jim nejlépe vyhovuje, a mohly jej vést, jak dlouho chtějí a mohou. Pokud již nemohou samostatně žít a musí se svěřit péči ústavů, pak mají mít v těchto ústavech zabezpečené soukromí a účast na rozhodování a podmínkách života v ústavu. Takto formulované právo starších osob znamená posun od pasivního sociálního zabezpečení k aktivní participaci na tvorbě životních podmínek a společenském dění.

Zabezpečení seniorů (Tomeš, 2011) je poměrně mladý obor sociální politiky, který se vyvinul až po úrazovém, nemocenském a invalidním pojištění. Péče o invalidy je historicky mnohem starší než péče o staré. Moderní zabezpečení seniorů přišlo až s profesionalizací státní správy, kdy po dosažení určitého věku a odpracování daného počtu let ve státní správě se poskytoval úměrný „odpočivný plat“ pro profesionální (nešlechtické) státní zaměstnance a vojáky v Rakousku – Uhersku.

Jak uvádí Průša (2007), „hlavní vývojové trendy rozvoje sociálních služeb v 90. letech v evropských zemích, což je zejména prodlužování lidského věku, přičemž se prodlužuje období života, kdy člověk potřebuje pomoc druhé osoby; přenášení standardu života v produktivním věku i do období v němž je člověk postupně stále závislejší na pomoci druhé osoby; rostoucí nákladovost kompenzace narůstající závislosti na vnější pomoci, jsou doprovázeny hledáním možností transformace celé oblasti sociálních služeb. Důvodem nejsou jen ekonomické aspekty, ale jde o přiblížení života ve stáří normálnímu životu“.

Sociální služby v českých zemích (Matoušek, 2007) poskytované na počátku minulého století v období tzv. první republiky obcemi a dobročinnými spolky či církví přešly do rukou státu. V období vlády komunistické strany byl implantován model sovětského sociálního zabezpečení. Postupně bylo přijato několik zákonů o sociálním zabezpečení, ale koncepce zůstala stejná až do roku 1989. V rámci tohoto zákona byla sociální péče definována takto: „Sociální péčí zajišťuje stát pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří, bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.“

Sociální péče o seniory (Varvažovská, 2006) byla do začátku 90. let minulého století poskytována především prostřednictvím státních organizací. Zahrnovala péči o rodinu a děti, občany těžce zdravotně postižené, staré, ty, kteří potřebují zvláštní pomoc a občany společensky nepřizpůsobené. V rámci sociální péče se poskytovaly zejména dávky a služby. Peněžité dávky, věcné dávky, výchovná a poradenská péče, pečovatelská služba, stravování, kulturní a rekreační péče, mimořádné výhody pro některé skupiny občanů těžce zdravotně postižených a bezúročné půjčky. Sociální péče o seniory a zdravotně postižené občany byla do roku 1989 zajištěna především ústavní péčí.

### ***1.6.2 Sociální péče o seniory***

Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce (Matoušek, 2005) se seniory se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. K odchodu do rezidenčních zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně (z ekonomických či rodinných důvodů) opouštějí původní bydliště a volí menší byt v instituci, kde navíc mají k dispozici i služby), nebo jsou donuceni okolnostmi, zejména radikální změnou zdravotního stavu.

Po roce 1990 sociální a zdravotní služby zaznamenaly obrovský rozvoj. V současné době je poskytuje stát, územní samosprávné celky a jimi zřízené právnické osoby, další právnické osoby a fyzické osoby. Do roku 2006 existovalo několik typů rezidenčních

služeb. Byly to domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou a domovy - penziony pro důchodce. Nová legislativa zahrnuje všechny typy do označení domovy pro seniory. Senior nebo zdravotně postižený již není vykázán pouze za zdi ústavu, ale sociální služby směřují přímo za klientem (Varvažovská, 2006), do jeho přirozeného prostředí, kde má vytvořené sociální vazby. Právě tyto služby ve formě denních a týdenních stacionářů pro zdravotně postižené a mentálně postižené, domácí pečovatelská a ošetrovatelská služba, asistenční služba, nejrůznější druhy speciálních poraden a další zajišťují především neziskové organizace.

Residenční zařízení pro seniory by se měla otevřít komunitě a transformovat v komunitní centra poskytující starším lidem v dané lokalitě flexibilní služby. Měla by se orientovat na prevenci, rozvoj sociálních aktivit a podporu rodiny i pečovatelů. Ústavní zařízení pro seniory je nezbytné více otevřít veřejnosti a životu v obci a dát lidem větší právo a vliv na život v těchto zařízeních. Rezidenční zařízení musí poskytovat nejen chráněné bydlení a individualizované služby, ale také podporu seniorům a rodinám žijícím mimo tato zařízení.

Uživateli služby (Varvažovská, 2006) se dostává pouze takové podpory, kterou skutečně potřebuje, zůstávají zachovány veškeré sociální vazby a za podpory dalších kooperujících a navazujících služeb, které tvoří jakési komplexy služeb, může senior nebo zdravotně postižený občan žít kvalitním způsobem života a využívat běžné služby. Nedochází tak k sociálnímu vyloučení a občan je stále součástí přirozené komunity.

Je zcela na místě propagovaná zásada sociální práce (Matoušek, 2004), a to pokud možno začít vždy od klienta. Je to reakce na doznívající období, ve kterém zájmy institucí, zejména ústavů, diktovaly způsoby poskytování sociální služby a to často bez ohledu na konkrétní a specifické potřeby klienta. Ústavy klientovi vytvářely náhradní umělé prostředí, aniž se organizátoři péče zajímali o to, jak tím formátují klientův svět. Následek této necitlivě ordinované totální náhrady je dnes popisován jako institucionalizace nebo hospitalismus.

Předmětem kritiky je v neposlední řadě absence kontroly adekvátnosti poskytované péče (Matoušek, 2005) a její kvality, a to zejména s ohledem na specifické potřeby

opečovávaných starých osob a na stále rostoucí požadavky odborné erudice institucionálních poskytovatelů takovéto péče. Rodina byla historicky prvním subjektem poskytujícím pomoc seniorům; postarat se o svého starého člena bylo zcela v rozsahu kompetence a povinností rodiny. Byl to jakýsi vzájemný, protektivní svazek, kdy rodiče se starali o své děti a ty se, když dospěly, staraly o své rodiče. V tradičních společnostech se zajištění starých osob realizovalo v tomto rámci a jen výjimečně se stávalo předmětem činnosti jiných institucí než rodiny. I po přijetí klienta do institucionální péče pokračuje práce s rodinou. Především je třeba přijmout fakt, že instituce nezbavuje rodinu odpovědnosti za péči o příbuzného. Příchodem do instituce nekončí rodinné vztahy ani povinnost dětí vůči svým rodičům.

Rodinná solidarita (Remr, 2005) bývá považována za přirozený a optimální způsob zabezpečení. V této souvislosti se obvykle poukazuje na široký rozsah zabezpečení (universalitu služeb poskytovaných rodinnými příslušníky) a na neformální charakter a neformalizované mechanismy a postupy při samotném poskytování péče. Rodina představující přirozené sociální prostředí kromě toho poskytuje značný prostor pro rozvíjení inter-generační solidarity a při správném fungování také eliminuje riziko sociální exkluze seniorů.

S rodinou musí instituce uzavřít kontrakt (Matoušek, 2005) o tom, které úkoly jí zůstávají, a které může za ni převzít. Pocit, že někdo pečuje za ně, velmi rychle vede rodinné příslušníky k poklesu, či dokonce ke ztrátě zájmu o svého blízkého. Bylo prokázáno, že s délkou pobytu starých lidí v instituci klesá i počet návštěv. Nelze tedy připustit, aby návštěvy příbuzných byly pouze formální, musí plnit svůj definovaný účel, mít svoji funkci v individuálním plánu klienta.

S poskytováním pomoci či péče (Remr, 2005) jinými subjekty než členy vlastní rodiny souvisí dvě problémové oblasti. Dostupnost péče je regionálně determinovaným problémem, který nabývá na své naléhavosti zejména v lokalitách s nedostatkem kvalifikovaných pracovníků, kteří mohou tuto péči poskytovat. Důsledkem pak může být finanční nedosažitelnost služby daná vysokými transakčními náklady, snížená kvalita služby nebo její úplná absence.

### ***1.6.3 Pobytové sociální služby pro seniory, institucionální péče***

Ústavní péče o seniory pokrývá v České republice celkem vyváženě území celého státu, i když delší dobu přetrvává nedostatek volných míst, mnohdy trvá čekání na umístění i několik let. I přes množství nových zařízení tvrdila Koubová (2005) jde v drtivé většině stále o instituce, místa pro pouhé poskytování základních služeb, o faktický domov jde však zřídka. Nedostatkem těchto ústavů je nedostatečná a nekreativní nabídka využití času obyvatel. Přestěhování do domova pro seniory je pro většinu u nich značně stresující (je to v mnoha případech považováno za poslední „štaci“, synonymum pro ukončení spojení se světem). Častá je také nevyhovující péče o klienty v oblékání, hygieně apod. Senior se stává pasivním příjemcem pomoci, což hojně vede ke snížení jeho soběstačnosti. Bolavým místem bývá i kvalita personálu ústavů.

Toto bylo částečně překonáno, s platností zákona o sociálních službách došlo k velmi výrazným změnám, přesto stále ještě přetrvává výše uvedené. Dosud se nepodařilo v rámci procesu humanizace pobytových sociálních služeb pro seniory zcela odstranit zařízení typu starých neekonomických zámeckých objektů v odlehlých lokalitách.

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách definuje základní činnosti, které poskytovatelé sociálních služeb té které registrované sociální služby musí poskytovat.

Základní poskytované služby domova pro seniory jsou:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) aktivizační činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Prováděcí předpis zákona vyhláška č.505/2006Sb., každou ze základních činností dále specifikuje.

Vyvážení zdravotní a sociální péče v pobytových zařízeních pro seniory patří stále k jejich nejdůležitějším úkolům. Jak uvádí Matoušek (2005), kvalitní zdravotní péče musí být klientům zařízení zajištěna jako každému jinému občanovi této země, ale nesmí v životě člověka převážet, nesmí být tlačěn do role nemocného, protože život člověka, ani dlouhodobě nemocného, nelze – přes veškeré limity, které z nemoci vyplývají – redukovat na roli pacienta.

V souvislosti s prodlužující se střední délkou života a v souvislosti s rostoucí úrovní zdravotní péče v kombinaci s pokračující atomizací rodiny jako sociální instituce spojené s redukcí jejich původních cílů a funkcí, se nesoulad mezi potřebami seniorů a možnostmi tyto potřeby svépomocně saturovat, bude dále prohlubovat. Lze proto očekávat, že význam institucionální péče o seniory bude v příštích desetiletích narůstat.

K odchodu do rezidenčního zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně z ekonomických či rodinných důvodů nebo jsou donuceni okolnostmi (Koubová 2005), zejména radikální změnou zdravotního stavu při současné nepřipravenosti přirozeného prostředí kompenzovat funkční ztráty a zajistit péči. V zařízeních sociálních služeb je sociální práce velice potřebná. Je součástí přímé konkrétní pomoci seniorům. Přestože je stále více posilována právě sociální (nikoli zdravotnická) složka činnosti těchto institucí a zdůrazněna funkce bydlení, podpory nezávislosti a autonomie obyvatel, sama role sociálního pracovníka není dosud jasně vymezena a popsána. Sociální pracovník si sám musí vydobýt místo, a jaké kompetence na sebe převezme. V každém případě je již překonána doba, ve které byl pouhou administrativní silou vyplácející důchody.

Záleží tedy na tom, jaké postavení si sociální služby vybudují. Zda budou tak jako v minulosti vnímány jako subsidiární nástroj vhodný pouze pro malfunkční rodiny či pro osamocené jedince v pokročilém věku bez adekvátního sociálního i materiálního zázemí nebo budou považovány za rovnocennou alternativu rodinné péči či dokonce, zda budou vnímány jako služby kvalitativně (a profesionálně) vyšší úrovně ve srovnání s „neprofesionální“ péčí a pomocí členů rodiny.

Po nástupu klienta do nového prostředí nastává adaptační proces, kdy je mu třeba věnovat zvýšenou pozornost. Klient dostane svého klíčového pracovníka, který mu bude v celém zařízení nejbližší, na něhož se může s důvěrou obrátit, jež mu bude věnovat maximální pozornost. Je třeba, aby člověk přicházející do zařízení dostal dostatek informací o prostředí, kde bude žít, aby byl podpořen v navázání nových vztahů, získal členství ve skupinách, aby si vybavil svůj prostor, dostal příležitost vykonávat vybrané aktivity, které mu připadají smysluplné.

Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby. Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou její osobní cíle naplňovány.

Individuální plán péče jak uvádí Matoušek (2005) vychází ze zhodnocení zdravotního a duševního stavu klienta, odhadu jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán stanoví nejzávažnější problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho současný stav (např. rehabilitací, ošetrovatelskou péčí, vhodnější medikací, psychoterapií, výživou, změnou fyzického prostředí, úpravou kontaktu s rodinou, vytvořením příležitostí k aktivitě) nebo zlepšit kvalitu jeho života vhodnějším nastavením podnětů, paliativní péčí, intenzivnější komunikací a podporou vztahů. Plán nastaví časový horizont a úkoly pro jednotlivé členy týmu, umožňuje pravidelné hodnocení stavu a změn v potřebách klienta a nové nastavení konkrétního cíle. Hlavním aktérem při sestavování plánu péče je klient, především on si musí uvědomit, co pro sebe může a co chce udělat.

#### ***1.6.4 Legislativní rámec***

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

Zákon o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb<sup>5</sup> a příspěvku na péči<sup>6</sup>, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb,

---

<sup>5</sup> Sociální službou rozumí zákon činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevenci sociálního vyloučení

<sup>6</sup> Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu

výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb<sup>7</sup> a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Změna koncepce sociálních služeb oproti stavu před účinností zákona o sociálních službách je zřejmá přímo z ustanovení zákona, které stanoví základní zásady poskytování sociálních služeb. Práví se zde, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace<sup>8</sup> nebo jejího předcházení.

Nepříznivá sociální situace je východiskem a předmětem poskytování sociálních služeb. Při posuzování nepříznivé sociální situace je třeba vnímat člověka skrze vztahy s prostředím, nejde tedy o izolovanou autonomní jednotku a to znamená, že posouzení spočívá ve schopnosti jedince zvládat své požadavky na vlastní život v kontextu požadavků prostředí, ve kterém žije. Předmětem posouzení je identifikace nerovnováhy těchto požadavků a pomoc při jejich narovnání (Navrátil, 2013).

Rozsah a forma pomoci poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb (§ 2 zákona o sociálních službách) musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování<sup>9</sup>. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod.

---

<sup>7</sup> Inspekci poskytování sociálních služeb provádí u poskytovatelů sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí. Předmětem inspekce je plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb definovaných v § 88 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a § 89 tohoto zákona vymezení povinností při aplikaci opatření omezující pohyb. Obsáhlým předmětem inspekce je kvalita poskytovaných sociálních služeb obsažená ve standardech sociálních služeb

<sup>8</sup> Nepříznivou sociální situací rozumí zákon o sociálních službách oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

<sup>9</sup> Sociálním začleňováním rozumí zákon o sociálních službách proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené (osoby vyčleněné mimo běžný život společnosti s nemožností se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace) nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitosti a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.



Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence. Sociální poradenství zákon rozděluje na základní a odborné. Zatímco základní poradenství zahrnuje poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace, odborné poradenství je poskytováno se zaměřením na individuální potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách.

Formy poskytování sociálních služeb. Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoby dochází nebo jsou doprovázeny nebo dopravovány do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Zákon o sociálních službách vymezuje povinnosti poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni dodržovat standardy kvality sociálních služeb. Současné trendy směřující ke zvýšení kvality veřejných služeb se v ČR promítají i do oblasti sociální politiky a sociálních služeb. Politika sociálních služeb prochází transformací. Její součástí je stanovení základní úrovně kvality těchto služeb a zavedení mechanismů k její kontrole a kontinuálnímu zlepšování. Transformace je reakcí na změny přístupu k uživatelům, v metodách sociální práce a také na zvyšující se počet subjektů působících v této oblasti a jejich nejasné kompetence.

Zákonem č. 366/2011 Sb., zaveden nový ucelenější a přehlednější systém posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči podle schopnosti zvládat základní životní potřeby. Do deseti základních životních potřeb byly agregovány dosavadní úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti tak, aby byly posuzovány skutečnosti, které jsou rozhodující pro nezávislý život jedince a které poskytují ucelený přehled o jeho nepříznivé zdravotně sociální situaci.

Právní úprava obsahuje základní zásady posudkového hodnocení, jako jsou:

- Hodnocení funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby.
- Příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a neschopnosti zvládat základní životní potřebu.
- Zvládání základní životní potřeby v přijatelném standardu.
- Nepřihlížení k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
- Hodnocení funkčních schopností zvládat základní životní potřebu s využíváním zachovaných potenciálů a kompenzací fyzické osoby, využíváním běžných pomůcek, prostředků, vybavení domácnosti a veřejných prostor.
- Hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřebu.
- Péče o zdraví ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení fyzické osoby a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem.

Pro posouzení není rozhodující diagnóza zdravotního postižení, ale jeho důsledky na mající nepříznivý vliv na funkční schopnosti.

Posouzení stupně závislosti:

- Stupeň I. (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není osoba schopna zvládat tři základní životní potřeby.
- Stupeň II. (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není osoba schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb.
- Stupeň III. (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není osoba schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb.
- Stupeň IV. (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není osoba schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a potřebuje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

**Vyhláška 505/2006Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

V oblasti sociálních služeb došlo k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce. MPSV ČR se snaží na tyto posuny reagovat pomocí systémových změn, které zajistí poskytování služeb v souladu se současnou úrovní poznání. V souvislosti s potřebou vytvářet podmínky pro kvalitní poskytování sociálních služeb bylo vítanou aktivitou vytvoření Standardů kvality sociálních služeb, na jejichž tvorbě se podíleli zástupci odborné veřejnosti, jakož i poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb.

V připravované metodice uvedla Jabůrková (2004), že hlavním nástrojem k zajištění kvality, bezpečnosti i odbornosti poskytovaných služeb se staly standardy kvality sociálních služeb, které jsou výstupem spolupráce odborníků na sociální služby a sociální práci, uživatelů i zástupců veřejné správy. Jejich rozšíření umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb i efektivitu jednotlivých zařízení, což má význam pro instituce, které tyto služby financují – místní samosprávy, stát, sponzory i samotné uživatele. Standardy využívají prvky profesionálních i komerčních systémů zajištění a zvyšování kvality a jsou plně kompatibilní s evropským sociálním modelem.

Standardy obsahují společné znaky pro všechny typy služeb, které prokazují orientaci na uživatele a užívání základních manažerských principů nezbytných pro kvalitní fungování organizace. Pro tuto svoji obecnost jsou použitelné pro jakoukoliv sociální službu bez ohledu na její charakter, velikost či právní formu zařízení.

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby. V ideálním případě se procesu na vytváření kvality sociálních služeb podílí poskytovatelé služeb, nezávislí experti a uživatelé služeb. Podstatným rysem standardů je jejich obecnost, jsou použitelné pro všechny druhy služeb. Pro vytvoření standardů kvality sociálních služeb byly využity prvky zjišťování kvality užívané v jiných odvětvích, kde je obecně kvalita služeb chápána jako schopnost uspokojovat zájmy a potřeby zákazníků.

Standardy se týkají všech služeb, a proto jsou formulovány obecně. Standardy jsou rozloženy na jednotlivá kritéria nejen z důvodu srozumitelnosti, ale hlavně proto, aby bylo možno posoudit, zda služby požadavek standardu naplňují. Kritéria jsou měřitelná, lze na ně jednoznačně odpovědět. Některá kritéria mají charakter objektivně zjišitelných dat, jiná měřítka jsou subjektivnější, hodnocení jejich naplnění je závislé na postoji hodnotícího. Právě proto je nutné, aby se k naplňování těchto kritérií mohli vyjadřovat nezávislí odborníci a také klienti, případně jejich blízcí.

Kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů. Obsah jednotlivých standardů kvality a bodové hodnocení stanovuje prováděcí právní předpis (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Česká republika má 15 standardů kvality, které představují základní rámec pro poskytování sociální péče. Standardy kvality jsou považovány za minimální podmínku a jsou předmětem kontroly (Horecký, 2010).

#### ***1.6.5 Kvalita života v sociálních službách***

Jak tvrdila Jabůrková (2004) Česká společnost byla vždy málo citlivá k diskriminačnímu chování vůči starší generaci a stále mu nedokáže účinně bránit. Nebyly definovány základní prvky pro vytvoření moderního systému sociální práce a sociálních služeb.

Ukazatelem kvalitní péče o seniory (Matoušek, 2005) by měla být spokojenost klientů, jejich relativně dobré zdraví, které je měřitelné poklesem morbidit y i mortality, nižší spotřebou léků a zdravotnických i sociálních služeb. Kvalitní péče o seniory vede k tomu, že stále větší množství lidí zůstává aktivních a žije ve svém domácím prostředí, nikoli však v izolaci, ale účastní se společenského života v komunitě. Sledování kvality by mělo být zaměřeno na strukturu, tedy podmínky, v nichž je sociální služba poskytována, procesy, tedy pracovní postupy, které jsou užívané v práci se seniory i na

výsledky sociální práce, což znamená spokojenost seniorů. Systém zvyšování kvality by měl obsahovat hodnocení kvality, ale i způsob jak předcházet nedostatkům a pochybením, případně jak zjištěné chyby napravit a jaké sankce uplatnit při opakování zjištěných nedostatků.

Kvalitu služby je možné definovat tím, že bude prověřena podle předem definovaných, nejlépe měřitelných, parametrů. Jelikož standardy mají sloužit jako metodický nástroj inspektorům kvality, mají orientovat uživatele služeb a mají být organizacemi, jež poskytují služby využitelné pro sebeposuzování, je třeba, aby za jejich konstrukci i konečnou podobu odpovídali experti s dostatečnou způsobilostí v metodologii výzkumu.

Kvalita života (Tokárová, 2005) jako pojem se začíná ve společenských vědách používat ve druhé polovině 20. století. Jako první použil tento pojem americký ekonom a sociolog Galbraith. Kvalita života se stává předmětem zájmu mnoha vědních oborů. Panuje všeobecná shoda v tom, že kvalita života seniorů závisí na fyzickém zdraví, psychické pohodě, materiálním zajištění a všeobecné spokojenosti se životem.

Na podnět Světové zdravotnické organizace zahájila na počátku devadesátých let svou činnost mezinárodní pracovní skupina WHOQOL (World Health Organization Quality of Life Group) a vytvořila dotazníky pro měření kvality života. Tato skupina (Čevela kol. 2001, s. 198) složená z 15 významných center z celého světa, vyvinula nejprve instrument, který se dělí na 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), které jsou dále členěny na 24 podoblastí.

Kvalita života se odráží právě v naplnění života, ke kterému zcela neodmyslitelně patří i jeho konec. Člověk se musí vyrovnat i s utrpením, bolestí, nakonec i se smrtí, kterou musíme přijmout. Utrpení je definováno jako (Bužgová, 2008, s. 70) specifický stav velkých těžkostí, způsobených ztrátou integrity, neporušitelnosti, soudržnosti nebo celistvosti osoby, anebo hrozbou, která povede ke zrušení integrity člověka.

Bužgová (2008) definuje cíl paliativní péče jako péči, jejímž hlavním zájmem je zmírnění obtíží a bolestí, efektivní terapie bolesti, emotivní podpora, spirituální pomoc,

sociální zázemí, aktivní nebo aktivační program pro umírající a doprovodná pomoc rodině.

Kvalita života je úzce spojena s vlastním postojem ke stáří, se schopností chápání své role ve stáří. Jak uvádí Klevetová a Dlabalová (28, 2008) stáří dokáže hodnotit život s jiné perspektivy. Starý člověk je součástí společnosti, může přispět svými zkušenostmi, postojem a přijmout jiné pracovní a společenské role. Být užitečný je prioritou člověčenství. Celý život potřebujeme dostatek vnitřní životní energie. Čerpáme ji především ze vztahů, které vytváříme – k sobě, k druhým, k prostředí.

Za zvláště důležité ve stáří považují Klevetová a Dlabalová (2008) ochotu nelpět na činnostech na které již nestačí schopnosti ani síly, snažit se statečně přijímat nejružnější omezení, které věk přináší. Pochopit, že změny jsou součástí života. Přičemž je třeba snažit se udržovat sociální vazby, mít někoho, kdo pomůže, projeví přátelství a lásku a vědět, že v životě přijdou chvíle, kdy je pomoc druhé osoby nutná, jen je třeba naučit se o ni říct.

#### ***1.6.6 Péče o seniory ve Středočeském kraji***

**Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Středočeského kraje** má péči o seniory na starosti, na území kraje vykonává působnost v souvislosti se zajišťováním sociálních služeb v rámci zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, vede registr poskytovatelů sociálních služeb.

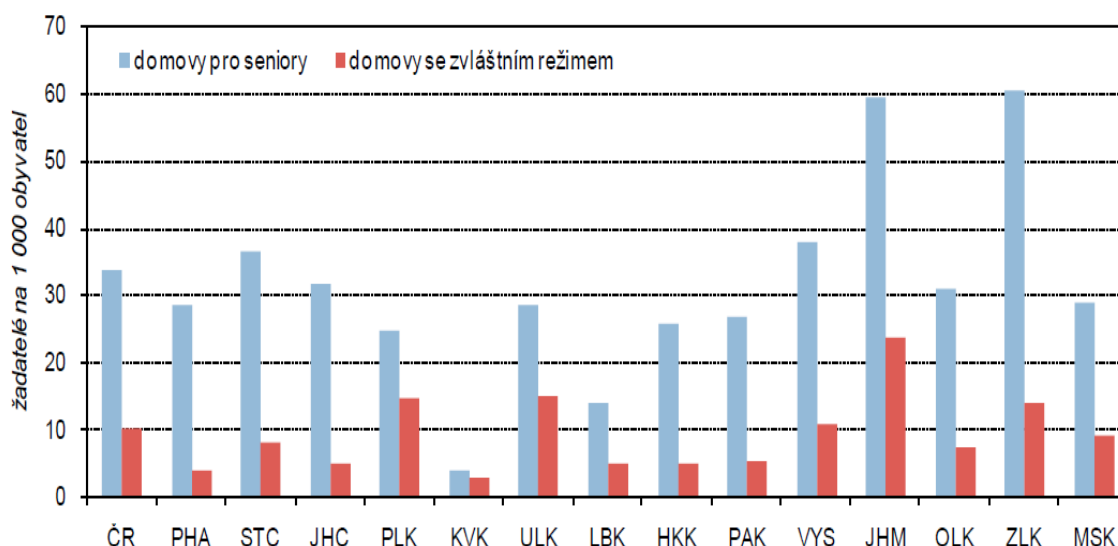
Na území kraje sídlí **Krajská rada seniorů Středočeského kraje** jako součást Rady seniorů České republiky. Krajská rada plní základní poslání – ochranu práv a prosazování potřeb seniorské populace na krajské úrovni. Uskutečňují se jednání s vedoucími představiteli krajských samospráv. Krajská rada seniorů organizuje kulturní a sportovní akce pro seniory (Mezinárodní den seniorů, seniorský běh apod.) zajišťuje poradenskou službu seniorům v oblasti právní, bytové i sociální (Rada seniorů ČR, 2015).

V oblasti plánování a podpory rozvoje sociálních služeb zpracovává kraj střednědobé plány rozvoje sociálních služeb. V současnosti je v platnosti aktuální verze Střednědobý

plán rozvoje sociálních služeb ve Středočeském kraji na období 2015 – 2017 (Středočeský kraj, 2015). Senioři představují jednu z cílových skupin, na kterou je plán zaměřen. Hlavní cíle a opatření spočívají v rozvoji terénních a ambulantních služeb (zejména se soustředí na přirozené prostředí seniora), v navyšování kapacit pobytových služeb pro seniory zvláště na podporu seniorů s jakýmkoli typem demence, podporuje rozvoj volnočasových a poradenských služeb pro seniory

Kapacita zařízení sociálních služeb je ve Středočeském kraji, stejně jako ve zbytku republiky nedostatečná. Poptávka po pobytových službách převyšuje nabídku, což dokumentují vysoké počty neuspokojených žadatelů (ČSÚ, 2015). Je skutečností, že tento sektor služeb se stává velkou výzvou a vzhledem k rostoucímu počtu seniorů bude nutné se problematikou kapacit různých druhů zařízení pro seniory intenzivněji zabývat.

Středočeský kraj zaznamenal ke konci roku 2014 druhý nejvyšší počet (8 008) neuspokojených žadatelů o místa v domovech pro seniory (po jihomoravském kraji). V přepočtu na tisíc osob ve věku 65 a více let byla středočeská hodnota čtvrtá nejvyšší mezi kraji. V případě domovů se zvláštním režimem vykázal Středočeský kraj 1 736 neuspokojených žadatelů, což byl čtvrtý nejvyšší počet mezi kraji. V přepočtu na tisíc seniorů se nacházel Středočeský kraj uprostřed žebříčku se sedmou nejvyšší hodnotou.



Obr. 7 Počet žadatelů na 1000 obyvatel podle krajů (ČSÚ, Senioři ve Středočeském kraji 2015)

## **2. Cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

#### 1. cíl

Prvním cílem disertační práce bylo zhodnotit způsob určování naléhavosti přijetí zájemce o pobytovou sociální službu pro seniory.

#### 2. cíl

Druhým cílem bylo nalezení redukčního mechanismu v procesu výběru z řad zájemců o pobytovou sociální službu podle naléhavosti potřeb.

Způsob hodnocení, jehož cílem je posouzení míry naléhavosti umístění seniora do pobytové sociální služby, je zpracován v „Modelu posuzování“ (příloha č. 1) a jeho základní verze byla vytvořena autorkou, ve spolupráci se sociálními pracovníky pobytové sociální služby v roce 2008. Jeho vznik byl podmíněn standardizací v sociálních službách podle nového zákona o sociálních službách. Posuzování potřebnosti žadatelů a výběr k nástupu do pobytové sociální služby přešel v plném rozsahu přímo na poskytovatele sociální služby, což si vyžádalo vytvoření metodického materiálu a systému posuzování. Tyto materiály byly během let na základě ověření praxí postupně upravovány a aktualizovány. V práci je použita kompletní verze z roku 2014.

#### **2.1.1 Dílčí cíle**

1. Posoudit potřeby seniorů před nástupem do pobytové sociální služby.
2. Zhodnocení metodického materiálu „Jednání se zájemcem o službu“ vzhledem k posuzování potřeb seniorů a ve vztahu k aktuální situaci seniora v době podání žádosti o pobytovou sociální službu.
3. Zhodnocení „Modelu posuzování“ potřeb zájemců a následné umístění do pobytové sociální služby a jeho využití.



## **2.2 Výzkumné otázky**

Míra závislosti seniora na péči druhé osoby předpokládá měření potřebnosti pobytové sociální služby pro seniory?

Je míra závislosti seniora na péči druhé osoby v přímé souvislosti s naléhavostí umístění v pobytové sociální službě?

### **3. Metodika**

#### **3.1 Operacionalizace pojmů**

##### ***Zájemce o sociální službu***

Senior, jehož životní situace to vyžaduje a který projevil svou vůli podáním žádosti o umístění do pobytové sociální služby, je nazýván zájemcem. Okamžikem přijetí do sociální služby se stává jejím klientem. Klient sociální služby bývá rovněž označován výrazem uživatel.

##### ***Žádost o pobytovou sociální službu***

Požadavek na zařazení do evidence zájemců o sociální službu je vyjádřena vyplněním „Záznamového listu“. Záznam v evidenci je obvykle vnímán jako podání žádosti. Je-li v průběhu práce používáno obojí označení, jde o zcela totožnou skutečnost. Pojem žádost a žadatel je používán pro lepší porozumění textu.

##### ***Posuzování***

Navrátil (2008, s. 11) se domnívá, že nejbližší původnímu smyslu termínu *assessment* je výraz posouzení, který vyjadřuje racionalitu i hodnotový aspekt procesu. Závazné také je, že se termín posouzení objevuje v Zákonu o sociálních službách (Navrátil, 2008, s. 11). Autor (Navrátil, 2008) dále poukazuje na závažnost procesu posouzení ve vztahu k jeho výsledku, na němž v konečném důsledku závisí osud osob, které jsou sociálním pracovníkem posuzovány, přičemž není možné se vyhnout otázkám pravdy a poznání a otázkám moci a etiky.

Pro potřebu této práce přichází v úvahu kombinace obou východisek posuzování, jak objektivistické tak konstruktivistické. V případě prvního přístupu je posuzování vnímáno jako sběr tvrdých dat pohledem nezaujatého pozorovatele. V druhém případě je kladen důraz na profesionalitu, reflexi povahy individuálních charakteristik klienta, schopnost hloubkového pochopení životní situace (Navrátil, 2008).

Posouzení tedy v sobě zahrnuje dvě fáze, sběr informací a jejich následné hodnocení.

### ***Vymezení věkové kategorie senior***

Podle zákona o sociálních službách se v domově pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Státní registr poskytovatelů sociálních služeb v duchu tohoto zákona vymezuje věkovou kategorii senior, ve dvou úrovních mladší senioři 65 – 80 let a starší senioři nad 80 let. Pro cílovou skupinu pobytové sociální služby domov pro seniory je spodní věková hranice 65 let. Senior je tedy v této práci osoba starší 65 let.

### ***Potřeby seniorů***

Nakonečný (1995) hovoří o potřebě jako formě motivu, stejně jako Matoušek (2008), který popisuje potřebu jako motiv k jednání. Trachtová (2001) uvádí, že potřeba je projevem nedostatku, jehož odstranění je žádoucí. Zvláště ve vztahu k potřebám seniorů vidí Navrátil a Musil (2000) jako významný koncept sociálního fungování tedy proces interakce mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém žije. Požadavek na udržení rovnováhy je základním předpokladem k úspěšnému sociálnímu fungování. Vágnerová (2000) se domnívá, že mezi nejdůležitější potřeby seniorů patří vedle fyziologických potřeb, potřeba jistoty a bezpečí. Senioři se cítí ohroženi ztrátou sociálních kontaktů. Pocit bezpečí přináší nejen rodina či osoby blízké, ale i přítomnost pečovatelky, stejně tak i zařízení sociálních služeb.

Při posuzování potřeb seniorů ve vztahu k umístění do pobytové sociální služby je potřeba chápána jako nedostatek, jehož odstranění či podpora při jeho saturaci vede k zajištění jistoty a bezpečí. Míra podpory při naplňování potřeb může být různá.

### ***Umístění***

Umístěním do pobytové sociální služby se rozumí přestěhování seniora z místa předchozího pobytu do zařízení sociálních služeb, a to na základě smlouvy o poskytování sociálních služeb. Kromě poskytnutí ubytování a celodenního stravování jsou dle zákona o sociálních službách seniorům zajišťovány další základní činnosti a poskytována péče v potřebném rozsahu, péče je hrazena prostřednictvím příspěvku na péči. Pobyt a strava je klientem hrazena dle úhradového dodatku v rozmezí stanoveném vyhl. č. 505/2006Sb., v platném znění.

### ***Naléhavost***

Naléhavost je v této práci chápána jako vystupňovaná nutnost řešení sociální situace seniora neboť existuje nebezpečí poškození zdraví, psychického poškození nebo ohrožení sociální izolací.

### ***Míra naléhavosti***

Míra naléhavosti ve vztahu k upřednostnění zájemce na uvolněné místo v pobytové sociální službě je výsledkem celkového posuzování, výsledkem sociálních šetření, která probíhají podle metodického materiálu a modelu posuzování (příloha č. 1), přičemž bodové hodnocení je pouze podporou pro celkové posouzení situace zájemce, sociálním pracovníkem.

Míra naléhavosti je rovněž dána prvotním rozdělením zájemců do třech základních skupin, a to zájemci **neaktivní** (záznam zájmu o pobytovou službu bez faktické potřeby umístění), druhou skupinou jsou zájemci **aktivní** (opravdový zájem o službu), z této skupiny se generují zájemci **akutní**.

### ***Závislost***

Závislost je v této práci pouze ve vztahu k osobě. Je vyjádřením stavu osoby, který je podmíněn nějakou okolností nebo situací ovlivňující její existenci. Rozumí se potřebou péče druhé osoby.

### ***Míra závislosti***

Míru závislosti, tedy objem potřeby péče druhé osoby, vyjadřuje zákon o sociálních službách ve čtyřech stupních. Lehká závislost, středně těžká závislost, těžká závislost a úplná závislost. Takto vyjádřená míra závislosti slouží pro stanovení výše příspěvku na péči.

Míra závislosti je v této práci rovněž chápána jako potřeba pomoci druhé osoby vyjádřena bodovým ohodnocením 0 – 4 v jednotlivých kritériích podle metodického materiálu (příloha č. 1). Celkový počet bodů udává rozdělení do skupiny 1 – 3, kdy ve skupině 1 jsou zařazeni zájemci s počtem bodů 0 – 9, ve skupině 2 jsou zařazeni

zájemci s celkovým počtem bodů 10 – 17 a ve 3. skupině jsou zájemci s celkovým počtem bodů 18 – 32.

### ***Sociální služba***

Sociální službou (§ 32) se rozumí podle zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálních vyloučení. Formy poskytování sociálních služeb jsou služby pobytové, terénní a ambulantní.

### ***Pobytová sociální služba***

Pobytové sociální služby jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Pro potřeby této práce je pobytovou sociální službou domov pro seniory.

### ***Služby sociální péče***

Služby sociální péče (§ 38 zákona o sociálních službách) napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.

Základní pobytové sociální služby pro seniory jsou – domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

### ***Přirozené domácí prostředí***

Přirozeným domácím prostředím se podle zákona o sociálních službách (§3) rozumí rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity.

### ***Model posuzování naléhavosti umístění zájemce do pobytové sociální služby***

Model posuzování představuje ustálený způsob hodnocení, jehož cílem je posouzení míry naléhavosti umístění seniora do pobytové sociální služby. Základní verze Modelu posuzování byla vytvořena autorkou ve spolupráci se sociálními pracovníci pobytové sociální služby v roce 2008. Jeho vznik byl podmíněn standardizací v sociálních službách podle nového zákona o sociálních službách. Posuzování potřebnosti žadatelů a výběr k nástupu do pobytové sociální služby přešel v plném rozsahu přímo na poskytovatele sociální služby, což si vyžádalo vytvoření metodického materiálu a systému posuzování. Tyto materiály byly během let na základě ověření praxí postupně upravovány a aktualizovány. V práci je použita kompletní verze z roku 2014. Sociální práce je charakterizována reakcí na stále se měnící podmínky a vztahy, proto jsou veškeré metodické materiály a postupy označovány jako tzv. „živé“, se kterými je neustále pracováno.

Posuzováním míry podpory uživatelů sociálních služeb je předmětem obsáhlého Doporučeného postupu MPSV č. 1/2010 zvláště pro proces transformace sociálních služeb. Tento metodický postup je zaměřen směrem z instituce do tzv. přirozeného prostředí za předpokladu zajištění stanovené míry podpory. Opačným směrem je veden zájem a potřeba seniora tzn. z přirozeného prostředí do instituce.

Standardizovaný záznam sociálního pracovníka ani Doporučený postup MPSV č. 1/2010 nelze použít pro posuzování sociální situace zájemce o pobytovou službu a naléhavosti umístění. Rovněž nelze vycházet jen z posuzování seniora ve smyslu závislosti na péči druhé osoby a stanovení výše příspěvku na péči podle Zákona č.108/2006Sb., o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášky č. 505/2006Sb., ve znění pozdějších předpisů. Výše příspěvku a tedy stupeň závislosti není jediným

kritériem pro přednostní umístění do pobytové služby. Nepříznivá životní situace seniora nemusí být v přímém vztahu se stupněm závislosti.

### ***Metodický materiál***

Požadavky pobytové služby na objektivní posouzení a výběr seniora na uvolněné místo v zařízení, tedy redukce počtu zájemců z celkového počtu několika set, na skupinu s vyšší naléhavostí k přijetí, vedly k vytvoření metodického materiálu, který zahrnuje celý standard jednání se zájemcem o službu, jehož nedílnou součástí je model posuzování naléhavosti umístění zájemce o pobytovou sociální službu. Dalším předpokladem bylo vytvoření kritérií bodového hodnocení pro výběr zájemců.

Metodickým materiálem (příloha č. 1), se pro potřeby této práce rozumí stanovené zásady, pravidla a pracovní postupy k naplnění standardu kvality sociální služby konkrétní pobytové sociální služby pro seniory „Jednání se zájemcem o službu“ (příloha č. 1) Celý proces jednání se zájemcem o službu je členěn do čtyř fází. První fáze jednání zahrnuje postup při vydávání „Záznamového listu“. Druhá fáze jednání obsahuje postup při přijímání „Záznamového listu“. Třetí fáze je v podstatě samotné „Sociální šetření“ Poslední čtvrtou fází je podepsání „Smlouvy o poskytování sociální služby“. Metodický materiál je sestavován pro potřeby orientace v procesu kontaktu se zájemcem. Nelze striktně oddělovat jednotlivé fáze jednání, neboť v sociální práci se vždy vychází z konkrétní aktuální situace s respektováním individuálního přístupu zvláště důrazněji, jedná-li se o sociální práci se seniory. Sociální šetření může probíhat ve všech fázích „Jednání se zájemcem o službu“

### ***Sociální šetření***

Sociální šetření je definovaný postup sociální pracovnice ve vztahu k zájemci o pobytovou sociální službu. Předmětem sociálního šetření je posuzování potřeb a naléhavosti umístění zájemce v pobytové sociální službě. Sociální šetření se provádí podle stanoveného schématu (příloha č. 1) a obsahuje zjišťování podmínek pro pokračování nebo ukončení sociálního šetření. Součástí je definování kritérií bodového hodnocení schopností péče o vlastní osobu a soběstačnosti v přirozeném prostředí a zjišťování dalších podmínek rozhodných pro posouzení potřeb a naléhavosti umístění seniora do pobytové sociální služby (příloha č. 1). Důležitou součástí sociálního šetření

je šetření v přirozeném prostředí a provedení záznamu strukturovaného rozhovoru, ověření podmínek. Jednání se zájemcem o službu má zpravidla dlouhodobější charakter, dochází tedy k opakovaným šetřením a intervencím.

### ***Záznamový list***

Záznamový list je souhrn základních informací o zájemci, nezakládá žádný příslib pořadí, je písemným projevem zájmu seniora o umístění do pobytové sociální služby. Obsahuje kontaktní údaje a informace nutné k evidenci zájemců. Důležitou součástí je projevení subjektivní potřeby a zájmu seniora ve smyslu vyjádření důvodu podání žádosti a formulaci cíle, kterého je žádoucí dosáhnout.

### ***Standardy kvality***

Standardy kvality jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. Plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů. Obsah jednotlivých standardů kvality a bodové hodnocení stanovuje prováděcí právní předpis (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

### ***Spis zájemce o pobytovou sociální službu***

Spis zájemce jsou písemné materiály zahrnující veškeré záznamy kontaktů a intervencí sociálního pracovníka se zájemcem, počínaje Záznamovým listem, záznamy podle modelu posuzování, včetně všech opakujících se sociálních šetření.

### ***Způsob zhodnocení naléhavosti přijetí do pobytové sociální služby***

Při posuzování stupně naléhavosti umístění zájemce do pobytové sociální služby se hodnotí:

- a) Způsob podání žádosti.
- b) Výsledný skór – tzn. celkový počet bodů dosažených při hodnocení soběstačnosti a samostatnosti včetně objektivních sociálních podmínek (příloha č. 1).
- c) Subjektivní hodnocení naléhavosti umístění.
- d) Místo aktuálního pobytu zájemce v době podání žádosti.



- e) Důvod podání žádosti a očekávání.

## 3.2 Metodologie výzkumu

Vzhledem ke stanoveným cílům byla jako hlavní metodologický přístup zvolena kvalitativní výzkumná strategie, která je zaměřena na pochopení rolí jednotlivých aktérů (tj. senior, sociální pracovník, rodina seniora či osoba blízká) v procesu posuzování potřeb seniorů a naléhavosti jejich umístění v pobytové sociální službě. Tento typ výzkumu odpovídá snaze o porozumění pozorované realitě (Hendl, 1999).

### 3.2.1 Design výzkumu:

#### *Analýza dokumentů*

- analýza písemných materiálů - obsahová analýza

Analyzovány byly již existující písemné materiály, a to „Spisy zájemců“ obsahující záznamové listy, bodové hodnocení podle stanovených kritérií, záznamy sociálních šetření zájemců o umístění do pobytové sociální služby v přirozeném prostředí

Záznamy v materiálech jsou hodnoceny pomocí těchto vybraných kritérií:

- a) Dodržení postupu stanoveného v „Metodickém materiálu“ (příloha č. 1.)
- b) Rozbor způsobu zhodnocení naléhavosti žádosti
- c) Výběr specifických skupin zájemců o službu, u nichž je „Metodický materiál“ nedostačujícím nástrojem a je nutné doplnit zhodnocení o další údaje

Analyzované písemné záznamy jsou vytvořeny a zpracovávány podle postupu přijatého v pobytové službě za odpovídající potřebě stanovení stupně naléhavosti při výběru z řad zájemců na uvolněné místo. Stanovený postup je definován v „Metodickém materiálu“ jako „Model posuzování“ (příloha č. 1) a slouží sociálním pracovníkům k udržení profesionálního odstupu a zajištění objektivizace kritérií bodového hodnocení samostatnosti a soběstačnosti zájemce včetně hodnocení dalších objektivních podmínek.

Zhodnocení uvedených postupů je podmínkou k naplnění hlavního cíle práce, kterým je zhodnocení způsobu určování naléhavosti přijetí zájemce do pobytové sociální služby.

### ***Případová studie***

- případová studie sociálních skupin

Případová studie byla zahrnuta z důvodu dokreslení akutní naléhavosti žádosti o umístění do pobytové sociální služby pro seniory. Na základě rozdělení celkového počtu zájemců pomocí „Metodického materiálu“ byly vybrány specifické skupiny zájemců.

Jednalo se o:

- a) Zájemce v době podání žádosti umístěných na lůžkách následné péče ve zdravotnickém zařízení.
- b) Manželské páry nebo dvojice druha s družkou.
- c) Zájemce, kteří byli dle „Metodického materiálu“ vyhodnoceni jako akutní.

V případové studii byla použita metoda aplikované teorie.

### ***Kvalitativní evaluace***

- expertní evaluace

Sběr dat byl zaměřen na systém posuzování potřeb zájemců o pobytovou sociální službu, na jejichž základě bude schopnost formulovat doporučení.

### ***Postavení experta***

Postavení výzkumníka, tedy autora práce, v případě expertní evaluace – experta, vychází z mnohaleté zkušenosti z přímé práce se seniory ze znalosti sociální práce. Současné postavení manažera celé šíře sociálních služeb v regionu vychází z praktických zkušeností i teoretických znalostí, je podloženo schopností reflexe situace, která je podpořena profesí zdravotnického pracovníka a celoživotním vzděláváním v oblasti péče o seniory a sociální práci.

### ***Předmět expertní evaluace***

Předmětem evaluace byl kompletní metodický materiál pobytové sociální služby, který je aktivně využíván při výběru z řad zájemců k obsazení uvolněného místa a je podle něho postupováno při jednání se zájemcem o službu, tak jak vyžaduje zákon č. 108/2006 ., o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláška č.505/2006 Sb., kterou se

provádějí některá ustanovení zákona. K jednotlivým písemným materiálům je připojováno vyjádření z pozice experta.

### **3.2.2 Metoda výběru**

Jako metoda výběru byla zvolena metoda totálního výběru výzkumného souboru, metoda záměrného (účelového) výběru.

### **3.2.3 Základní charakteristiky výzkumného prostředí**

#### **Specifikace výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily záznamy zájemců o pobytovou sociální službu příspěvkové organizace zřizované městem Neratovice v okrese Mělník ve Středočeském kraji. Organizace se nazývá Dům Kněžny Emmy – domov pro seniory, v současné době má registrováno osm sociálních služeb. Předmětem práce je sociální služba - domovy pro seniory (§ 49 zákona o sociálních službách). Kapacita služby je 76 lůžek. Přijímání jsou senioři ve věkové kategorii mladší a starší senioři, tedy ve věku 65 let a více. Organizace zahájila činnost v roce 2001.

#### **Charakteristika a popis výzkumného souboru**

##### *Cílová skupina*

Cílovou skupinu tvořili všichni evidovaní zájemci o konkrétní pobytovou sociální službu. Celkový počet evidovaných zájemců byl 293.

Do výzkumného souboru byly zahrnuty všechny záznamy evidované k 31. 12. 2014. Zpracovávány byly písemné materiály, záznamy sociálních šetření, rozhovorů, záznamy pozorování a jiné dostupné materiály cílové skupiny. Materiály pocházejí z konkrétní pobytové sociální služby, která vede evidenci plně v souladu s právními požadavky včetně zajištění souhlasu se zpracováváním osobních údajů zájemců o sociální službu.

Etická komise ZSF JU projednala a odsouhlasila provedení projektu Posuzování potřeb zájemců o pobytovou sociální službu pro seniory a naléhavost jejich umístění (příloha č. 3).

Informovaný souhlas od subjektů výzkumu není nutné vyžadovat z těchto důvodů:

- a) Investigátorka je ředitelkou instituce, ve které jsou studované dokumenty uloženy, má právo s nimi nakládat.
- b) Získat zpětně informovaný souhlas by narazilo na neřešitelné technické problémy.
- c) Jde o retrospektivní výzkum. Do záznamových archů je z osobních údajů zapisováno pouze pohlaví a věk, záznamové archy zůstávají v místě uložení zdrojových dat.
- d) Data jsou zpracovávána hromadně, při jejich publikaci není riziko propojení dat s konkrétní osobou.

Dům Kněžny Emmy – domov pro seniory je v majetku města Neratovice, je provozován příspěvkovou organizací zřízenou městem Neratovice. Inspirace ke vzniku jména domova pro seniory „Dům Kněžny Emmy“ vyšla z legendy, že v blízkosti Neratovic bylo místo pobytu kněžny Emmy.

Dům má 5 podlaží se střešní terasou atriového typu s vnitřní zahradou a altánem. V přízemí domu se nachází společná jídelna, prostory pro aktivizaci, rehabilitaci a kaple. Zařízení má vlastní stravovací provoz a veškeré technické zázemí. Dům je současně zázemím i pro ostatní registrované sociální služby jako jsou terénní a ambulantní.

Ubytování klientů je zajištěno v samostatných bytech. Každý byt má obývací pokoj, předsíň, koupelnu a ložnici, je vybaven standardním nábytkem a ledničkou. V domě je pro potřebu sociální služby – domov pro seniory padesát jednolůžkových, jednopokojových bytů, jedenáct manželských dvoupokojových apartmánů, dva dvoulůžkové pokoje.

Tabulka č. 1 Statistické ukazatele konkrétní zkoumané pobytové sociální služby rok 2014 (Dům Kněžny Emmy – domov pro seniory)

Kapacita zařízení	76
Průměrný počet klientů	76,12
Využití obložnosti v %	100,15
Průměrný věk klientů	86,13

Zdroj: vlastní výzkum (Dům Kněžny Emmy – domov pro seniory)

Z celkového počtu klientů bylo ve věkové kategorii 76 – 85 let 37 klientů a ve věkové kategorii 86 – 95 let bylo 36 klientů. Ve věku pod 76 let, byli pouze 3 klienti. Využití obložnosti je vyjádřením využití lůžek v procentech za dané období tzn. obsazenost lůžek v daném období, využití kapacity služby.

## **4. Výsledky**

### **Pobytové sociální služby ve Středočeském kraji**

Ve Středočeském kraji se v roce 2014 nacházelo 368 zařízení sociálních služeb. Jednalo se o široké spektrum zařízení poskytující služby různým skupinám obyvatelstva. Pro seniory jsou určeny především dvě pobytové služby, a to domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Pečovatelská služba jako terénní forma sociální služby pro seniory je významným prvkem zvláště v souvislosti s nemožností umístit okamžitě všechny žadatele do pobytových služeb. Na území Středočeského kraje bylo podle údajů Ministerstva práce a sociálních věcí v roce 2014 registrováno 69 sociálních služeb - domovy pro seniory a 37 sociálních služeb – domovy se zvláštním režimem.

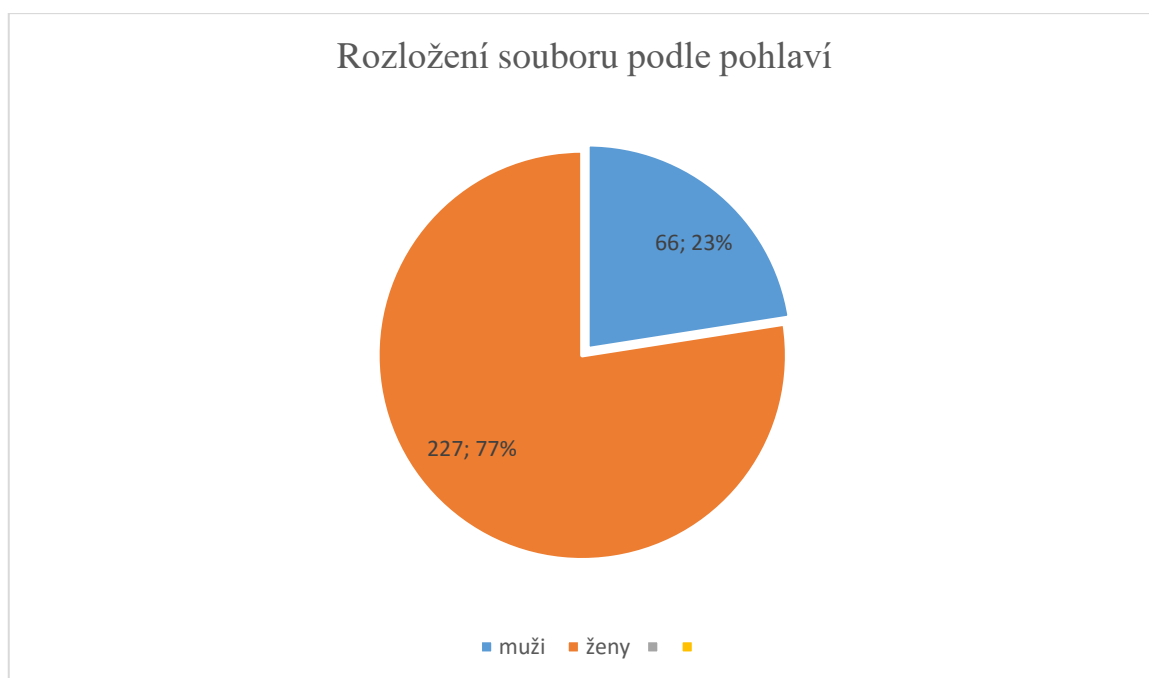
Okres Mělník evidoval 7 domovů pro seniory se 471 lůžkem, to znamená 26,6 lůžka na 1000 obyvatel ve věku 65 a více let.

### **4.2 Výsledky – I. část**

Výsledky vztahující se ke hlavnímu cíli práce, a to zhodnocení způsobu určování naléhavosti přijetí zájemce o pobytovou sociální službu.

#### **4.2.1 Analýza dokumentů**

Základní analýza písemných materiálů označovaných jako záznam zájemce o umístění do pobytové sociální služby (dále v textu jen záznam). Zkoumaný soubor byl rozdělen podle obecných kategorií pro získání vhledu do řešené problematiky. Jednalo se tedy celkem o 293 spisů zájemců evidovaných k datu 31. 12. 2014 v konkrétní pobytové sociální službě pro seniory. Součástí jednotlivých materiálů byly záznamy, se kterými bylo pracováno v další části práce. Jako základní dělení bylo provedeno rozdělení souboru podle pohlaví (Obr. 8). Významně nižší počet zájemců mužů odpovídal celkově nižšímu počtu seniorů mužů v populaci (Obr. 2).



Obr. 8. Rozdělení zkoumaného souboru podle pohlaví. Zdroj: vlastní výzkum

Manželské dvojice byly v celkovém počtu zastoupeny 14 páry. Průměrný věk respondentů ke dni 31. 12. 2014 dosáhl u mužů 81,6 roku. Průměrný věk žen ke stanovenému datu byl 81,9 roku.

Tabulka č. 2 Rok podání žádosti a počet podaných a evidovaných žádostí

2007	2008	2009	2010	2011	2010	2013	2014
74	11	13	14	13	19	47	107

Zdroj. Vlastní výzkum

2007 – vysoký počet žádostí ve srovnání s dalšími roky tj. 74 žádostí.

S účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách byly všechny původní žádosti aktualizovány, respektive došlo ke znovu podání záznamu v nových podmínkách vztahu mezi klientem a poskytovatelem sociální služby<sup>10)</sup>

2014 – vysoký počet žádostí ve srovnání s předchozími roky tj. 107 žádostí.

<sup>10</sup> Před účinností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách bylo umístění seniora do pobytové sociální služby (domova důchodců) provedeno správním aktem Rozhodnutí. V podmínkách nového zákona se jedná o smluvní vztah dvou subjektů, umístění do domova pro seniory je na základě Smlouvy

Vysoký počet v posledním sledovaném roce vypovídá o faktu, že se ještě neprojevil přirozený úbytek zájemců, jak ve smyslu úmrtí, tak nutností řešení potřeby seniora či vlivem vnějších podmínek, umístěním v jiném typu zařízení.

Na základě analýzy dokumentů vyplynuly ke zpracování tyto oblasti:

- Způsob podání žádosti
- Stav žádosti
- Míra samostatnosti a soběstačnosti vyjádřena bodovým hodnocením
- Pobyt seniora v době podání žádosti
- Potřeby seniorů před nástupem do pobytové sociální služby

#### *Způsob podání žádosti*

Způsob podání žádosti je zdánlivě nedůležitý ukazatel, ale pokud připisujeme významnou důležitost prvnímu kontaktu v procesu požadavku na umístění do pobytové služby, pak je právě tento moment velmi důležitý. Rozhodnutí k tak významné změně v životě seniora nemůže být podceňováno. Vycházíme tedy z prvotních kontaktů s pobytovou službou, dle metodických materiálů zpracovávajících jednání se zájemcem o službu, v konkrétní definované sociální službě se nacházíme na úrovni úvodního rozhovoru (příloha č. 1). Graf znázorňuje (Obr. 9) rozdělení zkoumaného souboru právě podle způsobu podání žádosti.





Obr. 9 Rozdělení podle způsobu podání žádosti. Zdroj: vlastní výzkum

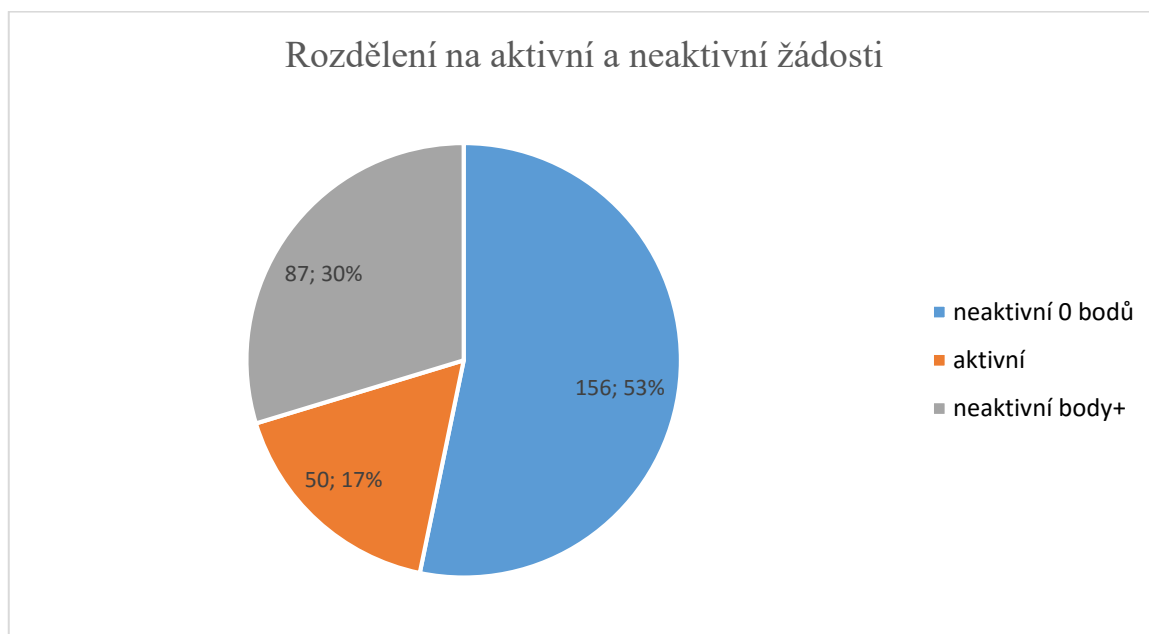
Hlavním předmětem v úvodním rozhovoru je samotný fakt, zda žadatel má informace o službě, zda rozumí tomu, co služba nabízí a rovněž, zda jeho očekávání je v souladu s tím, co pobytová služba pro seniory nabízí. Z uvedeného rozdělení je zřejmé, že nečastější způsob podání žádosti je seniorem samotným nebo jeho blízkými včetně kombinace těchto dvou způsobů. Dochází k osobnímu kontaktu, jak s kompetentním pracovníkem, tak s prostředím zařízení osobně. Zásadou je uplatňování individuálního přístupu a dostatek časové dotace jednotlivých kontaktů. Služba má definovány zásady jednání se zájemcem o službu, podle kterých je postupováno (zásady jsou předmětem expertní evaluace v další části práce).

Ostatní uvedené způsoby podání žádosti znamenají pro sociálního pracovníka vyšší zátěž vzhledem k tomu, že je třeba vyvolat kontakt a uskutečnit sociální šetření neboť musí být ověřena **faktická potřeba seniora jako žadatele**. Základní zásadou je, že každá žádost, která se dostane do zařízení, musí být prošetřena.

#### *Stav žádosti*

Důležitost úvodního jednání o umístění se odráží i ve faktu jasného definování představ žadatelů. Jednoznačné vyjádření důvodu podání záznamu již při úvodním rozhovoru

tzn. požadavek zařazení žádosti mezi řekněme **neaktivní** (Obr. 10), uvolňuje prostor pro práci sociálního pracovníka s potřebnějšími zájemci. Žádost je zaevidována a není dále zpracovávána. Neaktivní žádost znamená, že senior má zájem o pobytovou službu, ale v současné době nastoupit nechce.



Obr. 10 Rozdělení celkového počtu žádostí na aktivní a neaktivní. Zdroj: vlastní výzkum

*Míra samostatnosti a soběstačnosti vyjádřena bodovým hodnocením.*

Největší část zkoumaného souboru je označena jako neaktivní s nulovým počtem bodů, jedná se o bodové hodnocení, které probíhá ve fázi úvodního rozhovoru a slouží k základní orientaci sociálního pracovníka. Zájemce, který při základním rozdělení nevykazuje žádné limity v oblasti soběstačnosti a samostatnosti, výsledný součet bodového hodnocení je nula. Svůj zájem podmiňuje jakoukoli změnou. **Změna** vystupuje jako významná kategorie seniorova života a zasahuje všechny roviny z pohledu holistického přístupu k člověku, kdy změna v jedné rovině ovlivňuje kvalitu života v ostatních rovinách.

Ovšem k této části zkoumaného souboru, to znamená, mezi **neaktivní**, je třeba přiřadit i počet zájemců, kteří v bodovém hodnocení vykazují různou úroveň limitů (výsledný součet bodového hodnocení se nerovná nule), avšak tyto jejich limity a potřeby jsou natolik saturovány, že výsledné rozhodnutí je ve stejné kategorii jako předchozí skupina, nastoupit do služby nechtějí a očekávají **změnu**. Tato změna může být vyvolána působením celé řady vnitřních či vnějších vlivů. Může se jednat například o zhoršení zdravotního stavu, ztrátu schopností fyzických či psychických, změnu materiálních podmínek apod. Skutečnost, že požadují pobytovou sociální službu, je odrazem zajištění potřeby **jistoty a bezpečí**.

Skupina **neaktivní vykazující pozitivní bodové hodnocení** – základní skutečnosti:

Tvoří ji celých 30% zkoumaného souboru – 87 zájemců.

Počet mužů – 22

Počet žen - 65

Podle metodického materiálu jsou zájemci v rámci bodového rozpětí zařazováni do třech skupin. Pro přehlednost vkládám vysvětlení k jednotlivým kritériím bodového hodnocení. Na základě bodového hodnocení jsou všichni zájemci a jejich záznamové listy rozděleni do skupin 1 – 3. Následující výňatek z metodického materiálu vysvětluje míru výsledného hodnocení a zařazení do skupiny.

## Vysvětlivky k bodovému hodnocení sociálního šetření

Sloupec	Vysvětlení
<b>Míra závislosti Kritéria I. – II.</b>	Udávají míru závislosti na pomoci 2. osoby. Potřeba pomoci u jednotlivých kritérií je ohodnocena body 0 – 4. Maximální celkový počet bodů ze všech kritérií dohromady je 32.
<b>Skupina</b>	Podle celkového počtu bodů za kritéria I. – II. , je míra závislosti rozdělena do třech skupin <b>0 – 9.....skupina 1</b> <b>10 – 17.....skupina 2</b> <b>18 – 32.....skupina 3</b>
<b>Kritéria III.– IV.</b>	Pomáhají objektivněji posoudit sociální situaci. Jsou ohodnocena body 0 – 3.
<b>Kritéria V.– VII.</b>	Vyjadřují výjimečný hendikep zájemce. Proto je ohodnocení každého z nich postaveno na roveň případu nejvyšší míry závislosti (32 body) a nejhorších sociálních podmínek (3 body) a současně potřeby 2. osoby (3 body), tedy celkem 38 bodů.

Obr. č. 11 Vysvětlení bodového hodnocení. Zdroj: výňatek z metodického materiálu (příloha č. 1)

V této skupině bylo výsledné rozdělení následující:

- I. skupina        0 - 9 bodů – celkem 60 zájemců
- II. skupina       10 – 17 bodů – celkem 15 zájemců
- III. skupina      18 – 32 bodů – celkem 12 zájemců

V rámci I. skupiny bylo 15 x dosaženo celkového počtu bodů 1. Jedná se tedy o velmi nízkou míru závislosti na péči druhé osoby.

Ve třetí skupině bylo 5 zájemců, kteří subjektivně hodnotili svou situaci při zjišťování potřeby pomoci lidem osamělým (V. kritérium hodnocení, vyjadřující výjimečný hendikep zájemce, příloha č. 1) vyjádřením - **Z důvodu osamělosti nebo opuštěnosti se cítím být úplně vyřazen/a z běžného života.**

Vzhledem k tomu, že se zde zabýváme skupinou neaktivní tedy zájemci, kteří nastoupit nechtějí, jedná se o vyjádření diskutabilní. Opravdová osamělost a ohrožení sociální izolací je při hodnocení vnímána jako silný upřednostňující prvek. V těchto uvedených případech se bude pravděpodobně jednat o zkreslené vnímání skutečnosti.

Ve skupině bylo 7 manželských párů, kdy oba měli pozitivní body avšak pouze 2 páry se zařazením do II. skupiny a 5 párů ve skupině I. Přičemž jen ve dvou případech byla žena s vyšším ziskem bodů než muž, ale i tak pouze v rámci I. skupiny

V jednom případě byl zájemce ohodnocen téměř ve všech kritériích nejvyšším počtem bodů, avšak závěr byl stejný – rodina péči zvládá, má zájem o umístění v případě nějaké změny, aktuálně pobytovou službu nevyžadují.

V této části práce se zabýváme základními skutečnostmi, se kterými bude dále pracováno. Informace je předložena proto, že se jedná o jeden z významných vlivů vztahující se k řešení problematice, k navození představy, jaká širší vlivů a skutečností vstupuje do problematiky zájmu o pobytové služby pro seniory. Jednou věcí jsou statistická zpracování dat, která potvrzují převyšující poptávku nad nabídkou kapacit a jsou bezesporu pravdivá, ale při bližším pohledu nelze než konstatovat, že data jsou významně zkreslena, a to v pozitivním slova smyslu neboť zde musíme brát v úvahu realizaci **základní potřeby seniora – zajištění jistoty a bezpečí** do budoucna.

Pro zajištění lepšího porozumění textu předkládám první část schématu z metodického materiálu sociální služby (příloha č. 1), který je zpracováván při úvodním rozhovoru se žadatelem a slouží pro výchozí orientaci pro sociálního pracovníka ve smyslu pokračování sociálního šetření.

Opakovaně se zde používá pojem bodové hodnocení, je třeba názorně ukázat, z čeho vychází a k čemu se váže. Celý proces jednání se zájemcem o sociální službu bude popsán v další části disertační práce (viz. Kapitola 4.3) a v souvislém řazení je uveden v příloze č. 1.

**Schopnosti seniorů v péči o vlastní osobu – 1.1 až 1.5**

**I.**

**1.1 Schopnost zabezpečit si výživu**  
**stupeň sledované schopnosti (slovy):** (číslly):

Je-li třeba, dokáží si bez problémů nakoupit a uvařit	0
Potřebuji pravidelnou donášku velkého nákupu, vaření zvládnou s obtížemi	1
Potřebuji pravidelnou donášku nákupu a hotového jídla	2
Potřebuji pomoc při jídle (namazat, nakrájet, nastrovat, podat pití, mám dietu)	3
Potřebuji nakrmit, podat pití, mám sondu	4

**1.3 Schopnost použití WC**  
**stupeň sledované schopnosti (slovy):** (číslly):

WC používám zcela samostatně	0
Potřebuji vyzvání druhé osoby	1
Potřebuji vyzvání a doprovod na WC druhou osobou	2
K použití WC potřebuji pomoc, jsem částečně inkontinentní	3
WC nedokáží použít, jsem plně inkontinentní	4

**1.5 Schopnost užívat léky**  
**stupeň sledované schopnosti (slovy):** (číslly):

Rozpoznám správný lék, užívám léky samostatně	0
Zvládnou užívat léky s pomůckou	1
Zvládnou užívat léky, jsou-li připravené	2
Léky užívám pod dohledem druhé osoby	3
Léky podává druhá osoba	4

**2.2 Schopnost začlenit se do běžného života**  
**stupeň sledované schopnosti (slovy):** (číslly):

Mám přátele, organizuji si osobní záležitosti, žiju běžným způsobem života	0
Komunikuji s rodinou, přáteli, k udržení sociálních vazeb potřebuji druhou osobu	1
Komunikuji pouze s rodinou, mám neměnný režim, ztrácím vazby s okolím	2
Mám neměnný režim, nemám rodinu, ztrácím vazby s okolím	3
Nedokáží komunikovat s okolím, ztratil jsem kontakt s běžným životem	4

Míra závislosti:  
Zapsala:

**Soběstačnost seniorů v přirozeném prostředí 2.1 až 2.3**

**II.**

**1.2 Schopnost provádět hygienu**  
**stupeň sledované schopnosti (slovy):** (číslly):

Osobní hygienu provádím zcela samostatně	0
Potřebuji dohled nebo občasnou pomoc při koupání, sprchování, péči o vlasy, nehty, nohy	1
Potřebuji pomoc při mytí, oblékání, svlékání, péči o pokožku, nohy, vlasy, nehty	2
Celou osobní hygienu mi musí zajišťovat druhá osoba	3
Celou osobní hygienu mi musí zajišťovat druhá osoba, trpím poleženinami, opruzeninami	4

**1.4 Schopnost chůze**  
**stupeň sledované schopnosti (slovy):** (číslly):

Chůzi zvládám bez obtíží	0
Má chůze je nejistá, nestabilní, do schodů chodím hůře, ale sám (sama)	1
Chodím za pomoci kompenzační pomůcky, hole, belí, chodítka, vozíku, ale bez doprovodu	2
Chodím za pomoci kompenzační pomůcky, hole, belí, chodítka, vozíku, ale poze s doprovodem	3
Jsem trvale upoután(a) na lůžko, nedostanu se z domu ven	4

**2.1 Schopnost nakládat s penězi**  
**stupeň sledované schopnosti (slovy):** (číslly):

Znám své příjmy a výdaje, spravuji je samostatně	0
Znám hodnotu peněz, ale s hospodařením potřebuji poradit (složky, účty...)	1
Rozeznám hodnotu jednotlivých bankovek a mincí, ale zvládnou jen drobné výdaje	2
Nerozliším hodnotu věcí a neumím zacházet s penězi, mám někoho, kdo mi pomáhá	3
Nerozliším hodnotu věcí a neumím zacházet s penězi, hrozí mi riziko zneužití	4

**2.3 Schopnost časové a místní orientace**  
**stupeň sledované schopnosti (slovy):** (číslly):

Orientuji se v místě i mimo bydliště. Plánuji si aktivity během dne i týdne.	0
V místě bydliště občas bloudím, potřebuji pomoc při zvládnání pouličního provozu a pomoc při uspořádání činnosti během dne. Zapomínám.	1
Neorientuji se v místě bydliště, musím mít trvalý doprovod a režim dne zajišťuje druhá osoba. Rozeznám nejbližší rodinu	2
Jsem zmatený, motám se, jsem těžce dezorientován, trpím představami	3
Jsem trvale těžce dezorientován, trpím neklidem především v noci, odcházím	4

Celkový počet bodů:

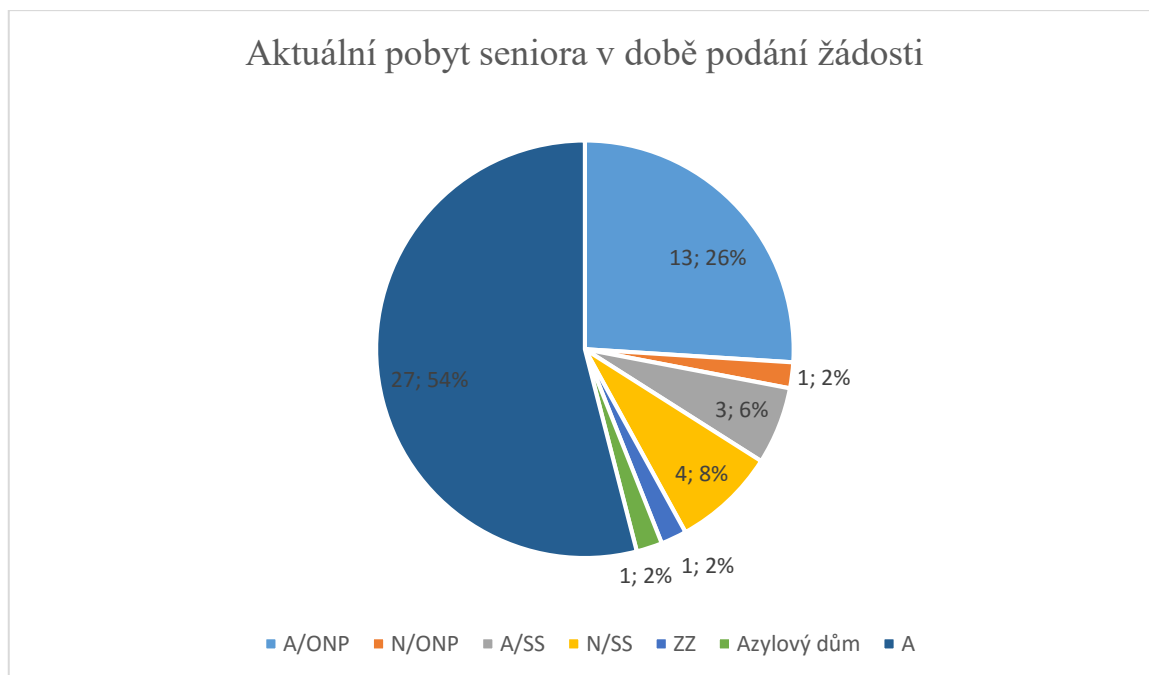
Obr. č. 12 Bodovací tabulka. Zdroj: výňatek z metodického materiálu (příloha č. 1)

Již nyní je zřejmé, jak významně se zmenšil počet faktických zájemců o umístění do pobytové sociální služby, ačkoli i tento počet převyšuje možnosti služby, představuje větší prostor pro kvalitní práci sociálního pracovníka

Pro další zpracování a analýzu zůstávají zájemci po odečtení všech, kteří explicitně vyjádřili svůj požadavek na zařazení žádosti do evidence pro jistotu a do budoucna.

#### *Pobyt seniora v době podání žádost*

Zájemce o službu je účelné rozdělit podle aktuálního pobytu žadatele (Obr. 13). Místo pobytu seniora je významné právě při rozhodování stupně naléhavosti umístění na právě uvolněné lůžko. Je nutné posuzovat aktuální ohrožení seniora, které není rozhodně větší, v případě současného umístění na ONP, ve srovnání se seniorem v odlehlých částech regionu, který je závislý na lokálním topení a jenž se pohybuje o dvou francouzských holích. Senioři ve zdravotnických zařízeních na lůžkách následné péče jsou specifickou skupinou, bez ohledu na hodnocení úrovně té které léčebny. Pokud není rodina seniora dostatečně aktivní a projevující zájem o svého člena, je situace vyhodnocena tak, že senior již nemůže zpět do přirozeného prostředí a žádost do domova pro seniory je vnímána jako jediná a správná možnost. Tlak ze strany ONP na umístění je podmíněn obsazeností lůžek konkrétní léčebny. Zde je důležité poznamenat, že ne vždy se jedná o jediné a správné vyřešení situace. Hlavní roli zde mají informace o možnostech, spolupráce zdravotnického zařízení a sociálních služeb, návaznost terénních a ambulantních složek sociálních služeb. Veliký prostor pro práci sociálního pracovníka.



Obr. 13 Rozdělení souboru podle aktuálního pobytu seniora v době podání žádosti.  
Zdroj: vlastní výzkum

A/ONP – žádost vyhodnocena jako aktivní při současném pobytu seniora na oddělení následné péče

N/ONP – žádost vyhodnocena jako neaktivní při současném pobytu seniora na oddělení následné péče, znamená to, že senior sice podepsal žádost, ale fakticky o umístění nemá zájem.

A/SS - žádost vyhodnocena jako aktivní při současném umístění seniora v jiném zařízení sociálních služeb, kdy se v jednom případě jedná o nespokojenost se službou a přání službu změnit, ve dvou případech má rozhodující vliv přiblížit se k bydlišti rodiny

N/SS – žádost je vyhodnocena jako aktivní vlivem tlaku osob blízkých (vzdálenost od bydliště rodiny k zařízení sociálních služeb) ačkoli senior sám změnu zařízení nepožaduje

ZZ – žádost je vyhodnocena jako aktivní vzhledem k přání seniora, jenž je v době podání žádosti na akutním lůžku zdravotnického zařízení



Azylový dům – žádost je vyhodnocena jako aktivní vzhledem požadavku vyřešit budoucí pobyt klienta azylového domu, jenž dosáhl věku odpovídajícímu věkové kategorii pro umístění do pobytové sociální služby, jedná se o zájem úřední, senior o tento typ služby nemá zájem

A – žádost vyhodnocena jako aktivní, jedná se o seniora žijícího ve svém přirozeném prostředí, jeho potřeby jsou saturovány rodinou či prostřednictvím jiné sociální služby, uplatňuje se zde různá intenzita tlaku na upřednostnění umístění, které vychází z obavy nezvládnutí situace při jakékoli změně. Postavení sociálního pracovníka je velmi zatěžující neboť základem je rozlišit o čí zájem se jedná, zda jde čistě o zájem seniora nebo zda se ve skutečnosti uplatňují jiné vlivy např. uvolnění bytu. Schopnost zachovat si odstup je pro pozici sociálního pracovníka v procesu jednání se zájemcem velmi důležitá.

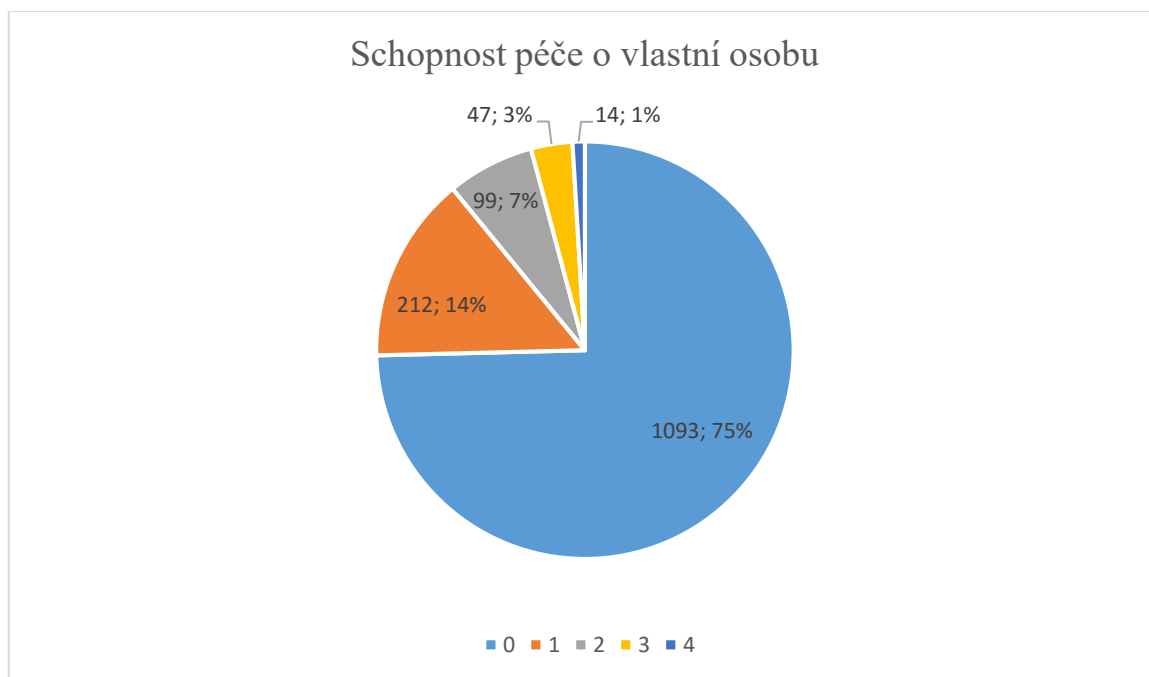
Proč je žádost N/ONP , která je vyhodnocena jako neaktivní zařazena do této skupiny? Protože senior v situaci hospitalizace na oddělení následné péče je jaksi v pozadí řešení jeho vlastního problému, což bude předmětem diskuze dále v textu. Držení záznamu ve skupině aktivních je zajištěno mimo vůli seniora, prostřednictvím sociálního pracovníka zdravotnického zařízení ev. rodinou. V podstatě by tento údaj nemusel být uváděn, avšak považuji za důležité vnímání samotného seniora, který nemůže sám rozhodnout o své budoucnosti a je nucen se podrobit vnějším podmínkám.

V následujícím grafickém znázornění jsou zahrnuti **všichni žadatelé** včetně těch žadatelů, kteří dosáhli v počáteční fázi hodnocení nulového počtu a jsou z hlediska posuzování k nástupu do pobytové sociální služby neaktivní. Jsou zde nyní předloženy výsledky bodového hodnocení, které může poukázat na oblasti, v nichž bývají senioři nejvíce limitováni. Oblast se dotýká otázek soběstačnosti a samostatnosti.

Výsledky bodového hodnocení oblasti schopností seniora v péči o vlastní osobu a oblasti samostatnosti podle jednotlivých kritérií jsou uvedeny v příloze č. 2.

V této části je uveden celkový souhrn bodového hodnocení rozdělený pouze do dvou výše uvedených oblastí. Schopnost péče o vlastní osobu a soběstačnost v přirozeném prostředí.

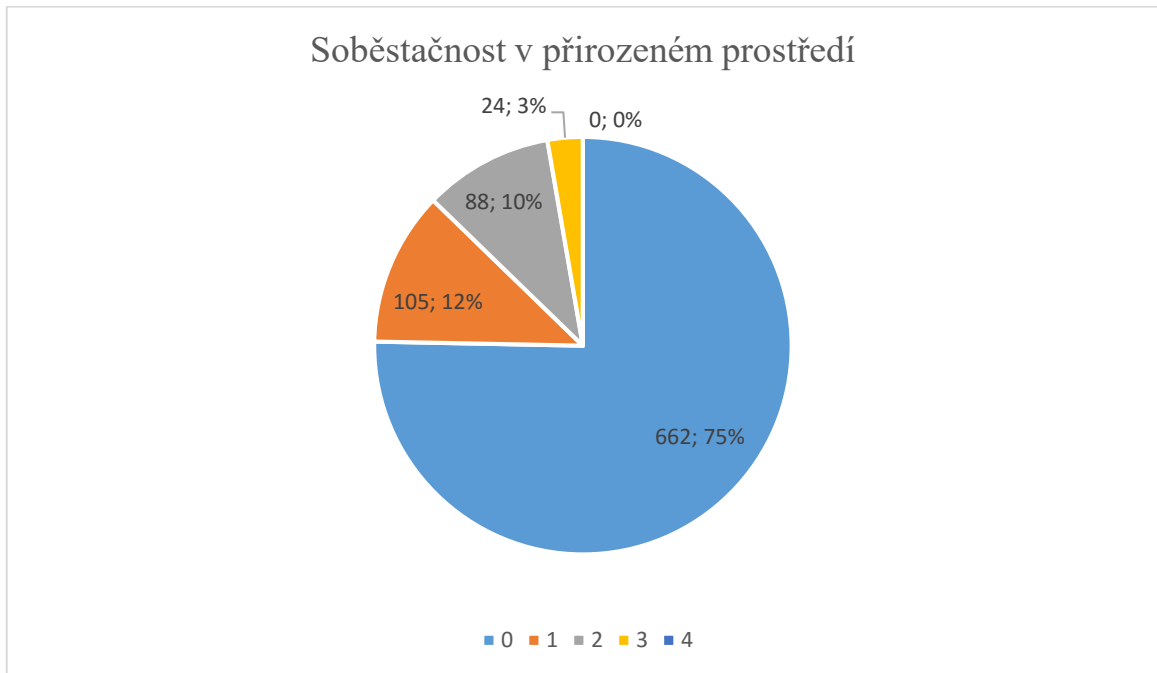
**Schopnost seniorů v péči o vlastní osobu kategorie 1. 1. – 1. 5. dle metodického materiálu (příloha č. 1)**



Obr. 14. Celkové počty vyjádření ve stupních hodnocení 0 – 4. Zdroj: vlastní výzkum

Slovní popis bodového hodnocení 0 – 4 je prezentováno v příloze, jedná se o výňatek z metodického materiálu pobytové služby, přičemž 0 znamená soběstačnost a stupeň 4 absolutní závislost.

**Samostatnost seniorů, soběstačnost v přirozeném prostředí kategorie 2.1 – 2.3 dle metodického materiálu (příloha č. 1)**



Obr. 15. Soběstačnost seniorů v přirozeném prostředí. Zdroj: vlastní výzkum

Oba grafy, ukazují souhrn bodových hodnocení, tzn. všechny záznamy v kategorii 0 – 4 souhrnně. Celkové počty záznamů v těchto kategoriích.

Výsledek zcela jednoznačně podtrhuje výše uvedenou skutečnost, že většina zájemců o pobytovou sociální službu, ačkoli je pro ně zařazení žádosti do evidence primárním zájmem, tuto službu v podstatě nepotřebují.

### **Výsledky podporující předcházející analýzu**

Zde jsou předloženy pro porovnání výsledky analýzy dokumentů zájemců o pobytovou sociální službu, kdy bylo cílem definování důvodů podání žádosti o pobytovou sociální službu pro seniory, která byla zpracována v roce 2010 – 2011.

Byla provedena analýza záznamů zájemců o pobytovou sociální službu s cílem předložit rozbor uváděných důvodů jednotlivými zájemci.

Výběr souboru byl účelový, vybrána byla konkrétní pobytová sociální služba (jednalo se o totožnou sociální službu) pro seniory. Analyzovány byly záznamy evidovaných zájemců o pobytovou sociální službu. Potřebné informace byly získány analýzou obsahů záznamů ze záznamových listů žadatelů o poskytnutí sociální služby v pobytovém zařízení sociálních služeb.

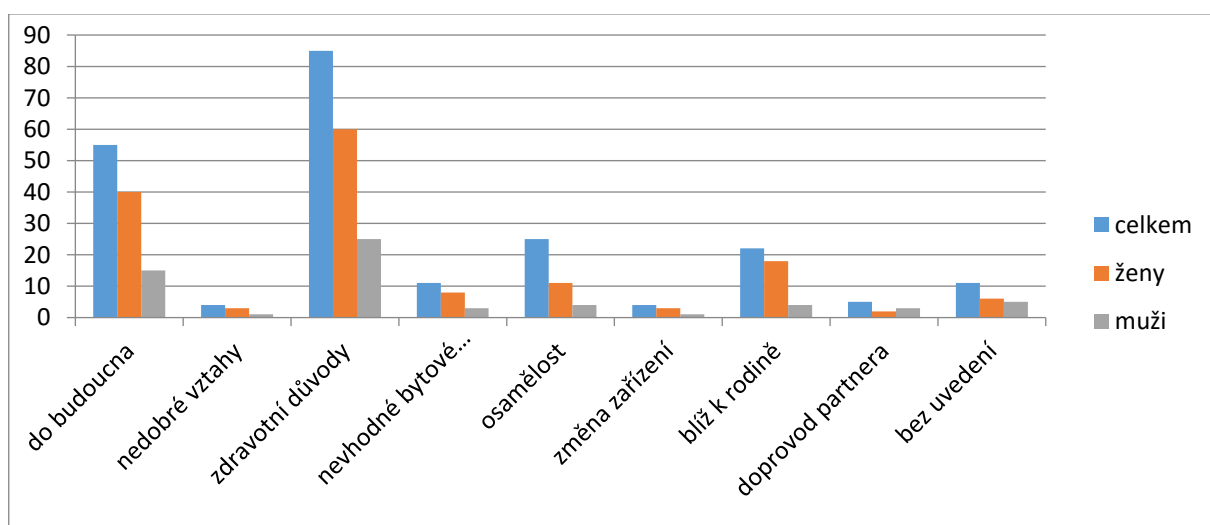
Zkoumaný soubor obsahoval celkem 239 formulací důvodů jednotlivých zájemců o sociální službu, věkové kategorie seniorů. Podle totožného obsahu formulací či příbuzných, úzce se k sobě vázících vyjádření, bylo stanoveno 9 kategorií. Jednotlivé kategorie jsou shrnuty pro přehlednost pod jednoduchý, danému obsahu sjednocující výraz. Tato skutečnost je zpracována v přehledné tabulce a doprovází ji grafické znázornění počtu záznamů v jednotlivých kategoriích.

Zastoupení žen a mužů ve vzorku bylo následující. Ženy tvořily významně větší část než muži, a to celkem 174 záznamy žen a 65 záznamů pořízených muži. Průměrný věk zájemců byl 80,8 roku.

Tabulka č. 3 Stanovení kategorií

kategorie	sjednoceno pod výrazem	typy vyjádření
1	do budoucna	do budoucna, až jednou budu bezmocná, abych si zabezpečil konec života, jistota do budoucna, až při zhoršení stavu, až nebudu moci
2	nedobré rodinné vztahy	neshody v rodině, nechtějí se o mě starat, odmítají o mě pečovat, špatné rodinné vztahy
3	zdravotní důvody	zdravotní důvody, špatný zdravotní stav, potřeba ošetrovatelské péče, potřeba stálého dohledu
4	nevhodné bytové podmínky	malý byt a velká rodina, vyšší patra bez výtahu, nevyhovující bydlení z hygienických důvodů
5	osamělost	osamělost, cítím se sama, získat pocit jistoty a bezpečí, kontakt se stejnými lidmi, žít jako dřív ve společnosti stejně starých,
6	změna zařízení soc. služeb	změna domova kde jsem nespokojena, změna domova, dobré reference
7	blíž k rodině	rodina je v místě, bydlí zde zbytek rodiny, blíž k dceři, blíž k příbuzným, kontakt s rodinou
8	doprovod partnera	péče o nemocného manžela, kdybych onemocněla, nemá se o něj kdo postarat, zdravotní stav manželky, doprovod bezmocné manželky, chci být s manželem
9	bez důvodu	

zdroj: vlastní výzkum



Obr. 16. Porovnání sledovaných kategorií. Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 3 obsahuje jednotlivé kategorie označené sjednocujícím výrazem a rovněž příklady nejčastěji opakovaných formulací. Kategorie pod číslem 1 a pod shrnujícím vyjádřením „do budoucna“, značí skutečnost, že faktický zájem o sociální službu není aktuální, tito zájemci v době provedení záznamu nechtějí využívat pobytovou sociální službu. V porovnání se současně prováděnou analýzou je možné konstatovat, že právě tyto evidované záznamy vedou ke zkreslení počtu zájemců o tento typ sociálních služeb. Takto interpretovaný postoj seniorů ke své budoucnosti lze chápat jako odpovědný a postavený na svobodném rozhodnutí, jakým způsobem si chtějí zařídit poslední roky života. Současná koncepce sociálních služeb v ČR však tento postoj nepodporuje, pobytové sociální služby jsou zákonem vymezeny především pro osoby se závislostí na péči druhé osoby, a proto není rozhodujícím kritériem při výběru klienta k umístění do pobytové služby pořadí podání záznamu, ale jeho aktuální sociální potřebnost. V intencích tohoto přístupu by se mohlo připustit, že podání všech záznamů zahrnutých do této kategorie ztrácí smysl, způsobují pouze zvyšování počtu evidovaných žádostí. Z jiného pohledu však právě tato kategorie nejlépe odráží svobodné a odpovědné rozhodnutí seniora a je vyjádřením samostatnosti a schopnosti vnímání vlastních potřeb a limitů.

Kategorie „do budoucna“ se v porovnání s výše uvedenými výsledky analýzy jeví jako stav žádosti - **NEAKTIVNÍ**. Podporuje skutečnost významného zkreslení počtu zájemců.

Při analyzování jakéhokoli procesu nebo jevu není dobré setrvávat v představě o samozřejmosti věci (Miovský, 2006) Nesmírně zavádějící může být akceptování výrazů typu nikdy, vždycky, to tak nemůže být, o tom není třeba diskutovat apod. V sociálně psychologickém výzkumu naopak může dojít ke zcela rozporuplným situacím, kdy jedna skutečnost vylučuje druhou, a přesto mohou obě mít své opodstatnění.

Nyní by bylo na místě výše uvedené skutečnosti zpochybnit, využijeme tedy prostor v rámci diskuze.

### 4.3 Výsledky – II. část

Výsledky vztahující se ke druhému cíli práce, a to vyhledávání redukčního mechanismu v procesu výběru z řad zájemců o pobytovou sociální službu.

Pro interpretaci získaných informací je třeba provést určitý způsob kódování dat, který v tomto případě poskytne významnou výpovědní hodnotu, pokud zvolíme zdánlivě jednoduchou formu třídění.

**Řešené téma:** senior mající nějaké potřeby, jejichž následkem je zájem o pobytovou sociální službu a subjektivní vnímání naléhavosti tzn. upřednostnění při obsazování uvolněného místa.

Základní otázky:

**Kdo?                      Kdy?                      Kde?                      Co?                      Jak?                      Proč?**

V rámci řešeného tématu otázka **Kdo?**

Kdo podává žádost o umístění do pobytové sociální služby. O sociální službu žádá dle zákona vždy senior sám, pokud ovšem není tak významně limitován svým zdravotním stavem, a to nemusí vždy dojít až k rozhodnutí o omezení svéprávnosti. Přírozený projev stáří provázený nejrůznějšími limity zavádí seniora k tomu, aby hledal útočiště a podporu u svých nejbližších. Je reálnou skutečností, že je senior doprovázen anebo zastupován ve většině případů rodinou, méně často rozhoduje naprosto sám. Odkazují na výše uvedené výsledky – způsob podání žádosti (Obr. 9).

Kritickým momentem je v této oblasti schopnost rozpoznat, zda jde o **skutečný zájem seniora** či se jedná o problém rodiny, která potřebuje například vyřešit bytovou otázku.

Další neméně podstatnou otázkou je **Kdy?**

V této rovině je uplatňováno několik skutečností. Pokud senior přichází sám osobně je s největší pravděpodobností v kategorii žadatelů, kteří si chtějí pojistit zajištění budoucnosti. Vycházím z důvodů podání žádosti, kdy žadatel trvá na evidenci žádosti,

ale ve skutečnosti nastoupit do zařízení nechce. Je veden obavou, co bude, pokud dojde k jakékoli změně v jeho současném způsobu života.

- Kdyby se se mnou něco stalo, zdravotní stav zhoršený
- Abych nebyla na obtíž rodině
- Kdybych to již nemohla zvládnout
- Co kdyby se něco změnilo, tak raději ať mám kam jít

Zásadním pojmem pro tuto oblast je **změna**, a to v širokém slova smyslu. Senior zvládá péči o sebe je s různým stupněm podpory soběstačný a samostatný, rodina zvládá podporovat svého člena, pokud nedojde ke změně.

Z celkového počtu analyzovaných záznamů je významná část záznamů tzv. neaktivních, kdy senior vyčkává a žádost je podávána preventivně. Tato skutečnost je zřejmá i z výše uvedených výsledků.

Samostatnou skupinou žadatelů o pobytovou sociální službu pro seniory jsou staří lidé umístění na lůžku následné péče. Senior je v tomto případě v pozadí rozhodování o jeho budoucnosti. Jak již bylo řečeno, pokud je rodina aktivní, má materiální a finanční podmínky je možný návrat seniora do původního přirozeného prostředí. Častější postup ovšem je podání žádosti pracovníkem zdravotnického zařízení, neboť situace seniora je zhodnocena tak, že změněný zdravotní stav neumožňuje návrat seniora do původního domova, do původních podmínek a pobyt ve zdravotnickém zařízení dlouhodobé péče je časově limitován. Skutečnost podporují výsledky a grafické znázornění současného pobytu seniora v době podání žádosti.

#### Otázka **Kde?**

- Žádám o službu tam, kde bydlím, kde to znám
- Žádám o službu, protože ji znám, je dobrá
- Žádám o službu tam, kde je moje rodina

Kde bude s největší pravděpodobností žádat senior o sociální službu? Jistě to bude v blízkosti jeho dosavadního života, v prostředí, kde se cítí zakotven, kde realizuje své vztahy. Pokud **přirozené prostředí** znamená rodinu, vazby k blízkým, fungující



domácnost, místo, kde člověk pracuje, uskutečňuje sociální aktivity, pak je samozřejmou součástí přirozeného prostředí i celá škála sociálních služeb. Služeb, které respektují stávající způsob života a poskytují podporu a pomoc pouze tam a v takové míře, kterou jedinec skutečně potřebuje. Výjimkou tedy není ani využívání pobytových zařízení.

Nelze ovšem opomenout skutečnost, že současní senioři nejen, že sice chtějí zůstat ve svém prostředí, ale stále více je zajímá kvalita nabízených služeb, za kterou jsou ochotni opustit region. Zde dochází ke střetu zájmů v tom smyslu, že senior podle zákona může požádat o sociální službu v podstatě v rámci republiky, zákon přesně vymezuje podmínky nepřijetí či odmítnutí zájemce, přičemž podmínky dotačního řízení a čerpání finančních prostředků z veřejných zdrojů, staví poskytovatele k přihlídnutí ke skutečnosti regionální příslušnosti žadatele.

Neméně důležitá skutečnost je rozptýlení členů rodiny v produktivním věku i do vzdálených regionů, což v době stárnutí některých členů přináší problematické situace. V dále předložené analýze důvodů podání žádosti se objevuje tento aspekt – blíž k rodině. Senior nechce ztratit kontakt se svými nejbližšími a volí opuštění celoživotního pobytu a přechází do prostředí pro něho neznámého. Fungující rodina zcela nahradí ztracení přirozené kontakty. Problém nastává v rodině, kde nejsou ideální vztahy, kde není o starého člena takový zájem, který by si on přál, a do kterého vkládá všechny své tužby a přání.

#### Zdánlivě jednoduchá otázka **Co?**

Odpověď na tuto otázku nalezneme spíše až při formulaci osobního cíle klienta při podpisu smlouvy o poskytování sociální služby, přesto lze již při podání žádosti očekávání pojmenovat.

- Být mezi vrstevníky
- Začít znovu chodit
- Být znovu soběstačný
- Zvládat péči sám o sebe
- Účastnit se akcí ve společnosti, žít

V rámci řešené problematiky otázka navádí k vyřčení zbývající části věty. Co očekává senior, když podává žádost do pobytové sociální služby. Jaký je jeho cíl? Co očekává od sociální služby?

Specifickou skupinou jsou právě žadatelé umístění ve zdravotnických zařízeních na lůžkách následné péče, upnutí se na zlepšení péče, na aktivizaci, v podstatě na opuštění zdravotnického zařízení, na změnu přístupu, na zlepšení sociálních kontaktů.

Nelze se vyhnout ani otázce **Jak?**

Jak, jakým způsobem je žádost podaná, svědčí o zainteresovanosti samotného žadatele. Opravdový zájem je velmi často provázen osobní návštěvou zařízení, včetně doprovodu osob nejbližších a požadavku na seznámení s prostředím.

Setkáváme se s různými způsoby podání žádosti či záznamu do evidence sociální služby.

- Poštou
- E-mailem
- Osobně žadatel
- Osobně rodina
- Osobně rodina s žadatelem (zájem o seznámení s prostředím)

Výsledky jsou předloženy a graficky znázorněny výše (Obr. 9), kdy je definována širší řada možností a každá tato kategorie by snesla širokou diskusi. Bylo již výše zmíněno, že zkoumaná sociální služba má ve svých pravidlech nastaveno odpovědný přístup ke všem žádostem ať již jsou podány jakýmkoli způsoby. Znovu je třeba podtrhnout, že práce sociálního pracovníka, který má objektivně posoudit a v podstatě dešifrovat pozadí procesu podání žádosti do pobytové sociální služby je nesmírně náročná. Nelze ani opomenout výskyt negativních jevů ve společnosti, a to ani ve smyslu nevhodného zacházení se seniory.

Jedna z nejdůležitějších otázek je **Proč?**

Proč senior v určitém okamžiku dospěje k rozhodnutí podat žádost do pobytové sociální služby.

- Obava ze změny
- Pro jistotu
- Do budoucna
- Kdyby se se mnou něco stalo, kdo se postará o partnera
- Nebýt dětem na obtíž, ale aby se o mě někdo postaral
- Nechci být sám
- Zhoršování zdravotního stavu, co by se stalo se mnou
- Mám v zařízení přátele

Nejdůležitější výpovědí je vyjádření potřeby zajištění **jistoty** a navození pocitu **bezpečí**, které senior vnímá jako svou prioritu.

Rozdělení záznamů o pobytovou sociální službu pro seniory na **aktivní a neaktivní** je významné pro redukcí počtu následných sociálních šetření. Tato skutečnost vypovídá směrem ke stanovení hlavního cíle práce, který spočíval v nalezení redukčního mechanismu v procesu výběru z řad zájemců o pobytovou sociální službu podle naléhavosti potřeb.

Při analyzování jakéhokoli procesu nebo jevu není dobré setrvávat v představě o samozřejmosti věci (Miovský, 2006) Nesmírně zavádějící může být akceptování výrazů typu nikdy, vždycky, to tak nemůže být, o tom není třeba diskutovat apod. V sociálně psychologickém výzkumu naopak může dojít ke zcela rozporuplným situacím, kdy jedna skutečnost vylučuje druhou, a přesto mohou obě mít své opodstatnění.

Nyní by bylo na místě výše uvedené skutečnosti zpochybnit, využijeme tedy prostor v rámci diskuze.

#### **4.3.1 Případová studie**

Původní předpoklad, a to, že metoda případové studie bude použita v souboru, který lze nazvat - skupina s nejvyšší naléhavostí přijetí do pobytové sociální služby, tedy skupina, ve které vysoký počet bodů, sečtený v první fázi hodnocení dle metodického

materiálu v oblasti samostatnosti a soběstačnosti (příloha č. 1), reflektuje stupeň naléhavosti umístění, se v průběhu zpracování tématu projevil jako nevhodný.

Nejvyšší počet dosažených bodů v provedeném počátečním posuzování závislosti tedy potřebnosti seniora ve fázi jednání se zájemcem o službu není nejvýraznějším prvkem, který ovlivní výběr jednotlivých zájemců do skupiny případové studie.

Výše bodového hodnocení není závazný ukazatel naléhavosti umístění do pobytové sociální služby.

Naléhavost nelze přijímat jako jev, který je vyjádřen nejvyšším počtem bodů (maximálním) v hodnocení potřebnosti podle používaného metodického materiálu.

K provedení studie byly vybrány tři skupiny zájemců, ve kterých lze definovat jasný a konkrétní spojující prvek.

### **I. skupina**

První skupinou jsou senioři, kteří v době podání žádosti o pobytovou sociální službu jsou **hospitalizovaní** ve zdravotnickém zařízení, většinou vzhledem k věkové kategorii se jedná o oddělení následné péče – **ONP**

### **II. skupina**

Druhou skupinou jsou - **manželské páry**.

### **III. skupina**

Třetí skupinou jsou zájemci, kdy lze naléhavost přijetí definovat počtem intervencí žadatelů samotných či rodinných příslušníků, kteří hodnotí situaci jako - **akutní**.

V každé skupině byl vyhledáván spojující motiv a následně i mezi skupinami.

### **ONP – I. skupina**

Z celkového počtu zájemců se jedná o 14 seniorů (Obr. č. 13) uvedených jako A/ONP – 13 a N/ONP – 1)

Složení 12 žen a 2 muži, z nichž pouze 5 má již stanovenou míru závislosti na péči druhé osoby vyjádřenu výší příspěvku na péči. Tento fakt ukazuje na potřebu již před hospitalizací, neboť v průběhu hospitalizace žádat vyřízení potřebného příspěvku na péči nelze. Je to jedna z rozhodujících skutečností, které ovlivňují návrat seniora k původnímu způsobu života. Finanční možnosti většiny seniorů popřípadě i jejich rodin odráží míru zajištění potřebné pomoci nákupem sociálních služeb.

Je velmi častým jevem, že o příspěvek na péči pro seniora je žádáno, až když dojde ke kontaktu se sociální službou v rámci základního sociálního poradenství

Již při analýze záznamů zájemců bylo zmíněno, že podání žádosti o pobytovou sociální službu pro seniory v případě hospitalizace seniora na oddělení následné péče, je vžitou praxí.

Výstupy ze sledovaných sociálních šetření:

- Neví, že má žádost do domova pro seniory, asi ji podali v nemocnici, chce domů
- Opakované hospitalizace, žádost není dostatečně prošetřena, o všem rozhoduje dcera včetně provedení sociálního šetření, v případě možného nástupu se situace mění a opět se jedná o hospitalizaci
- Žádost do domova chce rodina ponechat, ačkoli jsou přesvědčeni, že je pobyt na ONP dostačující
- Žije sám, opakované pády, vše vyřizuje dcera, po návratu domů následuje velmi brzy následkem pádu nová hospitalizace
- Zcela závislá, potřeba ošetrovatelské péče
- Nemohu dobře chodit, asi už to nezvládnou sama, budu muset do ústavu
- Opuštěn, potřeba trvalého dohledu, chybí radost ze života
- Upoutaná na lůžko, neschopnost péče o sebe, vyřizuje rodina
- Žije sama, potřebuje dohled
- Sama v domku, podána žádost, dcera nechce o nástupu do pobytové sociální služby ani slyšet

- Neschopnost se o sebe postarat
- Omezená pohyblivost, bydlí ve 3. patře bez výtahu
- Po ukončení hospitalizace chce syn matku domů, přesto podaná žádost
- Během hospitalizace přišla o byt, rodina se starat nemůže

Společným znakem této skupiny je **podaná žádost do pobytové sociální služby**, a to i v případě, že ani senior ani rodina nemá o tento typ sociální služby zájem.

Zdravotnické zařízení podmiňuje hospitalizaci seniora **zajištěním jeho budoucího pobytu** bez ohledu na vnější okolnosti. Časový horizont podmiňující pobyt na lůžku následné péče vede ke zvýšenému tlaku na umístění a k tlaku na okamžité vyřešení nástupu do zařízení, což není poskytovatel sociální služby schopen zajistit.

Provádění sociálního šetření v době hospitalizace je velmi limitováno. Málo se sociální pracovník dozvídá o předchozí situaci seniora, jaká byla kvalita života před onemocněním, nemá možnost seznámit se s přirozeným prostředím seniora. Záznamy obsahují hlavně lékařské zprávy.

Významná je spolupráce s rodinou hospitalizovaného klienta, kdy může být uplatněno sociální poradenství, pomoc při řešení situace seniora. Tuto, pro obě strany významnou komunikaci, narušuje fakt podání žádosti poštou (Obr. 9) v lepším případě s telefonickým komentářem sociální pracovnice zdravotnického zařízení.

Další významnou skutečností je absence jakékoli přípravy na možnou změnu, a to ve kterékoli oblasti života seniora, ať již jde o zdravotní stav, ztrátu schopností, limity kognitivních funkcí, smyslové vnímání, změnu sociálních podmínek, ekonomické podmínky. Je zde velký prostor pro uplatnění a rozvoj aktivit typu přípravy na stáří.

Hospitalizace je kritickým momentem pro seniora osamělého nebo žijícího samostatně. Výsledkem je rozhodnutí, že změněný zdravotní stav natolik ovlivňuje soběstačnost a samostatnost seniora, a není proto schopen návratu do původního prostředí.

Významné skutečnosti ovlivňující budoucnost právě hospitalizovaného seniora:

- Rodina či osoba blízká je aktivní, zajímá se o další pobyt seniora v jeho původním přirozeném prostředí, zjišťuje potřeby, zjišťuje možnosti včetně napojení se na potřebné sociální služby, hodnotí své vlastní schopnosti a možnosti
- Rodina by chtěla být aktivní, ale existují objektivní překážky např. vzdálenost od současného pobytu seniora (jeden z opakujících se aspektů – přání seniora být blíž k rodině i za cenu změny regionu) nebo důvody ekonomické v podobě ohrožení zaměstnání, časová náročnost na hledání řešení
- Rodina není aktivní a vnímá jako pocit úlevy předání odpovědnosti za bezpečí svého člena na pobytovou sociální službu
- Rodina neexistuje a neexistuje ani osoba blízká
- Rodina či osoba blízká existuje a senior ji odmítá z nejrůznějších důvodů

Tyto významné skutečnosti jsou v přímé interakci s postojem sociálního pracovníka zdravotnického zařízení:

- Sociální pracovník zdravotnického zařízení je v kontaktu s rodinou hospitalizovaného seniora. Jedná se o úroveň aktivní spolupráce ve prospěch seniora po propuštění z hospitalizace – **je zájem** o předchozí kvalitu života seniora – propojení zdravotní a sociální složky
- Sociální pracovník plní své základní povinnosti, kontaktuje ošetřujícího lékaře – **mohl by být zájem** o předchozí kvalitu života seniora, v tomto případě je kladen důraz na zdravotní složku
- Sociální pracovník kontaktuje sociální službu, podává žádost do pobytové sociální služby – **není zájem** o předchozí kvalitu života seniora

Jaké jsou výchozí možnosti pro sociálního pracovníka pobytové sociální služby:

- Sociální pracovník přijímá záznamový list, zpracovává základní informace, připraví první kontakt se zájemcem v místě, kde se aktuálně nachází, ověřuje zájem seniora o službu a vstupuje do kontaktu s rodinou – **aktivní spolupráce**

- Sociální pracovník je limitován vnějšími okolnostmi (senior se nachází na ONP ve vzdáleném regionu) základní informace jsou získávány zprostředkovaně, chybí osobní kontakt – **situaci ovlivňuje kvalita rodinných vztahů**
- Sociální pracovník přijme záznam, s informacemi pracuje na úrovni evidence – **nulová sociální práce**, selhání sociálního pracovníka

### **Manželské páry – II. skupina**

Ze zkoumaného souboru zájemců o umístění do pobytové sociální služby bylo 14 manželských párů resp. 13 a jeden pár druh a družka.

Společným znakem v této skupině bylo.

- Vyjádření přání být společně s partnerem
- Obavy z nezvládnutí péče o závislejšího partnera
- Potřeba zajištění pomoci

Být společně se svým partnerem je podtrženo skutečností, kdy i zcela soběstačný a samostatný partner požaduje umístění v pobytové službě, rozhoduje se tak proto, že péče je nad jeho síly. Připouští i možnost, že po odchodu partnera službu opustí.

Silným motivem v případě manželů je obava z nezvládnutí péče ve vztahu k psychickému postižení partnera nejčastěji jde o projevy některého druhu demence. Menším problémem je somatické postižení, kdy je partner schopen zajistit si fyzickou pomoc jiné osoby. Jeden druhého opustit nechce. Pobytová služba je jistotou podpory a částečně i přebírá odpovědnost, zbavuje pečujícího obavy z nesprávných rozhodnutí v procesu péče o závislého partnera.

Manželský pár v samostatné domácnosti a jeho bezpečí je přímo závislé na schopnosti jednoho z partnerů, který pečuje tak dlouho, dokud má fyzické i psychické síly. Pečující partner prožívá obavy o svého druhu v případě náhlé ztráty schopnosti pečovat např. z důvodu vlastního onemocnění.

Vyjádření společného znaku ve skupině manželů pojmenováním potřeby lze takto:

- Potřeba kontaktů – realizace vztahů
- Potřeba jistoty a bezpečí



### **Akutní – III. skupina**

Z celkového počtu aktivních zájemců bylo jako akutních vyhodnoceno 27 žádostí (Obr. č. 10) z toho 21 žena a 6 mužů. Pouze 5 zájemců mělo již posouzení závislosti péče na druhé osobě ve smyslu přiznaného příspěvku na péči.

Potřeby vycházející z rozboru skupiny **akutní** lze rozdělit do třech základních oblastí a to:

- Potřeba kontaktů – realizace vztahů
- Potřeba jistoty a bezpečí
- Potřeba autonomie

Výstupy z vybraných sociálních šetření se zaměřují na vyjádření, co potřebují, proč žádají, jaký je důvod podání žádosti:

Potřeba kontaktů – realizace vztahů:

- Žije s dcerou, ale daleko od původního bydliště, chce domů
- Žije se synem, je schopen, ale cítí se sám, vybral si zařízení podle referencí
- Neschopen se o sebe postarat, umístěn v jiném zařízení, chce do svého původního bydliště
- Schopna, cítí se osamělá, samota je hrozná
- Schopna, ale sama, chce mezi vrstevníky
- Chybí mi přátelé, nemohu již za nimi docházet
- Cítí se velice sama, chtěla by ještě žít
- Velmi omezený pohyb, nevychází z bytu, byt bez výtahu
- Všichni okolo umřeli, je sama, chce mezi lidmi

Potřeba jistoty a bezpečí:

- Opakované pády, musí mít dohled
- Potřebuje péči, rodina to nezvládá
- Aktuální zdravotní stav, děti se střídají v péči, bojí se nechat samotnou
- Po mozkové příhodě, potřebuje soustavnou péči
- Vzhledem ke zdravotnímu stavu, rodina již nemůže pečovat

- Špatný zdravotní stav, žádost vyřizuje manželka, která již nezvládá
- Opakované pády s hospitalizací, zajistit dohled
- Je sama, rodina je daleko, obava z budoucnosti
- Žije sama v domku, syn v zahraničí, chce pocít bezpečí
- Zhoršení zdravotního stavu, trvalý dohled
- Potřebuje dohled nad léky, zapomíná, pak musí do nemocnice
- Sama v domku, má strach, že to doma nezvládne
- Sama doma, je jí smutno, cítí se osamělá, chce dohled
- Žije sama, má obavy z budoucnosti
- Žije s rodinou, ale chce jistotu péče a dohled

Potřeba autonomie:

- Žije v dobré rodině, ale chce mít soukromí, je schopen
- Žije sama v domě, do pobytové služby ani moc nechce, rodina trvá na umístění
- Žije u dcery, která pečuje, ale má v rodině problémy, nemá soukromí

Paradigmatický model v zakotvené teorii (Strauss a Colbinova, 1999 s. 72.) spojuje subkategorie s kategoriemi do souboru vztahů určujícího příčinné podmínky, jev, intervenující podmínky, strategie jednání a interakce a následky. Použití tohoto modelu umožní o údajích systematicky přemýšlet a vzájemně je mezi sebou vztahovat nejrůznějšími způsoby.

Schéma přístupu – zakotvená teorie podle (Straus a Colbinova, 1999)

- (A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY
- (B) JEV
- (C) KONTEXT
- (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY
- (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE
- (F) NÁSLEDKY

**Příčinné podmínky** je třeba vnímat jako veškeré události, dění, které vede k výskytu nějakého jevu.

**Jevem** je ústřední myšlenka, dění, událost, na který se zaměřuje soubor zvládajících nebo ovládajících jednání, k němuž má tento soubor nějaký vztah.

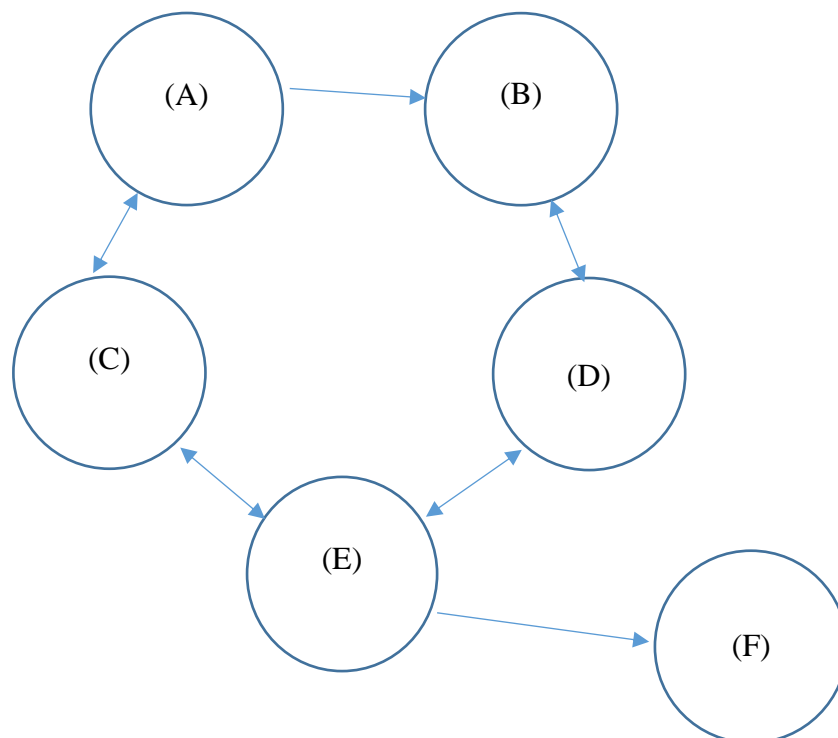
**Kontext** vytváří bezprostřední okolí jedince, konkrétní soubor podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie jednání a interakce.

**Intervenující podmínky** jsou strukturní podmínky, které souvisí se strategiemi jednání nebo interakce, které jevu náleží. Usnadňují nebo naopak znesnadňují strategie použité v určitém kontextu.

**Jednání a interakce**, strategie vyvinuté ke zvládnutí, ovládnutí, vykonávání nebo reagování na jev za určitých podmínek.

**Následky** jsou následky nebo výsledky jednání a interakce.

Příčinné podmínky (A) přímo způsobí nějaký jev (B). Příčinné podmínky vznikají v nějakém kontextu (C). Příčinné podmínky a kontext, se vzájemně ovlivňují. Strategie jednání (E), kontext a příčinné podmínky jsou ve vzájemné interakci. Intervenující podmínky (D) ovlivňují strategii jednání, přičemž jsou ve vzájemném vztahu s jevem. Následek (F) je výsledkem jednání a interakce jako vyústění z kruhu vzájemně se ovlivňujících procesů.



Příčemž následek se může stát jevem a jev příčinnou podmínkou. Neuvěřitelné množství vzájemných kombinací a vytváření stále nových a nových vztahů vede k systematickému přemýšlení o souvislostech a dalších možných řešení sociálních situací.

Metodu aplikované teorie lze použít ve skupinové případové studii, kdy je cílem provést porovnání jednotlivých případů metodou kontrastů a srovnání.

### **ONP – I. skupina**

Jevem je fakt **hospitalizace** na oddělení následné péče, společným znakem, jak bylo popsáno výše, je další fakt, a to **podání žádosti** o pobytovou sociální službu a předpoklad budoucího umístění do této služby.

Neuvažujeme zde o následku jiném, než je pobytová sociální služba, protože vycházíme z již existujících záznamů o poskytnutí tohoto typu služby. Následek, ale vlivem kontextu, intervenujících podmínek, strategie jednání má tři různé kvality.

- Senior je spokojený, bylo splněno jeho přání a naplněna potřeba jistoty, bezpečí.
- Senior není spokojený v pobytové sociální službě, avšak je vlivem uplatňujících se intervenujících podmínek a kontextu schopen akceptace skutečnosti.
- Senior není schopen adaptace na novou situaci, není schopen přijetí a strádá.

Příčinnou podmínkou je změna ve zdravotním stavu, ke které dochází v kontextu s nezvládnutím podmínek bydlení (následky pádů) nezvládnutí dietního stravování, nedobrých rodinných vztahů. Hospitalizace seniora jako jev, by měla vždy vyústit v monitoring kontextu, tzn., z jakých podmínek přichází, co podmínilo potřebu hospitalizace, jaké jsou intervenující podmínky.

Je třeba získat odpovědi na otázky:

Žije senior v lokalitě dostupné nebo se jedná o odlehlou lokalitu?

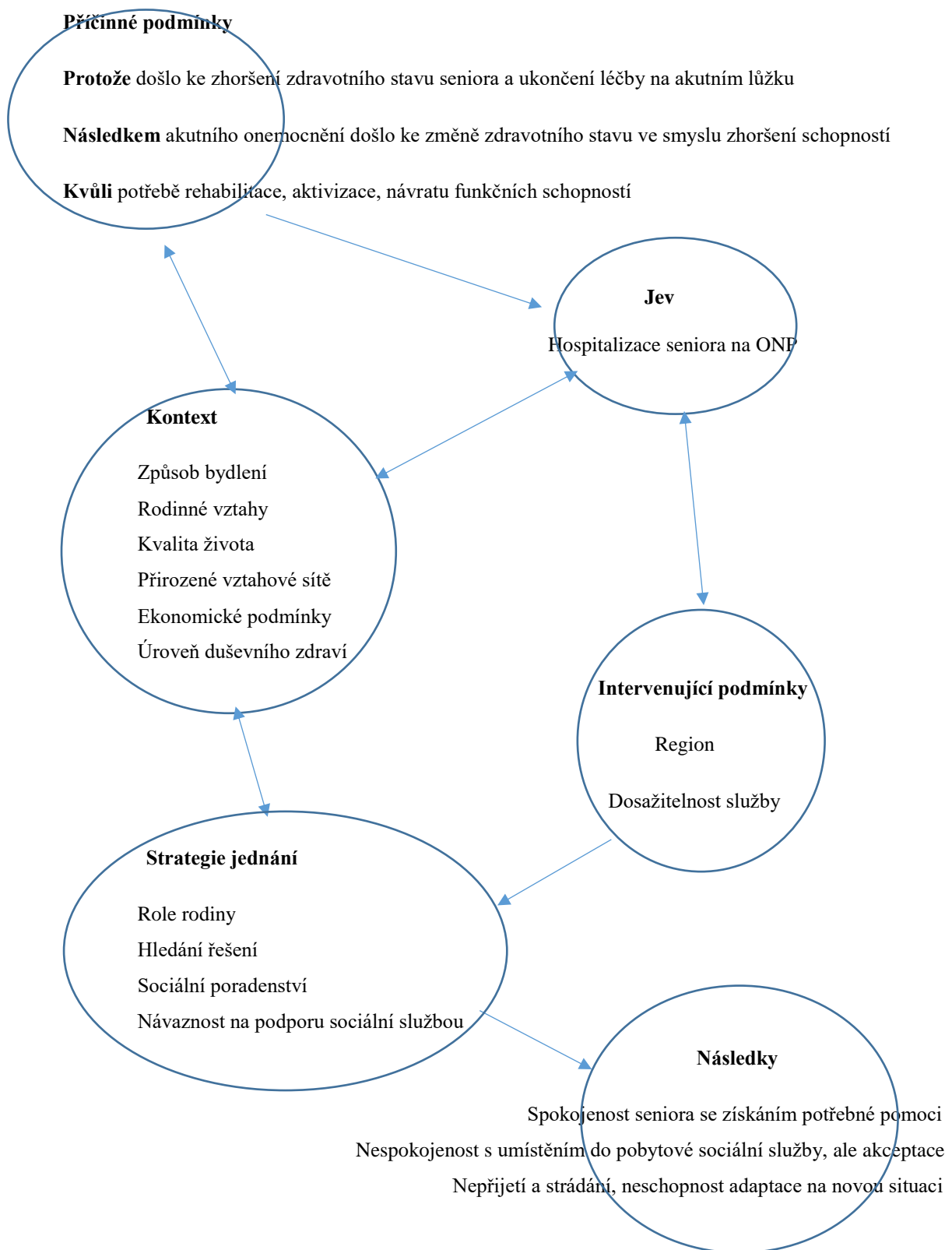
Má senior sociální služby na dosah?

Jakou roli má rodina?

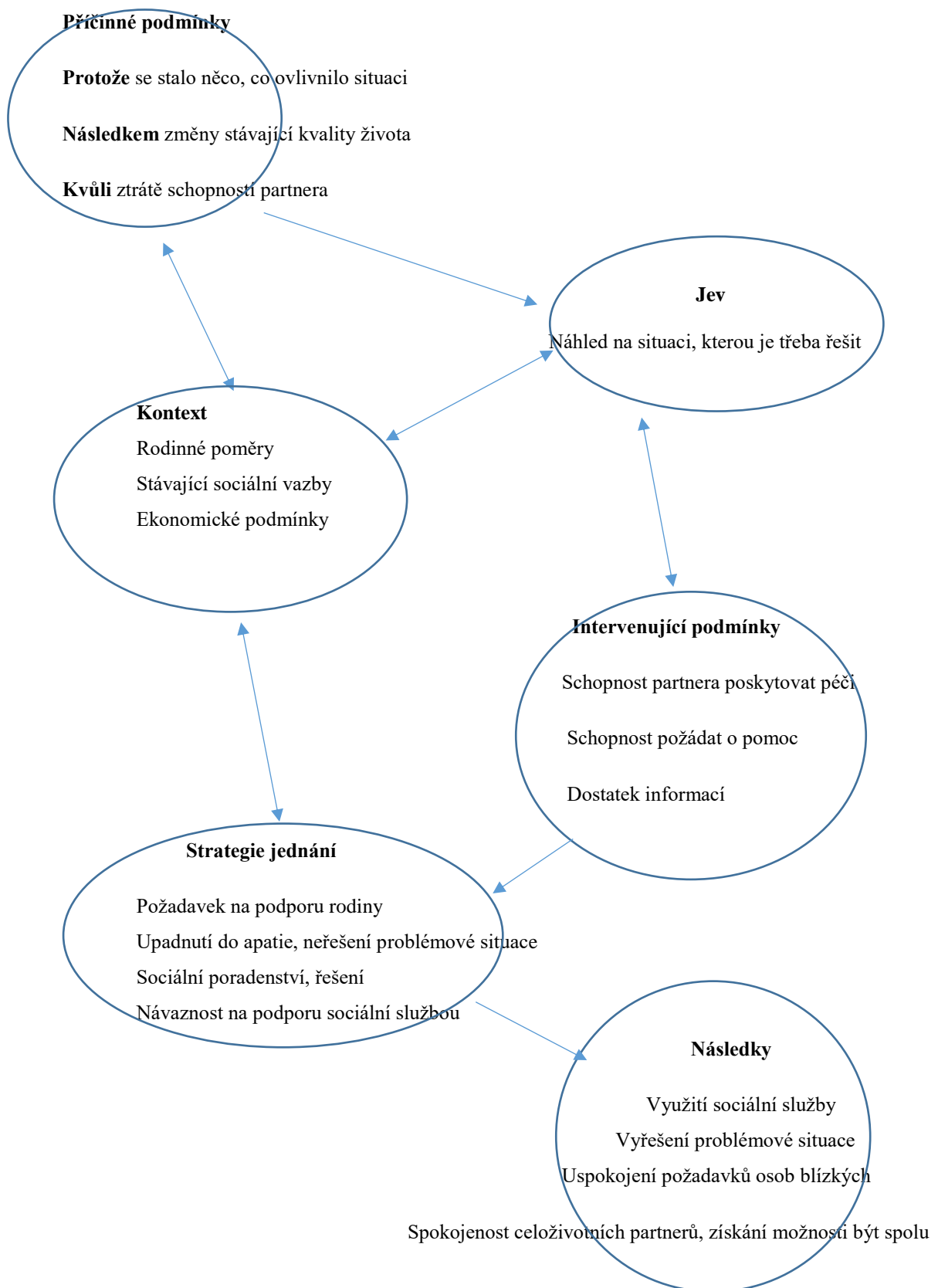
Jedná se o oblast kompetencí sociálního pracovníka zdravotnického zařízení, který by podle zhodnocení dostupných informací, ve své podstatě z výsledku provedeného sociálního šetření, měl zvolit strategii jednání. Významná je v této situaci role rodiny a navázání spolupráce se sociální službou. Z výsledků výše uvedených je zřejmé, že zvolenou strategií je podání žádosti o pobytovou sociální službu.

Praxí je ověřena skutečnost, že přechodem z role pacienta do role klienta či uživatele sociální služby stoupá ve většině případů kvalita života seniora.

**Skupina ONP – schéma možného použítí metody aplikované teorie**



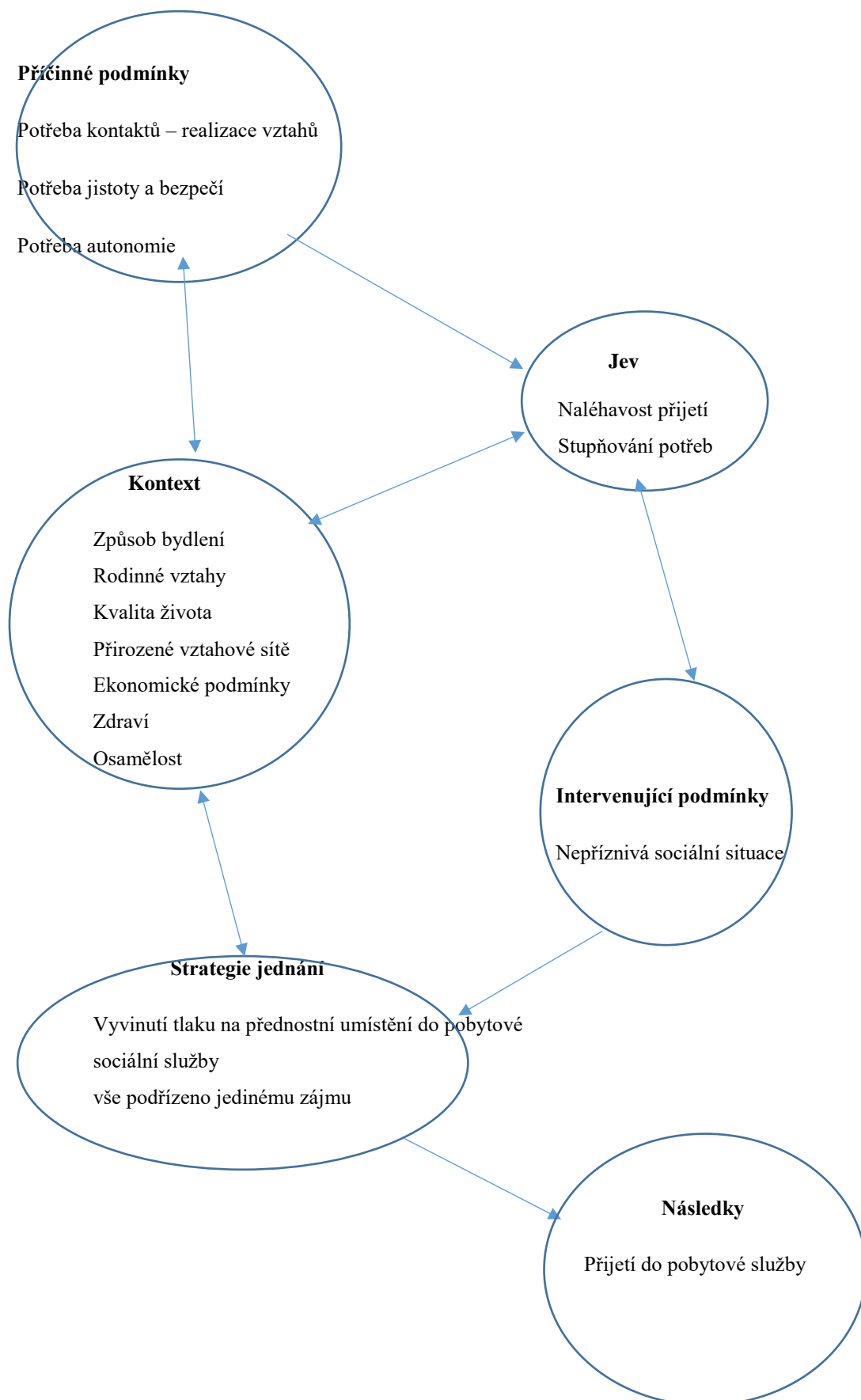
Skupina manželské páry – schéma možného použití metody aplikované teorie



V průběhu celého zpracování tématu se vrací jako zásadní pojem **změna**. Změna v jakékoli podobě se projevuje i při řešení nepříznivé sociální situace mezi manželi či párem. Příčinné podmínky v kontextu situace, vyvolají potřebu pojmenovat problém učinit náhled na situaci, kterou je nutno řešit. Ztráta podpory rodiny, zpretrhání sociálních vazeb např. i z důvodu omezené lokomoce, ztráta kontaktů, chybějící informace vyústí ve strategii jednání – podání záznamu o umístění do sociální služby. Následek jako využití sociální služby vedoucí ke zvýšení kvality života, vyřešení problému a znovuzískání potřeby jistoty a bezpečí. Může se zde jednat o následek jako uspokojení potřeb osob blízkých zajištěním bezpečného prostředí pro osoby, na nichž jim záleží a o které dosud pečovali, avšak další péče byla nad jejich síly. Ovšem zásadním, jak bylo uvedeno, je pro manžele možnost zůstat spolu.



**Skupina akutní** – schéma možného použití metody aplikované teorie



Ve skupině zájemců o pobytovou sociální službu vyhodnocenou jako akutní je zaznamenán jeden společný zájem – **přijetí do služby**. Jde o následek strategie jednání, která je zcela podřízena tomu, aby bylo dosaženo tohoto cíle. Jako příčinná podmínka by se mohla definovat celá řada důvodů uváděných výše, a které lze shrnout do pojmenování tří typů potřeb:

- Potřeba kontaktů, realizace vztahů
- Potřeba jistoty a bezpečí
- Potřeba autonomie

Proč, z jaké příčiny je naléháno na umístění do sociální služby - právě proto, že není naplněna některá z potřeb.

Co vedlo ke vzniku těchto potřeb je obsahem kontextu.

Subjektivní vnímání své situace jako nepříznivé, je důležitou intervenující podmínkou. Zdánlivě zcela účelné jednání, zvolená strategie je vyústěním silné potřeby saturace nedostatku, který je seniorem prožíván.

#### **4.3.2 *Expertní evaluace***

Zákon o sociálních službách, jako jednu z povinností poskytovatele sociálních služeb, definuje povinnost dodržovat standardy kvality. Tyto standardy specifikuje prováděcí vyhláška. Každý poskytovatel sociálních služeb se s účinností zákona musel s danou skutečností vyrovnat. Zákon o sociálních službách byl velmi výrazným mezníkem v oblasti sociálních služeb, třebaže s odstupem času již vyžaduje úpravu a novelizaci, přinesl základní změnu ve vnímání a v postavení příjemce sociální služby. Z pasivního příjemce služby se stal aktivní participant na službě. Správní akt rozhodnutí se změnil na smlouvu mezi partnery. Tato skutečnost více než dříve vyžadovala srozumitelné a jasné nastavení všech procesů služby do co největších detailů. Základním předpokladem při tvorbě jakékoli metodiky v sociálních službách je přijetí faktu, že se jedná o neustálý proces přehodnocování nastavených strategií. Metodické materiály v sociálních službách jsou materiály tzv. živé.

Používaný nástroj pro posuzování nepříznivé sociální situace zájemce, především pro zjišťování potřeb za účelem získání podkladů pro rozhodnutí o přijetí do zařízení je

vlastní. Na základě zkušeností z praxe, testování jednotlivých kroků za podpory široké diskuze byl zpracován model posuzování a je součástí celého metodického materiálu zkoumané sociální služby. Jednotlivé postupy jsou pravidelně analyzovány a hodnoceny, dle aktuálních podmínek a potřeb a v rámci např. legislativních změn, přepracovávány.

V této části práce bylo provedeno detailní zhodnocení nastaveného procesu s cílem vyhledat silné a slabé stránky. Celý standard „Jednání se zájemcem o službu“ je v příloze, aby byla zřejmá logická návaznost. Pro potřebu hodnocení procesu byly jednotlivé části odděleně komentovány.

### **Výňatek z metodického materiálu sociální služby (součást přílohy č. 1 )**

#### ***Vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy s klientem***

##### **1. pravidlo**

Kdo je oprávněn jednat se zájemcem o službu, a kdo se ještě tohoto jednání může účastnit:

- Jednání pro uzavírání smlouvy se zájemcem o službu vede sociální pracovníkce DKE ve spolupráci s vedoucím pracovníkem (příp. jeho zástupcem) ošetrovatelského úseku
- Jednání může být přítomna další blízká osoba zájemce o službu
- Jednání s klientem, který je omezen v právních úkonech či zcela těchto práv zbaven, musí být přítomen opatrovník
- Jednání musí být přítomen zvláštní příjemce důchodu, pokud je klientovi určen
- Smlouvy podepisuje ředitelka nebo zástupce ředitelky

Zde si sociální služba vyhrazuje možnost konzultace se zdravotnickým pracovníkem. Vychází ze zkušenosti, kdy sám žadatel či rodina, ve snaze uspíšet přijetí, zcela účelně nadhodnocuje zdravotní postižení.

*Příklad: rodinou i samotnou žadatelkou deklarovaná úplná slepota vyústí po přijetí do pobytové služby jako zanedbatelný hendikep, klientka se ukáže být soběstačnou a samostatnou.*

**Expert:** Spolupráce sociálního pracovníka s ostatními odbornými pracovníky zařízení je nezbytná.

## **2. pravidlo**

Kde a jakým způsobem bude jednání probíhat:

Základním předpokladem nastavení osobního cíle, poznání potřeb a schopností klienta ve smyslu rozsahu ošetrovatelské péče je opakované jednání v přirozeném prostředí klienta nebo v prostředí, ve kterém se aktuálně nachází.

Další jednání může po dohodě s klientem probíhat v DKE nebo v jiném dohodnutém prostředí.

Bude respektováno přání zájemce o službu, zda má být o jednání informována další osoba či nikoliv.

**Expert:** Vychází se z individuálního přístupu, jak bylo již zmíněno, vždy je třeba odhalit opravdový zájem seniora.

## **3. pravidlo**

Jaké informace budou zájemci o službu poskytnuty a v jaké formě:

Zájemce o službu bude postupně seznámen se všemi dokumenty vztahujícími se k přijetí do zařízení a k poskytování služeb sociální péče. Text všech smluv a dohod včetně domácího řádu bude mít k dispozici v tištěné formě, příp. mu bude postupně zřetelně předčítán. Vždy bude dbáno na to, aby bylo získáno jasné vyjádření, zda slyšenému nebo čtenému správně rozumí.

Předávání informací bude věnována individuálně dlouhá doba.

**Expert:** Proces je správně nastaven, v systému sledování silných, slabých stránek, příležitostí a hrozeb, lze vyjádřit pouze hrozbu, že nebude nastaveným způsobem postupováno.

#### 4. pravidlo

Jak bude zařízení řešit jednání se zájemcem o službu, který má potíže s komunikací:

Pracovníci DKE jsou školeni v alternativních způsobech komunikace (např. komunikace s lidmi trpícími syndromem demence apod.).

**Expert:** Proces je správně nastaven, v systému sledování silných, slabých stránek, příležitostí a hrozeb, lze vyjádřit pouze hrozbu, že nebude nastaveným způsobem postupováno.

#### 5. pravidlo

Jaké informace budou u zájemce o službu zjišťovány a jakou metodou:

Základem je opakované sociální šetření tzn. osobní přítomnost sociální pracovnice event. vedoucího pracovníka ošetrovatelského úseku v přirozeném prostředí zájemce o službu nebo v místě, kde se aktuálně nachází. Sociální šetření je založeno na standardizovaném pozorování, které je podloženo záznamy a na opakovaných neřízených rozhovorech. Primární potřeby zájemce o službu jsou rovněž zaznamenávány. Veškeré záznamy jsou vedeny s ohledem na citlivost získávaných údajů a jako s takovými je s nimi nakládáno.

DKE zaručuje zájemci o službu, že nebudou zjišťovány jiné informace a zaznamenávány údaje, které nesouvisejí s právní normou upravující vztahy uživatele a poskytovatele sociální služby.

Informace týkající se zdravotního stavu a jiné citlivé údaje podléhají povinné mlčenlivosti pracovníků DKE. Předání informací tohoto typu další osobě je možné pouze na základě výslovného, písemně potvrzeného, přání klienta.

**Expert:** Hrozbou se stává nutnost vykazovat celou řadu údajů o klientech v rámci různých dotazníkových šetření a sběru informací ve vztahu k dotačnímu řízení dle požadavků jednotlivých krajů. Poskytovatel zaznamenává již od prvotního kontaktu stále širší objem údajů. Tato skutečnost se jeví jako nutnost, zpětné dohledávání dat je obtížné. Je zde kolize mezi požadavky inspektorů kvality, ochráncem práv a požadavky donátorů.

## 6. pravidlo

Kdy může být smlouva mezi poskytovatelem a uživatelem uzavřena:

Smlouva se uzavírá před nástupem klienta do zařízení za předpokladu, že jsou splněny všechny dílčí požadavky. Pro jednání s klientem v souvislosti s přípravou smlouvy není vymezen časový úsek.

**Expert:** Proces je správně nastaven, v systému sledování silných, slabých stránek, příležitostí a hrozeb, lze vyjádřit pouze hrozbu, že nebude nastaveným způsobem postupováno.

Tabulka č. 4 Struktura sociálního šetření

<b>Základní struktura sociálního šetření</b>
• příprava – administrativní činnosti
• otevření - základní informace, získávání prostoru pro opakovaná jednání, získání důvěry
• dojednávání – objasnění možností, předložení nabídky, vyslovení objednávky
• vyjasňování – vymezení oblasti spolupráce, stanovení cíle této spolupráce
• ukončení - shrnutí

Zdroj: výňatek z metodického materiálu (příloha č. 1)

## I. fáze jednání – postup při vydávání Záznamového listu

Vydávat Záznamové listy jsou oprávněny sociální pracovníce a zaškolená administrativní pracovníce.

- 1) Záznamový list spolu s balíčkem informací si vyzvedává sám zájemce o službu nebo osoba mu blízká. Balíček informací obsahuje informace o DKE v písemné podobě.
- 2) Při předávání informací je nezbytné přizpůsobovat projev komunikačním schopnostem zájemců, průběžně ověřovat správné pochopení předávaných informací.

- 3) Informovat zájemce, že služby domova pro seniory jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost, potřebují pomoc druhé osoby, dosáhly věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, mají různý stupeň závislosti na péči a jsou osmaělé či ohrožené sociální izolací.
- 4) Zájemce je seznámen:
  - a) s rozsahem služeb
    - poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy
    - pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
    - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
    - sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti
    - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - b) s finančními podmínkami
    - výší úhrady za ubytování
    - výší úhrady za stravování
    - s 15% „kapesným“<sup>11</sup>
    - výší úhrady za péči odpovídající přiznanému PnP
    - výší kauce
  - c) s kapacitou služby domova pro seniory, její obsazeností a možnostech umístění
  - d) s tím, že o přijetí do domova pro seniory rozhoduje aktuální nepříznivá sociální situace, a ne pořadník
- 5) V elektronické podobě je Záznamový list včetně výše uvedených informací pro zájemce k dispozici na webových stránkách DKE: [www.demmy.cz](http://www.demmy.cz).

**Expert:** Balíček informací obsahuje kromě propagačního letáčku, v přizpůsobené formě (větší písmo, přehledný text) základní informace o ubytování, stravování, vnitřních činnostech a aktivitách a o rozsahu a možnostech ošetrovatelské péče. Dále obsahuje informace o vedení osobní dokumentace, ceník služeb a záznamový list. Balíček

---

<sup>11</sup> Tzv. „kapesné“ je zákonem stanovená minimální výše finančních prostředků, které musí zůstat pro potřeby seniora (15% jeho příjmů).

informací dostává každý zájemce, protože senior i jemu nejbližší potřebují čas na vstřebání poměrně velkého množství informací v počátku vyjednávacího procesu.

Kauci při nástupu vyžaduje zařízení vzhledem ke zkušenostem, kdy docházelo k úmyslnému poškozování majetku zařízení či neodpovědnému jednání osob blízkých při řešení pozůstalostních věcí klienta pobytové služby.

### Úvodní rozhovor – sociální šetření 1. část

**Datum:**

**Jméno žadatele, kontakt:**

**Přítomní u rozhovoru:**

*Upozornění na potřebu provádění písemného záznamu – souhlas přítomných*

**Struktura rozhovoru:**

*(zájemce, doprovod, co kdo říká)*

**Očekávání, přání, potřeby, intervence:**

*(Ihned, zatím ne, velmi akutní, jiné služby, poradenství)*

**Předání balíčku informací, ověření srozumitelnosti podaných informací:**

*(Zájemce je seznámen: ubytování, strava, aktivizace, finance – kapesné, PnP, kauce, kapacita)*

**Zapsala:**

**Reflexe SP:**



**Expert:** Dobrá příprava úvodního rozhovoru staví sociálního pracovníka do výhodné pozice, neboť není výjimečné, že dochází ze strany žadatelů k manipulačnímu jednání. Zcela zásadní v této části jednání se zájemcem o službu je přesné zaznamenávání co kdo říká, zda se vyjadřuje senior sám či zda za něho hovoří ostatní. Nelze však nepřipustit situaci, kdy opravdu a zcela v zájmu seniora hovoří rodina. Zde je nutná odborná zdatnost sociálního pracovníka, aby byl schopen správné reflexe situace.

V procesu posuzování potřeb a naléhavosti umístění seniora do pobytové služby je úvodní rozhovor významný jako **první regulační mechanismus počtu zájemců o službu**. Redukce velkého množství zájemců je zřetelná již z provedené analýzy.

Výstup z úvodního rozhovoru může být:

A. **Nepřijetí záznamu** - (§ 36 prováděcí vyhlášky), poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže:

- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci,
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití.

Tyto záznamy se nestávají součástí evidence, není s nimi ve smyslu dalšího sociálního šetření pracováno.

B. **Přijetí záznamu** – přičemž během této úvodní fáze jednání došlo k vyjasnění požadavků seniora, tzn. evidence záznamu pro **budoucí aktualizování** požadavku, který bude vyvolán **změnou situace** seniora.

Tyto záznamy jsou součástí evidence. Záznamy jsou zařazeny jako neaktivní, není s nimi ve smyslu dalšího sociálního šetření pracováno. Součástí je vyhodnocení bodové úrovně použitím schématu sociálního šetření ve smyslu určení míry samostatnosti a soběstačnosti (příloha č. 1). Tato část metodického materiálu byla použita při zpracování analýzy záznamů. Bodové hodnocení má podpůrný charakter, slouží

k zaznamenání aktuální skutečnosti potřeb a míry závislosti na druhé osobě. Pro sociálního pracovníka je zdrojem základních informací a dokládá zpětně postup sociálního pracovníka.

Stále se nacházíme v úvodní části jednání se zájemcem o pobytovou sociální službu. Je důležité vnímat, že potřeba evidence záznamu v kategorii – do budoucna- je přednesena osobně, jedná se o skupinu seniorů, kteří jednají **sami za sebe** (bez ohledu na to, zda jsou či nejsou doprovázeni rodinou či blízkými) projevují **svou vůli, svůj zájem** a lze vycházet i ze skutečnosti, že se jedná o projev **náhledu na svou situaci a o odpovědný přístup** k budoucnosti.

Protikladem je skutečnost, že pečující **rodina** má **potřebu zajistit budoucnost** jejího člena v případě změny zdravotního nebo psychického stavu **a jedná v zájmu seniora**.

Dalším protikladem, je pečující rodina, mající **užitek ze seniora**, v případě, že nebude dál pro rodinu přínosem, nehodlá tato se tzv. „obětovat“ a chce předat seniora do péče zařízení, **přenést odpovědnost**.

**Expert:** záznamové listy jsou zaevidovány, předány jsou potřebné či požadované informace, vztah se zájemcem je definován jako **neaktivní**

Projevení zájmu o pobytovou sociální službu může být provedeno různými způsoby (analýza záznamů), v tom případě **pokračuje sociální šetření** a jeho základem je **ověření zájmu seniora** a to v případě, že:

C. Záznam požaduje **rodina či osoba blízká**, senior je „doma“ – posouzení aktuální situace v přirozeném prostředí:

- a) jedná v zájmu seniora – otevření prostoru pro základního sociálního poradenství, návrh a realizace řešení, schopnost vzájemné komunikace
- b) nejedná v zájmu seniora a jednání je účelové – stupňování tlaku na přijetí do pobytové služby tzv. za každou cenu (přehánění, zveličování

problémů, zdravotních, komunikačních, vztahových)

- c) zdánlivě nejedná v zájmu seniora – nesprávný náhled na situaci, neschopnost orientace v problému, prostor pro komunikaci a řešení je velmi zúžený

Praxí ověřeno – pokud rodina nejedná v zájmu seniora – musí v jeho zájmu jednat sociální pracovník.

- D. Záznam přichází **poštou ev. elektronickou poštou** – jednoznačné pokračování sociálního šetření – fáze jednání pro sociálního pracovníka obtížné, které spočívá ve vyhledání kontaktů, navazování komunikace, překonávání barier – vzdálenost, čas, ochota ke spolupráci apod.
- E. Záznam přichází **z jiného zařízení** - zde se převážně jedná o aktivitu ONP, tato problematika je diskutována v analýze zájemců ev. jiné zařízení sociálních služeb, v tom případě může jít jak o zájem seniora, který chce změnu z důvodu nespokojenosti nebo jen z důvodu vzdálenosti od rodiny
- F. Nepřichází konkrétní záznam, ale **požadavek instituce** na prošetření situace seniora – obecní úřad, registrující lékař, pečovatelská služba – prostor pro sociální šetření a spolupráci v zájmu seniora

**Expert:** zásadním pro celý postup tak, jak byl výše popisován, je proces **redukce** velkého množství zájemců na základě objektivního posouzení situace či na základě vzájemného vyjednávání a řešení aktuálních potřeb seniora. Počet aktivních zájemců o sociální službu i tak přesahuje kapacitní možnosti zařízení sociálních služeb.

Pro sociálního pracovníka nastává důležitá část procesu jednání se zájemcem o službu a to:

**Sociální šetření** v místě současného pobytu tzv. **v přirozeném prostředí.**

Předmětem je:

- Ověření zájmu seniora:
  - a) ANO – pokračuje sociální šetření

b) NE – sociální šetření ukončeno (příčemž je nutná akceptace limitů stáří)

- Posouzení objektivních podmínek včetně využití již dříve uvedeného materiálu k bodovému hodnocení samostatnosti a soběstačnosti podle stanovených kritérií (příloha č. 1)

Bodové vyjádření stále zůstává podpurným prvkem hodnocení.

Zásadní pro sociální šetření je: ROZHOVOR a POZOROVÁNÍ

**Expert:** Výsledná reflexe situace seniora, založená na schopnosti reflexivity sociálního pracovníka vyústí do zařazení zájemce do skupiny naléhavosti umístění. Schopnost empatie zvláště v interakci se seniorem je pozitivní, avšak požadavek na sociálního pracovníka, v jehož kompetenci je posuzování potřeb seniora a definování naléhavosti vyžaduje odstup, profesionální nadhled.

V procesu definování naléhavosti umístění při předchozí redukci počtu zájemců zařazením části do tzv. neaktivních je třeba stále postupovat s vědomím, že právě uvolněné místo v pobytové sociální službě pro seniory je jen jedno.

Výstup z úvodního rozhovoru a prvotní informace o zájmu, souhrn:

- A. Nepřijetí záznamu
- B. Záznam je neaktivní slouží jako pojistka do budoucna
- C. Senior je v přirozeném prostředí, zájem je projeven samotným seniorem nebo rodinou
- D. Záznam přichází poštou, potřeba navázání kontaktu
- E. Záznam přichází z jiného zařízení (ONP, sociální služba)
- F. Upozornění na nepříznivou situaci seniora institucí

**Expert:** První dva body již významnou redukcí zájemců zajistily, je třeba se zabývat zbývajícími. Přednostní sociální šetření je nutné provést v kategoriích C; D; F se zaměřením na ohrožení seniora ve vztahu k subjektivnímu vnímání jeho potřeb. Pokud nebude vytipován budoucí klient v těchto kategoriích, teprve nastupuje jednání s jiným zařízením. Senior umístěn na ONP nebo jiném zařízení je tzv. akutně vyřešen, je o něho

„postaráno“ uvedeno již v analýze záznamů – místo pobytu seniora v době podání žádosti (obr. 13)

Nyní je třeba vyjádřit se k používanému základnímu dotazníku, který je jako první dokument založen ve složce zájemce o bytovou sociální službu (součást přílohy č. 1).

**Expert:** Označení Záznamový list je zvolen záměrně k podtržení způsobu výběru zájemců o službu. Jedná se o záznamenání základních informací od seniora (nebo osob blízkých), který má zájem řešit svou situaci, protože ji považuje za nepříznivou, nestává se podáním záznamu pořadovým číslem a nelze s podáním záznamu spojovat časový horizontu přijetí do sociální služby. Žádný poskytovatel bytové sociální služby pro seniory nedokáže dát ani jakkoli nepřesnou odpověď na nejčastěji podávanou otázku týkající se délky čekací doby. Po vyhodnocení nepříznivé sociální situace a všech příčinných a intervenujících podmínek může být poslední zájemce přijat jako první.

Záznamový list obsahuje jednak identifikační údaje, kontaktní údaje a základní vyjádření očekávání od sociální služby, což jsou v prvním kontaktu údaje nejdůležitější a měly by postačovat k zahájení jednání. Uvedení zbývajících údajů vychází ze zkušenosti jaké hlavní otázky má zájemce, zajímá se o výši úhrady, kterou lze spočítat pouze při znalosti výše úhrady. Přiznání příspěvku na péči je informací pro sociální pracovníci jakým směrem povede základní sociální poradenství. Nevyužívání příspěvku na péči není vždy jen dokladem nezávislosti na druhé osobě, ale může jít o neznalost, nedostatek informací nebo projevu studu o příspěvek požádat.

## **II. fáze jednání – postup při přijímání Záznamového listu**

Přijímat záznamové listy je oprávněna sociální pracovníce a zaškolená administrativní pracovníce (dále jen odpovědný pracovník).

### **Odpovědný pracovník provede následující činnosti:**

- 1) zkontroluje údaje zapsané do Záznamného listu
- 2) Záznamový list opatří datem přijetí a svým podpisem
- 3) Ujistí se, že zájemce je dostatečně informován:
  - a) o druhu a formě poskytovaných služeb

- b) o finančních podmínkách
  - c) o přijímání zájemců do domova pro seniory podle aktuální nepříznivé sociální situace, ne podle pořadníku
  - d) o následném jednání
- 4) zapíše převzetí Záznamového listu do Knihy zájemců o službu; konkrétně do Knihy uvede:
- datum podání
  - příjmení a jméno zájemce
  - bydliště zájemce
  - dobu pobytu (doba určitá, neurčitá)
  - zvolenou sociální službu
  - zda zájemce poskytnuté informace správně pochopil
  - a zápis opatří svým podpisem
- 5) zařadí Záznamový list do evidence zájemců o službu
- 6) požádá zájemce, aby při změně zdravotního stavu nebo zhoršení sociálních podmínek informoval sociální pracovníci
- 7) pokud uzavření smlouvy nenásleduje přímo po II. fázi jednání, dále pokračuje dle postupu „Schéma soc.šetrnosti“

**Expert:** Tato fáze je převážně administrativního charakteru, nejedná se o provedení sociálního šetření. Pokud je Záznamový list přebírán administrativní pracovníci např. z důvodu aktuální nepřítomnosti sociální pracovníce, je po provedení administrativních úkonů předán kompetentnímu pracovníku k dalšímu zpracování. Bod č. 6 má své opodstatnění pouze v případě, že je přímo požadováno zařazení mezi neaktivní zájemce a předává jej senior sám. V jiném případě by mělo dojít, jak bylo výše uvedeno, k ověření zájmu seniora. K uzavření smlouvy přímo při prvotním kontaktu se zájemcem je málo pravděpodobné, jedná se o krizové situace, kdy je senior přijat bez ohledu na volnou kapacitu zařízení, stav vážného ohrožení seniora.

## **Zahájení a cíle sociálního šetření**

**Cíl sociálního šetření:** Ověřit aktuální potřebu zájemce využívat sociálních služeb domova pro seniory, snaha vytipovat nejpotřebnější zájemce o službu.

### **Kriteria šetření:**

- ověření rozhodnutí zájemce o umístění do domova pro seniory
- posouzení míry závislosti a objektivních sociálních podmínek zájemce
- posouzení, zda potřeby a požadavky zájemce se shodují s poskytovanými službami

### **Zahájení přednostního sociálního šetření:**

- pokud při přijímání záznamového listu zájemce sdělí, že se nachází v naléhavé nepříznivé sociální situaci
- pokud aktualizuje svůj záznamový list pro zhoršení zdravotního stavu nebo sociálních podmínek
- na upozornění pracovníků odboru sociálních věcí a školství MÚ Neratovice nebo pracovníků terénních sociálních služeb (pečovatelská služba, Farní charita apod.) o zhoršení zdravotního stavu nebo sociální situace
- v případě nejasných skutečností – viz. postup Schema sociálního šetření (příloha č. 1)

Postupné šetření všech zájemců o službu z evidence přijatých záznamových listů.

**Expert:** Sociálnímu šetření podléhá každý projevený zájem o službu s výjimkou záznamů již uváděných přímo ve skupině neaktivních. Nelze provést odpovědně sociální šetření okamžitě, jedná se o časově náročnou činnost s preferencí provádění šetření v přirozeném prostředí. Je třeba stanovit pořadí, kdy sociální pracovník bere v úvahu výše uvedená kritéria upřednostnění. Podle možností zájemce, osob blízkých i sociálního pracovníka je dojednáváno setkání a postupně jsou prováděna sociální šetření z evidence záznamových listů.

Celé schéma jednání zájemce o sociální službu je v příloze č.1. Jedná se o zpracování optimálního postupu v procesu jednání a sociálního šetření, jak bylo nastaveno sociální službou. Je třeba zdůraznit, že nelze předpokládat naprosto přesný postup v každém jednotlivém případě šetření. Naopak je nutné reagovat aktuálně na situaci, ve které se zájemce a sociální pracovník nacházejí, znamená to, že jednotlivé fáze jednání se mohou prolínat nebo i opakovat.

Zjednodušené schéma celého jednání se zájemcem o službu

### **Nastavení pravidel**

#### **I.fáze jednání – vydání Záznamového listu**

1. část sociálního šetření – úvodní rozhovor (provedení bodového hodnocení samostatnosti a soběstačnosti dle schématu)

#### **II. fáze jednání – přijímání Záznamového listu**

Zahájení sociálního šetření –

1. část sociálního šetření – úvodní rozhovor (provedení bodového hodnocení samostatnosti a soběstačnosti dle schématu)

#### **III. fáze jednání – sociální šetření**

1. část sociálního šetření – úvodní rozhovor (provedení bodového hodnocení samostatnosti a soběstačnosti dle schématu)
2. část sociálního šetření – v přirozeném prostředí (přehodnocení bodového výsledku dle schématu)
3. část sociálního šetření – opakované (přehodnocení bodového výsledku dle schématu)

**Expert:** z přehledu je zřejmé, že k první části sociálního šetření může dojít již v při prvotním kontaktu, stejně jako při přijímání Záznamového listu, může být vždy provedeno bodové hodnocení, ale nemusí. Sociální pracovník vychází vždy z jedinečnosti aktuální situace a proces jednání je přizpůsobován. Jak již bylo opakovaně diskutováno, bodové hodnocení je podpůrným prvkem a slouží pro orientaci sociálního pracovníka. Opakované použití systému bodového hodnocení může ukázat



na vývoj změn v oblasti samostatnosti a soběstačnosti a je vodítkem pro další intervence ze strany sociálního pracovníka, ve smyslu nabídky podpory potřebnou sociální službou např. terénní pečovatelskou službou či osobní asistencí. Na základě výše bodového hodnocení nelze určit stupeň naléhavosti umístění seniora do pobytové služby. Významnější část sociálního šetření je stanovená struktura rozhovoru a pozorování jako podklad pro reflexi situace posuzovaného seniora sociálním pracovníkem.

Upozornění na problematické oblasti procesu jednání se zájemcem o službu, které nebyly v průběhu hodnocení metodického materiálu komentovány.

- Výstupem ze sociálního šetření, jak je uvedeno ve schématu III. fáze jednání (příloha č. 1) je uvedeno mimo vyhodnocení šetření a popisu do PC i aktualizování pořadníku. Opakovaně bylo zdůrazňováno a argumenty podloženo, že nelze v pobytové sociální službě vést pořadník. Toto konstatování je zavádějící.
- V podmínkách pro pokračování sociálního šetření je velmi problematický bod D a bod F

Pokud bychom odsouhlasily pravdivost všech těchto tvrzení, popírali bychom velkou část analýzy potřeb seniorů, ze které mimo jiné vychází i respektování subjektivně vnímané a závažné potřeby seniora, který je sice samostatný a soběstačný, leč ohrožený sociální izolací, strádá vlivem ztráty kontaktů, je osamělý apod., jak bylo již diskutováno výše. V tomto světle je velmi obtížné konstatovat, že zájemce nepotřebuje pomoc druhé osoby, jeho subjektivní vnímání je odlišné, nelze opomenout rovněž projev svobodného rozhodnutí řešit svou situaci. Bylo by lépe vyhodnotit záznam jako neaktivní a zařadit do evidence, ukončit proces sociálního šetření, avšak reagovat na případnou změnu podmínek, neukončovat direktivním způsobem jednání se zájemcem o službu.

## PODMÍNKY PRO POKRAČOVÁNÍ V ŠETŘENÍ

		<b>Pokud ANO:</b>
A	Je zájemce t.č. krátkodobě hospitalizován?	Sociální šetření bude provedeno po doléčení zájemce, a to na jeho výzvu nebo výzvu poučené blízké osoby. Záznamový list zůstává v evidenci. Konec sociálního šetření. Je-li zájemce dlouhodobě hospitalizován na oddělení následné péče, pokračuje se v šetření.
		<b>Pokud NE:</b>
B	Chce zájemce nadále do domova pro seniory?	Na základě rozhodnutí zájemce bude záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
		<b>Pokud NE:</b>
C	Odpovídají služby domova pro seniory požadavkům zájemce?.	Na základě informací zjištěných sociálním šetřením, případně vyjádřením lékaře o zdravotním stavu je zájemce informován o nepřijetí do DKE. Záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
		<b>Pokud NE:</b>
D	Má zájemce přiznaný příspěvek na péči, podanou žádost nebo ze sociálního šetření se zájemcem vyplývá nutnost informovat zájemce o nároku na příspěvek na péči?.	Zájemce je soběstačný. Je informován o nepřijetí do DKE z důvodu, že nepotřebuje pomoc druhé osoby. (Pokud nenastanou mimořádné okolnosti.) Záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
		<b>Pokud ANO:</b>
E	Má zájemce onemocnění vyžadující stálou péči zdravotnického zařízení?	Na základě lékařské zprávy a informací získaných sociálním šetřením je zájemce informován o nepřijetí do DKE. Záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
		<b>Pokud ANO:</b>
F	Je zájemce přijatý do jiné pobytové sociální služby?	Na základě přijetí zájemce do jiné pobytové sociální služby je zájemce informován o nepřijetí do DKE. Záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.

Obr. č. 17 Podmínky pro pokračování v šetření. Zdroj: výňatek z metodického materiálu (příloha č. 1)

Stejně diskutabilní je vyřazení záznamu z evidence z důvodu přijetí do jiné sociální služby. Tato skutečnost svědčí o akutním vyřešení nepříznivé sociální situace seniora, ale neznamená pominutí potřeby umístění ve službě, o kterou původně projevil zájem. Může existovat řada vážných důvodů proč trvat na změně služby.

## Výstup

Největším přínosem pro pobytovou službu je fakt zpracování vlastního metodického postupu. Tvorbě materiálu nutně předchází široká diskuze o jednotlivých krocích. Přesto, že hodnocený materiál obsahuje nedostatky, je zřejmé, že je zpracován pečlivě s vědomím profesionální odpovědnosti k problematice posuzování a výběru potřebných zájemců o pobytovou sociální službu. Jak bylo již uvedeno, jednání se zájemcem a posuzování potřeb je proces, který se neustále vyvíjí a mění, vyžaduje aktivní přístup a uplatňování schopnosti reflexivity celého pracovního týmu.

Aktuálnost řešeného tématu podtrhuje v současné době probíhající sběr dat iniciovaný MPSV ČR pro potřeby zpracování analýzy pobytových sociálních služeb, jejíž výstupy budou sloužit jako podklady pro návrhy metodických postupů pro přijímání žadatelů, zjišťování potřeb u žadatelů o pobytové sociální služby a vyhodnocování nepříznivé sociální situace pro pracovníky obcí.

Jedna z otázek je právě zaměřena na posuzování potřeb, zda je používán nějaký nástroj (pevná struktura, pravidlo) pro posuzování nepříznivé sociální situace zájemce (především pro zjišťování potřeb) za účelem získání podkladů pro rozhodnutí o přijetí do zařízení.

Jiné možnosti než využívat vlastní nástroj v podobě výše uvedeného metodického postupu jsou například využívání některého z informačních systémů. Tyto programy jsou ovšem založeny na bodovacím systému, který může být úspěšně použit jako podpůrný systém, jak vychází z předloženého výzkumu, nelze ho použít při stanovování míry naléhavosti přijetí (výběr ze zájemců, upřednostnění přijetí na základě posouzení nejvyšší potřeby).

Podobně problematické je řídit se pouze podle kritérií pro posuzování schopnosti zvládat základní životní potřeby, posouzení pro stanovení výše příspěvku na péči – Příloha č. 1 k vyhlášce č.505/2006 Sb., Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby.

Standardizovaný záznam sociálního pracovníka – Příloha k vyhlášce č.332/2013 Sb.  
Vzor standardizovaného záznamu sociálního pracovníka může být s úspěchem využíván jako zdroj informací při sestavování vlastního nástroje.

Jako optimální se jeví čerpat z dostupných zdrojů, využívat strukturu zakomponovanou v některém z informačních systémů jako databázi informací, zpracovat vlastní strukturu pracovních postupů k naplnění standardu kvality – Jednání se zájemcem o službu (příloha č. 1). Zpracovat metodiku, která vychází z konkrétních podmínek sociální služby v daném regionu a reflektuje i podmínky a potřeby komunity.

#### **4.3.3 Popis redukčního mechanismu**

Redukce počtu zájemců o pobytovou sociální službu je v zásadě zakotvena ve třech rovinách.

První rovina redukce počtu zájemců

- Základní sociální poradenství

Druhá rovina redukce počtu zájemců

- Sociální šetření

Třetí rovina redukce počtu zájemců

- Opakované sociální šetření

První rovina redukce počtu zájemců je významná oblast sociální práce, kdy je důraz kladen na předání informací, protože se opakuje potvrzení neznalosti jiných možných postupů řešení aktuální nepříznivé sociální situace. Podání Záznamu o pobytovou sociální službu je vnímáno jako jediná možnost.

Sociální šetření má významnou roli v ověření opravdového zájmu seniora a ve zjištění objektivních podmínek s respektováním subjektivních potřeb zájemce.

Opakované sociální šetření ve smyslu ověřování trvání zájmu o pobytovou sociální službu. Záznamy, především zařazené mezi neaktivní, jsou evidovány dlouhodobě. Změny, popřípadě požadavek na vyřazení z evidence, není předán. Provádění aktualizace záznamů je významným redukčním prvkem.

## 5. Diskuze

Diskuze k výsledkům vztahujícím se k hlavnímu cíli práce, který spočívá ve zhodnocení určování naléhavosti přijetí zájemce o pobytovou sociální službu pro seniory.

Analýza dokumentů

*Otázka způsobu podání žádosti*

Je třeba uvést, že v textu se střídavě objevují pojmy žádost a záznam, jedná se o shodné kategorie, o písemné projevení potřeby umístění do pobytové sociální služby, jehož výsledkem je smluvní vztah o poskytování služby. Kombinace používání obou pojmů vychází z tradičního vnímání obsahu pojmu žádost, kdy subjekt projevuje potřebu něčeho dosáhnout a na druhé straně se ve stejném procesu objevuje spojení s naplněním standardu kvality ve smyslu jednání se zájemcem o službu. Zájemce podává žádost nebo záznam, jedná se o totožný akt. Ze zájemce se vstupem do sociální služby stává klient nebo uživatel, přičemž mezi oběma pojmy není rozdíl, záleží na tom, ke kterému pojmenování se konkrétní služba přiklání.

Způsob podání žádosti ve vztahu k určení naléhavosti není rozhodující, nic o míře potřeby neukazuje. Je pouze výchozím bodem pro sociálního pracovníka ve způsobu navázání dalšího kontaktu. Osobní setkání, realizace tzv. „partnerského“ modelu, založeného na komunikaci a dorozumění, kdy je respektován senior a jeho svobodné rozhodnutí, vycházející z individuální práce na základě a v průběhu rozhovoru „tváří v tvář“ je středobodem sociální práce se seniorem. Souhlasím s úvahou (Levická, 2003) co vše zdůrazňuje přívlastek „individuální“. Zda jde o práci s jedním člověkem nebo je možné považovat za individuální práci, pokud je senior doprovázen rodinou nebo je to jen respektování individuálního přístupu při práci s rodinou.

*Otázka rozdělení na žádosti aktivní a neaktivní.*

Ve vztahu k praktickému provádění výkonu práce sociálního pracovníka je tato podmínka nezbytná, protože jak bylo již řečeno, nelze věnovat pozornost všem zájemcům najednou. Ovšem nemohou být tito zájemci vnímáni jako kategorie, která by neměla být součástí celkových statistik. Toto snížení počtu by opět neukazovalo zájem

seniorů, ať již je motivován okamžitou potřebou nebo projevem zájmu zajištění budoucnosti. Vždy se jedná o saturaci jistoty a bezpečí.

Ve vztahu k druhému cíli práce, a to nalezení redukčního mechanismu počtu zájemců o pobytovou sociální službu, je třeba zkonstatovat, že zde se nejedná o faktickou redukci počtu zájemců, ale o pouhé rozdělení počtu evidovaných záznamů a snížení tlaku na práci sociálního pracovníka ve smyslu počtu provedených sociálních šetření. Pro statistické účely jsou započítávány i tzv. neaktivní záznamy. Toto rozdělení nelze vnímat jako redukční mechanismus.

Zásadním výsledkem analýzy dokumentů zájemců o pobytovou sociální službu je tedy velký počet záznamů podávaných pouze pro zajištění budoucnosti seniora a pojištění pro případ jakékoli změny podmínek. Jedná se o projevení potřeby jistoty a bezpečí.

Skupinou, která se podle výsledků jeví jako velice problematická, je skupina zájemců v době podání žádosti umístěných na lůžkách následné péče ve zdravotnickém zařízení. Je velmi omezena možnost získat objektivní informace o podmínkách a kvalitě života seniora před hospitalizací. Práce sociálního pracovníka je velmi limitována. Otázkou zůstává, zda těžiště sociální práce je na pracovníkovi zdravotnického nebo sociálního zařízení. Skutečnost hospitalizace na lůžkách následné péče není redukčním mechanismem. Všechny tyto záznamy je nutné vést v evidenci, nelze je vyhodnotit jinak než jako aktivní. Jak plyne z výsledků, rozhodující vliv na následek hospitalizace na lůžku následné péče, má rodina a její aktivita.

*Diskuze k analýze důvodů podání žádosti do pobytové sociální služby (2010 – 2011), která byla předložena na porovnání výsledků analýzy záznamů současně zpracovávaného tématu.*

Důraz na ochranu a realizaci základních lidských práv, především práva rozhodovat o své osobě, přináší někdy samotným seniorům složité životní situace. Mezi seniory jsou jedinci, kteří si plně uvědomují potřebu včas řešit svou budoucnost, protože z nejrůznějších důvodů nemají svou rodinu nebo naopak rodina existuje a oni sami nechtějí zůstat jako její přítěž.

Důvody pro rozhodnutí využívat pobytové služby pro seniory mohou být rozmanité, ať již je to společnost, bezpečí, jistota, nepříznivě se vyvíjející zdravotní stav, osamělost atd. Podle současně nastavených podmínek jsou tito senioři svým způsobem znevýhodněni. Mají právo rozhodovat sami o sobě, v souvislosti s naplňováním standardů je velmi zdůrazňována i možnost uplatňování vlastní vůle, ale současně jim není umožněno toto právo využívat. Domovy pro seniory, jak již bylo řečeno, jsou většinou limitovány příjmem osob závislých na péči druhé osoby v různém stupni, která je většinou sledována i limity kognitivních funkcí a schopnosti objektivního náhledu na vlastní situaci.

Význam rodiny je v oblasti sociální práce opakovaně zdůrazňován, zvláště pak v sociální práci se seniory, a to nejen v tzv. přirozeném prostředí. Rodinné vztahy a vazby podporuje každá dobrá sociální služba, a to i v době, kdy senior se stane jejím klientem.

Počet rodin, ochotných a schopných se o svého nemocného a často i nesoběstačného člena rodiny postarat, klesá. Jejich péči zpravidla supluje zdravotní a sociální péče. Je třeba vzít v úvahu i stav, jenž lze označit jako závislost. Pocit závislosti může být za určitých podmínek v rodině větší než v pobytové službě (Bruthansová a Červenková, 2006). Rodina nechce opouštět svého člena, je však velice ovlivněna ekonomickou situací, možností zaměstnání, nepříznivou bytovou situací, dalšími nezaopatřenými členy. Ve snaze zabránit případným zdravotním komplikacím, úrazům apod. je nejstarší člen rodiny odkázán na doprovázení některého z ostatních členů rodiny, který ovšem má svůj denní program, čímž se čas stává velice limitovaným. Senior přestává sám opouštět nejprve byt, později svůj pokoj. Nepoužívané schopnosti a dovednosti velice rychle ztrácí, jeho závislost na druhých se prohlubuje, přičemž narůstá osamělost až izolace uprostřed pečující rodiny.

Osamělost seniora je velice závažný stav, který snadno vede k sociálnímu vyloučení a těžkému strádání starého člověka. S plným vědomím závažnosti této skutečnosti je při hodnocení potřebnosti zájemce o pobytovou sociální službu fakt osamělosti významným upřednostňujícím prvkem k přijetí.



Nejvíce je zastoupená kategorie reprezentována vyjádřením – zdravotní důvody. Stáří je doprovázeno fyziologickým úbytkem somatických, ale i funkčních schopností organismu vyrovnávat se se zevními vlivy. Ačkoli není stáří samo o sobě nemocí, je charakterizováno zvýšeným výskytem především chronických onemocnění. Převaha zdravotní péče přináší násilné vtlačení do role pacienta, a proto, jak uvádí Matoušek (2005), je třeba mít na mysli, že věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se seniory se objevuje až v mimořádných situacích, které způsobují sociální a zdravotní faktory. Sociální práce se soustřeďuje do oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti.

Problematická situace pro seniora se může vyvinout z neopodstatněného setrvávání v tzv. přirozeném prostředí. Senior se pak již nedokáže dobře adaptovat na podmínky pobytové služby a podpora, se kterou by v dřívějším období dokázal dobře kompenzovat svůj stav, musí být nahrazena komplexní péčí. Koncepce nového pojetí sociálních služeb předpokládá odklon od péče k podpoře, existuje však reálné nebezpečí, že senior ani jeho okolí správně neodhadne situaci, kdy lze ještě za předpokladu dostupné dobré sociální služby poskytnout podporu, a tím pomoci navodit kvalitní život. Oddalováním řešení situace senior vyčerpá své veškeré zdroje a je tzv. pozdě, musí být předán do péče jiného typu zařízení.

To, zda je pro osobu závislou na cizí pomoci a péči lepší pobytová sociální služba než sociální služba terénní, závisí na celé řadě faktorů, aspektů a skutečností. Těchto faktorů je mnoho, a spektrum životních situací a potřeb je tím pádem natolik individuální a rozdílné, že je možné konstatovat, že pobytové zařízení je pro seniora a popř. jeho rodinu lepší variantou než domácí péče. Zmíněné atributy, okolnosti podmínky a další skutečnosti lze rozdělit do třech hlavních skupin:

- Ekonomické faktory
- Kvalitativní faktory, kdy jde především o kvalitu života seniora, a to jak subjektivní tak objektivní, ale jde i o kvalitu života pečujících osob, v tomto případě rodinných příslušníků či jiných osob blízkých
- Dostupnost a existence potřebné sociální služby či potřebného a ochotného okruhu osob blízkých

Nelze automaticky akceptovat tezi, že za téměř každých okolností je život v domácím prostředí více kvalitní. Je zde příliš mnoho proměnných a determinant, jako např. ohrožení zdraví pečujících osob, zhoršení psychické a rodinné pohody, pravděpodobnost depresí, ztráty práce. Ale i z pohledu seniora, vzhledem k pokročilosti onemocnění a limitů stáří, se může život v domácím prostředí jevit jako méně komfortní a kvalitativně horší než v pobytovém zařízení.

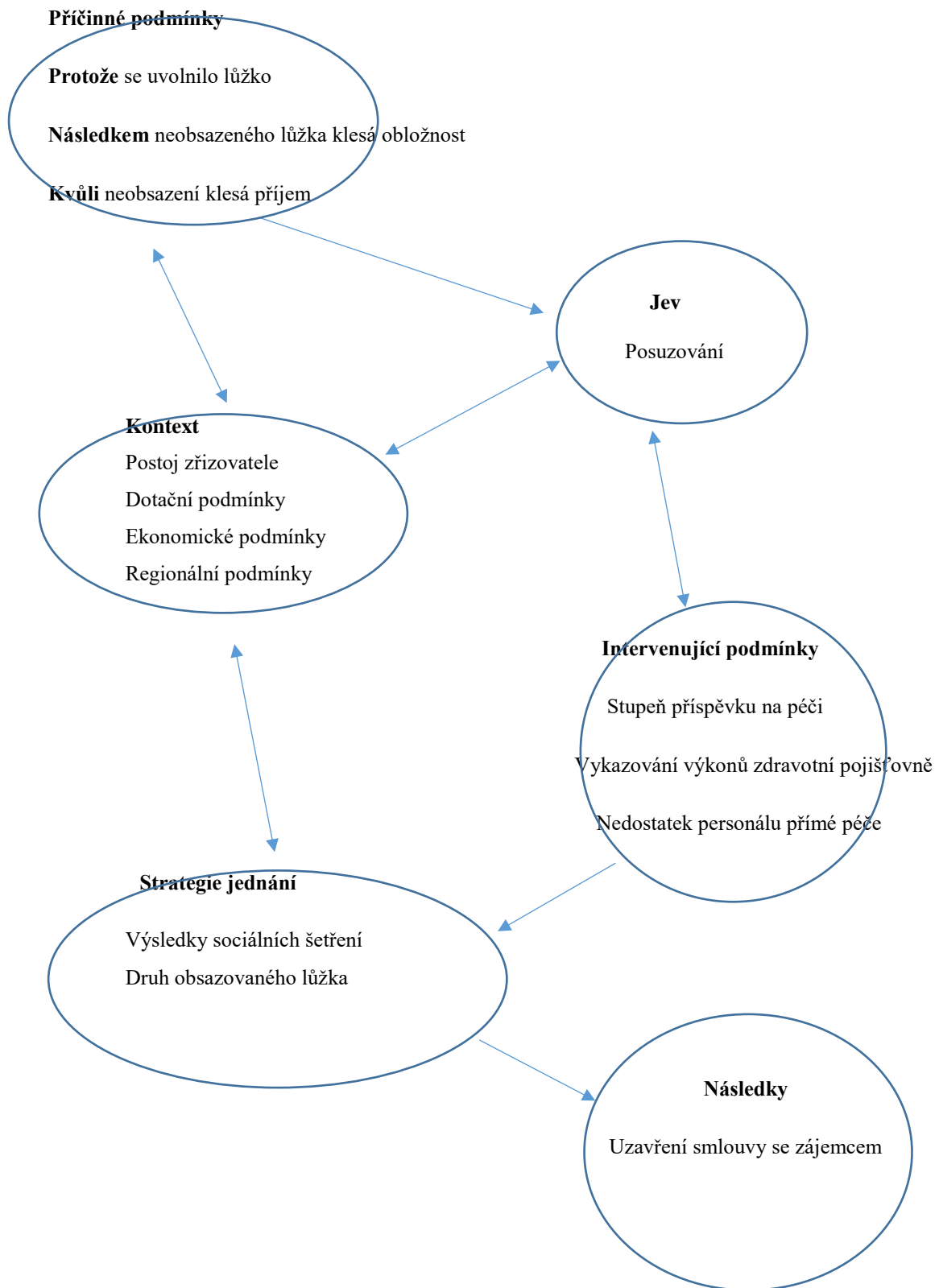
Je mnoho oblastí v sociální práci a v sociálních službách, které stále budou předmětem mnohých diskuzí.

Pokud použijeme schéma metody aplikované teorie k podtržení vztahů a vzájemných interakcí a stane-li se v rámci tohoto modelu jevem **posuzování potřeb** ve smyslu přijetí zájemce, je zjevné, které všechny souvislosti lze odvodit z pohledu poskytovatele sociální služby.

Sociální pracovník mající ve své kompetenci jednání se zájemcem o službu, tzn. pracovník, který předkládá argumenty podložený výběr z posuzovaných zájemců, se dostává opět do tlaku, tentokrát ze strany managementu sociální služby. Příčinou je uvolnění místa, jehož následkem klesá tzv. obložnost (procentuální vyjádření využití kapacity pobytové sociální služby), a s tím souvisí snížení tržeb.

Fakta související s uvedenou problematikou:

- počet zájemců
- náročnost posuzování
- nepřekročení registračních podmínek sociální služby
- využití kapacity
- charakter uvolněného lůžka
- technické podmínky
- materiální vybavení
- personální zajištění



Posuzování potřeb a míry naléhavosti probíhá podle aktuální nepříznivé sociální situace seniora, avšak s ohledem na charakter právě uvolněného lůžka – ne každé volné místo je vhodné pro každého zájemce nebo naopak neodpovídá představám a přáním zájemce.

V tíživé situaci rodina i zájemce přijímá umístění i za jiných podmínek, ustupuje ze svých požadavků, souhlasí například i s umístěním na dvoulůžkovém pokoji. Z praxe je ale opakovaně doloženo, že po vstupu do služby a podepsání smlouvy, nastává intenzivní tlak na změnu podmínek.

Opět je třeba podpořit náročnou práci sociálního pracovníka a nutnost pečlivého provádění sociálních šetření v přirozeném prostředí zájemce.

Nutná je podpora návaznosti různých druhů služeb terénní, ambulantní a pobytové služby, optimální by bylo zajistit postupné využívání všech druhů služeb v rámci jedné sociální služby. Návaznost jednotlivých druhů služeb se odráží i v dobré adaptaci seniora na změny.

Aktuálně se významně zvyšují počty žádostí zájemců s nějakým typem demence, z čehož plyne důraz na reorganizaci a uplatňování nových metod péče.

Definování metodického postupu při posuzování sociální situace zájemce a jeho používání v praxi je zároveň ochranou pro výkon pracovníka a zpětně dokládá transparentně krok za krokem celý průběh jednání.

Z neznalosti a nedostatku informací se často stává, že senioři začínají řešit situaci ve chvíli, kdy dojde ke zhoršení stavu s představou, že podají žádost a okamžitě nastoupí. Setkávají se s realitou – velkým počtem žadatelů a nedostačující kapacitou služby.

Nelze vytvořit dokonalý „bodovací systém“, lze pouze ukázat směr nebo možnosti či způsob posuzování, který bude vždy a znovu ovlivněn osobností a schopností reflexivity posuzujícího. Výsledné rozhodnutí v případě posouzení naléhavosti umístění do pobytové sociální služby bude vždy podloženo argumentací jednoho či v lepším

případě dvou pracovníků<sup>12</sup>, v jejichž náplni práce je uváděná problematika, tzn. sociálních pracovníků, přičemž musíme mít na paměti již dříve zmiňovanou skutečnost ve smyslu vyvíjení nátlaku z nejrůznějších stran a příčin. Tyto příčiny mohou být v zájmu seniora, ale může se jednat i o účelové jednání ze strany nejbližších osob.

Držet profesionální odstup, nepodléhat sympatiím – zdánlivě snadné a jednoduché, ale ze zkušeností vím, jak je to nesmírně obtížné.

V životě lidském se nikdy neopakuje nic naprosto stejně, abychom mohli vytvořit tabulku bodového hodnocení a podle ní striktně postupovat. Nejsou na světě dvě osoby, které mají naprosto stejné podmínky, a kdyby ano, nemají naprosto stejné prožívání.

Neustále se opakující problém – podmíněnost výše finančních prostředků získaných od zdravotní pojišťovny v závislosti na výši přiznaného příspěvku na péči.

Senior s přiznaným stupněm závislosti ve výši čtvrtého stupně, zcela závislý na péči, nesmírně problematický, pro pobytovou službu osoba, která spotřebovává velké množství péče, nemusí mít žádné zdravotní potíže, žádný úkon indikovaný k proplacení směrem ke zdravotní pojišťovně. Přesto je tato skutečnost zohledňována vždy při dotačním řízení.

Zásadní pro rozhodovací řízení o dotacích se zdá vždy být přiznaný stupeň závislosti na péči druhé osoby. Při porovnání výsledků posuzování závislosti orgánem rozhodujícím o dávkách, a tak, jak je senior posouzen v rámci jednotlivé služby, zjistíme, že není vždy dosaženo shodného hodnocení.

---

<sup>12</sup> Není stále ještě běžnou praxí věnovat větší prostor práci sociálních pracovníků, a tak bývá obvykle pouze jeden sociální pracovník na organizaci. Posuzovaná služba klade velký důraz na sociální práci se seniory právě ještě před nástupem seniora do zařízení. Navázání kvalitního kontaktu na základě vztahu důvěry se významně odráží ve schopnosti adaptace na nové podmínky. Limitován je ovšem počet pracovníků finančními náklady.

*Zásadní poznámky ke koncepci pobytových sociálních služeb vycházející z role postavení experta na základě mnohaleté zkušenosti práce v oboru.*

Domov pro seniory je určen pro osoby, které nemají jinou možnost nebo jsou vystaveny nebezpečí sociálního vyloučení nebo je to jejich svobodné rozhodnutí na základě naléhavosti uspokojení potřeby – resp. **na dožití**. Nebezpečí záměny s ošetrovatelským ústavem nebo dokonce s oddělením následné péče je reálné. Domov pro seniory by měl být pobytovou sociální službou, která garantuje péči o seniora až do konce jeho života, která umí zvládnout všechna stádia postupujícího stáří. Do pobytové služby patří problematika dlouhodobé péče stejně jako problematika současných domovů se zvláštním režimem a zcela jistě problematika paliativní péče.

- Domov a jeho personál se stává „náhradní rodinou“ a zajistí péči o klienta až do smrti.
- Primární je **sociální služba** – vývojem a postupem času vede k přirozenému odchodu ze života se všemi projevy a stupňujícími se potřebami klienta, časem nabývá na důležitosti **ošetrovatelská péče**, která se až v tomto okamžiku stává prioritou.
- Nejméně vhodné pro seniora je přesun do pobytové sociální služby v době, kdy už rodina tzv. nezvládá, nemůže dál pečovat – je to opuštění člena rodiny v době, kdy to nejvíce potřebuje - obrovský etický problém; otázkou je, zda v tomto okamžiku chybí **terénní sociální služby**, pomoc rodině profesionálem nebo je stav pečovaného natolik závažný, že patří do péče zdravotníků (nikoli v domově pro seniory, ale ve zdravotnickém zařízení (totéž platí i při poruše psychické)).
- Domov pro seniory patří seniorům, kteří v něm chtějí dožít a přicházejí v době, kdy jsou orientovaní všemi směry, mají **náhled na svou situaci**; tento senior se dobře adaptuje, personál jej dokonale zná a naopak, senior zná prostředí, získá **jistotu a bezpečí**, což se odráží na kvalitě života seniora v posledních fázích žití.
- Mělo by být považováno za chybu, je-li senior přijímán do domova pro seniory a jako primární nastupuje ošetrovatelská péče.
- Do domova pro seniory **patří paliativní péče**.

- Konečné fáze života jsou stresující, psychicky i fyzicky nesmírně náročné pro personál (kulturní společnost by měla dělat všechno pro to, aby člověk nikdy nepřestával být člověkem).
- **Postupné změny a konec života** se lépe zvládají než akutní řešení situací, které rodina ani zdravotnické zařízení řešit nechce nebo nemůže.
- Je třeba podpořit jiný (nový) pohled na postavení domovů pro seniory – sociální služba pro seniory zajišťující celou šíři potřebných služeb od terénních přes ambulantní až k pobytové na základě individuálních potřeb seniora, zahrnující složky aktivizační, pečovatelské i ošetrovatelské.

## 6. Hypotézy

Kvalitativní výzkum předpokládá stanovení hypotéz v závěru výzkumu.

Potvrzení hypotézy předpokládá, že byla zvolena odpovídající metoda.

Použité metody:

Analýza dokumentů, případová studie a expertní evaluace s předloženými výsledky dovolují vyslovit následující hypotézy.

### **H 1: Pobytová sociální služba znamená pro seniory zajištění jistoty a bezpečí.**

Tato hypotéza platí při akceptování subjektivního vnímání seniora. Platí při validaci vnějších i vnitřních vlivů ve vztahu k vyjádření nepříznivé sociální situace v souvislosti s uspokojováním individuálních potřeb.

Schopnost reflexe kvality života seniora, tedy posuzovaného, je základním předpokladem profesionality sociálního pracovníka.

Hodnocení sociální situace seniora zahrnuje:

- subjektivní vnímání vnějších podmínek samotným posuzovaným
- subjektivní vnímání intervenujících podmínek posuzovatelem

Výstup posuzování (rozhodnutí o upřednostnění, tzn. přiznání vyšší naléhavosti před ostatními posuzovanými) zahrnuje objektivní realitu pojímající příčinné a intervenující podmínky včetně kontextu situace, což vede ke strategii jednání, jejímž výsledkem je právě vyjádření zájmu o pobytovou sociální službu.

Akceptování subjektivního vnímání vnějších podmínek seniorem a reflexivita intervenujících podmínek sociálním pracovníkem je podstatné pro vyhodnocení míry závažnosti nepříznivé sociální situace v souvislosti s umístěním do pobytové sociální služby.



## **H2: Naléhavost umístění do pobytové sociální služby je přímo úměrná kvalitě života seniora.**

Rozhodující skutečnosti:

- předmětem posuzování není nárok na čerpání tohoto typu služby, tzn. „mám zájem o pobytovou sociální službu“, nelze zpochybňovat, že tomu tak není
- projevený zájem seniora je nutno přijmout jako fakt
- respektovat jeho právo na svobodnou volbu
- respektovat jeho právo na rozhodnutí, a to v případě pozitivním i negativním
- není předmětem posuzování správnost jeho rozhodnutí

Sociální pracovník vstupuje do vztahu se zájemcem a jeho role je pracovat se seniorem ve smyslu udržet situaci pod kontrolou, realizovat takovou míru pomoci a podpory, kterou současná situace vyžaduje, protože počet míst v těchto zařízeních je limitován a při uvolnění místa pracuje sociální pracovník s mírou naléhavosti v jednotlivých posuzovaných případech.

V podstatě stojí před rozhodnutím, komu ze žadatelů dát přednost.

Nezpochybňuje závažnost potřeby seniora řešit svou situaci zajištěním pobytu v sociální službě.

Rozvíjí spolupráci se zájemcem a jeho rodinou, společně nalézají východiska pro dobu, kdy nemůže do sociální služby nastoupit.

Stejně jako zkušenost je nepřenositelná, je jedinečné vnímání vnějších tj. příčinných a intervenujících podmínek a kontextu konkrétní situace, ve které se senior nachází. Nelze totéž aplikovat na kohokoli jiného.

Jedinečnost vnějších i vnitřních vlivů na posuzování nepříznivé sociální situace seniora je nepřenositelná. Jedinečnost objektivních podmínek a subjektivního vnímání situace seniora je nepřenositelná.

## 7. Závěr

Hlavním cílem práce bylo zhodnotit způsob určování naléhavosti přijetí zájemce o pobytovou sociální službu. Z výsledků i v rámci diskuze je zřejmé, že nastavit neměnný a přesný postup posuzování naléhavosti tzn. výběr z řad zájemců, není reálné. Proces jednání se zájemcem o sociální službu je ovlivněn mnoha okolnostmi, vnějšími i vnitřními podmínkami a je nezbytné plně uplatňovat individuální přístup. Základní osnovou a podporou pro práci sociálního pracovníka je dobře propracovaný metodický materiál.

Druhým výsledkem a cílem práce bylo nalezení redukčního mechanismu počtu zájemců o pobytovou sociální službu.

Podrobný rozbor celého procesu jednání se zájemcem o službu, kdy byly sledovány jednotlivé kroky a postupy vycházející z definovaného a využívaného metodického materiálu pobytové sociální služby, včetně modelu posuzování, ukazují na možnosti redukce počtu zájemců, evidovaných záznamů.

Lze konstatovat, že byl nalezen a definován **redukční mechanismus**.

Redukce počtu evidovaných zájemců je zakotvena ve třech rovinách. První je zákonem stanovena povinnost pro poskytovatele sociálních služeb (podle zákona o sociálních službách) poskytovat základní sociální poradenství. Takto chápané sociální poradenství spočívá v získání informací o náhledu zájemce na svou aktuální situaci, vyhodnocení přiměřenosti požadavku na zařazení mezi zájemce o pobytovou sociální službu a nabídky možností a podpory realizace řešení.

Druhou rovinou je sociální šetření, kdy je ve vztahu k zájmu o pobytovou sociální službu zcela zásadní zjištění opravdového zájmu seniora.

Třetí rovinou je aktivní přístup k přehodnocování původních požadavků. Stanovení časových úseků kontaktů se zájemci a aktivní výzva k aktualizaci evidovaných záznamů.

Redukční mechanismus tvoří:

- **Sociální poradenství** – informace – navázání spolupráce s jinými formami sociálních služeb
- **Sociální šetření** – jednání v zájmu seniora
- **Opakované sociální šetření** – aktualizace záznamu popřípadě vyřazení z evidence

V rámci evaluace procesu Jednání se zájemcem o službu s využitím definovaného Metodického materiálu došlo ke zjištění některých nepřesných nebo zavádějících formulací. Zjištěné nedostatky jsou přínosem pro další vývoj práce s metodickými materiály, představují posun ke zkvalitnění práce sociálních pracovníků.

Stanovení dílčích cílů práce souviselo s definováním potřeb seniorů před nástupem do pobytové sociální služby. Z analýzy dokumentů i z výsledků případové studie vychází jako nejsilnější potřeba pro seniora potřeba jistoty a bezpečí. Další významnou potřebou je potřeba kontaktů a realizace vztahů. Osamělost, hraničící s ohrožením sociálním vyloučením, je ve stárnoucí populaci alarmujícím prvkem.

Etika a sociální práce mají k sobě více než blízko, první je věda o morálce v lidském jednání, druhá se zabývá lidskými vztahy a chováním (Sahardlow, 2002). Etika je základem sociální práce a sociální pracovník v etice zběhlý dokáže lépe rozhodovat.

Etický rozměr sociální práce je stěžejní, projevuje se ve všech oblastech, patří neodmyslitelně k výkonu profese sociálního pracovníka, ale pozor na sentimentální emocionalitu (Opatrný, 2013) a na přemíru sociálního citění v pomáhajících profesích, protože brání zaujetí profesionálního přístupu.

Zásadní je, že jakékoli způsoby bodového hodnocení lze použít pouze jako podpůrný fakt, ať již se jedná o vlastní metodické materiály pobytové sociální služby nebo

v současnosti velmi oblíbené počítačové programy Cygnus apod. Žádný program nevyhodnotí míru naléhavosti přijetí do pobytové sociální služby. Tuto skutečnost je schopen reflektovat, s nutností dobré argumentace, pouze sociální pracovník, ale zase jen ten, který je schopen nadhledu na životní situaci seniora a nepodléhá vlivu jiných okolností než je zájem seniora.

Co je a není nepříznivá sociální situace? Zákon o sociálních službách předkládá, co pro potřeby zákona rozumí pod pojmem nepříznivá sociální situace. Oslabení nebo ztráta schopností z důvodu věku? Jak velké je oslabení, ve které oblasti, v somatické, psychické, v oslabení kognitivních funkcí, nebo jak velká je ztráta schopností? Je každý senior z důvodu věku v nepříznivé sociální situaci?

Jak uvádí Miovský (2006) v sociálně psychologickém výzkumu je neustále třeba pochybovat, není dobré přijímat jednu skutečnost za jediné správnou, může se dostat do protikladu s jinou skutečností a obě mohou být správné.

Předložené téma je vysoce aktuální, s podobnými problémy v posuzování potřeb a určování míry naléhavosti při výběru z řad zájemců, se potýká každý poskytovatel pobytových sociálních služeb. Výjimkou jsou soukromá zařízení, která mají kapacitu téměř vždy volnou. Tato skutečnost se odvíjí od vysokých finančních nároků na úhradu pobytu v tomto zařízení. Není neobvyklé, že rodina starající se o svého starého člena, umístěného z důvodu nezvládnutí péče v soukromém zařízení, vyčerpá své finanční možnosti a ocitá se v krizové situaci, pak následuje obrovský tlak na přemístění seniora do jiného typu zařízení. Tento způsob nátlaku, kdy skutečně jsou vyčerpány všechny prostředky, lze pochopit. Naproti tomu je obecně známo, že senior v pobytové službě čerpá veškeré výhody jemu poskytnuté a přitom vlastní byt, který pronajímá.

Míra závislosti seniora na péči druhé osoby je vyjádřena v průběhu posuzování v procesu přiznání příspěvku na péči. Výsledek, tzn. přiznání příspěvku, jednak nemůže ovlivnit přijetí do pobytové služby na straně jedné a přiznaný příspěvek ani neznamená nutnost využití takového typu služby. Rodina je schopna saturovat potřeby svého člena a je schopna se i o zcela závislého člena postarat. I v těchto případech je většinou podání žádosti o sociální službu projevem zajištění si jistoty pro případ nezvládnutí.

Zde ovšem, z pohledu autorky práce, nastává silný etický problém. Rodina se rozhodla pečovat o svého starého člena. Jedná se o otázku odpovědnosti a racionálního zhodnocení možností v rámci širší rodiny, obvykle je neúměrná zátěž na jednom členu, který stres vycházející ze stupňujících se nároků na péči nemůže zvládnout. Pak ovšem dochází k nátlaku na umístění do pobytové sociální služby, což je možné pochopit, avšak z hlediska seniora dochází k jeho „opuštění“ v době, kdy své bližní nejvíce potřebuje. Služba vyvine velké úsilí ke zvládnutí této krizové situace, ale senior se jen velmi těžko s realitou vyrovnává. Tento problém je srovnatelný se skutečností opakovaných hospitalizací a ztěžováním seniorů neustálým vyšetřováním ve zdravotnických zařízeních. Každá hospitalizace je pro seniora nesmírně zatěžující. Nemá kolem sebe známé tváře, může být situací zmaten, necítí se v bezpečí, nemá pocit jistoty.

Chybí nebo je příliš malá aktivní podpora pečovatелů, rozvoj informovanosti v oblasti péče o seniory, podpora terénními sociálními službami.

Míra závislosti seniora na péči druhé osoby vyjádřená přiznáním výše příspěvku na péči nesouvisí s mírou naléhavosti umístění v pobytové sociální službě. Příspěvek ve vyšším stupni neudává přednostní umístění. Senior bez příspěvku na péči může být ve vyšším nebezpečí než senior s přiznaným příspěvkem.

Terénní služby jsou v současné době nejzákladnějším článkem sociálních služeb. Rozvoj a podpora tohoto typu služeb znamenají významnou součást života seniorů v rámci komunity. Jak bylo již konstatováno, návaznost sociálních služeb ve smyslu od terénních přes ambulantní do pobytových, je optimální pro zvládnutí nepříznivých situací seniorů.

Nejslabším článkem v péči o seniory se jeví sociální práce ve zdravotnických zařízeních, zvláště pak v následné péči. Dobrá sociální práce se objevuje sporadicky. Spolupráce mezi zdravotnickým zařízením a zařízením sociálních služeb se nachází v oblasti rozvoje a vzhledem k demografickému vývoji je třeba tento rozvoj aktivně podporovat.

Domovem se stává místo, kde se člověk cítí v bezpečí, realizuje své vztahy. Jaké je postavení domova pro seniory v rámci přirozeného prostředí – je součástí realizace vztahů? Domovy pro seniory by měly být určeny pro osoby, které již vyčerpaly všechny možnosti podpory jinými službami či rodinou, nemají jinou možnost nebo jsou vystaveni nebezpečí sociálního vyloučení. Měl by to být domov na důstojné dožití života ve své komunitě na dosah dřívějších vztahů. Domov a jeho personál se stává druhou náhradní rodinou a je připraven zajistit péči o klienta až do jeho smrti. Primární je tedy sociální služba v duchu § 2 zákona o sociálních službách. Přirozeným vývojem života vedoucí k odchodu se všemi projevy a stupňujícími se potřebami klienta časem nabývá na důležitosti ošetrovatelská péče, která se až v tomto okamžiku stává prioritou.

Rozhodnutí, že převezmu péči o starého člena rodiny je stejně zavazující jako vstup do procesu adopce dítěte – nelze jen tak odložit ani dítě ani seniora aniž by nedošlo k psychickému traumatu – nakonec ale trpí obě strany – výčitky mají pečovatelé, kteří selhávají (ve svých očích) a trpí i senior pocitem - jsem na obtíž, překážím...Stav ale může být natolik vážný, že patří do rukou zdravotníků (nikoliv v domově pro seniory), ale ve zdravotnickém zařízení. Totéž se týká psychických poruch. Je nesmírně zatěžující tyto situace správně vyhodnotit a zvládnout, troufám si tvrdit, že bez podpory odborníka je to nemožné.

Domov pro seniory by měl patřit seniorům, kteří v něm chtějí dožít a přicházejí v době, kdy jsou orientovaní všemi směry, mají náhled na svou situaci – tento senior se dobře adaptuje na nové podmínky, personál jej dokonale zná a on má důvěru v personál, což se odráží ve kvalitě pečovatelské a ošetrovatelské péče, která je postavena na reálných základech. Mělo by být považováno za chybu, pokud přichází klient do domova a jako primární nastupuje ošetrovatelská péče.

Toto tvrzení se dostává do konfliktu s předchozí situací, kdy vlivem zdravotního stavu se senior dostává do zdravotnického zařízení. Zde nastává typický postup. Po odeznění akutních zdravotních obtíží je pacient přeložen na následnou péči, kde zcela výjimečně není jako první požádáno o umístění do domova pro seniory, jen v těch případech, kdy je silná vazba v rodině, se tak nestává.

Kvalitní sestry jsou nezbytné a vždy budou mít v pobytové službě pro seniory obrovské množství práce, ale nechtějme po nich, aby řešily problémy zdravotnických zařízení. Chtějme po nich, aby se dokonale dokázaly postarat o důstojný odchod seniora ze života, aby na vysoké úrovni zvládaly paliativní péči, byly profesionály v doprovázení jak klienta, tak jeho nejbližších, aby stavy, které neodvratitelně patří ke stáří, senior s jejich pomocí zvládal bez zbytečných bolestí a utrpení.

## Seznam použitých zdrojů

1. ALINČE, F., TOMŠÍ, I., 2015. *Katalog prací ve veřejných službách a správě. Katalog správních činností – zařazování zaměstnanců a státních zaměstnanců do platových tříd*. 2. aktualizované a rozšířené vydání, Olomouc: ANAG, s.r.o. ISBN 978-80-7263-960-1
2. ANZENBACHER, A., 1991. *Úvod do filosofie*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství v Praze, 304 s. ISBN 80-04-26038-1.
3. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha: Grada. 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. BLECHA, I., 1998. *Filosofie*. 3. opravené a rozšířené vydání, Olomouc. 239 s. ISBN 80-7182-069-5.
5. BRUTHANSOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A., 2006. *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetrovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu*. Praha. 87s. ISBN 80-87007-35-2.
6. BUŽGOVÁ, R., 2008. *Etika ve zdravotnictví*. Ostrava: Ostravská univerzita. 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0.
7. CAMUS, A., 1995. *Mýtus o Sisyfovi*. Praha: 186 s. ISBN 80-205-0477-X.
8. ČECHOVÁ, J., 2009. Profesionální sociální pracovníci a povaha ich práce: Determinanty kvalita a účinnosti práce sociálního pracovníka. In: *Sociální práce: Kapitoly z dejín, teorie a metodiky sociálnej práce*. ed. Anna Tokárová, Prešov: FFPU. s. 275-282.
9. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., HOLČUK, J., KUBŮ, P., 2014. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, a. s. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
10. FRANKL, V, E., 2006. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta. 215 s. ISBN 80-7295-084-3.
11. HAŠKOVCOVÁ, H., 1975. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis. 176 s. ISBN 505-21-825.
12. HENDL, J., 1999. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 278 s.. ISBN 80-246-0030-7



13. CHYTIL, O., 2007. Epilogue: Walter Lorenz - Social Work - Central and Eastern European Countries, *Social Work & Society* (Vol. 5). Bielefeld: University of Bielefeld Center for Social Service Studies.
14. JABŮRKOVÁ, M., a kol. 2004. *Standardy kvality sociálních služeb. Metodika pro zavádění standardu kvality sociálních služeb č. 2 – Ochrana práv uživatelů sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory. Aplikační příručka pro poskytovatele a zřizovatele*. Praha: Český helsinský výbor. 56 s. ISBN 80-86436-15-2.
15. JANEČKOVÁ, H., 2005. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. s. 163-190. ISBN 80-7367-002-X.
16. JANEBOVÁ, R., MUSIL, L., 2007. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc. *Sociální práce/Sociální práce* . 1 (7), 50-61. ISSN 1213-6204.
17. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
18. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 110 s. ISBN 80-736-8110-2.
19. KANT, I., 1910. *Základy k metafyzice mravů*. V Praze: Jan Laichter. xli. 110s.
20. KALVACH, Z., a kol., 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.
21. KALVACH, Z., a kol., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, a.s. 400s. ISBN 978-80-247-4026-3.
22. KAUFMANOVÁ, P., 2004. Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/sociální práce*. Brno: ASVSP. 2 (4), 95-105. ISSN 1213-624.
23. KELLER, J., 2006. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství. 158 s. ISBN 80-86429-41-5.
24. KLEVELOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
25. KOUBOVÁ, P., 2005. Perspektivní ústavní péče o seniory. In: *Sborník II. Mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus*. Třeboň: ISBN 80-7040-821-9.

26. KOVAŘIK, J., 2001. Sociálně ekologický model a fenomenologická tradice. In: MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál s. 246-260 ISBN 80-7178-473-7.
27. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s. 164s. ISBN 978-80-247-2069-2.
28. LEVICKÁ, J., 2003. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: VeV. ISBN 80-89074-38-3.
29. MALÍKOVÁ, Eva., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
30. MATOUŠEK, O., 2001. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. 312s. ISBN 80-7178-473-7.
31. MATOUŠEK, O. a kol., 2003 *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál. 384s. ISBN 80-7178-548-2
32. MATOUŠEK, O., 2004. Klientův přirozený svět a sociální služby. In *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: ASVSP. 3(4), 57-65. ISSN 1213-624.
33. MATOUŠEK, O., a kol., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
34. MATOUŠEK, O., a kol. 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-7367-310-9.
35. MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce (Social Work Dictionary)*. Praha: Portál, 272s. ISBN 978-80-7376-368-0.
36. MATOUŠEK, O., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 576s. ISBN 978-80-262-0366-7
37. MINIBERGOVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCO NZO. 67s. ISBN 80-7013-436-4
38. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 332s. ISBN 80-247-1362-4.
39. MUSIL, L., 2004. „Ráda bych Vám pomohla, ale-.“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. 243 s. ISBN 80-9030-701-9.
40. NAKONEČNÝ, M., 1995. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia. 125 s. ISBN 80-200-0525-0.

41. NAVRÁTIL, P., MUSIL, L., 2000. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. *Sociální studia. Sborník prací Fakulty sociálních studií MU č. 5*. Brno: MU, s. 127-163.
42. NAVRÁTIL, P., 2000. *Úvod do teorií a metod sociální práce* Brno: Národní centrum pro rodinu. 67s. ISBN nemá
43. NAVRÁTIL, P., 2007. Posouzení životní situace: úvod do problematiky. *Sociální práce/ Sociálna práca*, 1 (7). 72-86. ISSN 1213-6204.
44. NAVRÁTIL, P., 2008. Pravda v posouzení životní situace. In: *Sborník příspěvků: Posuzování životní situace v sociální práci: konference V. Hradecké dny sociální práce 24. – 25. října 2008 Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 11 – 24. ISBN 978-80-7041-419-4.
45. NAVRÁTIL, P., 2013. Sociální fungování a životní situace. In: MATOUŠEK, O., *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 226-231. ISBN 978-80-262-0366-7
46. NEČASOVÁ, M., 2001. *Úvod do filosofie a etiky v sociální práci*. Brno: FSSMU. 98 s. ISBN 80-210-2673-01.
47. NEČASOVÁ, M., 2003. Profesionální etika. In: MATOUŠEK, O., *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. s. 21-49. ISBN 80-7178-548-2.
48. NEČASOVÁ, M., 2004. Komentář k mezinárodnímu etickému kodexu. *Sociální práce/Sociálna práca*. 4 (4), 36-38, ISSN 1213-6204.
49. NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L., 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-87007-96-6.
50. ONDRUŠOVÁ, J., 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Univerzita Karlova. 168 s. ISBN 978-802-4619-972.
51. OPATRŇÝ, M., 2013. *Sociální práce a teologie*. Praha: Vyšehrad 2013. 328 s. ISBN 978-80-7429-408-2.
52. PAULÍK, K., 2005. Sociální práce jako činnost a vědní disciplína. *Uplatnění věd o člověku v sociální práci*. Ostrava: FFOU. 2005, s. 58-76.
53. PAYNE, M., 1997. *Modern Social Work theory*, Hampshire: Palgrave. 354 s. ISBN 978-0-230-24960-8.

54. PRŮŠA, L., 2007. *Ekonomie sociálních služeb*. 2.vyd. Praha: ASPI. a.s. 180s.
55. REMR, J., 2005. Základní rozhodovací dichotomie při poskytování rodinné pomoci seniorům. *Sborník II. Mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus*. Třeboň: s. 69-73. ISBN 80-7040-821-9.
56. RICHMOND, Mary E., 1922. *What is social case work? An introductory description*. 1 st ed. New York: Russel Sage Foundation 1922.
57. Předpis č. 332/2013 Sb. Vyhláška o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka. In: *Sbírka zákonů ČR, částka 129/2013*
58. ŘÍČAN, P., 2007. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál. 326 s. ISBN 80-7367-312-6.
59. SARTRE, J., P., 2006. *Bytí a nicota: pokus o fenomenologickou ontologii*. Praha: OIKOYMENH. 717s. ISBN 80-7298-097-1.
60. SEMBER, Brette Mc Whorter. *The complete legal guide to senior care*. 2nd ed. Sphinx Publishing. 2008. ISBN 978-57248-659-1.
61. SCHILLING, J. *Sociálna práca: hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce*. Trnava: Slovak Academic Press, 1999, 272s. ISBN 80-88908-54-X.
62. SCHOPENHAUER, A., 1911. *Svět jako vůle a představa*. 2.vyd. V Praze: nákladem Č. myslí. 1911
63. SCHÖTZ, A. Common-sense and Scientific Interpretation of Human Action. In: *Collected Papers I*. The Hague : Martinus Nijhof, 1962. ISBN nevedeno.
64. SLOVÁK, P., VEREŠ, M., 2009. *Metódy sociálnej práce*. Bratislava: ISBN 978-80-89271-27-6.
65. SMUTEK, M., 2008, Intersubjektivita světa a posuzování životní situace. *Sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 24. až 25. října 2008 Katedra sociální práce a sociální politiky Pedagogická fakulta Univerzita Hradec Králové Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-419-4.*
66. STRAUSS, A., COLBINOVA, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Albert. 194 s. ISBN 80-85834-60-X.
67. SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří, kapitoly z gerontologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

68. ŠLAJS, J., 2015. Co je sociální práce? *Listy sociální práce* III (3), 5 -6. ISSN 2336-2332.
69. ŠRAJER, J. 2006. Lidská důstojnost a sociální práce. *Sociální práce/sociální práce*. 2 (6), 81-86. ISSN: 1213-6204.
70. ŠRAJER, J., 2012. Etika a požadavek komplexnosti v sociální práci. *Sociální práce/Sociální práce*. 3 (12), 81-88. ISSN: 1213-6204.
71. ŠTĚPANKOVÁ, H., HÖSHL, C., VIDOVOČOVÁ, L. a kol., 2014. *Gerontologie. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Vydala Univerzita Karlova V Praze, Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
72. THOMSON, M., 2004. Přehled etiky. Praha: Portál. 168 s. ISBN 80-7178-806-6.
73. TOMEŠ, I., KOLDINSKÁ, K., 2003. *Sociální právo Evropské unie*. Praha: C.H.Beck. 284 s. ISBN 80-7179-831-2.
74. TOMEŠ, I., 2011. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, s.r.o. 368 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
75. TOMEŠ, I., 2015. Regulace profesních rolí SP. *Listy sociální práce*. 3 (4), 5. ISSN 2336-2332
76. TOKÁROVÁ, A., 2005. Kvalita života a rovnost příležitostí – z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce. *Sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí: 24. a 25. novembra 2004 v Prešove*. Editor Anna Tokárová, Jozef Kredátus, Vladimír Frk. Prešov: Prešovská univerzita. 897 s. Acta Facultatis philosophicae Universitatis Prešoviensis. ISBN 80-806-8425-1.
77. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J., 1995. *Geriatric pro praktické lékaře*. Praha: Grada. 298 s. ISBN 80-716-9099-6.
78. TOPINKOVÁ, E., 2010. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 200 s. ISBN 978-7262-365-5.
79. TRACHTOVÁ, E., a kol., 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. s. 10 ISBN 80-7013-324-8.
80. ÚLEHLA, I., 2007. *Umění pomáhat*. 3.vyd. Praha: SLON. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.

81. URBÁNEK, L., Revolta sociální práce. *Listy sociální práce*. III. (3), s. 6-8. ISSN 2336-2332.
82. VÁGNEROVÁ, M., 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. 528s. ISBN 80-7178-308-0.
83. VARVAŽOVSKÁ, P., 2006. Poslání neziskových organizací v regionální koncepci poskytování sociálních a zdravotních služeb pro seniory. *Sborník III. Mezinárodní konference Problematika – Generace 50 plus*. České Budějovice: s. 117-125. ISBN 80-7040-903-7.
84. VURM, V., a kol., 2004. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Manus. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
85. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка předpisů České republiky.
86. VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V., 2001. *Rogerovský přístup k dospělým a dětem*. 2.vyd. Praha: Portál. 240 s. ISBN 80-7178-561-X.
87. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 2008. *Sociální psychologie 2., přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing. a.s. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
88. WEBER, P., a kol., 2000. *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDVPZ. 151 s. ISBN 80-701-3314-7.
89. WINKLER, J., 2007. *Teorie rozhodování a dynamika sociální politiky*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4486-9.
90. ZAJACOVÁ, M., 2014. Aktuálně k přípravě zákona o sociálních pracovnících. *Listy sociální práce*. 1(2), s. 23. ISSN 2336-2332.
91. ZAHRADNÍKOVÁ, J., 2006. Fungování seniorských rezidencí a péče o seniory v zahraničí. *Sborník III. Mezinárodní konference, Problematika – Generace 50 plus*. České Budějovice: s. 170-175. ISBN 80-7040-903-7.
92. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, 2006. In: Sbíрка zákonů České republiky, částka 37/2006 Sb.

## Internetové zdroje

Český statistický úřad [online]. [cit. 2015-12-02]  
<https://www.czso.cz/documents/10180/20554227/13006915u.pdf/60e439ef-08e7-41dc-babd-e5f6223d309d?version=1.0>

Senioři v krajích. Senioři ve Středočeském kraji [online]. [cit. 2015-12-02] ČSÚ  
Dostupné z: <https://www.czso.cz/dokuments/1>

Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR, [online]. Společnost sociálních pracovníků ČR. [cit. 2014-10-20]. Dostupné z:  
[http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky\\_kodex\\_sspcr.pdf](http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspcr.pdf)

Current situation in quality of residential care. In: HORECKÝ, Jiří. [online]. 2010. [cit. 2012-08-05]. Dostupné z: [http://www.horecky.cz/images/1330002273\\_current-situation-in-quality-of-residential-care.pdf](http://www.horecky.cz/images/1330002273_current-situation-in-quality-of-residential-care.pdf)

Maslow, Abraham. 1943. A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396. [online]. [cit. 2014-11-08]. Dostupné z:  
<http://psychclassic.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>.

MPSV ČR, [online]. [2014-12-12] *Doprovodný text k pracovnímu dokumentu pro tvorbu věcného záměru k zákonu o sociálních pracovnících*. Dostupné z:  
<http://www.mpsv.cz/files/clanky/18393/3b>.

MPSV ČR, [online]. [2014-12-12]. *Návrh zákona o sociálních pracovnících*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/17868>

SOKOL, J. *Etika a čas*. [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z:  
<<http://www.jansokol.cz/cs/n-s-etika.php>>

Společnost sociálních pracovníků [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z:  
<http://sociálnípracovnici.cz/sekce-sociálních-pracovníku/article/historie>

## Dokumenty

Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR. Demografická východiska. *Demographic outlook: National report on the demographic developments in 2006*. Lucemburg: Eurostat EC, 2007 Accessed: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-RA-07-026/EN/KS-RA-07-026-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-07-026/EN/KS-RA-07-026-EN.PDF), 30. 3.2008

Diskuzní materiál k východiskům dlouhodobé péče v ČR. Demografická východiska. The 2009 Ageing Report, Economic and budgetary projection for the EU-27 Member States (2008-2060), Joint report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), Brusel, Evropská komise, 2009

Madridský plán a jiné strategické dokumenty. EV public relation, spol. s r. o., Praha: 2007. 111s. ISBN 978-80-254-0174-3 překlad Iva Holmerová a Janssen Cilag

NÁRODNÍ program přípravy na stárnutí na období 2008-2012 (Kvalita života ve stáří), 2008. [online] [cit.2012-12-04] Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/5045>>



## **Seznam příloh, obrázků, tabulek**

### **Seznam příloh:**

Příloha č. 1: Metodický materiál, jehož nedílnou součástí je model posuzování

Příloha č. 2: Grafické vyjádření výsledků bodového hodnocení oblasti schopností seniora v péči o vlastní osobu a oblasti samostatnosti podle jednotlivých kritérií dle metodického materiálu (příloha č. 1)

Příloha č. 3: Vyjádření etické komise ZSF JU

### **Seznam obrázků:**

Obrázek č. 1: Přírůstek osob 65 let a více

Obrázek č. 2: Obyvatelstvo kraje podle pohlaví, věku a okresů

Obrázek č. 3: Naděje dožití obyvatelstva kraje ve věku 65 a více v letech 2003 – 2014

Obrázek č. 4: Naděje dožití osob ve věku 65 let v okresech Středočeského kraje období 2010 – 2014

Obrázek č. 5: Věková struktura obyvatelstva podle projekce

Obrázek č. 6: Současné a předpokládané složení obyvatelstva Středočeského kraje

Obrázek č. 7: Počet žadatelů na 1000 obyvatel kraje

Obrázek č. 8: Rozdělení zkoumaného souboru podle pohlaví

Obrázek č. 9: Rozdělení podle způsobu podání žádosti

Obrázek č. 10: Rozdělení celkového počtu žádostí na aktivní a neaktivní

Obrázek č. 11: Vysvětlení bodového hodnocení

Obrázek č. 12: Bodovací tabulka

Obrázek č. 13: Rozdělení souboru podle aktuálního pobytu seniora v době podání žádosti

Obrázek č. 14: Celkové počty vyjádření ve stupních hodnocení 0 – 4

Obrázek č. 15: Soběstačnost seniorů v přirozeném prostředí

Obrázek č. 16: Porovnání sledovaných kategorií

Obrázek č. 17: Podmínky pro pokračování v šetření

**Seznam tabulek:**

Tabulka č. 1: Statistické ukazatele konkrétní zkoumané pobytové sociální služby za rok 2014

Tabulka č. 2: Rok podání žádosti a počet podaných a evidovaných žádostí

Tabulka č. 3: Stanovení sledovaných kategorií

Tabulka č. 4: Struktura sociálního šetření

## **Seznam zkratek**

ČSÚ – Český statistický úřad

EU – Evropská unie

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSN – Organizace spojených národů

ONP – oddělení následné péče

DKE – Dům Kněžny Emmy

SP – sociální pracovník

MÚ – městský úřad

## **Přílohy**

### **Příloha č. 1**

**Metodický materiál, jehož nedílnou součástí, je model posuzování**

## **Metodický materiál Jednání se zájemcem o službu**

### **Vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy s klientem**

#### **1. pravidlo**

Kdo je oprávněn jednat se zájemcem o službu a kdo se ještě tohoto jednání může účastnit:

- Jednání pro uzavírání smlouvy se zájemcem o službu vede sociální pracovníkce DKE ve spolupráci s vedoucím pracovníkem (příp. jeho zástupcem ) ošetrovatelského úseku.
- Jednání může být přítomna další blízká osoba zájemce o službu.
- Jednání s klientem, který je omezen v právních úkonech či zcela těchto práv zbaven, musí být přítomen opatrovník.
- Jednání musí být přítomen zvláštní příjemce důchodu, pokud je klientovi určen.
- Smlouvy podepisuje ředitelka nebo zástupce ředitelky.

#### **2. pravidlo**

Kde a jakým způsobem bude jednání probíhat:

Základním předpokladem nastavení osobního cíle, poznání potřeb a schopností klienta ve smyslu rozsahu ošetrovatelské péče je opakované jednání v přirozeném prostředí klienta nebo v prostředí, ve kterém se aktuálně nachází.

Další jednání může po dohodě s klientem probíhat v DKE nebo v jiném dohodnutém prostředí.

Bude respektováno přání zájemce o službu, zda má být o jednání informována další osoba či nikoliv.

### **3. pravidlo**

Jaké informace budou zájemci o službu poskytnuty a v jaké formě:

Zájemce o službu bude postupně seznámen se všemi dokumenty vztahujícími se k přijetí do zařízení a k poskytování služeb sociální péče. Text všech smluv a dohod včetně domácího řádu bude mít k dispozici v tištěné formě, příp. mu bude postupně zřetelně předčítán. Vždy bude dbáno na to, aby bylo získáno jasné vyjádření, zda slyšenému nebo čtenému správně rozumí.

Předávání informací bude věnována individuálně dlouhá doba.

### **4. pravidlo**

Jak bude zařízení řešit jednání se zájemcem o službu, který má potíže s komunikací:

Pracovníci DKE jsou školeni v alternativních způsobech komunikace (např. komunikace s lidmi trpícími syndromem demence apod.).

### **5. pravidlo**

Jaké informace budou u zájemce o službu zjišťovány a jakou metodou:

Základem je opakované sociální šetření tzn. osobní přítomnost sociální pracovnice event. vedoucího pracovníka ošetrovatelského úseku v přirozeném prostředí zájemce o službu nebo v místě, kde se aktuálně nachází. Sociální šetření je založeno na standardizovaném pozorování, které je podloženo záznamy a na opakovaných neřízených rozhovorech. Primární potřeby zájemce o službu jsou rovněž zaznamenávány. Veškeré záznamy jsou vedeny s ohledem na citlivost získávaných údajů a jako s takovými je s nimi nakládáno.

DKE zaručuje zájemci o službu, že nebudou zjišťovány jiné informace a zaznamenávány údaje, které nesouvisejí s právní normou upravující vztahy uživatele a poskytovatele sociální služby.

Informace týkající se zdravotního stavu a jiné citlivé údaje podléhají povinné mlčenlivosti pracovníků DKE. Předání informací tohoto typu další osobě je možné pouze na základě výslovného, písemně potvrzeného, přání klienta.

## **6. pravidlo**

Kdy může být smlouva mezi poskytovatelem a uživatelem uzavřena:

Smlouva se uzavírá před nástupem klienta do zařízení za předpokladu, že jsou splněny všechny dílčí požadavky. Pro jednání s klientem v souvislosti s přípravou smlouvy není vymezen časový úsek.

### **Základní struktura sociálního šetření**

- příprava – administrativní činnosti
- otevření - základní informace, získávání prostoru pro opakovaná jednání, získání důvěry
- dojednávání – objasnění možností, předložení nabídky, vyslovení objednávky
- vyjasňování – vymezení oblasti spolupráce, stanovení cíle této spolupráce

### **I. fáze jednání – postup při vydávání Záznamového listu**

Vydávat Záznamové listy jsou oprávněny sociální pracovníce a zaškolená administrativní pracovníce.

- 1) Záznamový list spolu s balíčkem informací si vyzvedává sám zájemce o službu nebo osoba mu blízká. Balíček informací obsahuje informace o DKE v písemné podobě.
- 2) Při předávání informací je nezbytné přizpůsobovat projev komunikačním schopnostem zájemců, průběžně ověřovat správné pochopení předávaných informací.
- 3) Informovat zájemce, že služby domova pro seniory jsou poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost, potřebují pomoc druhé osoby, dosáhly věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu, mají různý stupeň závislosti na péči, jsou osamělé či ohrožené sociální izolací.
- 4) Zájemce je seznámen:
  - a) s rozsahem služeb
    - poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy
    - pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
    - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
    - sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- b) s finančními podmínkami
- výší úhrady za ubytování
  - výší úhrady za stravování
  - s 15% „kapesným“
  - výší úhrady za péči odpovídající přiznanému PnP
  - výší kauce
- c) s kapacitou služby domova pro seniory, její obsazeností a možnostech umístění
- d) s tím, že o přijetí do domova pro seniory rozhoduje aktuální nepříznivá sociální situace a ne pořadník
- 5) V elektronické podobě je Záznamový list včetně výše uvedených informací pro zájemce k dispozici na webových stránkách DKE: [www.demmy.cz](http://www.demmy.cz).

**DŮM KNĚŽNY EMMY**  
**DOMOV PRO SENIORY**  
277 11 Neratovice, Kojetická 1414

**Úvodní rozhovor – základní informace**

**Datum:**

**Jméno žadatele, kontakt:**

**Přítomní u rozhovoru:**

*Upozornění na potřebu provádění písemného záznamu – souhlas přítomných*

**Struktura rozhovoru:**

*(zájemce, doprovod, co kdo říká)*

**Očekávání, přání, potřeby, intervence:**

*(Ihned, zatím ne, velmi akutní, jiné služby, poradenství)*

**Předání balíčku informací, ověření srozumitelnosti podaných informací:**

*(Zájemce je seznámen: ubytování, strava, aktivizace, finance – kapesné, PnP, kauce, kapacita)*

**Zapsala:**

**Reflexe SP:**



Převzal:  
Dne:

**DŮM KNĚŽNY EMMY**  
**DOMOV PRO SENIORY**  
**IČ: 705 66 241**  
277 11 Neratovice, Kojetická 1414  
tel.: 315 630 511, e-mail: dke@demmy.cz

-

## **Záznamový list**

základní informace poskytované zájemcem o službu domova pro seniory

Pobyt:            doba určitá            doba neurčitá

Veškeré Vámi poskytnuté údaje budou zpracovány v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů a budou využívány pouze pro účely spojené s řízením k žádosti o službu v DKE

**Jméno a příjmení** .....

**Datum narození** .....

**\*Rodné číslo** .....

**Trvalý pobyt** .....

**Současný pobyt** .....

**Telefon** .....

**\*Důchod** .....

**\*Příspěvek na péči** .....

**Co mě přimělo žádat o pobytovou službu v DKE?** .....

.....

**Proč chci do Domu Kněžny Emmy?** .....

.....

.....

.....

\*Nepovinný údaj

Máte-li zájem, uveďte osobu, která může být přítomna jednání o přijetí:

Jméno a příjmení.....

Bydliště.....

Telefon.....příbuz. poměr.....

E-mail.....

Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven nebo omezen způsobilosti k právním úkonům:

Jméno a

příjmení.....

Bydliště.....

Telefon .....příbuz. poměr .....

Rozhodnutí soudu v.....ze dne.....č.j.....

Jiná sdělení:

.....  
.....

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě.

Zásadní změny v údajích (změna bydliště, telefon, výše příspěvku na péči, změna osobní situace, nástup do jiného zařízení, ukončení zájmu o službu aj...) ohlásím sociálním pracovníkům domova.

Souhlasím se správou, zpracováním a uchováním svých osobních údajů pověřenými pracovníky DKE.

Dne.....

.....  
podpis žadatele / zákonného zástupce

## II. fáze jednání – postup při přijímání Záznamového listu

Přijímat záznamové listy je oprávněna sociální pracovnice a zaškolená administrativní pracovnice (dále jen odpovědný pracovník).

### **Odpovědný pracovník provede následující činnosti:**

- 1) zkontroluje údaje zapsané do Záznamného listu
- 2) Záznamový list opatří datem přijetí a svým podpisem
- 3) ujistí se, že zájemce je dostatečně informován:
  - a) o druhu a formě poskytovaných služeb
  - b) o finančních podmínkách
  - c) o přijímání zájemců do domova pro seniory podle aktuální nepříznivé sociální situace, ne podle pořadníku
  - d) o následném jednání
- 4) zapíše převzetí Záznamového listu do Knihy zájemců o službu; konkrétně do Knihy uvede:
  - datum podání
  - příjmení a jméno zájemce
  - bydliště zájemce
  - dobu pobytu (doba určitá, neurčitá)
  - zvolenou sociální službu
  - zda zájemce poskytnuté informace správně pochopil
  - a zápis opatří svým podpisem
- 5) zařadí Záznamový list do evidence zájemců o službu
- 6) požádá zájemce, aby při změně zdravotního stavu nebo zhoršení sociálních podmínek informoval sociální pracovníci
- 7) pokud uzavření smlouvy nenásleduje přímo po II. fázi jednání, dále pokračuje dle postupu „Schéma soc.šetření“

## **Zahájení a cíle sociálního šetření**

**Cíl sociálního šetření:** Ověřit aktuální potřebu zájemce využívat sociálních služeb domova pro seniory, snaha vytipovat nejpotřebnější zájemce o službu.

### **Kriteria šetření:**

- ověření rozhodnutí zájemce o umístění do domova pro seniory
- posouzení míry závislosti a objektivních sociálních podmínek zájemce
- posouzení, zda potřeby a požadavky zájemce se shodují s poskytovanými službami

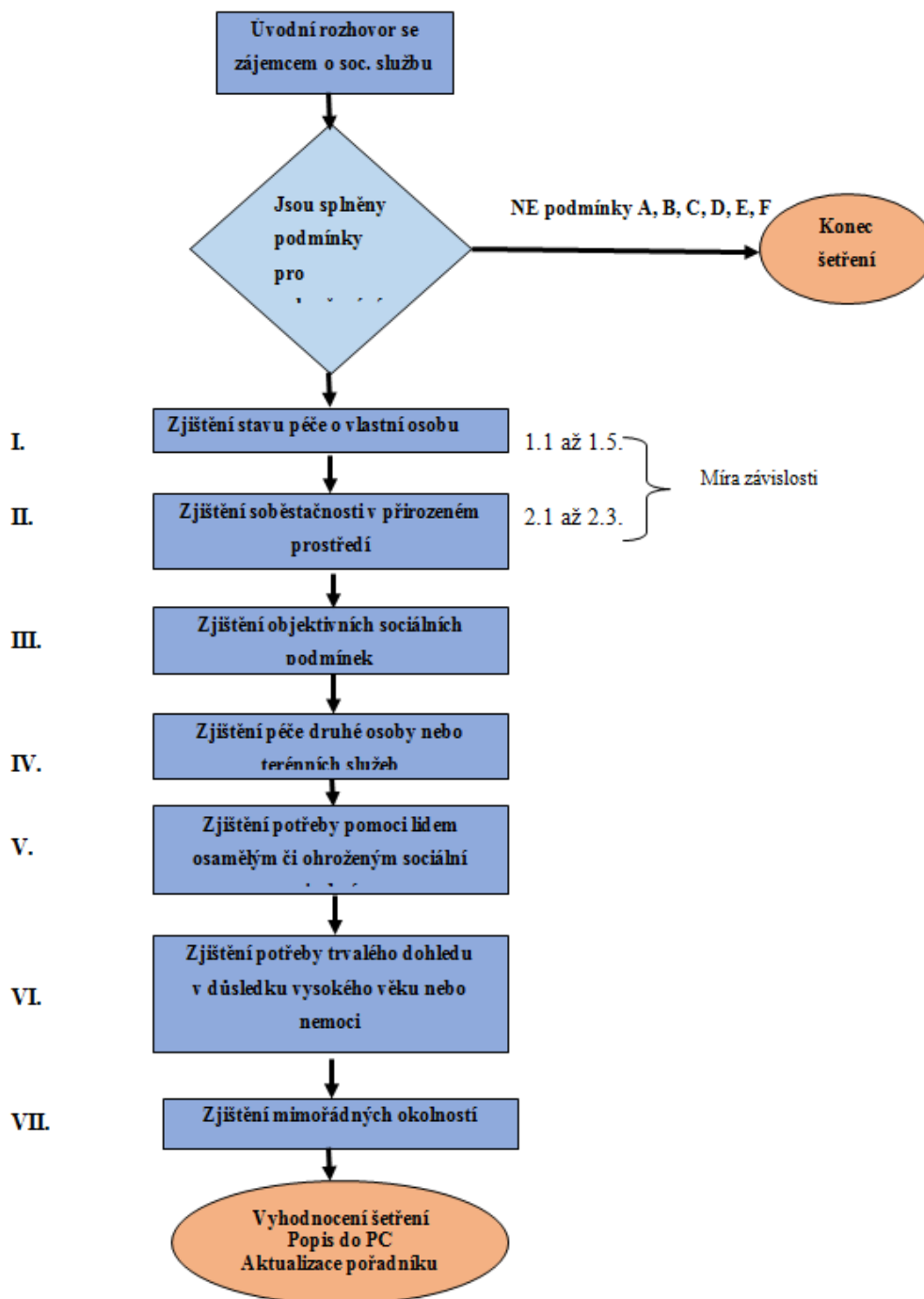
### **Zahájení přednostního sociálního šetření:**

- pokud při přijímání záznamového listu zájemce sdělí, že se nachází v naléhavé nepříznivé sociální situaci
- pokud aktualizuje svůj záznamový list pro zhoršení zdravotního stavu nebo sociálních podmínek
- na upozornění pracovníků odboru sociálních věcí a školství MÚ Neratovice nebo pracovníků terénních sociálních služeb (pečovatelská služba, Farní charita apod.) o zhoršení zdravotního stavu nebo sociální situace
- v případě nejasných skutečností – viz. postup Schema sociálního šetření.

Postupné šetření všech zájemců o službu z archivu přijatých záznamových listů.

### III. fáze jednání – model posuzování

Schéma sociálního šetření – III. fáze jednání se zájemcem o službu



**Úvodní rozhovor:**

Chci do domova pro seniory? Je to mé rozhodnutí?	
	Kontrola osobních údajů zájemce podle záznamového listu. (Narození, kontaktní osoby, tel. spojení, pojišťovna, obvodní lékař.)
Jakou potřebuji pomoc?	Odpovídají poskytované služby potřebám?
Co očekávám od služby domova pro seniory? Dotazy k službě	Nabídka poskytovaných služeb, finanční podmínky.
Mám nárok na příspěvek na péči (PnP)?	Možnost jiné sociální pomoci. (Terénní sociální služby, ambulantní sociální služby, asistent sociální péče)
Požadavek na pokoj.	

**PODMÍNKY PRO POKRAČOVÁNÍ V ŠETŘENÍ****Pokud ANO:**

A	Je zájemce t.č. krátkodobě hospitalizován?	Sociální šetření bude provedeno po doléčení zájemce, a to na jeho výzvu nebo výzvu poučené blízké osoby. Záznamový list zůstává v evidenci. Konec sociálního šetření. Je-li zájemce dlouhodobě hospitalizován na oddělení následné péče, pokračuje se v šetření.
---	--	--

**Pokud NE:**

B	Chce zájemce nadále do domova pro seniory?	Na základě rozhodnutí zájemce bude záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
---	--	---

**Pokud NE:**

C	Odpovídají služby domova pro seniory požadavkům zájemce?.	Na základě informací zjištěných sociálním šetřením, případně vyjádřením lékaře o zdravotním stavu je zájemce informován o nepřijetí do DKE. Záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
---	---	--

**Pokud NE:**

D	Má zájemce přiznaný příspěvek na péči, podanou žádost nebo ze sociálního šetření se zájemcem vyplývá nutnost informovat zájemce o nároku na příspěvek na péči?.	Zájemce je soběstačný. Je informován o nepřijetí do DKE z důvodu, že nepotřebuje pomoc druhé osoby. (Pokud nenastanou mimořádné okolnosti.) Záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
---	---	--

**Pokud ANO:**

E	Má zájemce onemocnění vyžadující stálou péči zdravotnického zařízení?	Na základě lékařské zprávy a informací získaných sociálním šetřením je zájemce informován o nepřijetí do DKE. Záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
---	---	--

**Pokud ANO:**

F	Je zájemce přijatý do jiné pobytové sociální služby?	Na základě přijetí zájemce do jiné pobytové sociální služby je zájemce informován o nepřijetí do DKE. Záznamový list vyřazen z evidence. Konec sociálního šetření.
---	--	--

## SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ – 1.část

**Schopnosti seniorů v péči o vlastní osobu – 1.1 až 1.5**

**Soběstačnost seniorů v přirozeném prostředí 2.1 až 2.3**

### I.II.

#### 1.1 Schopnost zabezpečit si výživu

*stupeň sledované schopnosti (slovy):* (čísly):

Je-li třeba, dokáží si bez problémů nakoupit a uvařit	0
Potřebuji pravidelnou donášku velkého nákupu, vaření zvládnu s obtížemi	1
Potřebuji pravidelnou donášku nákupu a hotového jídla	2
Potřebuji pomoc při jídle (namazat, nakrájet, nastrovat, podat pití, mám dietu)	3
Potřebuji nakrmit, podat pití, mám sondu	4

#### 1.2 Schopnost provádět hygienu

*stupeň sledované schopnosti (slovy):* (čísly):

Osobní hygienu provádím zcela samostatně	0
Potřebuji dohled nebo občasnou pomoc při koupání, sprchování, péči o vlasy, nehty, nohy	1
Potřebuji pomoc při mytí, oblékání, svlékání, péči o pokožku, nohy, vlasy, nehty	2
Celou osobní hygienu mi musí zajišťovat druhá osoba	3
Celou osobní hygienu mi musí zajišťovat druhá osoba, trpím poleženinami, opruzeninami	4

#### 1.3 Schopnost použití WC

*stupeň sledované schopnosti (slovy):* (čísly):

WC používám zcela samostatně	0
Potřebuji vyzvání druhé osoby	1
Potřebuji vyzvání a doprovod na WC druhou osobou	2
K použití WC potřebuji pomoc, jsem částečně inkontinentní	3
WC nedokáží použít, jsem plně inkontinentní	4

#### 1.4 Schopnost chůze

*stupeň sledované schopnosti (slovy):* (čísly):

Chůzi zvládám bez obtíží	0
Má chůze je nejistá, nestabilní, do schodů chodím hůře, ale sám (sama)	1
Chodím za pomoci kompenzační pomůcky, hole, belí, chodítka, vozíku, ale bez doprovodu	2
Chodím za pomoci kompenzační pomůcky, hole, belí, chodítka, vozíku, ale poze s doprovodem	3
Jsem trvale upoután (a) na lůžko, nedostanu se z domu ven	4

#### 1.5 Schopnost užívat léky

*stupeň sledované schopnosti (slovy):* (čísly):

Rozpoznám správný lék, užívám léky samostatně	0
Zvládnou užívat léky s pomůckou	1
Zvládnou užívat léky, jsou-li připravené	2
Léky užívám pod dohledem druhé osoby	3
Léky podává druhá osoba	4

#### 2.1 Schopnost nakládat s penězi

*stupeň sledované schopnosti (slovy):* (čísly):

Znám své příjmy a výdaje, spravuji je samostatně	0
Znám hodnotu peněz, ale s hospodařením potřebuji poradit (složenky, účty...)	1
Rozeznám hodnotu jednotlivých bankovek a mincí, ale zvládnou jen drobné výdaje	2
Nerozliším hodnotu věcí a neumím zacházet s penězi, mám někoho, kdo mi pomáhá	3
Nerozliším hodnotu věcí a neumím zacházet s penězi, hrozí mi riziko zneužití	4

#### 2.2 Schopnost začlenit se do běžného života

*stupeň sledované schopnosti (slovy):* (čísly):

Mám přátele, organizuji si osobní záležitosti, žiju běžným způsobem života	0
Komunikuji s rodinou, přáteli, k udržení sociálních vazeb potřebuji druhou osobu	1
Komunikuji pouze s rodinou, mám neměnný režim, ztrácím vazby s okolím	2
Mám neměnný režim, nemám rodinu, ztrácím vazby s okolím	3
Nedokáží komunikovat s okolím, ztratil jsem kontakt s běžným životem	4

#### 2.3 Schopnost časové a místní orientace

*stupeň sledované schopnosti (slovy):* (čísly):

Orientuji se v místě i mimo bydliště. Plánuji si aktivity během dne i týdne.	0
V místě bydliště občas bloudím, potřebuji pomoc při zvládnání pouličního provozu a pomoc při uspořádání činností během dne. Zapomínám.	1
Neorientuji se v místě bydliště, musím mít trvalý doprovod a režim dne zajišťuje druhá osoba. Rozeznám nejbližší rodinu	2
Jsem zmatený, motám se, jsem těžce dezorientován, trpím představami	3
Jsem trvale těžce dezorientován, trpím neklidem především v noci, odcházím	4

Míra závislosti:

Celkový počet bodů:

Zapsala:

## III.

## Zjištění objektivních sociálních podmínek

## 3. Výčet indikací

(číslly):

Velmi dobré	0
Vyhovují za dopomoci druhé osoby	1
Nejsou dobré, ale dají se ještě zvládnout s trvalou pomocí druhé osoby	2
<b>Naprosto nevyhovující</b>	<b>3</b>

## IV.

## Zjištění zda o něj pečuje druhá osoba/organizace

## 4. Stupeň ukazatele

(číslly):

Ne, nepotřebuji	0
Ano, občasnou pomoc potřebuji	1
Ano, tvalou pomoc potřebuji	2
<b>Ano, nedostačuje mi pomoc druhé osoby</b>	<b>3</b>

## V.

## Zjištění potřeby pomoci lidem osamělým

## 5. Stupeň ukazatele

(číslly):

Není osamělý nebo ohrožený sociální izolací	0
<b>Z důvodu osamělosti nebo opuštěnosti se cítím být úplně vyřazen(a) z běžného života</b>	<b>38</b>

## VI.

## Zjištění potřeby trvalého dohledu

## 6. Stupeň ukazatele

(číslly):

Nemá vysoký věk ani vážnou nemoc	0
<b>Pro vysoký věk nebo nemoc nemám dostatek sil fyzických ani psychických, abych mohl(a) zůstat doma a to ani s pomocí rodiny nebo dostupných terénních služeb – potřebuji mít nablízku neustále druhou osobu</b>	<b>38</b>

## VII.

## Zjištění mimořádných okolností

## 7. Stupeň ukazatele

(číslly):

Nejsou	0
<b>Jsou tyto: živelná pohroma, týrání, vykradení bytu, ztráta bydlení, ztráta pečující osoby, na které jsem závislý (á)</b>	<b>38</b>



## Vysvětlivky k bodovému hodnocení sociálního šetření

Sloupec	Vysvětlení
<b>Míra závislosti Kritéria I. – II.</b>	Udávají míru závislosti na pomoci 2. osoby. Potřeba pomoci u jednotlivých kritérií je ohodnocena body 0 – 4. Maximální celkový počet bodů ze všech kritérií dohromady je 32.
<b>Skupina</b>	Podle celkového počtu bodů za kritéria I. – II. Je míra závislosti rozdělena do třech skupin  <b>0 – 9.....skupina 1</b> <b>10 – 17.....skupina 2</b> <b>18 – 32.....skupina 3</b>
<b>Kritéria III.– IV.</b>	Pomáhají objektivněji posoudit sociální situaci. Jsou ohodnocena body 0 – 3.
<b>Kritéria V. – VII.</b>	Vyjadřují výjimečný hendikep zájemce. Proto je ohodnocení každého z nich postaveno na roveň případu nejvyšší míry závislosti (32 body) a nejhorších sociálních podmínek (3 body) a současně potřeby 2. osoby (3 body), tedy celkem 38 bodů.

# DŮM KNĚŽNY EMMY

DOMOV PRO SENIORY  
277 11 Neratovice, Kojetická 1414

## Sociální šetření 2. část – v aktuálním přirozeném prostředí

**Datum:**

**Jméno žadatele:**

**Šetření proběhlo v:**

**Přítomní u rozhovoru:**

*Upozornění na potřebu provádění písemného záznamu – souhlas přítomných*

**Struktura rozhovoru:**

*(zájemce, doprovod, co kdo říká)*

### OSNOVA

Bydlení

*Jaké jsou bytové podmínky a jak odpovídají potřebám?*

*Komu patří, úroveň bydlení, čistota, pořádek, vybavení, odpovídá potřebám...*

Zdroje komunity

*Jsou v místě bydliště dostupná potřebná zařízení?*

*Obchody, zdravotní zařízení, klub důchodců, dostupné terénní služby, stacionář  
souvislost se sociálním vyloučením*

Rodina

*Jak funguje rodina?*

*Rodinný stav, vztahy k dětem a dalším příbuzným, pečujícím, přednosti a potíže pečujících  
v rodině – jejich zaměstnanost, jaká je rodina*

Ekonomická situace

*Má dávky, na které má nárok?*

*Příspěvek na péči, využívá jej? Důchod, úspory, podpora rodiny...*

*O jaký typ pokoje má zájem?*

Informace o klientovi

*Důležité nebo zajímavé podrobnosti o klientovi, čeho si lze všimnout...*

*Zdravotní stav, DIA, kompenzační pomůcky, zájmy, projevy chování, přání...*

**Reflexe objektivních podmínek:**

**Pozorování:**

*(komunikace, vzhled, prostředí...)*

**Informace k šetření z jiných zdrojů:****Reflexe SP:****Zapsala:**

# DŮM KNĚŽNY EMMY

DOMOV PRO SENIORY  
277 11 Neratovice, Kojetická 1414

## Sociální šetření 3. část – Opakované sociální šetření

Jméno žadatele:

Datum:

Přítomní u rozhovoru:

Upozornění na potřebu provádění písemného záznamu - souhlas

*Není třeba opakovat – soustředit se na změny*

*Kontrola - návrh - realizace*

### **Subjektivní výstup**

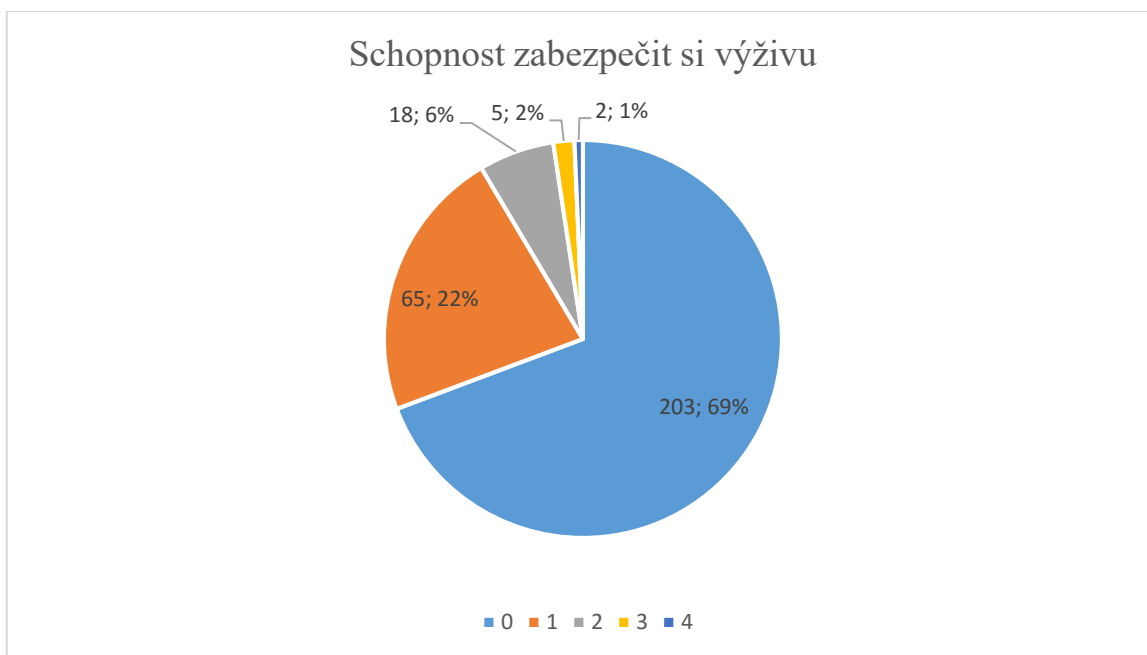
### **Záznamy ze všech kontaktů a intervencí**

Zapsala:

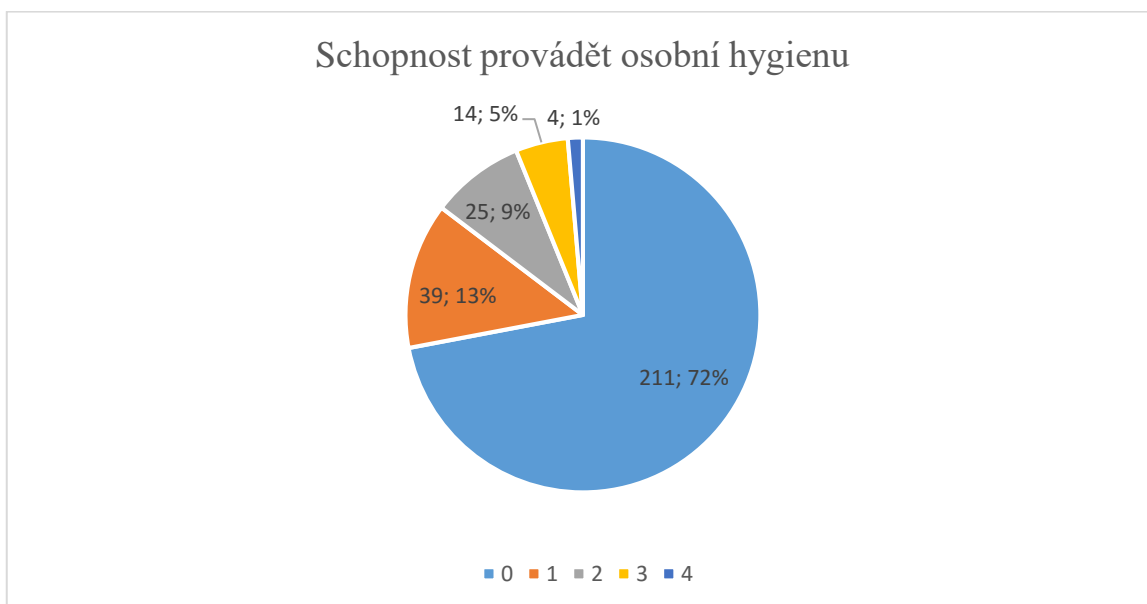
## Příloha č. 2

Grafické vyjádření výsledků bodového hodnocení oblasti schopností seniora v péči o vlastní osobu a oblasti samostatnosti podle jednotlivých kritérií dle metodického materiálu (příloha č. 1)

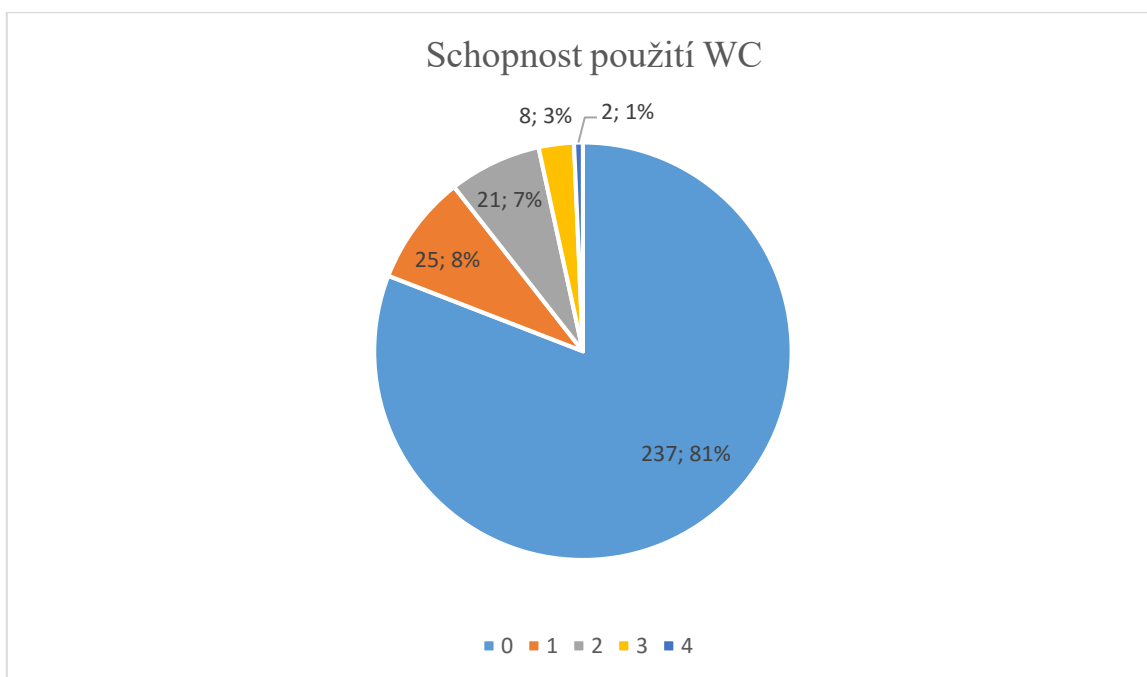
Schopnost seniorů v péči o vlastní osobu: kritérium 1.1 – 1.5



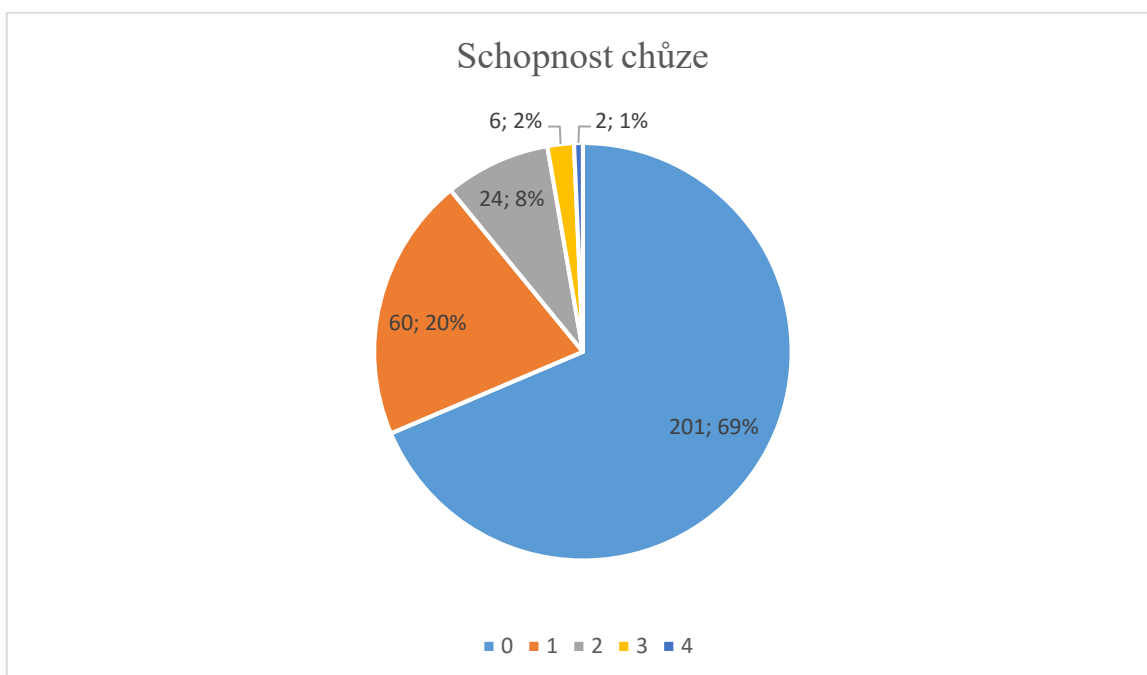
Obr. č. 1 Kritérium 1.1 – schopnost zabezpečit si výživu. Zdroj: vlastní výzkum



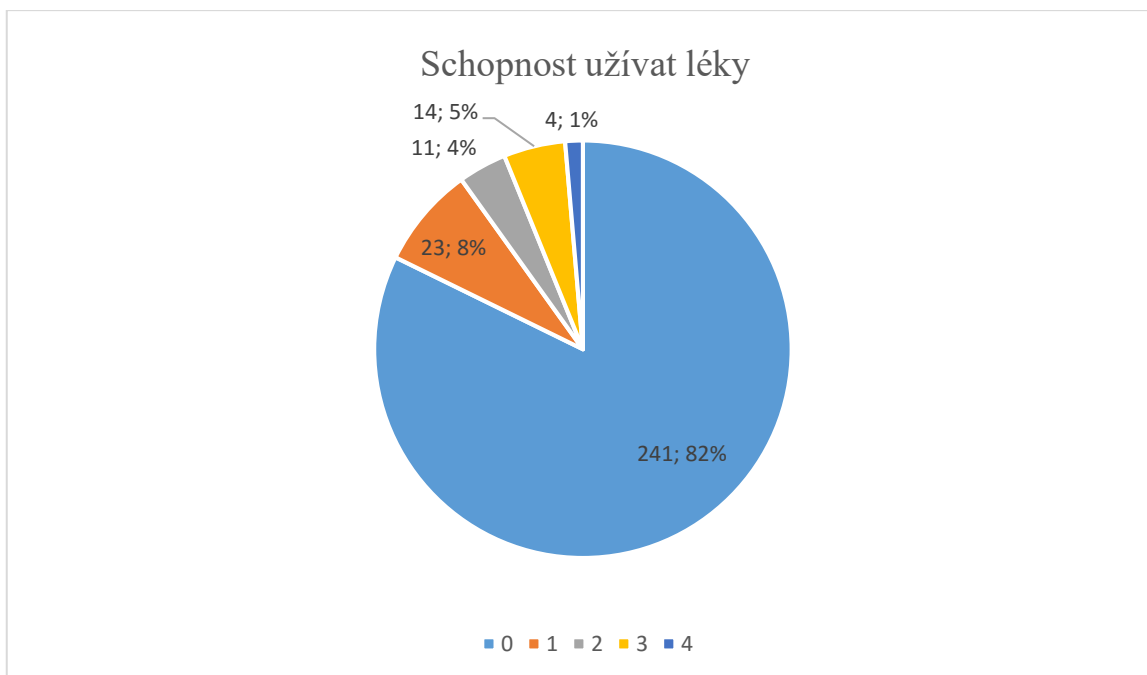
Obr. č. 2 Kritérium 1.2 – schopnost provádět osobní hygienu. Zdroj: vlastní výzkum



Obr. č. 3 Kritérium 1.3 – schopnost použití WC. Zdroj: vlastní výzkum

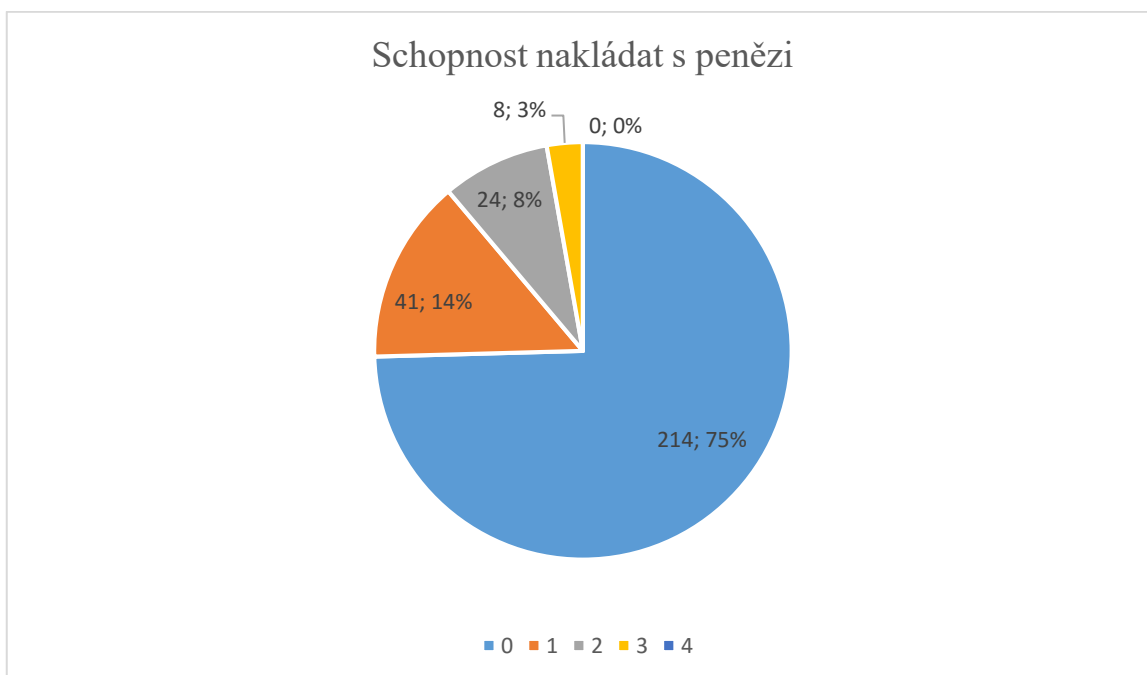


Obr. č. 4 Kritérium 1.4 – schopnost chůze. Zdroj: vlastní výzkum

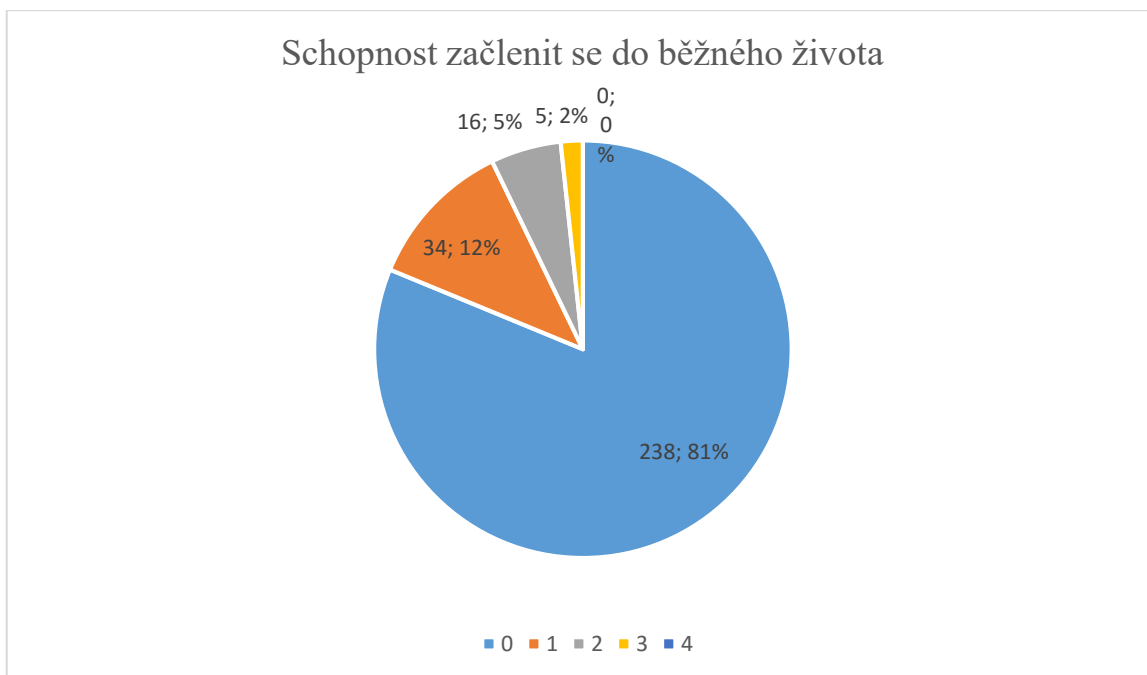


Obr. č. 5 Kritérium 1.5 – schopnost užívat léky. Zdroj: vlastní výzkum

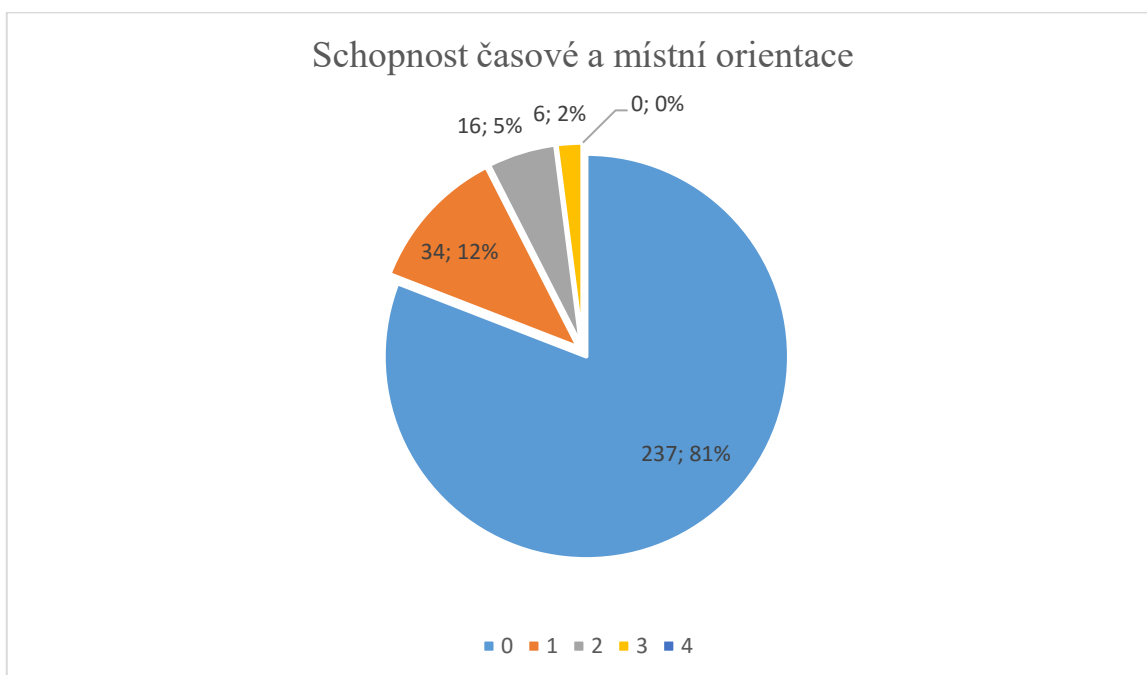
### Soběstačnost seniorů v přirozeném prostředí: Kritérium 2.1 – 2.3



Obr. č. 6 Kritérium 2.1 – schopnost nakládat s penězi. Zdroj: vlastní výzkum



Obr. č. 7 Kritérium č. 2.2 – schopnost začlenit se do běžného života. Zdroj: vlastní výzkum



Obr. č. 8 Kritérium 2.3 – schopnost časové a místní orientace. Zdroj: vlastní výzkum



## Příloha č. 3

Vyjádření etické komise ZSF JU (originál dokumentu je uložen u autorky).



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

**Etická komise**  
**Ethics Committee**

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

# VYJÁDŘENÍ ETICKÉ KOMISE

## ZSF JU

V Českých Budějovicích 6.6.2016.

Jméno předkladatele projektu: **Mgr. Jaroslava Vítová**

Název projektu: **Posuzování potřeb zájemců o pobytovou sociální službu pro seniory a naléhavosti jejich umístění.**

**Dne 6.6.2016 etická komise ZSF JU projednala projekt studie a souhlasí s jeho provedením.**

Komentář k projektu je v příloze.

.....  
doc. MUDr. Jiří ŠIMEK, CSc.  
předseda etické komise ZSF JU

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Etická komise Zdravotně sociální fakulty  
Jírovcova 1347/24  
CZ – 370 04 České Budějovice

Vyřizuje:  
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.  
jr.simek@volny.cz  
Pracoviště: J. Boreckého 27  
370 11 České Budějovice

+420 389 037 650  
www.zsf.jcu.cz  
www.jcu.cz