

**MĚŘENÍ KVALITY POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY  
V ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V DOMOVĚ  
SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM A ADAPTACE SENIORŮ V DOMOVĚ  
PRO SENIORY**

**MEASURING THE QUALITY OF THE SOCIAL SERVICES  
PROVIDED BY HOMES FOR THOSE WITH SPECIAL NEEDS  
AND THOSE ON RETIREMENT**

**VĚRA ZÁMKOVÁ – MONIKA MAČKINOVÁ**

**ABSTRAKT**

Ve vědecké studii jsme se snažili popsat modely a nástroje, které slouží na měření kvality poskytované sociální a zdravotní péče v zařízení sociálních služeb s cílovou skupinou klientů pro domov se zvláštním režimem. Charakterizovali jsme role sociálního a zdravotnického pracovníka, kteří tvoří významnou součást v péči o klienty v zařízení sociálních služeb. Definovali jsme procedurální, personální a provozní standardy. Popsali jsme inspekci kvality poskytované péče, supervizi, evaluaci, stížnosti a indikátory.

**Klíčová slova**

Evaluace. Kvalita. Měření kvality sociálních služeb. Sociální služba. Standardy kvality sociálních služeb.

**ABSTRACT**

In this article, we tried to describe the models and tools used to measure the quality of social and health care provided in a social service facility with a target group of clients for a special regime home. We have characterized the roles of social and health care workers, who form an important part in the care of clients in social services facilities. We have defined procedural, personnel and operational standards. We have described the

quality inspection of the care provided, supervision, evaluation, complaints and indicators.

### **Keywords**

Evaluation. Quality. Measuring the quality of social services. Social service. Standards of quality of social services.

## **ÚVOD**

Sociální práce si zakládá na dodržování respektu k hodnotě, práv a důstojnosti veškerých lidí. Sociální pracovníci podporují a chrání duševní, emociální, fyzickou či duchovní integritu a v neposlední řadě i blaho každého člověka (Hájek, 2012).

*„Existuje mnoho povolání, jejichž zásadou je pomáhat lidem, jako například lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky či sociální pracovníci. Oproti jiným povoláním však v těchto náročných profesích je velmi zásadní prvek, který hraje významnou roli, a tím je míněn lidský vztah mezi pomáhajícím odborníkem a jeho klientem či pacientem. Pacient potřebuje mít důvěru ke svému lékaři a cítit lidský zájem o jeho osobu od ošetřujícího personálu, stejně tak jako klient, který by rád důvěřoval sociální pracovníci nebo pracovníkovi. Tato myšlenka je obsažena v názoru, že v těchto oborech je zásadním nástrojem pracovníka jeho osobnost“* (Kopřiva, 2016, s. 14).

Téma kvality v sociálních službách je velice mladé a tímto pojmem se odborníci v sociální oblasti začali vážněji zabývat až s příchodem Zákona o sociálních službách. Určit, co je kvalitní a co už ne, při poskytování služeb, není lehké. Často se v praxi setkáváme jenom se subjektivními pocity klientů a pracovníků. I názory poskytovatelů, nebo donátorů se můžou na otázku kvality poskytované služby často lišit. Každý z nich považuje za kvalitní něco jiného. Přesto je důležité se touto otázkou v sociálních službách zabývat například při pravidelném hodnocení poskytovaných služeb a porovnávat svoje představy s představami klientů, jejich rodinných příslušníků a široké veřejnosti (Prudká, 2015).

Pojetí kvality podle autorky Malík - Holasové (2014) je v sociálních službách a sociální práci spojováno s každodenní realitou, ve které osoby přicházejí do zařízení v roli klientů, očekávající vstřícný přístup pracovníků, radu či službu a příznivé prostředí. Tato očekávání ovlivňují názory eventuálních klientů, o tom, zda se jedná o kvalitní službu, nebo se o ni nejedná. Na straně druhé je očekávání poskytovatelů a zadavatelů služeb, kteří se zaměřují i na jiné faktory, jako jsou ekonomické výsledky, které jsou určující pro zajištění dostatečného počtu zaměstnanců a jeho spokojenosti. Kvalita sociální práce je mnohovrstevnou oblastí, ve které se setkávají různé zájmy a spousta aktérů. Sociálním pracovníkům může být kvalita pomůckou, jak učinit svou práci profesionálnější. Pojetí kvality však může představovat i negativní významy, neboť může být spojována se snahami o ekonomizaci sociální práce. Pro zaměstnance mohou požadavky na kvalitu přinášet zvýšené množství administrativní činnosti, přetíženost či zkracování pracovní doby. Pro klienty může znamenat větší peněžní spoluúčast na poskytovaných službách (Malík-Holasová, 2014).

Při hodnocení kvality sociálních služeb je nejnütnější ochrana klientů před nekvalitním poskytováním služeb. Sociální pracovníci svým pohledem mohou zhodnotit nebo alespoň postřehnout, zda je kontrola vedena s tím cílem, aby byly služby co nejlépe poskytovány i nabízeny a co nejlépe odpovídaly individuálním potřebám klientů. Individualita potřeb a samotné respektování jedince a jeho požadavků je aktuálním trendem v poskytování sociálních služeb. Za kvalitně poskytovanou službu je obecně považována služba, která je vykonávána kvalifikovanými pracovníky, ale především je přínosem pro zdravotní stav a kvalitu života klientů (Veřejný ochránce práv – ombudsman, 2015).

Práce v sociální sféře, klade na zaměstnance vysoké požadavky nejen po stránce odborné, ale též i po stránce morální. Každý pracovník může svým jednáním přispět ke zvyšování kvality poskytované péče, ale i ke zvyšování spokojenosti klientů v zařízení sociálních služeb (Bužgová, 2009).

Je důležité dodržovat a plnit poslání etických kodexů, které patří v současnosti mezi základní požadavky profesionality a jsou jednou z charakteristik samostatných pomáhajících profesí (Mátel, 2016).

Pomocí vhodně zvoleného nástroje pro měření kvality může sociální pracovník pohlédnout kriticky na vlastní organizaci a nastavené standardy práce. Získanou zpětnou

vazbu může využít pro zvýšení kvality poskytované sociální služby (Horecký, Lusková, 2019).

# 1 MODELY A NÁSTROJE NA MĚŘENÍ A ZVYŠOVÁNÍ KVALITY V POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

V roce 2002 Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky publikovalo standardy kvality sociálních služeb, které jsou ve shodě s evropskými principy sociálního modelu a ve kterých jsou i tyto principy obsaženy. Standardy by měly být ochranným a kontrolním mechanismem zajišťujícím dostatečnou úroveň poskytovaných sociálních služeb v České republice. Jednalo se o důležitou inovaci, která byla ale v počátcích jen doporučením pro organizace, jak by měla sociální služba vypadat. Povinnosti nabyly až 1. 1. 2007. Zákon přinesl velice důležitou změnu, kterou vytvořil prostředí pro rozvoj vztahu mezi poskytovatelem a klientem sociální služby. Opustil tak paternalisticko-direktivní model z minulého režimu. Standardy se snaží o vztah, který je založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti a individuálním přístupu. Jde o všeobecný popis, jak by měla kvalitní sociální služba vypadat (Matoušek, 2007).

**Standardy kvality sociálních služeb** jsou souborem měřitelných a zčásti i ověřitelných kritérií. Cílem standardů kvality je umožnit hodnocení a posouzení kvality poskytovaných služeb jako celku. Jsou teoretickým rámcem pro hodnocení kvality sociálních služeb. Předpisy v nich obsažené musí každá instituce splňovat. Jde převážně o vytvoření nástroje na objektivní měření kvality poskytovaných služeb, kterou lze měřit a hodnotit pouze, když jsou zřetelně nastaveny a definovány oblasti a kritéria hodnocení (Sládek, 2013).

Takto nastavené předpisy mohou pomoci zřizovatelům, poskytovatelům a pracovníkům v sociálních službách, ale i klientům těchto služeb k dosažení, ale i k méně namáhavému udržení kvality jejich služeb na vysoké úrovni. Výstupem zavedení těchto pravidel by měla být větší univerzalita poskytování sociální péče a zajištění stejných podmínek a příležitostí pro všechny klienty sociálních služeb (Pikola, Říha, 2010).

Důležitým rysem standardů je jejich obecnost a použitelnost pro veškeré druhy sociálních služeb. K této univerzálnosti vedla Ministerstvo práce a sociálních věcí snaha neredukovat stávající poskytované sociální služby administrativním členěním, ale umožnit dostat určených požadavků i malým a začínajícím zařízením, které mohou

efektivně reagovat na aktuální potřeby uživatelů tím, že vytváří nové druhy služeb. Takto stanovená kritéria musí být použitelná na všechny druhy služeb a z toho důvodu musí zůstat jejich formulace pouze obecná a nesmí být na individuální rovině. V případě detailnějšího a neobecného popisu by mohla pravidla popisovat služby, jaké některá zařízení vůbec neposkytují. Každá sociální služba, by i z těchto důvodů, měla mít individuálně naplánované a definované cíle s každým klientem. Je povinností každého zařízení sociálních služeb dále jen (ZSS) definovat cíle, kterých klienti chtějí dosáhnout. Přesné znění závisí na typu poskytované služby a samotném klientovi. Proto je nutná i individuální kontrola naplňování standardů. V současnosti jsou standardy přijímaným nástrojem, který slouží převážně k zajištění odpovídajícího stupně kvality poskytovaných služeb. Jsou závazným normativním prostředkem k zajištění alespoň minimálního obsahu dobré sociální služby. Jsou pokrokem oproti stavu předcházejícímu, kdy žádné objektivní a použitelné měřítko neexistovalo. Nebylo možné objektivně hodnotit takřka žádný aspekt spojený s hodnocením poskytovaných služeb (Chloupková, 2019).

Na vytváření standardů spolupracovali nejen poskytovatelé a zřizovatelé, ale i klienti sociálních služeb. Jsou určeny pro všechny typy sociálních služeb a reagují tím na rozmanitou škálu nepříznivých životních situací. Při vytváření standardů byly využity prvky, které zajišťují kvalitu i v jiných odvětvích. V těchto odvětvích je kvalita spíše chápána jako schopnost uspokojit zájmy a potřeby zákazníků. V sociálních službách, které jsou službami veřejnými, se musí kvalita chápat jinak, než v ostatních sektorech, jako jsou například sektory výrobní. V sociálních službách, na rozdíl od jiných služeb, nelze uspokojovat pouze zájmy klientů, ale musí se brát i zřetel na zadavatele služby, což jsou ti, kteří si službu objednají a platí ji z veřejných zdrojů například stát, kraje a obce (Hauke, 2011).

Z tohoto důvodu musí být kvalita poskytovaných služeb jasně popsána a definována pomocí souboru pravidel, kritérií, vlastností i charakteristik, které ovlivňují schopnost naplnit zájmy a potřeby obou skupin, tedy nejen klientů, ale i poskytovatelů (Neszméry, Š. 2019). Aby docházelo ke snadnější a obecnější kontrole a vztahy mezi těmito subjekty byly na lepší úrovni, jsou standardy kvality děleny do tří skupin, a to na standardy procedurální, personální a provozní. Do těchto skupin jsou děleny v patnácti oblastech. Hlavním cílem není podrobný přehled standardů, který si každý může přečíst v publikacích, ale ukázat náhled na standardy a poukázat na určitou reflexi jejich působení (Wildmannová, 2014).

## **1.1 PROCEDURÁLNÍ STANDARDY**

Procedurální standardy vymezují, jak by měla vypadat poskytovaná služba. Na co se má klást důraz při jednání se zájemcem o službu a jak ji přizpůsobit individuálním potřebám každého klienta. Tyto standardy obsahují cíle a způsoby poskytování sociálních služeb. Zabývají se ochranou práv uživatelů. Mají zpracované dokumenty o jednání se zájemcem o službu, dohody, smlouvy o poskytování služby, individuální plánování, průběh služby, osobní údaje, stížnosti a návaznost na další zdroje (Sládek, 2013).

Mezi jednotlivé procedurální standardy patří tyto standardy, které jsme následně popsali.

### **Standard č. 1**

#### **Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb**

Jedná se o povinnost sociální služby přesně definovat cíle, poslání a zásady pro poskytování služby a cílovou skupinu, na kterou se zaměřuje. Je kladen důraz i na to, aby lidé nebyli vyloučeni ze svých přirozených vazeb a mohli uplatnit své vůle. Organizace může být tímto standardem chráněna před negativním hodnocením. Smyslem je, aby každý poskytovatel sociální služby formuloval a zveřejnil své cíle a způsoby, jakými jsou tyto služby poskytovány. Hlavní důraz je kladen na to, aby se budoucí klienti mohli seznámit s principy služby a rozhodnout se, zda jim tato služba vyhovuje či nikoliv (Horecký, Lusková, 2019).

### **Standard č. 2**

#### **Ochrana práv osob**

Dodržení všech základních práv je již jasně definované a zabezpečované závazně obecnými normami jako jsou Všeobecná deklarace lidských práv (Neszméry, 2019). Poskytovatel služby musí mít definovány oblasti, ve kterých by mohlo dojít k ohrožení práv, pravidla pro ochranu základních lidských práv a svobod osob a popsané postupy v

případě jejich porušení. Díky tomuto standardu mohlo dojít i k samotné reflexi přístupu poskytovatelů. To, že poskytovatelé měli všechny situace, kde může dojít k ohrožení pojmenovat, je mohlo vést k úvaze, jak těmto situacím zabránit, nebo se jim vyhnout

(Sládek, 2013).

### **Standard č. 3**

#### **Jednání se zájemcem o službu**

Zájemce o službu musí být srozumitelně informován organizací o možnostech a podmínkách poskytování sociálních služeb, které jsou poskytovány a jsou s ním projednávány jeho požadavky a očekávání od služby. Jsou stanoveny i pravidla pro odmítnutí zájemce. Poskytování sociálních služeb se díky záměru tohoto standardu stalo flexibilnějším, díky jasně doporučené spolupráci mezi poskytovatelem a klientem na formulaci způsobů, jakým je služba poskytována. Tento dokument obsahuje záznam o jednání se zájemcem o sociální službu, záznamy ze sociálního šetření, testy ADL, AIDL, etický kodex, pravidla pro jednání se zájemcem o sociální službu, pravidla pro odmítnutí zájemce, žádost o umístění do ZSS (Malík-Holasová, 2014).

### **Standard č. 4**

#### **Smlouva o poskytování služby**

Poskytovatel má písemně zpracované vnitřní pravidla pro uzavření smlouvy – druh služby a pro jaký okruh osob je určena. Jsou zpracovány tak, aby klient rozuměl jejímu obsahu a účelu. Mezi tyto dokumenty patří pravidla pro uzavření smlouvy, smlouvy a přílohy, domácí řád, dodatky ke smlouvě v DZR, ceník fakultativních služeb, stanovení úhrad za pobyt, smlouva DZR – obrázková smlouva. Obrázková smlouva je zjednodušená smlouva pro službu v DZR pro klienty trpící Alzheimerovou demencí. Dále tento standard obsahuje individuální plán a sociálně aktivizační dokumentaci klientů (Veřejný ochránce práv – ombudsman, 2015).

### **Standard č. 5**

#### **Individuální plánování průběhu sociální služby**



Cílem těchto pravidel je usnadnění adaptace klienta při přechodu ze svého přirozeného prostředí do prostředí instituce účinnou individuální podporou pracovníků při všech úkonech, s tímto přechodem souvisejících (pomoc a podpora při formulování osobního cíle, se kterým klient do zařízení přichází a poskytnutí partnerství při provázení klienta službou). Po ukončení adaptačního procesu jsou tato pravidla orientována na podporu ze strany pracovníků při naplňování osobního cíle klienta (uspokojování jeho somatických, psychických a sociálních potřeb). Vnitřní pravidla jsou zpracována podle druhu a poslání služby, kterým se řídí plánování. Průběh se plánuje společně s klientem a s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby. Hodnocení se pravidelně dokumentuje a kontroluje, zda jsou naplňovány požadované cíle. Každý klient má svého klíčového pracovníka (Sládek, 2013).

## **Standard č. 6**

### **Dokumentace o poskytované sociální službě**

V tomto dokumentu jsou zpracovány vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidence dokumentace. Pravidla pro nahlížení do dokumentace. Metodické pokyny pro práci s dokumentací pro služby v DZR. Pravidla pro nově přijatého klienta. Vzorové podpisy pracovníků a spisový skartační řád. Tento standard je velice důležitý v případě ochrany práv klientů. Z důvodu ochrany je stanoveno jaké údaje se o klientech shromažďují a jak dlouho se musí archivovat. V evidenci klientů se mohou v odůvodněných případech vyskytovat i anonymní údaje. Samozřejmě uchování osobních údajů musí odpovídat obecně platným normám (Nenadál, 2016).

## **Standard č. 7.**

### **Pravidla při podávání stížností na kvalitu a způsoby poskytované péče v sociálních službách**

Tento dokument má písemně zpracovány vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností. Poskytovatel informuje klienty o postupech podávání stížností. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Poskytovatel zpracuje pravidla pro podávání a vyřizování stížností na kvalitu poskytování služby a o těchto

pravidlech musí klienta informovat. Klient je informován jakým způsobem si může stěžovat, komu si může stěžovat, jak se stížnost vyřizuje, i v jaké lhůtě by měla být vyřízena. V pravidlech musí být stanoveno, že žádost musí být podávána písemně, nebo lze využít i služeb tlumočnicka, a to zejména v případě osob s těžkým mentálním postižením. Klient může podat stížnost, aniž by byl tímto nějak ohrožen či omezen. Je to nástroj k obraně klientů služby, možnost jak mohou vyjádřit svou nespokojenost a mít jistotu, že budou vyslyšeni a jejich stížnosti projednány (Kroutilová, 2008).

## **Standard č. 8.**

### **Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**

ZSS nemá snahu nahrazovat jiné služby a naopak umožňuje uživatelům jejich využívání. Snaží se tak podpořit udržení kontaktů a vztahů s přirozeným sociálním prostředím a rodinou. Jde například o to, že kadeřnice, pedikérka či jiná obvyklá služba využívaná klienty, nemusí být vždy poskytována v ZSS, ale je klientům umožněno navštěvovat tyto služby mimo instituci jako ostatním občanům. Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb. Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím, v případě konfliktu v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj. Zprostředkovává osobám služby jiných fyzických osob a právnických osob klientů (Veřejný ochránce práv – ombudsman, 2015).

## **1.2 PERSONÁLNÍ STANDARDY**

Navazující skupinou jsou standardy personální. Smyslem těchto standardů je definování personálního zajištění služeb. V případě špatného poskytování sociální služby už není možnost ji opravit, služba nemůže být dodatečně opravena či vyřazena. Z tohoto důvodu je kvalita přímo závislá na pracovnících, kteří tuto službu vykonávají. Závisí na jejich dovednostech, vzdělání a schopnostech, ale i podpoře a podmínkách, ve kterých pracují (Nenadál, 2016).

### **Standard č. 9.**

#### **Personální a organizační zajištění sociální služby**

Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst. Standard ustanovuje povinnou organizační strukturu zaměstnanců, počet pracovních míst, práv a povinností zaměstnanců a kvalifikačních požadavků na ně kladených. Jde o existenci pravidel při přijímání a zaškolení zaměstnanců. Tento standard a zákon č. 108/2006 Sb. představují požadavek k odbornosti zaměstnanců sociálních služeb. Určují odborné předpoklady k výkonu profese sociálního pracovníka, což bylo v minulosti spíše vymezeno jen u zdravotnických či pedagogických profesí. Klient si může být jist, že sociální služby, které mu jsou poskytovány, poskytuje odborný a proškolený personál, který by měl mít znalosti, jak vhodně službu poskytovat (Hauke, 2011).

### **Standard č. 10.**

#### **Profesní rozvoj zaměstnanců**

Standard určuje metody hodnocení zaměstnanců, jejich finanční oceňování a způsob komunikace mezi pracovníky a vedením. Stanovuje programy dalšího vzdělávání a zabezpečuje tak profesní rozvoj pracovníků. Nejde jen o další vzdělávání a systém hodnocení pracovníků, ale i o možnost využít nezávislého supervizora. Tato možnost jim má pomoci vyrovnat se s možným stresem z profese sociálního pracovníka a předcházet syndromu vyhoření. Supervizor je jim nápomocen vyrovnat se s tímto zatížením a tím pomáhá chránit i uživatele před poskytnutím nekvalitní služby.

Spokojenost klientů se přímo odvíjí od kvality a příjemnosti personálu. Personál je jedním z hlavních faktorů kladného hodnocení služby klienty (Prudká, 2015).

### **1.3 PROVOZNÍ STANDARDY**

Jedná se o definici podmínek pro poskytování sociálních služeb soustředující se na prostory, kde jsou služby poskytovány, jejich dostupnost, jejich ekonomické zajištění a rozvoj kvality těchto služeb (Horecký, Lusková, 2019).

#### **Standard č. 11.**

##### **Místní a časová dostupnost poskytované služby v ZSS**

Při využívání sociální služby je velice důležité zvolené místo a čas poskytování. To lze odvíjet jak od typu poskytované služby, tak i od cílové skupiny, které je služba určena. Nevhodný koncept místa a času poskytování může mít za následek nevyužívání služby, i přesto, že je vysoce kvalitní. Jiný čas poskytování mají terénní služby oproti pobytovým, které obvykle fungují v nepřetržitém provozu. Nastávají situace, že se potřeby klientů během času změní, proto je vhodná průběžná kontrola, zda místo a čas poskytování služeb je pro klienty stále vyhovující a aby místo poskytování služeb, bylo pro klienty dostupné běžnou dopravní formou MHD, automobilem, vlakem (Mojžíšová, 2019).

#### **Standard č. 12.**

##### **Informovanost o poskytované sociální službě**

Poskytovatel by měl mít vypracovaný soubor informací o poskytované službě a to v takové formě, aby byly srozumitelné pro daný okruh osob, kterým je služba určena. Jenom v případě, kdy má potencionální klient o službě dostatek informací, může nabýt přesvědčení, že se při vybírání služby rozhodl adekvátně. Během výběrů, kterými se bude veřejnost o sociální službě informovat, hraje významnou roli převážně cílová skupina. Zpřístupnění informací pro veřejnost je u komerčních subjektů běžným jevem, proto by

to tak mělo být i ve státním sektoru. Jedná se o poskytnutí základních informací, které mohou mít zásadní vliv na budoucí uživatele služby (Holmerová, 2019).

### **Standard č. 13.**

#### **Prostředí a podmínky**

Poskytovatel sociální služby zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob. Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám. Vliv prostředí je jedním z důležitých faktorů při hodnocení služby klienty, a to zejména v ubytovacích zařízeních. Hlavním cílem tohoto standardu je zaměřit se na zaručení kvalitního prostředí klientům při poskytování služby. Prostředí by mělo odpovídat potřebám cílové skupiny. U osob se sníženou pohyblivostí by mělo být prostředí služby bezbariérové. Z důvodu, aby se mohli pohybovat pouze s kompenzačními pomůckami a nemuseli být závislí na pomoci druhých. Jedním z faktorů zohledňujících kvalitu prostředí jsou vhodné hygienické podmínky, osvětlení či teplo, možnost soukromí, která je pro klienty zcela zásadní (Sládek, 2013).

### **Standard č. 14.**

#### **Havarijní a nouzové situace.**

Obsahuje podrobné definice jednotlivých havarijních a nouzových situací, které mohou nastat. Závazné pokyny, jak se v uvedených situacích chovat, vymezení úkolů a odpovědnosti konkrétních pracovníků při řešení těchto situací si organizace klade za cíl minimalizovat riziko jejich vzniku a odvrátit další hrozící škody na životě, zdraví nebo majetku v případě, že již nastaly (Malíková, 2011).

### **Standard č. 15.**

#### **Zvyšování kvality sociálních služeb**

Tento dokument obsahuje vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti klientů ZSS, hodnocení zaměstnanců formou dotazníků, kontroly a hodnocení poskytované péče zda jsou v souladu s definovaným posláním a cíli. Využívá stížnosti ke zhodnocení poskytované péče (Lukasová, 2014).

Standardy kvality dop. z MPSV od r. 2002 a staly se právním předpisem od 1. 1. 2007.

Vyhlášky č. 2. MPSV č. 505/2006 Sb. provádějícího předpisu k Zákonu č. 108/2006 Sb. O sociálních službách v platném znění.

Sociální služby vnímáme jako činnost či soubor činností, které zabezpečují pomoc a podporu předcházející sociálnímu vyloučení a snaží se o sociální začlenění do společnosti. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

## **2 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V ZSS DZR - OÁZA KLIDU, o.p.s. - LOUČKY, NOVÉ SEDLO**

V kapitole 2 jsem popsala a charakterizovala role sociálního pracovníka v zařízení sociálních služeb v DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM OÁZA KLIDU o.p.s. LOUČKY, NOVÉ SEDLO. V tomto zařízení pracuji od dubna 2018 jako vedoucí sestra a velmi úzce spolupracuji se sociální pracovníci. Na základě povolení paní ředitelky ZSS mohu tyto informace předat dále pro studijní účely.

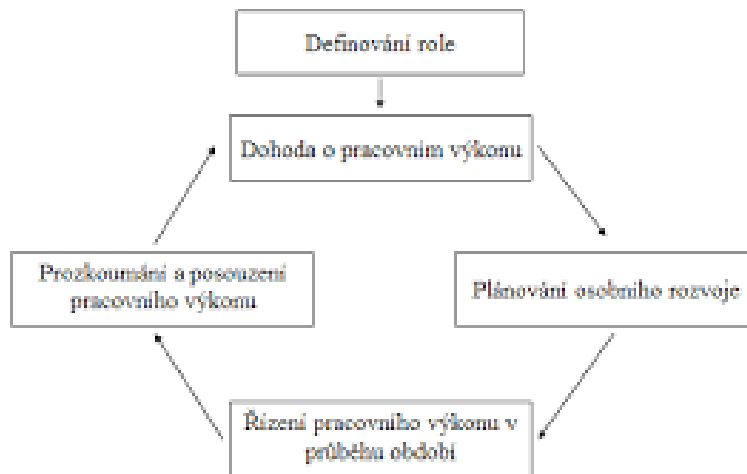
**Vedoucí manažér kvality** péče je sociální pracovník ve vedoucí pozici, který zajišťuje a organizuje plynulý provoz na oddělení. Rozepisuje směny pro své zaměstnance. Dbá na poskytování kvalitní péče o klienty ze strany pečovatелů. Kontroluje, zda nejsou porušována etická práva klientů. Plní přání a potřeby klientů dle stanovených Standardů kvality péče podle zákona č. 108/2006 Sb. Organizuje pravidelné porady se zaměstnanci. Informuje své zaměstnance o organizačních změnách, pozitivních a negativních výsledcích. Řeší a navrhuje možné organizační změny. Organizuje pracovní náplně. Odpovídá za řádnou organizaci sociální péče o klienty domova. Odpovídá za kvalitu sociální péče o klienty domova ve smyslu standardů kvality v sociálních službách a platných předpisů o poskytování zdravotní péče. Spolupracuje úzce s vedoucím zdravotního úseku na zajištění zdravotní péče o klienty. Odpovídá za správné provedení pečovatelských úkonů u klientů domova. Odpovídá za informování

podřízených o platných vnitřních předpisech organizace, jejich pravidelné a zákonné proškolení a vzdělávání. Vede dílčí agendy mzdových a osobních podkladů zaměstnanců domova, nařizuje nebo dohaduje a sleduje práce přesčas a za ni poskytované náhradní volno. Navrhuje plány dovolených zaměstnanců domova. Navrhuje platová zařazení, odměny a osobní příplatky. Odpovídá za dodržování rozpočtu, včetně hospodárného využívání prostředků ve smyslu platných předpisů. Jedná v mezích pravomoci plynoucích z organizačního řádu a dalších organizačních dokumentů a řídicích aktů zařízení v zájmu zařízení a jeho klientů s jednotlivci, orgány státní správy a samosprávy a úřady. Vede řádný soupis majetku a věcí klientů domova a předává cennosti do depozit ústavu. Odpovídá za dodržování hygienických a proti epidemiologickým zásadám, včetně desinfekce, podle platných předpisů a za čistotu a estetickou úroveň domova. Spolupracuje se sociálními pracovníky na přípravě podkladů k pozůstalostnímu řízení. Ve spolupráci s multidisciplinárním týmem provádí výběr potencionálních klientů do ZSS dle předepsaných předpisů pro vybrané cílové skupiny. Před nástupem klienta do domova provádí spolu se sociální pracovníci sociální šetření v domácím prostředí klienta nebo v jiném zařízení, podle toho kde se klient nachází. Vede si záznamy a dokumentaci. Spolupracuje se sociálními pracovníky na průběhu adaptačního procesu nových klientů i zaměstnanců domova. Ke každému klientovi přiděluje klíčového pracovníka. Individuální plány pravidelně aktualizuje. Provádí supervizi v ZSS. Pomáhá v rozvoji komunity. Dále spolupracuje s personálním oddělením ohledně přijímání nových pracovníků v přímé péči. Zajišťuje zvyšování kvalifikace svých pracovníků, zajišťuje semináře pro zaměstnance v přímé péči. Snaží se o prevenci vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhající profesi. Hájí při výkonu své profese vždy oprávněné zájmy a důstojnost klientů, je loajální k zaměstnavateli a ostatním pracovníkům. Svým vystupováním vždy upevňuje dobrý kredit zařízení před veřejností a spolupodílí se na naplňování poslání a cílů zařízení. **Sociální pracovník** plní pracovní činnosti na základě informací a pokynů od vedoucího manažera kvality péče. Denně se účastní ranních porad se sloužícím personálem. Plní přání a potřeby klientů dle stanovených Standardů kvality péče podle Zákona č. 108/2006 Sb. Ve spolupráci s multidisciplinárním týmem provádí výběr potencionálních klientů do ZSS dle předepsaných předpisů pro vybrané cílové skupiny. Před nástupem klienta do domova provádí spolu s vedoucím manažerem kvality péče sociální šetření v domácím prostředí klienta nebo v jiném zařízení, podle toho kde se klient nachází. Vede si záznamy a dokumentaci. Zaměřuje se na klienta jako na osobnost. Klade význam na rodinu.

Má umění propojovat se s potřebami klienta. Má teoretické znalosti, které uplatňuje v praxi. Zná dobře historii a filozofii sociální práce, metody a techniky sociální práce, základy komunikace s klienty. Doprovází klienta při nástupu do ZSS, velmi úzce spolupracuje s rodinou. Je empatický, cílevědomý, obětavý. Umí aktivně naslouchat – použije oči, uši, srdce. Snaží se vést klienta k tomu, aby spolupracoval při řešení problému. Pečuje a pomáhá rodině řešit situaci při úmrtí klienta. Zde potřebuje rodina velkou podporu. Zastupuje v případě nepřítomnosti v plném rozsahu vedoucího domova mimo personálních záležitostí. Metodicky vede z pohledu sociální práce všechny zaměstnance domova. Spolupracuje úzce s vedoucím domova na koncepci, stylu a způsobu řízení, na úkolech zaměstnanců a na jejich hodnocení. Eviduje cennosti v rámci dědického řízení. Eviduje žádosti nových uchazečů o službu a po dohodě s nimi je vyřizuje. Je za všechny sociální pracovníky kontaktní osobou. Zpracovává podklady pro stanovení výše úhrady a vyúčtování za jednotlivé období klienta. Zpracovává podklady pro stanovení výše vrácených finančních prostředků při pobytu klienta mimo zařízení, úmrtí nebo ukončení pobytu. Zpracovává písemné podklady potřebné k soudnímu dědickému řízení. Eviduje a vymáhá pohledávky klientů vůči zařízení. Přípravuje individuální smlouvy k poskytnutí sociální služby. Spolupracuje s orgány státní správy a samosprávy, zdravotnickými zařízeními a úřady při příjmu, pobytu nebo ukončení pobytu klientů. Podílí se na zajišťování práv klientů zaměstnanci a na úroveň komunikace zaměstnanců s klienty a dalšími osobami, se kterými jednají. Spoluodpovídá za řádný průběh adaptačního procesu klientů. Účastní se pracovních porad. Spolupracuje s pracovníky aktivizace na vytváření příjemného domácího prostředí a soukromí, pomáhá při realizaci kulturních a společenských akcí. Zastupuje svéprávné klienty při jednání na základě žádosti klientů nebo pověření. Udržuje kontakty a úzce spolupracuje s opatrovníky klientů, rodinami a dalšími blízkými klienta. Vypracovává v součinnosti s ostatními profesemi podklady pro statistické výkaznictví dat, týkající se sociální oblasti pro zřizovatele a jiné instituce. Poskytuje sociální poradenství klientům a žadatelům o poskytované službě sociální péče. Podílí se na vytváření standardů kvality v sociálních službách, na jejich zavádění do praxe a kontrole jejich dodržování. Provádí dotazníková šetření ve smyslu zjišťování kvality poskytované sociální služby. Zdroj: vlastní zpracování, 2018, použito v bakalářské práci In: Tazbírková, M., 2018.

### **Obrázek 1: Schéma činností v procesu řízení multidisciplinárního týmu**





Zdroj: Jednotlivé činnosti procesu řízení pracovního výkonu (Armstrong, Taylor, 2015, s. 433).

### **3 POPIS PRACOVNÍ ČINNOSTI VEDOUcí SESTRY V ZSS OÁZA KLIDU, O.P.S., KVALIFIKAČNÍ A OSOBNOSTNÍ POŽADAVKY NA PRACOVNÍ POZICI**

- Odborná způsobilost: úplné střední odborné vzdělání, vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání v oboru.
- Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry bez odborného dohledu.
- Trestní bezúhonnost.
- Zdravotní způsobilost.
- Znalost práce na PC (Word, Excel, Internet, e- mail, program PC Doktor, Cygnus 1).
- Schopnost navázat kontakt, vytvořit atmosféru důvěry.
- Výborné komunikační a vyjadřovací schopnosti.
- Dobrá úroveň písemného projevu.
- Schopnost empatie.
- Odolnost vůči fyzické a psychické zátěži.
- Schopnost kolektivní spolupráce.
- Schopnost samostatného rozhodování v náročných a stresových situacích.
- Pečlivost, vlídné vystupování, nekonfliktnost.
- Znalost světového jazyka výhodou. (Ruština, němčina, angličtina).

#### **3.1 POŽADOVANÉ ODBORNÉ ZNALOSTI A DOVEDNOSTI**

- Znalost odborné práce na oddělení, včetně příslušných platných právních předpisů.
- Znalost ošetrovatelských standardů a standardů kvality v sociálních službách a schopnosti aplikovat tyto standardy v praxi.
- Schopnost týmové spolupráce.
- Organizační schopnosti manažera.
- Administrativní schopnosti.

- Orientace ve vykazování zdravotních výkonů v odbornosti 913 pro zdravotní pojišťovny.
- Základní dovednosti při práci s PC a schopnosti práce s kancelářskými programy.
- Orientace v legislativních, společenských a organizačních podmínkách a možnostech.
- Schopnosti získávat a zpracovávat nezbytné informace z různých zdrojů.
- Flexibilita a schopnost tvořivě řešit organizační problémy.
- Znalost a respektování práv klientů, schopnost přizpůsobit komunikaci k věku a k individualitě klienta.
- Schopnost poskytovat přiměřený prostor pro vyjasnění a vyjádření názorů, potřeb a cílů klientů a jejich blízkých.
- Loajalita k organizaci, klientům a zaměstnancům.
- Loajalita k nadřízeným pracovníkům.

### **3.2 NÁPLŇ PRÁCE VEDOUCÍ SESTRY V ZSS OÁZA KLIDU O.P.S.**

- Poskytování komplexní základní nebo specializované ošetrovatelské péče bez odborného dohledu včetně péče o děti od 3 let věku. Provádění základní zdravotní výchovy pacientů i laické veřejnosti v oblasti ochrany a podpory zdraví a v ošetrovatelských postupech.
- Zodpovídá za organizaci práce na pracovišti ordinace, za výkon ošetrovatelské péče na ordinaci podle platných vnitro organizačních a vyšších právních předpisů.
- Zodpovídá za vedení dokumentace a vykazování výkonů zdravotní péče zdravotním pojišťovnám.
- Zodpovídá za hygienickou bezpečnost, čistotu a estetickou úroveň prostředí ordinace.
- Rozhoduje o způsobu řešení zdravotních záležitostí a záležitostí přímé péče o klienty v zařízení.
- Rozhoduje také v záležitostech, týkajících se kteréhokoliv úseku v zařízení v rozsahu vymezeném v „Závazných pravidlech pro řešení nouzových a havarijních situací“.
- Poskytuje ambulantní ošetrovatelskou péči klientům v DZR Oáza klidu, o.p.s., kteří jsou částečně nebo zcela imobilní. Klientům, kteří trpí různými stupni

inkontinence, psychickými poruchami a různými typy demence včetně Alzheimerovi.

- Organizuje závodní péče o zaměstnance DZR Oáza klidu, o.p.s., smluvním lékařem.
- Je garantem pro správu veškeré zdravotnické dokumentace DZR Oáza klidu, o.p.s., (uložení, nahlížení, zpřístupnění oprávněným osobám, archivaci a skartaci v souladu s platnou legislativou a vnitřními předpisy DZR Oáza klidu, o.p.s.
- Zpracovává ošetrovatelské plány klientů – dlouhodobé, krátkodobé.
- Zpracovává hodnocení klientů 2x do roka.
- Asistuje při léčebných výkonech lékaře v rámci provozu ordinace.
- Sleduje fyziologické funkce a projevy klientů. Měří TT, TK, puls, dech, mikci, pravidelné vyprazdňování, odchod plynů, tělesný a psychický stav klientů. Zná základní diagnózy klientů.
- Objednává a připravuje klienty k vyšetření a k zákrokům na základě ordinace lékaře.
- Zajišťuje transport a doprovod klientů do zdravotnického zařízení k odbornému vyšetření.
- V nepřítomnosti lékaře poskytuje vyšší před lékařskou pomoc při stavech ohrožení života, bez pomůcek s jednoduchými přístroji a pomůckami. Zejména provádí nepřímou masáž srdce, zavádění vzduchovodu a zajišťuje další odbornou pomoc.
- Zajišťuje včasné předávání ordinací lékařem. Připravuje a aplikuje léky dle ordinace a indikace lékaře a sleduje jejich účinky.
- Provádí odběry biologického materiálu dle ordinace lékaře. Odběry krve, moči, výtěry na kultivaci a citlivost, orientační vyšetření moči. Řídí se podle vypracovaného zdravotnického standardu.
- Provádí monitoring hodnot glykemií u diabetiků dle ordinace lékaře. Seznam pravidelně aktualizuje.
- Provádí ošetřování ran, dekubitů, bandáže končetin, ošetřování kůže dle ordinace lékaře a řídí se podle vypracovaného zdravotnického standardu.
- Při zpracovávání a předávání osobních a citlivých údajů o klientech se řídí platnou legislativou a vnitřními předpisy zařízení DZR Oáza klidu, o.p.s.

- Zodpovídá za vykazování provedených zdravotních výkonů odbornosti 913- dle metodiky jednotlivých zdravotních pojišťoven.
- Zodpovídá za vedení zdravotní a sociální dokumentace.
- Zodpovídá za řádně vedené záznamy o provedených výkonech na základě indikace lékaře ve zdravotní dokumentaci.
- Zodpovídá za dezinfekci a správné ukládání pomůcek a instrumentů v ordinaci a udržuje je ve stálé pohotovosti.
- Veškerou přístrojovou techniku v ordinaci udržuje v provozu schopném stavu a zajišťuje jejich revize a servis.
- Zodpovídá za správné zacházení s odpady. Za manipulaci, ukládání a odstraňování odpadů z ordinace.
- Dbá na správné hospodaření s léčivými přípravky a zdravotnickým materiálem. Objednává léčivé přípravky. Zajišťuje jejich převzetí a ukládání do příslušných lékárenských skříní.
- Zodpovídá za příjem a výdej opiátových léčivých prostředků. Zaznamenává jejich příjem a výdej do záznamů a pečlivě je eviduje.
- Vhodnou formou provádí edukace klientů týkající se dodržování léčebného režimu a dodržování Domácího řádu v DZR Oáza klidu, o.p.s.,
- Zajišťuje administrativní postupy v práci s příjmem, překladem, propuštěním a úmrtím klienta dle zdravotnických standardů.
- Písemně v hlášení sester a ústně předává sloužícímu personálu informace o proběhlé směně a o aktuálních událostech během směny.
- Spolupracuje s multidisciplinárním týmem DZR Oáza klidu, o.p.s., a přispívá k udržování dobrých vztahů na pracovišti.
- Dodržuje předpisy BOZP a PO a povinně se účastní školení.
- Včas informuje o zjištěných závadách svého nadřízeného.
- Zabezpečuje všestrannou péči o individuální potřeby klientů v souladu s nejnovějšími zásadami a odbornými poznatky v ošetřovatelství.
- Získává členy rodiny klientů k udržování kontaktů a vzájemné spolupráci.
- Dbá o svůj celoživotní a profesní rozvoj a vzdělává se v oblasti ošetřovatelství a sociální práce.
- Při výkonu své profese vždy hájí práva důstojnost klientů.

- Svým vystupováním upevňuje dobrý kredit zařízení DZR Oáza klidu, o.p.s., před veřejností a spolupodílí se na naplňování poslání a cílů.
- V mezích pravomocí plynoucích z organizačního řádu a dalších organizačních dokumentů jedná v zájmu zařízení a jeho klientů s jednotlivci, skupinou, rodinou a institucemi.

Zdroj: vnitřní dokumenty ZSS OÁZA KLIDU, O.P.S., 2018

### **3.3 ZDRAVOTNÍ A OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V ZSS OÁZA KLIDU, O.P.S.**

V Domově se zvláštním režimem Oáza klidu Loučky, o.p.s. poskytujeme klientům ošetrovatelskou a rehabilitační péči v souladu s § 36 zákona č. 108/2006 Sb., v platném znění. Odborná lékařská péče je v našem zařízení zajišťována smluvně, pravidelnou návštěvní službou praktického lékaře 1x týdně v pondělí. V době nepřítomnosti smluvního lékaře je péče poskytována zastupujícím lékařem, kterého smluvní lékař vždy v době své nepřítomnosti uvádí na internetových stránkách. Informace o zdravotním stavu klienta podává pouze praktický lékař. Za poskytnutou lékařskou péči zodpovídají příslušní lékaři. O návštěvě klienta u odborných lékařů /specialistů (interna, diabetologie, kardiologie, chirurgie, ...) rozhoduje praktický lékař.

Dojde-li ke zhoršení zdravotního stavu klienta mimo ordinální hodiny praktického lékaře (odpoledne, v noci, o víkendech, svátcích), je lékařská péče zajišťována Zdravotní záchrannou službou.

Lékařem indikovanou ošetrovatelskou péči zajišťuje kvalifikovaný odborně způsobilý personál přímé péče, registrovaná všeobecná sestra bez odborného dohledu dle platných právních předpisů s odborností 913 – sestra v sociálních službách. Zdravotní péče je poskytována odborně způsobilým personálem dle individuálních ošetrovatelských plánů a vždy na základě indikace ošetřujícího lékaře.

Zdroj: vnitřní dokumenty ZSS OÁZA KLIDU, O.P.S., 2018

**Jedná se především o tyto výkony:**

**06611 Zavedení nebo ukončení odborné zdravotní péče, administrativní činnost sestry.**

Jedná se o komplexní posouzení zdravotního stavu pacienta středním zdravotnickým pracovníkem (S3 = sestra pracující bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti). Výkon trvá 60 minut. Na základě získaných informací zpracuje zdravotní sestra podrobný písemný návrh krátkodobého ošetrovatelského plánu, který je následně posouzen ošetřujícím lékařem. Ten návrh schválí podpisem a doplní o konkrétní kódy výkonů s jejich slovní specifikací, uvedením konkrétní frekvence a časového vymezení – provedení během dne. Návrh je založen v jednom vyhotovení ve zdravotnické dokumentaci pacienta u lékaře a ve druhém v dokumentaci zdravotníků PZSS. Výkon zavedení péče se provádí při přijetí nového klienta PZSS, který má ošetřujícím lékařem indikovanou pravidelnou, dlouhodobou nebo i krátkodobou odbornou, ale zásadně komplexní zdravotní ošetrovatelskou péči (nikoli jednorázový výkon nebo třeba i série injekcí a dalších podobných úkonů, které nevyžadují další ošetrovatelskou péči s předchozím komplexním posouzením a tvorbou ošetrovatelského plánu), eventuálně se indikuje při nově vzniklé potřebě takovéto péče u stávajícího klienta PZSS, který ji dosud nepotřeboval a uvedenou dokumentaci v PZSS vedenou nemá. Ukončení péče se váže k předání obyvatele do trvalé péče jiného zařízení nebo obecně k ukončení pobytu v PZSS (v případě úmrtí se výkon nevykazuje).

### **06613 Ošetrovatelská intervence**

Účelem výkonu je zejména úhrada času sestry, potřebného k odpovídajícím a odůvodněně indikovaným „materiálovým“ zdravotním výkonům. Časová dispozice tohoto výkonu je 10 minut.

### **06621 Komplex – odběr biologického materiálu, eventuálně orientační vyšetření biologického materiálu**

Přičítá se k výkonu 06613. Indikace k provedení musí být jednoznačně a konkrétně specifikována, může být jednorázová či s konkrétní frekvencí na určité období. Čas potřebný k výkonu je maximálně 10 minut. Předání biologického materiálu k vyšetření do laboratoře zajišťuje PZSS stejným způsobem, jako je tomu v primární péči.

### **06623 Aplikace léčebné terapie p. o., i. m., s. c., i. v., UV, eventuálně další způsoby aplikace terapie či instilace léčiv**

Přičítá se k výkonu 06613. Společná indikace a vykázání tohoto výkonu s výkonem 06613 jsou možné jen za předpokladu prokazatelného naplnění času ve výši 10 minut

a současně spotřebovaného materiálu. Pokud není naplněn čas výkonu 06613, ale je naplněn materiálový kód (spotřebován materiál), lze tento vykázat samostatně. Fakt, že k aplikaci léčivého přípravku je způsobilý jen zdravotnický pracovník, neznamená automaticky poskytnutí hrazené zdravotní péče, respektive odůvodněnou indikaci a vykázaní tohoto nebo obou výkonů (06613+06623) s nárokem na úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

### **06629 Péče o ránu**

Přičítá se k výkonu 06613. Odůvodněnost vlastní indikace a jejího rozsahu (frekvence a doby trvání) a způsobu ošetřování závisí na specifikaci defektu, druhu a velikosti uvedené v dokumentaci pacienta u lékaře a následně na jeho popisu a informacích o dynamice hojení v dokumentaci sester. V závislosti na velikosti defektu je podle analogických výkonů odbornosti 913 v Seznamu zdravotních výkonů čas ošetření následující: u menších defektů do 10 cm<sup>2</sup> činí 10 minut, u středně velkých defektů do 50 cm<sup>2</sup> je 20 minut, u rozsáhlejších defektů nad 50 cm<sup>2</sup> nanejvýš 30 minut.

### **06631 Komplex – klyzma, laváže, ošetření permanentních katetrů a zavádění permanentních katetrů u žen**

Přičítá se k výkonu 06613. Laváží se pro účely posuzování odůvodněnosti indikace tohoto výkonu rozumí výplach močového měchýře ženy. Není to „oplach“ defektu – zde je nutné vykazovat výhradně kód výkonu 06629. Výkon není indikován pro potřeby prostého vypouštění sběrného sáčku, ale jen pro komplexní péči (zavedení, fixace, kontrola průchodnosti, kontrola množství moči v sáčku atd.).

ZSS má vypracované zdravotnické standardy, které se pravidelně aktualizují. Pracovníci ZSS jsou s nimi pravidelně seznamováni na poradách multidisciplinárního týmu. Neustále je pracovníkům zdůrazňováno, aby dodržovali etický přístup ke klientům a jejich rodinám. Péče je zaměřena na zlepšení nebo udržení maximální možné soběstačnosti a sebeobsluhy klienta. U klientů se snažíme o zlepšení kvality života.

Zdroj: vzp.cz

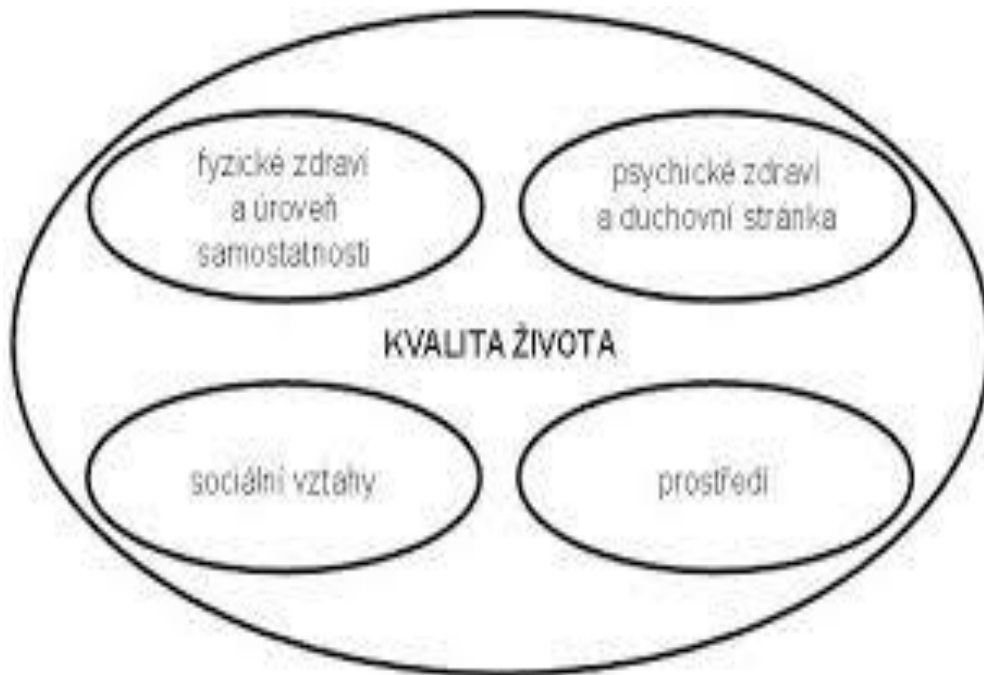
### **3.3.1 Kvalita života**

Personál se neustále vzdělává tak, aby pracoval na vysoké odborné úrovni v souladu s výsledky vědy a výzkumu pro zlepšení kvality života klientů v ZSS DZR



Oáza klidu, o.p.s., Loučky, Nové Sedlo. Denně se provádí porady celého multidisciplinárního týmu. Personálu je zdůrazňováno, jaká je důležitost komunikace a předávání relevantních informací o průběhu denní a noční služby v ZSS. Cílem celého multidisciplinárního týmu je zachování co nejlepší kvality života seniorů v ZSS DZR Oáza klidu, o.p.s., Loučky, Nové Sedlo.

**Obrázek 2: Kvalita života**



Zdroj: Payne, 2005

## 4 MĚŘENÍ KVALITY POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

### 4.1 INDIKÁTORY

Abychom mohli kvalitu změřit, je nutné mít nastavené požadavky na kvalitu, to znamená, že musíme mít stanoven popis kvality, protože ten určuje priority hodnocení (Malík, Holasová, 2014).

Popis kvality představuje základní předpoklady pro postupy k zajištění a rozvoji kvality. Všechny části popisu by měly mít formu měřitelných kritérií (**indikátorů**), která jsou pak porovnávána s určitým, předem stanoveným standardem nebo jinou normou. Výsledek provedeného srovnání ZSS poskytuje informaci o tom, zda bylo standardu či jiné normy dosaženo, nebo ne. Indikátory mají význam a smysl jen při porovnávání s něčím a rozlišují indikátory, které jsou stanoveny pro strukturu, proces nebo výsledek (Messer, 2017).

Jedná se o **indikátory struktury**, které zahrnují prostorové technické vybavení pracoviště, personální obsazení a kvalifikační požadavky. Dalšími jsou **indikátory procesu**, které měří efektivitu a úroveň poskytované péče a dodržování stanovených standardů. Mezi další patří **indikátory výstupu**, kterými se měří počet stížností, průměrné náklady a jiné. Nástroj pro měření kvality by měl obsahovat oblasti, na které můžeme kvalitu vztahovat. Hlavní jsou kritéria, na základě kterých se rozliší vyšší a nižší kvalita a důležitost jednotlivých oblastí. Naměřené, nebo jinak zjištěné hodnoty porovnáváme s předepsanými či požadovanými hodnotami. Srovnáváme je se závaznými předpisy, organizačními normami, s požadavky klientů či konkurencí. Výsledkem pak je shoda, či neshoda skutečného s požadovanou hodnotou (Malíková, 2011).

### 4.2 EVALUACE

Pro adekvátní hodnocení kvality sociálních služeb lze podle využít i výzkumné sociologické metody, prostřednictvím kterých získáme kontinuální kontrolu kvality práce a postupy pro hodnocení práce, dále informace o účincích intervence a příčinách jejich neúspěchu či informace pro prezentaci práce pro veřejnost a její legitimizaci. Její názor

potvrzuje i rozšíření evaluační metody, kterou pro hodnocení projektů používají evropské programy, jakými jsou například Strukturální fondy. I když se evaluační metoda udomácnila především v pedagogické praxi jako pravidelné hodnocení vzdělávacích programů, postupem času si našla svoje místo i na poli sociální práce. Evaluační procesy v sociální práci se orientují zejména na mikroúroveň sociální práce, a to na kvalitativně zaměřené postupy (Malík-Holasová, 2014).

Evaluace představuje systematický sběr informací. Je to způsob, jak můžeme stávající služby pravidelně prověřovat a posuzovat, nedostatky brzy rozpoznat a procesy v organizaci neustále zlepšovat. Systematický sběr a rozbor výsledků evaluace přispívají k rozvoji kvality metodické práce. Evaluace organizace je fungování celého systému s ohledem na poskytované služby, ale u evaluace programu jde o jeho implementaci do celku. Kvalita evaluačního šetření se hodnotí podle čtyř základních kritérií. Prvním kritériem je **užitečnost**. Požaduje se, aby bylo možné výsledky evaluace aplikovat. Druhým kritériem je **proveditelnost**. Evaluace má mít zajištěny podmínky pro uskutečnění. Třetí je **oprávněnost**. Evaluace má zohledňovat etická pravidla. A čtvrtým kritériem je **technická adekvátnost**. Evaluace musí být provedena citlivě, metodicky správně a technicky na vysoké úrovni (Kahánková, Janoušková, 2007).

### 4.3 STÍŽNOSTI

Obecně můžeme říct, že pokud někdo podá stížnost, snaží se vyjádřit svou nespokojenost. V rámci poskytování sociální služby může jít o vyjádření nespokojenosti vůči poskytovateli, pracovníkům, prostředí a činnosti, která je klientovi poskytována. Osoba, která stížnost podává, je stěžovatel. Stížnost může být podána ústně nebo písemně a může být podepsaná nebo anonymní. Pro poskytovatele sociálních služeb je četnost stížností a míra jejich závažností jedním ze sledovaných a důležitých ukazatelů kvality poskytované služby (Malíková, 2011).

Stížnosti by měla brát organizace jako podnět ke zlepšování služeb. Stížnosti přinášejí důležité informace o problémech v postupech organizace a o vnímání kvality z pohledů těch, kteří službu přijímají. Management kvality má vypracované postupy, které udávají, jak naložit s informacemi, které stížnosti obsahují. Samozřejmostí je rychlá reakce na nespokojenost, řešení stížnosti u příslušných osob a náprava. Úkolem

managementu kvality by mělo být i shromažďování a vyhodnocování těchto dat pro další reflexi kvality (Malík-Holasová, 2014).

Tato forma reflexe má také svá úskalí. Je to jenom jeden z ukazatelů spokojenosti klientů a nelze to brát jako úplnou výpověď o kvalitě služby. Problémem je, že jenom malá část klientů využije možnost podat stížnost při nespokojenosti s kvalitou služby, proto je velmi obtížné nějakou stížnost získat. Důvodem může být jejich ohleduplnost, pohodlnost, věk, nebo strach. Proto by měly být aktivity managementu zaměřeny i na povzbuzování a učení klientů o možnosti stěžovat si na službu, jako na své základní právo. Otázkou je také validita stížností. Nelze hodnotit kvalitu služby jen podle počtu podaných stížností. Nízký počet podaných stížností nemůže posloužit jako argument, že poskytovaná služba je kvalitní. Tato metoda měření kvality by měla být ještě doplněna dalšími. Doporučují se dotazníky spokojenosti a metoda focus group. Můžeme tedy konstatovat, že metoda stížností jako nástroj má svůj význam jako dílčí hodnocení kvality poskytovaných služeb (Nenadál, 2016).

#### **4.4 SUPERVIZE**

Definice supervize je mnoho. Supervize je definována např. jako činnost, při které prostřednictvím zaměřeného pozorování a cílených otázek uvažujeme nad úrovní péče o klienta a zvyšujeme schopnost reflexe (uvědomovaného vnímání) vlastní práce a sebereflexe. Supervize je interakce mezi dvěma nebo více jedinci za účelem sdílení určitých poznatků, oceňování profesionálních kompetencí a poskytování zpětné vazby s konečným cílem rozvoje nových kompetencí, které usnadňují poskytování efektivních služeb. Supervizi je také možné vnímat jako zprostředkování nezatíženého náhledu na činnost, kterou člověk vykonává s cílem vyvarovat se chyb, s cílem osobního a profesního růstu nebo s cílem potvrzení kvality této činnosti (Zámková, Mačkinová, 2018).

Je to spolupráce supervizora a supervidovaného (případně celého týmu) nad tím, aby klienti dostali co nejkvalitnější péči a zároveň, aby se supervidovaný ve své práci cítil dobře. Hlavním cílem supervize v oblasti sociálních služeb je zajistit kvalitní službu klientovi, každé téma musí být relevantní k práci supervidovaného s klientem a práce s těmito tématy vždy musívést k prospěchu klienta. K tomuto hlavnímu cíli směřuje

supervize plněním svých základních funkcí. Podle většiny teoretiků plní užívané formy supervize tři základní funkce: vzdělávací podpůrné, řídicí (někdy nazývané též formativní, restorativní a normativní) a někdy se k nim přidává ještě čtvrtá, zprostředkující (Matoušek, 2007).

#### **4.5 INSPEKCE KVALITY POSKYTOVANÉ SLUŽBY**

Standardy jsou teoretickým rámcem pro hodnocení kvality poskytovaných služeb, a jakožto předpisy je musí každý poskytovatel sociálních služeb dodržovat a naplňovat. Jako hlavní cíl standardů je bráno vytvoření nástroje pro objektivní měření kvality poskytovaných služeb. Jelikož kvalitu je možné hodnotit pouze v případech, kdy jsou jasně definovaná a jasná kritéria hodnocení (Matoušek, 2007).

Objektivní kontrolu kvality provádějí inspekce kvality. Inspekce kvality poskytování sociálních služeb je právně ukotvená v zákoně č. 108/2006 Sb. Zároveň ale její právní rámec vychází i ze zákona č. 255/2012 Sb. o státní kontrole. Inspekce by měla být především nástrojem k zajištění kvality sociálních služeb a ke kontrole respektování práv uživatelů. Problémem právní úpravy inspekce ale je, že jediným obecně závazným aktem, upravujícím jak provádět inspekce, je pouze zákon 255/2012 Sb. o státní kontrole, jelikož zákon o sociálních službách pouze stanovuje počty bodů za příslušný stupeň splnění či nesplnění daného kritéria (Čámský, Krutilová, Sembdner, 2011).

Dalším právním předpisem týkajícím se inspekce je vyhláška č. 505/2006 Sb. Inspektoři mají samozřejmě i svůj etický kodex, který jsou povinni naplňovat. Ale jednotný zákon věnující se pouze inspekcí neexistuje. Inspekce může být často poskytovateli vnímána jen negativně, jako kontrolní prvek a jako nástroj k následné represí, jejich vnímání je ale zúženo pouze na kontrolu. Dalším aspektem inspekce je i možnost zlepšení a zkvalitnění poskytované služby na základě postřehů a doporučení, které poskytovatelé, jakožto prvek zapojený do chodu instituce, nemusí vnímat. Inspekce by tedy neměla být vnímána jen jako kontrola, ale mělo by na ni být nahlíženo jako na možnost rozvíjet zařízení, na příležitost, kdy může do chodu zařízení, nahlédnou i někdo jiný (Horecký, Lusková, 2019).

Inspekce se dělí na ohlášenou nebo na neohlášenou. Předem ohlášené, následné, které následují po ohlášení inspekce a kontrolují přijetí navržených opatření nebo

neohlášené, které jsou většinou na základě stížnosti nebo jakéhokoliv podnětu. Dále se inspekce dělí na inspekce typu A, kdy jde o kontrolu celkové úrovně poskytovaných služeb. Jde o základní typ inspekce. Kontrolují se registrační podmínky, plnění povinností poskytovatele a naplňování standardů kvality sociálních služeb. Předmětem inspekce typu B je kontrola naplňování opatření vyplývajících ze zjištění inspekce typu A a C. Hlavním cílem je prověření toho, zda byla opatření ze závěrečné zprávy poskytovatelem přijata a napravena. Posledním typem je inspekce C. Jedná se o inspekci na základě podnětu či stížnosti na poskytovatele. Jedná se o kontrolu kvality poskytovaných služeb mezi obdobím běžných kontrol, která musí být kvůli stížnosti provedena dříve. Slouží jako preventivní nástroj (Čámský, Krutilová, Sembdner, 2011).

Na procesu zajišťování kvalitní péče se musí aktivně podílet veškerý personál. Kvalitní péče v sociální práci je podmíněna dodržováním stanovených standardů a kvalita služby je přímo závislá na kvalitě personálu. Pokud organizace nedodržují standardy kvality, nemůže být služba poskytována. V současné době je slovo kvalita velmi diskutovaným tématem jak v sociální práci, tak i ve zdravotní péči. Na procesu zajišťování kvalitní zdravotní péče se musí aktivně podílet veškerý zdravotnický personál. Kvalita v sociální sféře se vyznačuje péčí, lidmi, zájmem, odpovědností, očním kontaktem a v neposlední řadě intuitivním reagováním. Kvalita života zaujímá významnou roli při chápání kvality v sociálních službách či ve zdravotní péči a je zásadním cílem těchto služeb (Horecký, Lusková, 2019).

Měřítkem kvality v sociálním odvětví je nejčastěji spokojenost klientů. I ve zdravotnické péči je nesmírně důležitá spokojenost pacientů (Okech, 2019). Obecnými cíli hodnocení kvality a bezpečí ve zdravotnictví jsou kromě permanentního zvyšování kvality či bezpečí zdravotních služeb a posílení důvěry veřejnosti v poskytovatele zmíněných služeb taktéž i zlepšení systému řízení ve zdravotnictví (Holmerová, 2019).

Profese sociálních a zdravotnických pracovníků je spojena s morálními zásadami a v těchto profesích určují hodnoty povahu vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, společností či zdravotnickým personálem a pacientem. Jsou taktéž klíčové při řešení etických dilemat (Okech, 2017). Na hodnotách jsou postaveny i principy s klienty a ve zdravotnické péči hrají principy též významnou roli a je nezbytné je dodržovat. Za nástroj zajištění kvality v těchto pomáhajících profesích lze považovat

institut inspekce kvality. Hlavním cílem inspekce je zjistit, jakým způsobem poskytovatelé dodržují plnění povinností sociálních služeb a zdravotních služeb (Prudká, 2015).

V příloze 1 jsem uvedla počet klientů a poskytovanou péči v roce 2019. V příloze 2 jsem uvedla v tabulce náhled na kontroly kvality poskytované péče v roce 2019, které naše zařízení absolvovalo. V příloze 3 je uvedena statistika monitoringu pádů v roce 2018. A v příloze 4 k porovnání statistika monitoringu pádů v roce 2019. Zde je přehledně vidět, o kolik se počet pádů snížil. Naše zařízení si můžete prohlédnout na webových stránkách: <https://www.ozaklidu.cz/index.php?lang=cs>

### POČET KLIENTŮ A POSKYTOVANÁ PÉČE V ROCE 2019

<b>OBDOBÍ ROK 2019 Kapacita klientů v ZSS 44</b>	<b>STAV KLIENTŮ V ZSS</b>	<b>PŘÍJEM KLIENTŮ DO ZSS</b>	<b>PŘEKLAD KLIENTŮ DO JINÉHO ZSS</b>	<b>HOSPITALI ZACE</b>	<b>POČET ÚMRTÍ (V ZSS *) (V Nemoc nici **)</b>	<b>POČET KLIENTŮ V ZSS KE KONCI MĚSÍ CE</b>
<b>LEDEN</b>	<b>40</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>42</b>
<b>ÚNOR</b>	<b>42</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2*</b>	<b>44</b>
<b>BŘEZEN</b>	<b>44</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2**</b>	<b>44</b>
<b>DUBEN</b>	<b>44</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1*</b>	<b>44</b>
<b>KVĚTEN</b>	<b>44</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1*</b>	<b>44</b>

<b>ČERVEN</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>43</b>
<b>ČERVEN EC</b>	<b>43</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>44</b>
<b>SRPEN</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>1**</b>	<b>43</b>
<b>ZÁŘÍ</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1*</b>	<b>44</b>
<b>ŘÍJEN</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>44</b>
<b>LISTOPA D</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1*</b>	<b>43</b>
<b>PROSINE C</b>	<b>43</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1**</b>	<b>44</b>
<b>CELKEM</b>		<b>17</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>11 – 5/*- 6/**</b>	

Zdroj: vlastní zpracování, 2020

#### KONTROLY KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE V ROCE 2019

<b>OBDOBÍ ROK 2019</b>	<b>MPSV Sociální zdravotní úsek</b>	<b>a Zdravotní úsek</b>	<b>ZDRAVOTNÍ ODBOR Zdravotní úsek</b>	<b>OHES Zdravotní úsek</b>	<b>CELKEM</b>
<b>LEDEN</b>					<b>0</b>
<b>ÚNOR</b>			Kontrolní odbor – zdravotní péče		<b>1</b>



		– Karlovarský kraj		
<b>BŘEZEN</b>				<b>0</b>
<b>DUBEN</b>	Ministerstvo životního prostředí	Kontrolní odbor – zdravotní péče – Karlovarský kraj- hlavní sestra		<b>2</b>
<b>KVĚTEN</b>			Kontrola proočkovanosti klientů-Vaxigrip, Pneumo	<b>1</b>
<b>ČERVEN</b>				<b>0</b>
<b>ČERVENEC</b>			Hlubková kontrola	<b>1</b>
<b>SRPEN</b>				<b>0</b>
<b>ZÁŘÍ</b>	3 dny MPSV – kvalita poskytované péče			<b>1</b>
<b>ŘÍJEN</b>				<b>0</b>
<b>LISTOPAD</b>			Hlubková kontrola	<b>1</b>
<b>PROSINEC</b>				<b>0</b>
<b>CELKEM</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>7</b>

Zdroj: vlastní zpracování, 2020

## STATISTIKA PÁDŮ 2018

Měsíc	Muž	Žena	Pády v anamnéze	Polypragmázie	Chirurgická intervence	Následky pádu	Celkem
Leden	*	*	*	*	*	*	*
Únor	*	*	*	*	*	*	*
Březen	*	*	*	*	*	*	*
Duben	3	3	4	6	0	0	6
Květen	4	1	5	3	1	1	5
Červen	5	4	7	9	0	0	9
Červenec	2	0	1	2	0	0	2
Srpen	0	1	1	1	0	1	1
Září	1	11	12	2	2	1	12
Říjen	3	8	10	11	0	0	11
Listopad	4	1	4	5	0	0	5
Prosinec	0	1	1	1	0	0	1
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>52</b>

Zdroj: vlastní, 2019

\*Nebylo zaznamenáno. Pozn: Nástup sestry, která zaznamenává pády – do ZSS dne 1. 4. 2018.

## **Zpráva**

Statistika pádů za rok 2018 za období 4/2018 až 12/2018 byla provedena v Domově se zvláštním režimem Oáza klidu Loučky, o.p.s. Loučky, Školní 81, Nové Sedlo. Za toto období bylo zaznamenáno 22 pádů u mužů a 30 pádů u žen. Celkem bylo zaznamenáno 52 pádů. U 45 případů pádů mají klienti v diagnostickém souhrnu uvedeny pády v anamnéze. 40 klientů trpí polypragmázií. Chirurgickou intervencí podstoupili 3 klienti. U 3 klientů jsou zaznamenány následky po pádu. Pády jsou popsány ve zdravotnické dokumentaci, v denním hlášení sester a PSS a v sešitě monitoring pádů. O pádech je pravidelně informován lékař ZSS MUDr. V. B., ředitelka zařízení p. I. H., sociální pracovnice ZSS a vrchní sestra.

## **Navrhnutá opatření k odstranění rizikových faktorů, které nejčastěji způsobují pády:**

- ⇒ Kontinuální sledování klientů, sledovat změny zdravotního stavu a chování.
- ⇒ Sledování kognitivních funkcí, behaviorálních funkcí a fyziologických funkcí. Změny hlásit lékaři. Snížit polypragmázií.
- ⇒ Sledování nestability stoje a další stavy, které zvyšují rizika pádů. Dbát na to, aby byly RHB pomůcky v dobrém stavu.
- ⇒ Zajistit klientům dostatečnou hydrataci.
- ⇒ Zajistit klientům pravidelná vyšetření u ophtalmologa – pro nižší kvalitu zraku dochází k četnějším pádům.
- ⇒ Zajistit klientům vhodnou obuv s vhodnou protiskluznou podrážkou.
- ⇒ Asistence personálu při hygienické péči, při oblékání a svlékání.
- ⇒ Osvětlení je přiměřené.
- ⇒ Podlaha je čistá a suchá.
- ⇒ Lůžka zabrzděná.
- ⇒ Skříně a poličky jsou pro klienta dostupné.
- ⇒ Zajistit základní bezpečnost prostředí.

## STATISTIKA PÁDŮ 2019

Měsíc	Muž	Žena	Pády v anamnéze	Polypragmázie	Chirurgická intervence	Následky po pádu	Celkem
Leden	0	3	3	3	0	0	3
Únor	1	3	3	4	0	0	4
Březen	0	1	1	1	0	0	1
Duben	0	2	2	2	1	1	2
Květen	0	3	2	2	2	0	3
Červen	0	0	0	0	0	0	0
Červenec	0	0	0	0	0	0	0
Srpen	0	2	1	0	1	1	2
Září	1	1	1	0	0	0	2
Říjen	0	2	2	1	0	0	2
Listopad	0	1	1	1	0	0	1
Prosinec	0	1	1	1	0	0	1
<b>Celkem</b>	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>21</b>

Zdroj: vlastní, 2020

Statistika pádů za rok 2019 za období 1/2019 až 12/2019 byla provedena v Domově se zvláštním režimem Oáza klidu Loučky, o.p.s. Loučky, Školní 81, Nové Sedlo. Za toto období bylo zaznamenáno 19 pádů u žen a 2 pády u mužů. Celkem bylo zaznamenáno 21 pádů. 17 klientů má v diagnostickém souhrnu uvedeny pády v anamnéze. 15 klientů trpí polypragmázií. Chirurgickou intervencí podstoupili 4 klienti. 2 klienti měli následky po pádu. Pády jsou popsány ve zdravotnické dokumentaci, v denním hlášení sester a PSS a v sešitě monitoring pádů. O pádech je pravidelně informován lékař ZSS MUDr. B. V., ředitelka zařízení p. I. H, sociální pracovnice ZSS a vrchní sestra.

⇒ **Navrhnutá opatření:**

- ⇒ Kontinuální sledování klientů, sledovat změny zdravotního stavu a chování.
- ⇒ Sledování kognitivních funkcí, behaviorálních funkcí a fyziologických funkcí. Změny hlásit lékaři. Snížit polypragmázií.
- ⇒ Sledování nestability stoje a další stavy, které zvyšují rizika pádů. Dbát na to, aby byly RHB pomůcky v dobrém stavu.
- ⇒ Zajistit klientům dostatečnou hydrataci.
- ⇒ Zajistit klientům pravidelná vyšetření u ophthalmologa – pro nižší kvalitu zraku.
- ⇒ Zajistit klientům vhodnou obuv s vhodnou protiskluznou podrážkou.
- ⇒ Asistence personálu při hygienické péči, při oblékání a svlékání.
- ⇒ Osvětlení je přiměřené.
- ⇒ Podlaha je čistá a suchá.
- ⇒ Lůžka zabrzděná.
- ⇒ Skříně a poličky jsou pro klienta dostupné.
- ⇒ Zajistit základní bezpečnost prostředí.
- ⇒ Klasifikace pádů a jejich rizika.
- ⇒ Náhodné pády – identifikace a zabránění opakování. Edukace klientů a personálu.

## **5 SENIOR A ADAPTACE NA NOVÉ PROSTŘEDÍ**

U každého člověka dochází v životě ke změnám. Lidé se liší ve schopnosti tyto změny přijímat. Musí se však s každou změnou vyrovnat. Ke své spokojenosti si zařídí nový život. Mezi tyto změny patří adaptace. V této kapitole jsme se snažili přiblížit a definovat pojmy adaptace. Popsali jsme adaptační fáze, stáří a stárnutí, mýty, předsudky a stereotypy o stáří. Uvedli jsme postoje ke stáří a popsali ageismus. Čerpali jsme z teoretických poznatků autorů, kteří se tímto tématem zabývali.

### **5.1 ADAPTACE**

Přesun starého člověka z přirozeného prostředí do prostředí nového se nazývá adaptace. Jedná se o proces pasivního přizpůsobení se novým životním podmínkám. Jde také o vztah mezi seniorem a novým místem, v němž jde o uspokojování základních lidských potřeb. (Venglářová, 2007). Důležitým momentem pro zachování pružnosti není věk, ale schopnost změny přijmout. (Holmerová, 2007). Mnoho seniorů prokazuje pružnost v odmítání jakékoliv změny. Tato varianta není z hlediska adaptace pozitivní. I v tomto procesu musí senior prokázat určitou míru pružnosti a prosazovat stávající stav. U starých lidí bychom měli podporovat adaptační mechanismy a způsoby porozumění pro druhé, tedy způsoby jakým se senioři chovají k ostatním lidem a nakolik jsou schopni své vystupování změnit. Snažit se o snadnější začlenění do nové společnosti. Podporovat je v navazování nových kontaktů, protože nové citové vazby u seniorů vznikají pomalu a velmi těžce. (Topinková, 2005).

A to především převážně u lidí, kteří mají předchozí negativní zkušenosti ve vztahu ke zcela neznámým osobám. K takovýmto se staří lidé chovají rezervovaně. (Marková, 2010).

Je mnoho faktorů, na kterých závisí adaptace. Mezi rozhodující patří vzájemné působení seniora na nové prostředí, jeho zdravotní stav, vitalita, ekonomická jistota, normy a očekávání společnosti. (Mačkinová, 2011).

Zdravotní stav prvořadě bezpochyby ovlivňuje všechny aspekty života starých lidí. Ve vyšším věku je člověk náchylnější k chorobám, které ovlivňují jeho zdravotní stav

podstatněji než v mladším věku. Polymorbidita urychluje proces stárnutí, zvýrazní úbytek sil a zvyšuje obtíže seniora při vykonávání denních aktivit. (Pokorná, 2010). Každý starý člověk strávil svůj život v určitém prostředí a byl vystaven životním a zátěžovým situacím, při kterých hrozí porucha homeostázy. Každý organismus má k dispozici dvě obranné odpovědi, reakci a adaptaci. Reakce jsou odpovědi, které jsou předem připravené. Naproti tomu při adaptacích se získávají nové, proti předchozímu stavu účelnější reaktivity. Typické pro seniorský věk je chybná adaptace. (Mačkinová, 2013).

Pružnost představuje v procesu adaptace významnou modalitu, a tudíž není možné charakterizovat všechny staré lidi za rigidní, existují velké individuální rozdíly mezi lidmi téhož věku. (Haškovcová, 2012).

Adaptace seniorů v zařízení sociálních služeb je celkem individuální záležitost. Mnoho seniorů to nese těžce. Ideální je, když mají senioři možnosti výběru takového zařízení, v kterém je poskytována sociální a zdravotní péče. Mezi hlediska, která senioři zvažují při výběru takového zařízení je jeho lokalita, velikost a poskytované služby. Důležitá je samozřejmě také čekací doba a cena měsíčního pobytu v zařízení. Senior, který je aktivní a schopný se adaptovat na nové prostředí má lepší šanci integrace do nového života. Tím klesá pravděpodobnost vzniku problémů a konfliktů s ostatními klienty a personálem zařízení. (Novák, 2014).

Jak popisuje Příbyl (2015) do tohoto procesu se prolínají různí činitelé, mezi které patří například počet dětí a jejich návštěvy v Domově pro seniory, komunikativnost, funkce a pracovní činnost seniora před nástupem do zařízení, zdravotní péče, sociální prostředí a ochota zapojování se do aktivizačních činností. Jedná se o základní vlastnost a umožňuje lidem přežít i ve velmi obtížné situaci. Ale je zde několik ale. Změny mají pro své nositele mít nějaký smysl. Jen tak je mohou senioři přijmout. Vyrovnávání se s touto změnou předpokládá pomoc z okolí, trpělivost a toleranci s člověkem, který tyto změny zažívá. (Venglářová, 2007).

Někteří senioři tuto situaci zvládají bez pomoci, jiní potřebují pomoc a podporu členů rodiny či přátel z řad vrstevníků nebo odborníků. Multidisciplinární tým každého zařízení sociálních služeb by měl vědět, že minimální doba adaptace na domov pro seniory je šest měsíců. Pokud senior není schopen adaptace, dochází k takzvané maladaptaci. (Haškovcová, 2012).

Důležitým úkonem při přijetí seniora do domova pro seniory je proces adaptace. Vhodná osoba pro koordinaci je právě pro seniora sociální pracovník. Nově přijatému seniorovi je přidělen klíčový pracovník. Jedná se o osobu, na kterou se může senior obrátit a stane se jeho důvěrníkem. Klíčový pracovník má za úkol napomáhat seniorovi při adaptaci na nové prostředí. (Mačkinová, 2011). Neměli bychom zapomínat na to jak je důležité u adaptace seniorů v domově pro seniory vytváření individuálního plánu. Individuální plán vychází hlavně z hodnocení zdravotního a duševního stavu seniora. Odhadu soběstačnosti a hlavně posouzení jeho potřeb. Tento plán stanoví nejzávažnější problémy seniora a postupné kroky k pomoci zlepšit jeho aktuální stav a kvalitu života. Individuální plán umožňuje pravidelné hodnocení stavu a změn v potřebách seniora. (Malíková, 2011).

### **5.1.1 Fáze adaptace**

Hegyí (2001) rozdělil vlastní adaptaci seniora na institucionální pobyt do tří fází. První je fáze očekávání. Jedná se o časové období, ve kterém si senior podá žádost o umístění do zařízení sociálních služeb až po jeho nástup do zařízení. Druhou je fáze vlastní adaptace. Tato fáze trvá přibližně šest měsíců. Jedná se o dobu nástupu seniora do zařízení sociálních služeb. Třetí fází je doznívající stresová reakce, která prochází do akceptovaného pobytu v zařízení s projevy aktivní a pozitivní laděné adaptace. Vágnerová (2007) rozdělila fáze adaptace podle dobrovolnosti odchodu z vlastního sociálního prostředí do tří fází. Fáze odporu je první, kde po příchodu seniora do domova pro seniory nastává negace. Senioři se stávají dosti často nepříjemnými a agresivními vůči personálu, spolubydlícím a vlastní rodině. Toto chování je jejich obranou reakcí. V této dané chvíli nejsou schopni přiměřeného jednání. Druhou je fáze zoufalství a apatie. Přichází v okamžiku, kdy senior pochopí, že jeho odpor nevede k vytouženému efektu. Zde senioři většinou rezignují a ztrácí zájem o vše i o svůj život. U třetí fáze se jedná o vytvoření nových pozitivních vazeb. Senioři se snaží po určité době o navázání nových vztahů s personálem nebo jiným klientem. S klientem, který s ním bude sdílet obtížnou situaci. Tato situace jim většinou dává najít nový smysl života. (Klevetová, Dlabalová, 2008). Otázkou je, jak se senioři vyrovnávají se změnami stárnutí, které toto období přináší. Tímto tématem se již několik desetiletí zabývají psychologové, sociologové, lékaři a jiní specialisté. (Kalvach, 2011). Vágnerová (2007) uvádí, že dobrovolná



adaptace je méně problematická. Ale i tak se stává pro seniory náročnou zkouškou. Dobrovolná adaptace se skládá ze dvou fází. První je fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu. Senioři zde získávají informace a mapují svou novou situaci. Druhou fází je adaptace o přijetí nového životního stylu. Senioři se smiřují se ztrátou svého přirozeného sociálního zázemí. Smiřují se s novou rolí a novým způsobem života v zařízení sociálních služeb.

### **5.1.2 Adaptace a její rizika**

Adaptabilita v podstatné míře závisí hlavně od míry involučních změn u seniora a jeho postupující polymorbiditě. Osobitost adaptace v seniorském věku je daná změnou funkčnosti organismu, poruchou adaptačních mechanismů, výskytem více nemocí, vznikem problémů vzhledem ke změně životního standardu ve stáří. Na riziko selhání adaptace u seniorů má ve větší míře chronický stres. Ten je vyvolaný vlivem napětí vznikající na psychické, biologické a sociální úrovni. (Hegyí, 2001).

Klinické projevy špatné adaptace ve stáří jsou označovány jako geriatrické maladaptací syndromy. Tyto syndromy snižují kvalitu života, ovlivňují morbiditu a mortalitu. Zvyšují se náklady na péči o seniory. K těmto syndromům jsou zařazené maladaptace na stárnutí a stáří, zátěž akutní nebo chronická a ústavní pobyt. (Mačkinová, 2011).

Rizika, která se mohou objevit na začátku pobytu v domově pro seniory anebo v jeho průběhu popisuje Matoušek (2005) jako velmi vážná. Mezi nejzávažnější rizika bránící úspěšné adaptaci patří ztráta soukromí, ponorková nemoc, hospitalismus a šikanování. Vytváření rodinných vztahů mezi klienty a personálem zařízení sociálních služeb patří také mezi vážná rizika. Hospitalismus charakterizuje stav, který vzniká při tendenci personálu napomáhat seniorům i v takových případech kdy to není nutné. Vzniká dobrá adaptace seniorů na podmínky v domově, které jsou doprovázeny omezující schopností přizpůsobení na takzvaný civilní život. (Šustrová, 2012).

Kromě snižování nároků na seniory se dostavuje i omezování podnětů. A s tím souvisí takzvaná ponorková nemoc. Prostředí, v kterém senioři žijí je stereotypní. Není z něho úniku, vyvolává u seniorů stavy únavy a potlačuje toleranci. Následkem ponorkové nemoci a hospitalismu je ztráta zájmu o lidi a okolí, zhoršení komunikačních schopností, návraty do předcházejících období. Dalším rizikem je vytváření falešných rodinných

vztahů v zařízení. Tento vztah vzniká u seniorů ztrátou pocitu bezpečí v novém prostředí, pocitem opuštění a osamělosti. (Holmerová, 2007).

Tím může vzniknout potřeba náhradního citového uspokojení a zvyšování vztahů ze strany seniorů k zaměstnancům zařízení sociálních služeb, nebo k jinému klientovi. Senior si zvyšuje závislost na pracovníkovi v přímé péči, sociálním pracovníkovi a sestře. Senior má pocit, že pracovník je tam jenom pro ně. Využívá je zadáváním nadměrných a někdy i nesmyslných požadavků. Personál zatěžuje neustálým používáním signalizačního zařízení ve dne i v noci. Zde jde o šikanování personálu ze strany seniora. Dalším rizikem v adaptaci je ztráta soukromí. Vstup do zařízení se projevuje u každého seniora jinak. Prožívání této situace závisí na zdravotním stavu seniora, na možnosti přípravy na změnu prostředí a změnu životního režimu. S přibývajícím věkem se také zvyšuje potřeba času na přizpůsobení v novém prostředí. Nemoc zvyšuje riziko adaptačního selhání. Změny, které senior vnímá, jako životní katastrofy jsou pro něho vážnými stresory a ty mohou vyústit do selhání adaptace. (Haškovcová, 2010). Selháváním v adaptaci můžeme předcházet při odstranění některých rizikových faktorů. Mezi faktory, které nelze odstranit patří osamělost, vysoký věk a smrt životního partnera. Proto je tak důležité se v tomto procesu hlavně věnovat prevenci, léčbě nemocí a rehabilitaci. Nesmíme zapomínat na to, že musíme odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od poruch duševních nebo tělesných. (Mačkinová, 2013).

## 6 FENOMÉN STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

V této kapitole jsme se zaměřili na problematiku celé naší společnosti a to hlavně na pojmy stáří a stárnutí. V naší společnosti je skupina těchto jedinců v seniorském věku zastoupena ve větší procentuální míře a našim úkolem je se o tuto seniorskou populaci postarat. Týká se to nás všech. I my budeme staří. U spousty lidí se vytratila úcta ke stáří. Snažili jsme se přiblížit a popsat pro další generaci, které se to také bude týkat jakým fenoménem stáří je a jaký je proces stárnutí.

Osobnost jakéhokoliv člověka ve vyšším věku je nenapodobitelná. Projevy jsou hlavně subjektivní. V osobnosti seniorů by se měli chápat prvky, jakými jsou odlišnost a subjektivita. U každého člověka ve vyšším věku se projevují individuální znaky v individuálním tempu. Takže představa, že senioři jsou stejní a mají stejné požadavky je opravdu mylná. (Balogová, 2009).

V období stáří také nastávají změny v potřebách člověka. Mezi tyto změny například patří pokles nutnosti učení a inspirace, zvýšená potřeba bezpečí a citové jistoty, požadavky naděje a budoucnosti. Osobnost seniora ve významné míře souvisí se schopností vyrovnat se se životem. Obohacuje ho o moudrost, zkušenosti, osobní vztahy. A také o schopnost prozíravě řešit životní situace. Tím se na sklonku života zvyšuje jeho kvalita. (Vágnerová, 2000). Vyvrcholením stárnutí je stáří a to představuje konečnou fázi v životě každého člověka. Proces stárnutí je u každého jedince individuální. Nastupuje v různé době života a má svou vlastní rychlost. (Mlýnková, 2011).

Tématem stáří se v minulosti zabývala Haškovcová (2010), která uváděla, že jen zlepšující se lékařskou péčí, zlepšením životní úrovně a zdravějšímu stylu života se lidský věk prodlužuje. V populaci přibývá osob seniorského věku.

Matoušek (2003) definuje stáří jako věkové období začínající v západní kultuře v 60 až v 65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu.

Kalvach (2004) uvádí, že jde nejenom o projevy a důsledky involučních změn morfologických a funkčních. Tyto změny jsou hlavně ovlivňovány vlivem prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, sociálně ekonomickými a psychickými vlivy, sebehodnocením, adaptací a přijetím určité role. Stáří se proto rozlišuje na kalendářní, sociální a biologické. U mnoha lidí neustále přetrvává představa, že všichni staří lidé jsou

nemohoucí, což se samozřejmě nezakládá na pravdě. Je spousta seniorů, kteří jsou vzhledem ke svému vyššímu věku velmi aktivní.

Mühlbacher (2005) uvádí, že stáří není choroba, i když se ve vyšším věku vyskytují onemocnění mnohem častěji. Ztráta soběstačnosti není znakem stáří. Zde je důležité dodat, že starým se člověk nestává ze dne na den. Podle Benešové (2014) je stáří nejčastěji děleno na stáří kalendářní, biologické a sociální. Kalendářní stáří je stanoveno od dosažení určitého věku, od něhož se nápadněji projevují přirozené změny stárnutí. Velmi jednoduše se počítá a to již od narození. V současné době se uplatňuje následující členění stáří. Mladé stáří je charakterizováno věkovou kategorií seniorů od 65 let do 74 let. Zde se hlavně vyskytuje problematika odchodu do důchodu. Senioři si kladou otázky týkající se volného času, a jak jej budou využívat. Zda budou fyzicky zdatní. Jestli budou mít možnosti k vlastní seberealizaci. Další je staré stáří, které se týká věkové kategorie seniorů ve věku 75 let až 84 let. Zde dochází ke změně funkčních zdatností. Věk 85 let a více je začleněn do kategorie velmi staré stáří. Zde se řeší problematika soběstačnosti a schopnosti se zabezpečit. (Mačkinová, 2013). Mühlbacher (2009) označuje dlouhověkost jako pokročilý věk, obvykle nad 90 let. Jedná se o nepatrný zlomek populace. Počet dlouhověkých stoupá v souvislosti se zvyšováním životní úrovně a také vlivem medicínského pokroku. Z těchto uvedených kategorizací vyplývá jeden jev. A to sice ten, že kritickým bodem je věk 75 let. Biologické stáří je teoretické označení míry involučních změn, jako jsou atrofie, změny regulačních a adaptačních mechanismů. Příčiny rozdílů v rychlosti těchto jevů nebyly doposud zcela uspokojivě vysvětleny. Nicméně teorií a hypotéz je opravdu mnoho. Velká řada gerontologů se snaží řadu let vyjádřit konkrétním souhrnným ukazatelem biologické stáří organismu. (Benešová, 2014). Sociální stáří je období, které je určené sestavou sociálních změn a naplněním určitých kritérií. Jedná se obvykle o dosažení určitého věku, k němuž je připsán nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je také vymezeno změnami rolí, životního stylu a hlavně ekonomickým zajištěním. Stáří je následně v tomto smyslu posuzováno jako sociální událost. Seniorský věk má jako každý jiný věk svá specifika a jedinečnosti. Období stáří je všeobecně chápáno spíše negativně a s obavami. (Novák, 2014). Předpokládají se problémy, jako jsou restriktce v důsledku ztráty samostatnosti, snížení mentálních funkcí, snížení kontaktů s okolním prostředím a pokles možnosti seberealizace. Jsou známy i negativní mýty o stáří, které vzbuzují strach s ponižování a ze ztráty lidské důstojnosti. (Benešová, 2014).

## 6.1 MÝTY, PŘEDSUDBKY A STEREOTYPY O STÁŘÍ

Haškovcová (2002) charakterizovala mýtus jako nekriticky přijímanou představu o někom anebo respektive o něčem. Expresivně je tento pojem chápán jako výmysl, smyšlenka či blud. Uvedla následující mýty o stáří, mezi které patří mýtus falešných představ, homogenity, neužitečného času, zjednodušené demografie, o skleróze a o úbytku sexu. Předsudky a stereotypy jsou představy, názory a postoje, které jsou zaujímány jedincem, nebo skupinou osob vůči jiným skupinám pak se jedná o heterostereotypy. Nebo k sobě samým pak se jedná o autostereotypy. Předsudky většinou mají emocionální, vesměs negativní náboj. Stereotypy vyjadřují spíše ignoraci. Mohou být neutrální nebo dokonce pozitivní. Vytvořili jsme si je na základě nedostatečné znalosti určité skupiny lidí.

Udělal si na ně své názory a představy, které jsme přebrali od druhých lidí. Nedostatečná povědomost fenoménu, jakým je stáří je tak významným indikátorem pro vznik ageistických představ a názorů. (Špatenková, 2015).

Tošnerová (2002) popsala předsudky a stereotypy o stáří následujícím způsobem. Stáří je nemoc, impotence, ošklivost, snížená duševní schopnost, zbytečnost, izolace, chudoba nebo bohatství, deprese a politická moc. Podle Špatenkové (2015), bychom neměli zapomínat na přístup, který je orientovaný na seniory. Do těchto přístupů patří:

- respekt – kladné přijetí seniorů,
- autentičnost – být sám sebou v profesionální roli,
- empatie – vcítit se do situace klienta,
- aktivní naslouchání – informace, porozumění, zpětná vazba,
- důvěra – patří mezi základy mezilidských vztahů,
- důvěrnost – zásadně nehovořit o druhých na veřejných místech, aby to neslyšela druhá nekompetentní osoba.

Sýkorová (2007) definovala stárnutí jako komplexní a dynamický proces, který zahrnuje vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního.

Postupně ubývají síly. Přibývají a kumulují se poruchy a nemoci. Ve výsledcích dochází k celkovému oslabení celého organismu člověka.

Langmeier, Krejčířová (2006) pojem stárnutí vidí jako souhrn změn ve struktuře a funkci organismu. Stárnutí je fyziologický proces a žádný živý tvor se mu nemůže vyhnout. Jde o komplexní, nevratný, dynamický proces. Tento proces postihuje involučními změnami živé organismy již od jejich početí. Jedná se o vzájemné propojení procesy biologického, psychologického a sociálního stárnutí. (Příbyl, 2015).

Haškovcová (2010) rozdělila faktory, které ovlivňují procesy stárnutí na vnější a vnitřní. Mezi vnitřní faktory patří genetická výbava, tělesná onemocnění, psychické poruchy a také psychická výbava. Vnější faktory rozdělila na fyzikální, chemické a sociální.

Kubešová (2015) pojmenovala proces stárnutí jako zákonitý a fyziologický proces všech živých organismů, který je ovlivněn nejen fyziologickou involucí organismu, ale také přítomností chronických onemocnění, vlivem prostředí, stavem výživy a fyzickou aktivitou jedince.

## **6.2. DEMOGRAFICKÉ STÁRNUTÍ POPULACE**

Demografie je věda zabývající se zkoumáním objektivní reality lidské populace. Hlavní odborný zájem je soustředěn na kvantitativní a kvalitativní znaky procesů jakými jsou porodnost, úmrtnost, migrace, sňatky, rozvody a formy sociálního pohybu. (Prudká, 2015).

V České republice žije více než půldruhého miliónu seniorů starších 65 let. Demografické studie ukazují na další pravděpodobný vývoj. V roce 2050 bude tato věková kategorie tvořit jednu třetinu obyvatel naší země. Jenom seniorů nad 80 let bude milión. Dnešní čtyřicátníci si neuvědomují, že za několik let budou také patřit do této skupiny lidí třetího věku. (Křivohlavý, 2011). Pokorná (2010) uvádí, že se pohled moderní společnosti na seniory musí změnit. Dále zdůrazňuje přijímání fenoménu stárnutí populace jako hrozbu a pohromu pro společnost. Místo toho je potřebou přijímání demografických změn ve smyslu stárnutí populace jako pozitivní výzvu. Demografické stárnutí populace v České republice v historickém vývoji a prognóze jsme uvedli v následující tabulce. (Topinková, 2005).

Tabulka 1: Demografické stárnutí v České republice

Senioři	1950	1975	2000	2025	2050
Senioři ve věku nad 65 let	8,3 %	12,9 %	13,9 %	23,1 %	32,7 %
Senioři ve věku nad 80 let	1,0 %	1,7 %	2,5 %	5,3 %	9,5 %
Index stáří	51,7	82,3	111,8	156,0	250,0

Zdroj: Topinková, 2005, s. 4

Mezi hlavní znaky stárnutí, které se týkají osobnosti, patří změny v kognitivních funkcích, snižování duševní činnosti, změny v citovém životě a změny v oblasti hodnot. Oslabení a zpomalení větší části regulačních funkcí je jedním z charakteristických příznaků stárnutí. Důsledkem je zhoršená adaptabilita a rezistence vůči zátěži. (Benjan, 2010). Vznikají změny v emocionálním prožívání. Objevují se sklony k depresím, změny vůle a citová labilita. Tyto změny mají vliv na ostatní funkce, jakými jsou pozornost, paměť, motivace a využívání schopností rozumově uvažovat. Dále vznikají změny vůle a neochota ze strany seniorů v rozhodování řešení problémů. Objevuje se tvrdohlavost. Ale na druhé straně je jejich trpělivost a vytrvalost silnější. (Čevela, 2012).

### 6.3 POSTOJ SPOLEČNOSTI KE STÁŘÍ A AGEISMUS

V minulosti se postoje společnosti ke stáří a představy o stáří takzvané image stáří střídaly a dominovala vždy jedna z nich. Představa pozitivní byla o idylickém stáří. Staří lidé byli respektováni a hlavně ctěni pro svou moudrost, laskavost a trpělivost. Na druhé straně bylo negativní pojetí stáří, které s sebou neslo nálepku období marnosti, útrap, strádání, nemocí a bolesti. Negativní postoje ke stárnutí a stáří se přibližují až k podobě ageismu. (Špatenková, Smékalová, 2015). Desítky let se pracně odbourávají kruté a hloupé předsudky vůči stárnutí a stáří, kterým je ageismus. Ageismus je systematická diskriminace lidí na základě jejich rostoucího věku spojená se stereotypizací. Jádrem ageismu je strach ze stárnutí. Důraz je kladen na ekonomickou produktivitu, na individualitu, na dravost mládeže a na naprostou samostatnost. Ageisté lživě tvrdí, že stáří a stárnutí znamená nevyhnutelný úpadek tělesných a duševních sil, ztrátu tvořivosti, ekonomickou a rodinnou závislost. (Koukolík, 2014). Malíková (2011) také uvádí jak je

vztah naší společnosti k seniorům důležitým ukazatelem. Tento vztah hodně vypovídá o vyspělosti společnosti a o její morální úrovni. Západní styl života nás odklonil od různých tradic a náboženských vlivů. Změnila se ekonomická situace. Převažuje řada nepříznivých projevů pro nedocenené stáří, ignorance, zesměšňování, ponižování a nerespektování starších osob. Ageismus se zabývá problematikou nezdravého postoje ke stáří. Ageismus chápeme jako proces systematické diskriminace lidí pro jejich stáří. (Tošnerová, 2002).

Příčiny ageismu vznikají při stereotypních názorech na stáří. Jedná se o důsledek zjednodušeného a také hlavně předčasného hodnocení či dichotomického myšlení. Typickým projevem tohoto myšlení je upřednostňování mládí. (Kalvach, 2006). Jsou čtyři zdroje ageismu. Mezi prvními je strach ze smrti. I přes pozitivní změny v naší společnosti mají senioři různých věkových kategorií jiný náhled také na umírání a smrt. Mnoho lidí nemá zpracován svůj vztah ke smrti. Oddalováním a hlavně tabuizováním tohoto tématu se problém neřeší. Východiskem by měl být návrat do našeho nitra. Vlastní spiritualita a nastoupení nebo propojení naší životní cesty spolu s cestou duchovní. (Malíková, 2011). Domníváme se, že velkou zásluhu na řešení této problematiky mají hospice a oddělení paliativní péče. Druhým zdrojem ageismu je neustálý důraz na mládí a fyzickou krásu. Někteří lidé starší generace mají nízké sebevědomí a malou schopnost se asertivně prosazovat. Nízké sebehodnocení se u nich odráží v chování. Jedinec bez zdravého sebe ocenění k sobě přitahuje potvrzení svých degradujících názorů. (Sýkorová, 2007). Třetím zdrojem ageismu je spojení produktivity a ekonomického potenciálu. Zapomínáme totiž na to, že senioři svůj přínos již společnosti odevzdali. Odchodem do starobního důchodu jakoby zmizel ze zorného úhlu celospolečenský přínos v produktivním věku. Mnoho seniorů toto chápe jako silně devalvující postoj, který neodpovídá zásluhám za jejich odvedenou práci. (Malíková, 2011).

Čtvrtým zdrojem je podle Tošnerové (2002) způsob zjišťování skutečného stavu společnosti vedoucí k ageismu. Zde je zdůrazňován pohled společnosti, který je orientován jiným směrem. Média jsou důkazem toho, že pokud se zabývají problematikou stáří, tak spíše formou odstrašujícího popisu. Popisu černé budoucnosti, která na každého seniora čeká. Toto jednoznačně vypovídá o tom, že jsou staří lidé chápáni za osoby neschopné posoudit reálnou situaci. A hlavně potřebují neustále srozumitelný návod jiných, mladších osob. Myslíme si, že ve světle různých mediačních informací se jeví život seniorů plný nebezpečí. Přibývajících léta by měla automaticky vzbuzovat stav



z ohrožení. Naším úkolem by měla být v první řadě ochrana těchto slabých a křehkých osob. Pokud bychom chtěli celou tuto situaci objektivně zhodnotit tak je našim úkolem zohlednit níže uvedená fakta. Do popředí bychom měli vzít na vědomí, že někteří senioři nepatří do zařízení sociálních služeb. Nejideálnějším místem je pro ně domov. Pokud mohou svůj podzim života strávit ve svém původním sociálním prostředí, tak ke splnění těchto požadavků by jim měly sloužit vybudované kvalitní sítě terénních a ambulantních služeb. Hlavně v situacích, kdy tuto formu pomoci senioři budou potřebovat. Je důležité, abychom si připomněli důležitost rodinných příslušníků při této formě rozhodování. Již odedávna je rodina považována za základní stavební kámen každé společnosti. V životě každého seniora má hlavně rodina nezastupitelnou funkci a význam. Ve stáří dochází k omezení soběstačnosti a aktivit. Závislost seniorů na okolí stoupá. Pokud pomoc seniorům v jejich tíživé situaci poskytuje rodina, která jim umožňuje žít ve svém přirozeném prostředí, tak je pro seniora přijetí vzniklé situace jednodušší. (Benešová, 2014).

V situaci, kdy se zjistí zanedbávání, či týrání starého člověka postupujeme podle následujících pravidel. Snažíme se v první řadě zajistit bezpečí a ochranu zdraví seniora. Přání a způsoby řešení situace respektujeme. Snažíme se navázat dialog s rodinou a hledat způsoby řešení. (Čírtková, 2007). Tomuto záměru také odpovídá Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. (Králová, 2012).

#### **6.4 SENIOR JAKO KLIENT DOMOVA PRO SENIORY**

Péče o seniory je pokládána za jednu ze základních povinností naší společnosti. Tak jako jinde ve světě, tak i v České republice je tradiční péče o seniory poskytována ať už v rodině nebo v zařízeních sociálních služeb jakými jsou domovy pro seniory. (Čevela, 2012). Úcta ke starému člověku by měla být jednou z nejzákladnějších priorit naší společnosti a hlavně nás. Senioři jsou nedílnou součástí naší společnosti. A je jen na nás jakým způsobem se k těmto křehkým bytostem budeme chovat. Oni vychovali nás. A to tak, abychom jejich životní zkušenosti a moudra předávali dál další generaci. Staří lidé odcházejí do zařízení sociálních služeb většinou v takovém časovém období, kdy už je pro ně samota nesnesitelná a oni mají pocity, že nic nezvládají. Spousta starých lidí si myslí, že život pro ně skončil. Bolestné je pro ně opustit dům, ve kterém prožili etapu svého života, a je velmi těžké loučit se s minulostí. Závažným stresovým faktorem je

změna životního prostředí. Adaptace je ztížena tím, že se prodlouží a je také negativně pocíťována. Přichází strach, úzkost a stres z neznámého prostředí. (Mačkinová, 2013).

Pichaud, Thareau, (1998) popsaly druhy postojů lidí z hlediska přežívání a také z hlediska závažnosti krize, do které se zařazuje i umístění do domova pro seniory. Tento model zahrnuje šest fází. První fází je šok. Popisuje přímý střet se situací, která člověka zaskočí. Druhou fází je popření. Člověk nepříjemné situace neguje a nechce je přijmout. Třetí fází je agrese. Člověk připouští, že situace existuje, ale není schopen se s ní vyrovnat. Čtvrtou je smlouvání. Zde se člověk ptá hlavně to, proč se mu to stalo. Pátou fází je deprese. Člověk přijímá, že situace nemá jasné pozitivní východisko. Nedokáže jí ovlivnit ani řídit. Šestou je fáze smíření. Člověk přijme danou situaci. Strach a úzkost jsou součástí sebezáchovných mechanismů a hrají velmi důležitou roli v zápase o přežití. Úzkost je považována za psychický jev, její ovlivňování patří do oborů, jako jsou psychologie a psychiatrie. Nesmíme však zapomínat na to, že úzkost není jen a jen prožitkem, ale že ji doprovází mnoho tělesných příznaků. Stres je určitá kaskádu dějů probíhajících uvnitř organismu řízených autonomním vegetativním nervovým systémem a jsou velmi obtížně ovlivnitelná volným úsilím. (Honzák, 2005). V souvislosti se změnami pak přichází nutnost člověka hledat si nový způsob života ve stáří. Nejčastěji se jedná o změny v péči o sebe samého a s tímto přicházejí vyšší nároky na pomoc z okolí. Tyto skutečnosti vedou samotné seniory a lidí z jeho okolí k hledání vhodného místa pro další prožití spokojeného života. (Hrozenská, 2013). Současný pohled na stáří preferuje trend aktivní přípravy na dobu, kdy se člověk dostane do stavu potřebné péče a pomoci. Většina seniorů žije v domácnostech za pomoci a podpory svých blízkých. Institucionální péče nastupuje většinou v případě větších zdravotních problémů, osamělosti anebo neschopnosti pomoci z blízkého okolí. (Petrová, Kafková, 2013).

Hlavními důvody pro příjem seniorů do zařízení sociálních služeb jak uvádí Mačkinová (2013) není jenom zhoršující se zdravotní stav, ale hlavně důvody sociální. Senioři nejsou schopni udržet svoji domácnost z důvodů hmotné nouze. Většina populace vnímá za hranici mezi středním věkem a stářím období odchodu do starobního důchodu. Přijmutí nezměnitelného faktoru stárnutí je důležitým mezníkem v životě každého seniora. Takoví, kteří se připravovali na tuto životní etapu po celý svůj život a na sebe nahlíželi reálně, mají větší šanci se s faktem stáří a stárnutí vyrovnat mnohem lépe. (Křivohlavý, 2011).

Jak můžeme stárnoucím lidem pomoci zvládat tento nesnadný úkol? Naskytla se nám tato otázka, na kterou jsme se pokusili najít odpověď. V první řadě nebagatelizovat obavy ze stárnutí. Nepřikazovat nezbytnou akceptaci. Nepochybovat, a hlavně porozumět tomu co senioři říkají. Nediskriminovat starší lidi v běžném životě, a hlavně bychom měli umět empaticky naslouchat.

Nezastupitelnou úlohu hraje individuální příprava člověka na aktivní život ve stáří. Zde je důležitá správná funkce rodiny a jejich spolupráce. Toto vše by mělo napomoci ke zkvalitnění průběhu stáří a život seniorů. A ne jenom prodlužovat jejich bezmocnost a utrpení. (Holmerová, 2014).

## **6.5 DŮLEŽITÉ FAKTORY PŘI ROZHODOVÁNÍ SENIORA**

Změny vyvolané stárnutím jsou u každého člověka individuální. Stejně jako rychlost a účinnost adaptace jedince na vzniklou situaci. Velmi často dochází k takovým situacím, kdy člověk není schopen se na aktuální změnu zdravotního stavu a na životní podmínky dostatečně adaptovat. Hovoříme o takzvaném rizikovém seniorovi. Podle Světové zdravotnické organizace, jak uvedla Zavázalová (2001) jsou za rizikové seniory považováni:

- osaměle žijící lidé, osamělé a svobodné ženy v seniorském věku,
- osoby ve věku nad 80 let,
- bezdětní,
- lidé se špatným hmotným zabezpečením,
- lidé s vážnými onemocněními,
- lidé žijící v ústavních zařízeních.

Přirozenou potřebou člověka je být nezávislý. To znamená být soběstačný v oblastech běžných denních činností. Také Kalvach (2006) v péči o seniory zdůrazňuje následující zásady, kterými jsou hlavně zabezpečení, autonomie, důstojnost, smysluplnost a participace. Zabezpečení by měla zajistit seniorům základní ošacení, přístřeší, potraviny, pitnou vodu a základní zdravotní péči. U autonomie se jedná o zachování

rozhodovacích kompetencí a kontroly nad sebou. Setrvávání v přirozeném prostředí člověka. Zachovávat důstojnost a respektovat stud a soukromí člověka. Do popředí patří hlavně prevence zanedbávání a sociální izolace. Velmi důležitá je také participace, zapojení seniorů do života komunity a sdílení problémů v komunikaci. Je jednoznačné, že pokud tyto zásady nejsou dodržovány, nemůže být zdravotní a sociální péče poskytována kvalitně. Přejít starého člověka do zařízení sociálních služeb je hlavním a zásadním převratem v jeho životní etapě. Tento přechod ovlivňuje jeho další život. Dotýká se jeho rodiny a blízkého okolí. Mění se také sociální role v rodině. Každý to ale zvládá jiným způsobem. Proto je jedním z prvořadých úkolů vytváření vhodných podmínek na zabezpečení kontinuálního přechodu z předcházejícího sociálního prostředí a ulehčení adaptace na nový život v domově pro seniory. V dnešní době má institucionální forma péče kromě pozitivních stránek i stránky negativní.

## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZŮ

ARMSTRONG, M., TAYLOR, S. 2015. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy*. Praha: Grada Publishing. 2015. 928 s. ISBN 978-80-247-5258-7.

BALOGOVÁ, B. 2009. *Seniori*. Prešov: Akcent print. 2009. 158 s. ISBN 978-80-8929518-0.

BÁRTLOVÁ, S. - MARKOVÁ, M. (eds.). 2008. *Role sestry specialistky: učební text základního modulu specializačního studia pro sestry a porodní asistentky*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 102 s. ISBN 978-80-7013-488-7.

BENEŠOVÁ, D. 2014. *Gerontagogika: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. 136 s. ISBN 978-80-7452-039-6.

BENJAN, M. 2010. *Starnutie a staroba: príčiny, príznaky, problémy, prevencia a pomoc pri problémoch*. 2. Vydanie. Zvolen: Bratia Sabovci. ISBN 978-80-89241-37-8.

BUŽGOVÁ, R. 2009. *Etika ve zdravotnictví*. Universitas Ostraviensis. Ostrava: Ostravská univerzita. 2009. 224 s. ISBN 978-80-7368-501-0.

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. 2011. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

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

ČÍRTKOVÁ, L. – VITOUŠOVÁ, P. 2007. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-2014-2.

DISMAN, M. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

*Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: zpráva ze systematických návštěv Veřejného ochránce práv*. 2015. Brno: Veřejný ochránce práv – ombudsman. 2015. 71 s. ISBN 978-80-87949-12-2.

- HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. Manuálek sociální gerontologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 72 s. ISBN 80-7013-363-5.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. Fenomén stáří. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HEGYI, L. 2001. Klinické a sociální aspekty ošetrovania starších ľudí. Trnava: SAP – Slovak Academic Press, spol. s. r.o. 128. s. ISBN 80-88908-80-9.
- HENDL, J. 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLMEROVÁ, I. - JURAŠKOVÁ, B. – ZIKMUNDOVÁ, K. 2007. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: EV public relations. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HOLMEROVÁ, I. 2014. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
- HONZÁK, R. 2005. Úzkostný pacient. Praha: Galén. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
- HROZENSKÁ, M. - DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. Sociální péče o seniory. Praha: Publishing. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
- HUČÍK, J. – HUČÍKOVÁ, A. 2009. Kazuistika v sociální práci. Bratislava: VŠZaSP. 203 s. ISBN 978-80-89271-66-5.
- HÁJEK, K. 2012. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. Praha: Portál. 2012. 120 s. ISBN 978-80-2620-221-9.
- HAUKE, M. 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. 2011. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.
- HOLMEROVÁ, I. 2019. *Zvláštnosti péče o seniory*. Všeobecné praktické lékařství. Praha: Galén. 2019. s. 147-150. ISBN 978-80-7492-422-4.
- HORECKÝ, J., LUSKOVÁ, D. 2019. *Měření kvality v sociálních službách*. Tábor: APSSČR. 2019. 66 s. ISBN 978-80-907053-9-5.

HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHLOUPKOVÁ, S. 2019. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada. 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4678-4.

KALVACH, Z. - ONDERKOVÁ, A. 2006. Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén. Care. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KALVACH, Z. - ZADÁK, Z. et al. 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada Publishing. 862 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada. 399 s. ISBN 978-80 247-4026-3.

KAHÁNKOVÁ, J., JANOUŠKOVÁ, K. 2007. *Evaluační služeb a systémy měření kvality. Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Zdravotněsociální fakulta. Katedra sociální práce. 2007. 197-218 s. ISBN 978-80-7368 229-3.

KOPŘIVA, K. 2016. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 2016. 152 s. ISBN 978-80-262-1147-1.

KRUTILOVÁ, D. 2008. *Sociální služby. Tvorba a zavádění. Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. 2008. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.

KLEVETOVÁ, D. - DLABALOVÁ, I. 2008. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada. 202 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.

KOUKOLÍK, F. 2014. *Metuzalém: o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum. 227 s. ISBN 978 80-246-2464-8.

KRÁLOVÁ, J. - RÁŽOVÁ, E. 2012. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. aktualizované vydání. Olomouc: ANAG. Práce, mzdy, pojištění. 463 s. ISBN 978-80-7263-748-5. KŘIVOHLAVÝ, J. 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 141 s. ISBN 978-80-247-3604-4.

KUBEŠOVÁ, H. 2015. Vybrané klinické stavy u seniorů: úskalí diagnostiky a terapie. Praha: Mladá fronta. 215 s. ISBN 978-80-204-3394-7.

LUKASOVÁ, M. 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. 2014. 128 s. ISBN 978-80 87949-03-0.

LANGMEIER, J. - KREJČÍŘOVÁ, D. 2006. *Vývojová psychologie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MAČKINOVÁ, M. - MUSILOVÁ, E. 2013. *Děti a senioři jako klienti sociální práce*. Nová Forma. 178 s. ISBN 978-7453-310-5.

MAČKINOVÁ, M. 2011. *Aktivity denného života seniorov*. Bratislava: Slovenská zdravotnícká univerzita v Bratislave. Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií. 251 s. ISBN 978-80-89352-55-5.

MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARKOVÁ, M. a kol. 2010. *Komunitní ošetrovatelství pro porodní asistentky*. Učební text pro porodní asistentky v komunitní péči. Brno: NCONZO. 127 s. ISBN 978-80 7013-500-6.

MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. a kol. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, s.r.o. 352 s. ISBN 80 7367-002-X.

MALÍK – HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha:Grada. 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.

MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha:Grada. 2011. 328 s. ISBN 978-80-24731483.

MÁTEL, A. 2016. *Etické kódexy sociálnej práce*. Bratislava: Vydavateľ: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce. 2016. 226 s. ISBN 978-80-971445-8-6.

MATOUŠEK, O. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.



MESSER, B. 2017. *100 tipů pro plánování péče v domovech pro seniory*. Praha: GradaPublishing. 2017. 119 s. ISBN 978-80-271-0216-7.

MOJŽÍŠOVÁ, A. 2019. *Sociální práce se seniory*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. 2019. 79 s. ISBN 978-80-7394-761-3.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NENADÁL, J., 2016. *Systémy managementu kvality: co, proč a jak měřit?* Praha: Management Press. 2016. 302 s. ISBN 978-80-7261-426-4.

NESZMÉRY, Š. 2019. Princípy a formy mediácie = Principles and forms of mediation. In: Die wirtschaftliche Entwicklung europäischer Regionen in der Ausbildungs - und Arbeitsmarktpolitik - Übergänge und Strategien 8. - Pécs : Maps Consulting, 2019. - S. 168-181. - ISBN 978-615-00-5087-4

NESZMÉRY, Š. 2019. Únos detí z hľadiska trestno-právneho. In: Die wirtschaftliche Entwicklung europäischer Regionen in der Ausbildungs - und Arbeitsmarktpolitik - Übergänge und Strategien 9. - Pécs : Maps Consulting, 2019. - S. 24-38. - ISBN 978-615-00-5084-3

OKECH OTIENO, VICTOR. 2017. Systém rehabilitácie pre deti a dospelých s problémami v správaní v Keni. IN: Križovatky 8 : meniť, trestať rozvíjať? : Prevýchova jako rozvíjanie pozitívneho potenciálu. - [Bratislava] : Mgr. Tomáš Cehlár, 2017. ISBN 978-80-972188-4-3. - S. 58-63

OKECH OTIENO, VICTOR. 2019. Policies approaches used in managing street children: a review of the literature. IN: Die wirtschaftliche Entwicklung europäischer Regionen in der Ausbildungs - und Arbeitsmarktpolitik - Übergänge und Strategien 7. - : 1. vyd. ISBN 978-615-00-5086-7. - Pécs : Maps Consulting, 2019. - S. 126-135

MLÝNKOVÁ, J. 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7. MÜHLPACHER, P. 2005. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.

MÜHLPACHR, P. 2009. Gerontopedagogika. Brno: Institut mezioborových studií. Brno. 203 s. ISBN 80-210-3345-252.

NOVÁK, T. 2014. Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů. Praha: Grada. 112 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-5152-8.

PETROVÁ KAFKOVÁ, M. 2013. Šedivějící hodnoty: aktivita jako dominantní způsob stárnutí. Brno: Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. 181 s. ISBN 978-80 210-6310-5.

PICHAUD, C. - THAREAU, I. 1998. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Praha: Portál. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

POKORNÁ, A. 2010. Komunikace se seniory. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-2473271-8.

PRUDKÁ, Š. 2015. Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky. Praha: Wolters Kluwer. 236 s. ISBN 978-80-7478-839-0. PŘIBYL, H. 2015. Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf. 96 stran. Jessenius. ISBN 97880-7345-437-1.

PAYNE, J. a kol. 2005.: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. 2005. 217 s. ISBN 8 7254-657-0.

PIKOLA, P., ŘÍHA, M. 2010. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Praha: Námořní akademie České republiky. 2010. 148 s. ISBN 978-80-87103-29-6.

PRUDKÁ, Š. 2015. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer. 2015. 236 s. ISBN 978-80-7478-839-0.

STRAUSS, A. - CORBIN, J. 1999. Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert. SCAN. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

SLÁDEK, M. 2013. *Inspekce kvality v rezidenčních zařízeních sociálních služeb – etické aspekty*. Praha: FHS UK. 2013. 221 s. ISBN 978-80-87398-37-1.

SÝKOROVÁ, D. 2007. Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie. Praha: Slon. Studie, 45. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠPATENKOVÁ, N. - SMÉKALOVÁ, L. 2015. Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠUSTROVÁ, M. 2012. Sociální práce v zdravotnictví. Bratislava: VŠZaSP. 122 s. ISBN 978-80-8132-041-5.

ŠVAŘÍČEK, R. - Klára ŠEĐOVÁ, Š. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOPINKOVÁ, E. 2005. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

TOŠNEROVÁ, T. 2002. Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.

TAZBÍRKOVÁ, Marie: Sociální služby poskytované seniorům. [Bakalářská práce] Marie Tazbírková, DiS. – Vysoká škola zdravotnictva a sociální práce sv. Alžbety Bratislava. Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Příbram. – Školitelka: Mgr. Věra Zámková. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář sociální práce. Příbram: Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, 2018. 51 s.

VÁGNEROVÁ, M. 2000. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál. 522 s. ISBN 80-7178-308-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2007. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5. VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

WERICH, J. 2005. Hefty, fóry, moudrosti. Bratislava: Motýl. 78 s. ISBN 80-89199-22-4. [www.ss-po.cz](http://www.ss-po.cz) Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

WILDMANNOVÁ, M. 2014. *Je rezidenční péče synonymem pro kvalitní život seniorů?* Universitas: revue Masarykovy univerzity. 2014. roč. 47. č. 1. s. 26-31. ISSN 1211-3387.

ZAVÁZALOVÁ, H. 2001. Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Praha: Karolinum. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

ZÁMKOVÁ, V., MAČKINOVÁ, M. 2018. *Syndrom vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích v domově pro seniory*. 1. vydání. Užhorod. RIK – U. 2019. 343 s. ISBN 978-617-7692-15-6.

### **DALŠÍ DOKUMENTY:**

Vnitřní dokumenty ZSS DZR Oáza klidu, o.p.s.

<https://www.oazaklidu.cz/index.php?lang=cs>

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

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

Zákon č.255/2012 Sb. o státní kontrole.

VZP.cz

### **KONTAKT**

PhDr. Věra Zámková,

prof. PhDr. Monika Mačkinová, PhD.

Katedra sociálnej práce,

Pedagogická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Email: mackinova@fedu.uniba.sk