

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**SPOKOJENOST KLIENTŮ S POSKYTOVANÝMI SLUŽBAMI  
V DOMOVĚ PRO SENIORY MÁCHOVA, HUMPOLEC**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Autor práce: Bc. Lucie Jakešová

Vedoucí práce: Doc. Ing. Lucie Kozlová, Ph.D.

2010

## PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Spokojenost klientů s poskytovanými službami v Domově pro seniory Máchova, Humpolec vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Podpis studenta

## PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych za podnětné připomínky, návrhy a cenné rady ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce Doc. Ing. Lucii Kozlové, Ph.D a také celé mé rodině za podporu ve studiu.

## Abstract

The aim of a research in this graduation work was to find out how the clients of the Home for Seniors in Humpolec are satisfied with providing this social service. The target was mainly to map areas which are considered problematic by the social service users themselves.

The Home for Seniors has resides in a building not originally determined for these purposes since 1962. The Home is currently trying, as many other institutions of social services, to comply with social services quality standards in unsuitable architectural conditions.

Despite the users themselves gave their satisfaction with providing the social service, the research also resulted in listing a few problem areas. It was mainly the area of public services availability. Major reasons of respondents dissatisfaction in this area were architectural barriers that make their full participation in everyday life impossible.

Another problem areas were keeping privacy on users rooms, mainly at moments of carrying on personal hygiene, approachability of sanitary facilities from users rooms, and to a less extent an area of meals or coexistence.

I expected areas of meals and accomodations to be the most urgent of the services provided. Although my assumption was wrong, according to the results of the performed research, certain problems in this area may be taken into account.

The results of the research also indicate that improvement in the users satisfaction with the services provided would require bigger system changes, that are nowadays unfortunately impossible from many obvious reasons. However, in the future is possible to expect the area of residential social services to undergo transformation in harmony with social services quality standards towards the services of better quality and higher evaluation.

## Obsah

ÚVOD. . . . .	7
1 SOUČASNÝ STAV . . . . .	8
1.1 Vymezení pojmů. . . . .	8
1.1.1 Sociální služby.. . . . .	8
1.1.2 Domov pro seniory.. . . . .	9
1.2 Historie sociálních služeb v ČR. . . . .	9
1.2.1 Od středověku do první republiky. . . . .	9
1.2.2 Období od první republiky do druhé světové války. . . . .	11
1.2.3 Období od druhé světové války do roku 1989. . . . .	12
1.2.4 Období od roku 1989 po současnost.. . . . .	13
1.3 Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR. . . . .	14
1.3.1 Reforma veřejné správy a sociálních služeb. . . . .	16
1.3.2 Transformace pobytových sociálních služeb pro seniory. . . . .	16
1.3.3 Právní úprava sociálních služeb v ČR, mezinárodní a národní dokumenty poskytování sociálních služeb seniorům. . . . .	18
1.4 Sociální služby dnes.. . . . .	21
1.4.1 Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. . . . .	23
1.4.2 Financování sociálních služeb. . . . .	24
1.4.3 Příspěvek na péči. . . . .	26
1.4.4 Standardy kvality v sociálních službách. . . . .	26
1.5 Objekty určené pro poskytování sociálních služeb. . . . .	28
1.6 Demografický vývoj – stárnutí populace. . . . .	30
1.7 Kdy je člověk starý?. . . . .	32
1.7.1 Změny ve stáří. . . . .	33
1.8 Kvalita života ve stáří. . . . .	37
1.8.1 Měření spokojenosti. . . . .	38
1.9 Potřeby seniorů. . . . .	39
1.10 Institucionální péče o seniory. . . . .	40
1.11 Domov pro seniory Humpolec. . . . .	41

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY. . . . .	43
2.1 Cíl práce. . . . .	43
2.2 Hypotézy. . . . .	43
3 METODIKA VÝZKUMU. . . . .	44
3.1 Použitá technika sběru dat. . . . .	44
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru. . . . .	44
4 VÝSLEDKY . . . . .	45
5 DISKUZE . . . . .	58
6 ZÁVĚR . . . . .	75
7 POUŽITÉ ZDROJE . . . . .	77
8 KLÍČOVÁ SLOVA . . . . .	82
9 PŘÍLOHY	

## ÚVOD

Stárnutí populace není žádnou novinkou ani v České republice, ani jinde ve světě. Je to fakt, se kterým se musí vypořádat celá lidská společnost. Faktem také je, že společnost ačkoliv obeznámena s touto skutečností, není stále schopna se s ní vyrovnat, a zcela se připravit na všechny důsledky tohoto jevu.

Dědictvím dřívější doby jsou přetrvávající velké ústavy pro seniory. Tyto často nevyhovují potřebám jejich uživatelů. Nejenom, že jsou nevhodně situované, často na odlehlých místech vzdálených od všech natolik potřebných služeb. Objekty, ve kterých jsou tyto služby poskytovány, mnohdy nebyly vystavěny účelově jako domovy pro seniory, ale mají podobu panelových domů, bývalých nemocnic či třeba nikdy nevyužívaných škol.

Kvalita péče na vysoké úrovni a spokojenost uživatelů v tomto směru je mnohdy opomíjena, protože ji zastiňují věci více viditelnější, které často souvisejí právě s materiálně technickým zázemím objektů. Pokoje uživatelů jsou velké, obývané nezdřídka třemi i čtyřmi uživateli, sociální zázemí na pokojích není a jejich dostupnost od pokojů uživatelů bývá problematická. Chybějí prostory, kde by bylo možné spontánní setkávání jednotlivých uživatelů a možnosti přestaveb jsou často nerealizovatelné.

Toto téma diplomové práce jsem zvolila proto, že v Domově pro seniory Humpolec pracuji jako sociální pracovnice. Budova tohoto domova je přesnou kopií výše zmiňovaných velkých ústavů. Zaměstnanci se každý den potýkají s touhou naplnit přání a potřeby uživatelů, na druhé straně jsou však neustále limitováni technickým zázemím budovy.

Výzkum, který povede ke zpracování této diplomové práce, bude realizován v Domově pro seniory Humpolec – v budově na Máchově ulici. Výzkumné šetření by mělo zmapovat míru spokojenosti uživatelů s poskytovanými službami a možnosti pro její případné zvýšení z pohledu samotných uživatelů.

Výzkumné šetření by mělo být zároveň podnětem pro vedení domova, kterému by mohlo více nastínit mínění uživatelů o poskytovaných službách a na jehož základě by bylo možné učinit změny v problematických oblastech.

## 1 SOUČASNÝ STAV

Stárnutí populace v České republice nastoupilo oproti západoevropským zemím s jistým zpožděním a probíhá ve specifických podmínkách společenské a ekonomické transformace. Ačkoliv obyvatelstvo České republiky je nyní historicky nejstarší, jeho věková struktura patří prozatím k evropskému průměru. (56)

Vývoj demografických charakteristik velmi významným způsobem ovlivňuje soustavu českého sociálního zabezpečení. Pro sociální zabezpečení je důležitý tento proces – tedy proces stárnutí populace. Demografický vývoj v ČR ukazuje na prodlužování střední délky života, na pokles úmrtnosti, ale také na pokles porodnosti. (30)

Stárnutí obyvatelstva ovlivňuje prakticky všechny sféry národních ekonomik. Pozornost je stále více věnována vlivu na výši vládních výdajů, především na zajištění nákladů na penzijní zajištění a nákladů na sociální služby. (30)

### 1. 1 Vymezení pojmů

#### 1.1.1 Sociální služby

Sociální služby jsou upraveny zákonem 108/2006 Sb. O sociálních službách.

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. (66)

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. (66)



### *1.1.2 Domov pro seniory*

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Služba podle zákona 108/2006 Sb., § 49, odstavce 1 zahrnuje tyto činnosti:

- a.) poskytnutí ubytování,
- b.) poskytnutí stravy,
- c.) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d.) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e.) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f.) sociálně terapeutické činnosti,
- g.) aktivizační činnosti,
- h.) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (66)

## **1.2 Historie sociální služeb v ČR**

### *1.2.1 Od středověku do první republiky*

Tak jako v jiných zemích tehdejší Evropy, i u nás poskytovaly už ve středověku různé instituce péči a pomoc potřebným lidem. Zpočátku šlo o církevní charitu, která vychází z hodnot křesťanského milosrdenství. Církev zřizovala špitály, útulky a v neposlední řadě pečovala o chudé. (46)

Problém chudiny byl již od starověkých despotických říší předmětem zájmu panovníků. Ve starověku a později i po značnou část středověku se však společnost před chudými bránila a chudobu převážně trestala. Represivní postoj k chudým – a také k jiným lidem stojícím na okraji společnosti – se ostatně v dějinách víckrát vrátil v různých podobách a formách. (35)

V raném středověku po přijetí křesťanství za státní náboženství a po zřízení církve se objevili první sociální služby. S novým náboženstvím – křesťanstvím,

přišlo do evropských zemí příkázání pomoci chudým, konání milosrdných skutků a poskytování almužen. (35)

První církevní sociální služby byly poskytovány kláštery a později farnostmi. Jenom výjimečně se stávali zřizovateli a podporovateli sociálních služeb také někteří šlechtici – filantropové. Většina těchto služeb měla jednoduchou podobu - poskytování přístřeší, základní stravy a jisté základní zdravotnické péče. (35)

Církev byla prvním poskytovatelem sociálních služeb; v této své roli byla také obecně společensky akceptována a uznávána. (35)

V českých zemích pečovala církev o chudé až do vydání nařízení pro Království české z 19. srpna 1785 podle dvorského dekretu ze dne 26. listopadu 1784, jímž byla tato povinnost uložena vrchnosti. Od roku 1854 platila pro obce. Z povinnosti vrchnosti starat se o chudé vznikla „instituce“ ratejny, které sloužili jako místo společného ubytování a stravování chudých na statku. (58)

Zřejmě nejstaršími pojmy, které z literatury známe, jsou chudinské zákonodárství (Poor Law) a dělnické zákonodárství (Workers nebo Industrial Law). (58)

Pojem chudinská péče je produktem stavu evropské společnosti v 16. až 19. století (období Rakouska-Uherska). Nejprve svobodná města na sebe přebírala péči o chudé a to regulací žebrání a později i organizováním azyľů. Postupně pak tuto péči převzal na sebe stát, čímž začaly vznikat systémy pomoci chudým. Tyto se pozvolna vyvinuly v soudobé systémy sociální pomoci. Pojmem chudinská péče se tedy rozumí soustava státních opatření na pomoc chudým, kterým stát navázal na tradici církevní filantropické charity. (58)

Na přelomu 19. a 20. století se začal v Evropě používat pojem sociální správa. Pod pojmem sociální správa se rozuměla soustava státních institucí, které poskytují sociální ochranu nízkopříjmovým a zchudlým lidem. Sociální správa se rozvinula se v průběhu 19. století. (58)

Sociální péče o staré a invalidní byla tedy založena převážně na dobročinnosti, a protože povinnost chudinského zaopatření připadala na domovské obce, úroveň závisela na možnosti a velikosti obce. (30)

Domovské právo bylo zavedeno jako soubor práv a povinností, které vyplývaly z právního vztahu mezi příslušníkem obce (tento měl vůči obci domovské právo) a obcí samotnou. V našem prozatímním obecním zřízení č. 170/1849 ř.z., byl v tomto duchu zakotven právní nárok příslušníků obce na „zaopatření podle dokázané potřeby“. V Rakousku – Uhersku se prováděcími zákony k výše citovanému obecnímu zákonu staly zákon č. 105/1883 ř.z., o domovském právu a chudinský zákon č. 59/1868 čes. z.z. (35)

### *1.2.2 Období od první republiky do druhé světové války*

Primárně měla zabezpečení chudého zajistit rodina, dále měl být případně zajištěn z jiných systémů veřejného zabezpečení a v neposlední řadě bylo možné zabezpečení ze strany spolků, fondů a jiných soukromoprávních subjektů. Pokud člověk nemohl být dostatečně zabezpečen z výše zmíněných zdrojů, vznikala povinnost správních orgánů – postupně nejprve obce, okresu a země – poskytnout potřebnému chudinskou péči. Úkolem vyšších územně samosprávních svazků bylo zejména zřizování a financování ústavních zařízení. Ačkoliv pro okresy a země nevyplývala přímo zákonná povinnost k takové činnosti, vznikalo v této době poměrně mnoho okresních a zemských sociálních a zdravotních ústavů. (37)

V tomto období bylo také ustanoveno ministerstvo sociální péče a založena Ústřední sociální pojišťovna. (46)

Československá sociální reforma byla bohužel zbrzděna nástupem hospodářské krize začátkem 30. let. (46)

Nejčastější formou sociální služby, která byla u nás poskytována za první republiky a nezdědka využívána, byla ústavní péče. Z ústavních zařízení se u nás za první republiky proslavili zejména Masarykovy domovy – jednalo se o sociální ústavy hlavního města Prahy v Krči, které byly ve své době nejmodernějším zařízením svého druhu v Evropě. V jejich areálu se již v této době nacházelo 6 starobinců (celkem 1200 lůžek). (35)

### 1.2.3 *Období od druhé světové války po rok 1989*

Po skončení druhé světové války v roce 1945 se Československo ocitlo pod nadvládou Sovětského svazu. Následoval komunistický převrat v roce 1948 a s ním přišly i zásadní změny politického a hospodářského systému. (46)

Ihned v roce 1948 byl zrušen institut domovského práva, který byl nahrazen institutem československého občanství. Starost a zajištění potřebné péče o znevýhodněné tím přešla na stát. Nový jednotný systém sociálního zabezpečení kodifikoval až zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení. Tento zákon zajistil převedení veškeré sociální péče na stát a jeho orgány. Sociální péče byla spravována centrálně; samospráva vykonávaná v této sféře obcemi v době první republiky zcela vymizela. Jiné než státní ústavy (církvní a nestátní ústavy) se postupně rušily nebo je přebíral do rukou stát. Pro činnost jiných než státních subjektů, kromě zakotvení stěžejní role rodiny v péči o své blízké, nebyl poskytnut v podstatě žádný prostor. Řídící a kontrolní pravomoci byly svěřeny do rukou Státnímu úřadu sociálního zabezpečení, vlastní činnost na úseku sociální péče prováděly národní výbory. Těmto zákon dával možnost zřídit tzv. komise sociálního zabezpečení. (35)

Důstojnost každého lidského člověka jako cíl sociální politiky států i globálního společenství byla deklarována OSN v roce 1948. V předešlém období byly pouze definovány subjekty povinné poskytovat sociální ochranu, po přijetí deklarace se však vychází i z oprávnění člověka na tuto ochranu s z daru se stává nárok. (58)

Stát garantuje svojí ochranu občanům, kteří jsou nějakým způsobem účastni v systému sociální ochrany (např. pojištěním), východiskem sociální ochrany občanů se stává také jednotlivcová potřeba, která musí být kvalifikovaně zhodnocena. (35)

Pro sociální politiku v Československu od roku 1948 do roku 1989 jsou typické tyto rysy:

- a.) Celá soustava sociálního zabezpečení se odvíjela od principu plné zaměstnanosti a práce byla vynucována zákonem.

- b.) Stát se snažil mít pod kontrolou všechny funkce sociální politiky a to včetně těch, které občanská společnost svěřuje rodině, obci, dobrovolným sdružením či nestátním institucím. Občané byli zasazeni do role neaktivních příjemců služeb, o jejichž podobě či kvalitě neměli šanci rozhodovat. Také zaměstnanci příslušných zařízení měli jen minimum příležitostí uplatnit svůj pohled na věc.
- c.) V souladu s ideologií „vybudovaného socialismu“ se zejména od 60. let prosazovala také univerzální schémata, která umožňovala nárok na dávky a služby každému občanovi. (46)

V šedesátých letech se u nás rozšířila pečovatelská služba, vznikla stacionární zařízení pro seniory (tzv. domovinky), byly podporovány místní kluby důchodců. Ústavní zařízení však zůstávala velká, respekt ke klientům v nich byl nedostatečný, leckde byly špatné hygienické podmínky, typické bylo ubytování klientů v místnostech s mnoha lůžky. (35)

Šedesátá léta přinesla v západních zemích vlnu kritiky přetrvávajících ústavních forem péče a budování nových alternativ k ní. Ústavy se začaly dramaticky zmenšovat. (36)

#### *1.2.4 Období od roku 1989 po současnost*

Po roce 1989 nastaly v naší republice zásadní změny, a to nejenom v oblasti politické a ekonomické ale zejména v oblasti sociální. (35)

Již v roce 1990 byl připraven scénář sociální reformy. Pod jeho taktovkou se kromě jiného předpokládala reforma celého systému sociální péče. Mělo dojít k jeho přetvoření v moderní systém sociální pomoci, přičemž se pracovalo s konceptem tzv. záchranné sociální sítě. (35)

Do roku 1989 a bohužel i v průběhu devadesátých let byl v praxi kladen důraz zejména na celodenní ústavní péči. (35)

Většina rodin často řešila potřebu péče o svého člena v seniorském věku jeho umístěním do ústavní péče, jednalo se zpravidla o domov důchodců. Tato služba byla dotovaná státem, a proto bylo zařízení takové péče pro většinu rodin výhodnější. Rodiny ji tedy často upřednostnily před možností ponechat seniora, který péči potřebuje, v jeho domácím prostředí. (35)

Po roce 1989 došlo k všestrannému uvolnění poměrů. V oblasti sociálních služeb toto znamenalo vznik a v krátkém období dramatický nárůst počtu nestátních neziskových organizací, které začaly tyto služby poskytovat. Také církve u nás obrodily po roce 1989 organizace specializované na poskytování sociálních služeb. (35)

Také situace v ústavních zařízeních se po roce 1989 začala měnit, ačkoliv ještě řadu let po změně politického režimu v některých z nich přetrvávaly autokratické způsoby řízení. (35)

V devadesátých letech začaly spontánně vznikat nestátní organizace. Nejdříve především zájmové, které začaly poskytovat v té době alternativní sociální služby a které také sledovaly nové moderní trendy ve vývoji sociálních služeb. (35)

Nedostatečná a nevyhovující nabídka sociálních služeb nevyhovovala moderním trendům, které se v této oblasti objevily. Tyto trendy zcela nově směřovaly především ke službám komunitního typu a k terénním službám. (35)

Významnou inovací bylo formulování Standardů kvality sociálních služeb, které nicméně byly až do přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jen doporučovanou pomůckou pro poskytovatele sociálních služeb. Výsledky prvních dobrovolných inspekcí kvality, které proběhly v letech 2001-2002, ukázaly, že největší obtíže v naplňování kvality poskytovaných služeb mají státní ústavní zařízení. (35)

### ***1.3 Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR***

V období vlády komunistické strany v naší zemi byl v padesátých letech do naší právní úpravy převzat tzv. sovětský model sociálního zabezpečení, tento model zasahoval i do sociálních služeb. (35)

V prvním zákoně o sociálním zabezpečení (č.55/1956 Sb.) byla ještě ponechána možnost k tomu, aby sociální služby poskytovaly církve a církevní řády. V šedesátých letech však byla i tato varianta zrušena. (35)

V padesátých letech došlo k vytvoření jednotného systému sociálního zabezpečení. V jeho rámci byla upravena sociální péče spolu se sociálními službami. V průběhu druhé poloviny 20. století bylo postupně přijato několik zákonů o sociálním zabezpečení (č.55/1956 Sb., č. 101/1961 Sb., č. 121/1975 Sb., č. 100/1988 Sb.). Výše zmíněná koncepce zůstala stejná až do roku 1989. (35)

Ve zděděném zákoně o sociálním zabezpečení (č. 100/1988 Sb.) je v §73 sociální péče dodnes definována takto: „Sociální péčí stát zajišťuje pomoc občanům, jejichž životní potřeby nejsou dostatečně zabezpečeny příjmy z pracovní činnosti, dávkami důchodového nebo nemocenského zabezpečení, popřípadě jinými příjmy, a občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku anebo, kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé životní poměry.“ Uvedená definice se až do roku 2006, tedy do přijetí zákona o sociálních službách vztahovala rovněž k poskytování sociálních služeb. Z tohoto vyplývá, že sociální služby byly primárně poskytovány státem – ministerstvem práce a sociálních věcí nebo okresními úřady. (35)

Z výše uvedené definice sociální péče rovněž vyplývá, že péče je občanům „zajišťována“ což opět předurčuje klientovi sociálních služeb pasivní roli. Sociální péče navíc nebyla individualizována, ale jednotně poskytována určitým skupinám osob. Osoba, která chtěla využít některou ze sociálních služeb či některou z dávek sociální péče musela spadat do jedné z následujících skupin: rodiny s dětmi, občané těžce zdravotně postižení, staří občané, občané, kteří potřebují zvláštní pomoc, občané společensky nepřizpůsobení. (35)

Ve starém a zastaralém systému péče byla definována dávka sociálního zabezpečení – tzv. příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. Na tuto dávku vznikl nárok osobě, která osobně, celodenně a řádně pečovala o osobu, která byla převážně nebo úplně bezmocná. (35)

### *1.3.1 Reforma veřejné správy a sociálních služeb*

Na politické scéně probíhal dlouhodobě tvrdý boj o podobu změn v oblasti sociálních služeb, až teprve ústavním zákonem č. 347/1997 Sb., o vytvoření vyšších územně správních celků a o změně ústavního zákona č. 1/1193 Sb., Ústava ČR, došlo k vytvoření krajů. Byly ustanoveny krajské úřady a došlo k převodu některých pravomocí z úrovně jednotlivých ministerstev na tyto nově zřízené instituty veřejné správy. V oblasti sociálních služeb byl stěžejním úkolem převod zřizovatelských kompetencí z okresních úřadů k zařízením sociálních služeb na jiné subjekty, především na obce s rozšířenou působností, krajské úřady popř. obce.(44)

V návaznosti na zrušení okresních úřadů k 31. prosinci 2002 byly novelou zákona č. 114/1988 o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení v platném znění, krajským úřadům přiznány další kompetence v oblasti řízení a kontroly výkonu státní správy v sociální oblasti a při poskytování sociálních služeb (zřizování a správa ústavů sociální péče, dozor nad poskytováním sociálních služeb). (44)

### *1.3.2 Transformace pobytových sociálních služeb pro seniory*

Sociální služby procházejí od roku 1989 procesem transformace. Změna v pohledu na sociální služby vychází především z důrazu na práva a povinnosti každého občana v České republice. Poté, co došlo k rozšíření typů sociálních služeb, služeb sociální péče a prevence pro osoby v nepříznivé sociální situaci, byla potřeba nutné změny zacílena na kvalitu poskytovaných služeb, na nastavení jejich pravidel, na změnu přístupu ke klientům či uživatelům služeb a na odbornost pracovníků, kteří tyto zajišťují. (54)

Účelem transformace je podpora poskytovatelů sociálních služeb, jejichž prioritou je nabízet vysoce kvalitní služby na odborné úrovni. Důležitým dokumentem posledního období týkající se poskytování pobytových sociálních služeb je tzv. **Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální**



**začlenění uživatele do společnosti.** Tato průlomová koncepce byla schválena usnesením vlády České republiky č. 127 ze dne 21. února 2007. Koncepce je v současnosti základním stavebním kamenem, na kterém je budováno další poskytování rezidenčních sociálních služeb. (53)

Výše zmíněný materiál je vypracován v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice tj. s Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2004 – 2006, Bílou knihou v sociálních službách a zejména zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je vytvořen v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod a je také v souladu s cíli Lisabonské strategie a Národním rozvojovým plánem. (45)

Proces přeměny sociálních služeb by měl probíhat v období několika následujících desítek let v kontextu přirozeného vývoje pobytových sociálních služeb. (53)

Časový rámec podpory transformace je obsažený v koncepci na období let 2007-2013. Tento časový horizont odpovídá programovacímu období čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů Evropské unie. (53)

Opravdovým předělem je uznání skutečnosti, že při plánování a poskytování sociálních služeb pro seniory je nutné přihlížet k jejich individuálním potřebám a stanovit nutnou míru péče a podpory ve chvíli, kdy ji tito uživatelé potřebují (nikoliv poskytovat ji paušálně každému). (53)

V procesu poskytování sociálních služeb je zásadní a velmi důležitou změnou zaměření se na konkrétní situaci klienta, ze které vychází uplatňovaný princip individuálního poskytování sociálních služeb. Základní práva a povinnosti poskytovatele a uživatele jsou obsaženy v uzavírané smlouvě o poskytování sociální služby. (54)

U osob starších 75 let se zvyšuje poptávka po sociálních službách spojená s faktem zvyšující se závislosti na pomoci druhé osoby. Péče o seniora je dělena mezi rodiny a mezi formální organizace. O velké procento seniorů je pečováno v rezidenčních zařízeních sociálních péče. Přetrvávajícím a také významným problémem jsou velká ústavní zařízení, ve kterých je obtížné realizovat skutečnou

individuální péči a podporu směřovat individuálně na konkrétního klienta. V těchto zařízeních je velmi obtížné naplňovat moderní principy poskytování sociálních služeb a metod sociální práce zaručující dodržování důstojnosti a lidských práv. (53)

V soudobém pojetí sociálních služeb v České republice je nejvíce kladen důraz na poskytování takových služeb, které zaručují dodržování lidských práv osob při individuálním poskytování služeb, respektují svobodnou vůli osob a zajišťují jejich důstojný život. V neposlední řadě musí tyto služby směřovat k sociálnímu začleňování klientů. Obecným a velmi logickým cílem sociálních služeb je zajistit takovou míru podpory, která vede k samostatnému a důstojnému životu uživatelů. (54)

Cílem koncepce je: humanizace stávajících rezidenčních zařízení, jejich postupná přestavba směřující k malým bytovým jednotkám v běžné zástavbě a podpora takových služeb, které umožní seniorům zůstat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí. (53)

### *1.3.3 Právní úprava sociálních služeb v ČR, výchozí mezinárodní a národní dokumenty poskytování sociálních služeb seniorům*

Poskytování sociálních služeb je upraveno těmito právními předpisy:

- Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
- Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách
- Vyhláška č. 239/2009 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

- Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. – Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku
- Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. – Obsah standardů kvality sociálních služeb
- Příloha č. 3 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. – Vzor zvláštního oprávnění zaměstnance obce, kterým se prokazuje při provádění sociálního šetření a kontroly využívání příspěvku na péči
- Příloha č. 4 k vyhlášce č. 505/2006 Sb. – Obory vzdělávání, při jejichž absolvování se nevyžaduje absolvování kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách (47)

Dalšími dokumenty, ze kterých je vycházeno při poskytování moderních sociálních služeb jsou:

#### *Vídeňský mezinárodní akční plán stárnutí*

Byl v roce 1982 přijat Světovým shromážděním pro problematiku stárnutí ve Vídni. V tomtéž roce byl schválen Valným shromážděním OSN. Jedná se o první nástroj pro problematiku stárnutí, který ovlivňuje myšlenky a formulace politik a programů pro politiku stárnutí. (53)

Vídeňské shromáždění přijalo důležité zásady pro seniory a posléze byl Organizací spojených národů ohlášen rok 1999 za Mezinárodní rok seniorů. (15)

#### *Zásady OSN pro seniory*

Jedná se o zásady, které byly přijaty Valným shromážděním OSN dne 16. prosince 1991. Celkem 18 zásad je včleněno do 5 oblastí vztahujících se k postavení seniorů. Hlavní myšlenky zásad jsou tyto:

- nezávislost seniorů
- zařazení do společnosti
- péče

- seberealizace
- důstojnost

(53)

#### *Montrealská deklarace*

Byla přijata na 4. světové konferenci o stárnutí, která se konala září roku 1999 v kanadském Montrealu. V deklaraci je zdůrazněno, že staří lidé mají právo na důstojnost a respekt a také to, že mají zodpovědnost přispívat k realizaci práv seniorů v účasti na politickém procesu v místě jejich bydliště a v souladu s demokratickými principy OSN. (53)

#### *Madridský mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí*

Nejnovějším dokumentem OSN je mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí. (24)

Byl přijat na 2. světovém shromáždění 12. 4. 2002 o stárnutí v Madridu. Je stěžejním dokumentem zabývajícím se stárnutím populace, které v důsledku vede ke změně demografické struktury obyvatelstva a má sociální a ekonomické důsledky. Plán obsahuje celkem 117 konkrétních doporučení rozčleněných do tří prioritních směrů: starší lidé a rozvoj, zachování zdraví a pohody ve stáří, zajištění napomáhajících a podpůrných prostředí. (15)

#### *Rada vlády pro seniory a stárnutí - Národní program přípravy na stárnutí*

Poradní sbor všech vládních resortů v České republice vypracoval z madridských závěrů návrh, který byl schválen 15. 5. 2002 usnesením vlády jako Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 -2007. (24)

Usnesením vlády č. 288 ze dne 22. března 2006 byla na období let 2003-2007 zřízena Rada vlády pro seniory a stárnutí. Rada je stálým poradním orgánem vlády pro otázky týkající se seniorů a stárnutí populace. Ve své činnosti usiluje o vytvoření podmínek pro zdravé, aktivní a důstojné stáří v České republice. Zasedání vlády se konají nejméně třikrát ročně. Rada má zřízeny celkem 4

pracovní skupiny. Jednou z nich je pracovní skupina pro bydlení a rezidenční sociální služby. (49)

Národní program se obrací na celou společnost – mladou, střední i starší generaci. Vychází ze skutečnosti, že mladá generace není připravena na stáří a zcela nechápe přínos seniorské populace pro společnost. Prioritním zájmem je důležitost přijetí principu nediskriminace a solidarity, uznání starších občanů jako právoplatných členů společnosti a uvědomění si péče o seniory jako stálé hodnoty v lidském společenství. (24)

Dokument je rozdělen do deseti kapitol:

1. Etické principy
2. Přirozené sociální prostředí
3. Pracovní aktivity
4. Hmotné zabezpečení
5. Zdravý životní styl, kvalita života
6. Zdravotní péče
7. Komplexní sociální služby
8. Společenské aktivity
9. Vzdělávání
10. Bydlení

(23)

#### ***1.4 Sociální služby dnes***

Sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb. Sociální služby jsou také financovány z veřejných rozpočtů, jsou však podrobněji definovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou také více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. (35)

Jak již bylo výše zmíněno, jsou sociální služby službami veřejnými a musí bezprostředně reagovat na měnící se potřeby občanů, podléhají veřejné kontrole zastupitelů a občanů na místní úrovni. Z toho jasně vyplývá, že samospráva musí jednat v souladu s veřejným zájmem a především se zájmy občanů. (44)

Sociální služby se poskytují občanům, kteří jsou společensky znevýhodnění. Cílem je zlepšit kvalitu jejich života těchto osob, případně je v nejvyšší možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby jsou proto poskytovány se zřetelem nejenom na osobu uživatele, ale také na jeho rodinu, na skupiny, do nichž patří, případně na zájmy širšího společenství. (35)

Ve společnosti našeho civilizačního okruhu je pomoc handicapovanému bližšímu podporována obecným uznáním základních lidských práv. Ve dvacátém století byla definována specifická skupina lidských práv - práva sociální. Ve Všeobecné deklaraci lidských práv z roku 1948 je mj. uvedeno právo na práci, na vzdělání, na přiměřené pracovní podmínky, na životní úroveň, na rodinu a také právo na systémovou ochranu při určitých sociálních událostech. (35)

Další důvody k tomu, aby se společnost zabývala potřebami znevýhodněných lidí, jsou dány faktem, že ignorování a nenaplnění určitých potřeb může vést k závažným konfliktům, případně k destabilizaci celé společnosti. (35)

Sociální služby v užším, oborovém pojetí jsou v současnosti v ČR součástí státního systému sociálního zabezpečení. Zákonem jsou zařazeny do oblasti tzv. sociální pomoci. (35)

Vláda České republiky projednala a v únoru 2003 schválila konzultační dokument s názvem Bílá kniha v sociálních službách a definovala v něm sedm stěžejních principů, které tvoří základ sociálních služeb v ČR. (5)

Jsou to :

- Nezávislost a autonomie pro uživatele – nikoliv závislost
- Začlenění a integrace – nikoliv sociální vyloučení
- Respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti
- Partnerství – pracovat společně, ne odděleně
- Kvalita – záruka kvality zajišťuje ochranu zranitelným lidem
- Rovnost bez diskriminace
- Standardy národní, rozhodování v místě (4)

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

I když práce na prvních návrzích nového systému sociální pomoci začaly již v roce 1994, teprve v roce 2006 byl přijat nový zákon o sociálních službách, který přinesl dlouho očekávanou změnu v systému sociální péče. Byl přijat v květnu 2006 a později vydán ve Sbírce zákonů pod číslem 108/2006 Sb. (35)

Zákon o sociálních službách je významným mezníkem v modernizaci rychle rostoucího sektoru sociálních služeb. Přináší zcela nové pojmy, zásady a nástroje. Uživatelům jasně zakotvuje jejich práva a především přináší poskytovatelům nové povinnosti. Zákon poprvé v historii zřetelně říká, jak by sociální služby měly vypadat. (54)

Tato změna, jakkoliv očekávaná, diskutovaná a avizovaná, přinesla něco, co bychom mohli nazvat revolucí v systému sociální péče v naší zemi. Jejím účelem je srovnat krok se zeměmi EU, vyčlenit nás z prostředí direktivně řízených, neefektivních a mnohdy i lidská práva nerespektujících či dokonce porušujících poměrů v oblasti sociální péče v ČR. (5)

Zákon o sociálních službách upravuje:

1. podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči,
2. jednotlivé druhy sociálních služeb,
3. rozsah činností, které musí být zajištěny u každé poskytované sociální služby
4. podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb (registraci)
5. výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb
6. povinnosti poskytovatele
7. předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách
8. kvalifikační předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. (52)

Základními principy zákona jsou:

- Prvotní je poskytnutí podstatných informací osobě, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci tak, aby ji pokud možno mohla řešit sama a vlastními silami.
- Až ve chvíli, kdy tyto informace jako takové nestačí, nastupují sociální služby – ty mají být individualizované, „šité potřebám konkrétního uživatele na míru“.
- Sociální služby mají být především aktivační, motivovat klienty k samostatnosti a předcházet delšímu trvání nepříznivé sociální situace.
- Kvalita poskytovaných služeb je dána přímo do spojitosti s dodržováním základních práv a svobod a se zachováním důstojnosti člověka. (35)

Pomoc poskytovaná prostřednictvím sociálních služeb v pojetí zákona je:

- a.) dostupná – nejen z hlediska druhu a formy sociální služby, ale i z hlediska územního, informačního a ekonomického
- b.) efektivní – taková, která vyhovuje potřebám uživatele
- c.) bezpečná – neomezuje oprávněná práva a zájmy uživatelů sociálních služeb
- d.) hospodárná – v nejvyšší možné míře využívá všechny zdroje
- e.) kvalitní – co se týká způsobu a rozsahu uspokojení potřeb a zájmů nejen uživatelů ale i zadavatelů (53)

#### *1.4.2 Financování sociálních služeb*

Výdaje na sociální služby se podle oficiálních statistických údajů od počátku devadesátých let dlouhodobě zvyšují. (35)

Jedním z důležitých zdrojů informací při rozhodování o novém systému financování sociálních služeb byly informace získané v rámci mezinárodních srovnávání základních systémů organizace, financování a řízení sociálních služeb ve vybraných evropských zemích. (35)



Ekonomie sociálních služeb je v České republice založena na tzv. principu vícezdrojového financování. Poskytovatelé sociálních služeb uplatňují nárok na finanční prostředky pro provozování sociální služby z několika zdrojů. Mezi nejvýznamnější zdroje finančních prostředků patří veřejné rozpočty a platby od uživatelů. (29)

Do oblasti veřejných rozpočtů patří zejména státní rozpočet České republiky, stejně tak však i rozpočty krajů, měst a obcí. Největší část finančních prostředků z této oblasti financování sociálních služeb plyne poskytovatelům sociálních služeb ze státního rozpočtu a to na základě každoročně vyhlašovaných dotačních řízení. Nejvýznamnějším vyhlašovatelem dotačního řízení ze státního rozpočtu pro poskytovatele sociálních služeb je Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Finanční prostředky získané z dotačního řízení jsou určeny na úhradu běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociální služby. (29)

Podle zákona č.108/2006 sb. se poskytují sociální služby osobám bez úhrady nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Úhradami od uživatelů jsou myšleny platby od osob, kterým je poskytována sociální služba podle zákona o sociálních službách. Pro posílení peněžní soběstačnosti uživatelů sociálních služeb byl zaveden nový finanční nástroj, kterým je příspěvek na péči. Použití příspěvku na péči umožní uživateli hradit většinou část nákladů poskytované služby. (29)

Kromě výše uvedených zdrojů financování sociálních služeb, vstupují do systému financování také finanční prostředky ze strukturálních fondů EU, sbírek, fondů a nadací. Stejně tak i platby od zdravotních pojišťoven za vykázané zdravotní výkony u některých druhů poskytovaných služeb. (29)

Při poskytování pobytových služeb v domovech pro seniory jsou poskytovatelé povinni zajistit zdravotní péči. Důvodem je fakt, že v domovech pro seniory jsou poskytovány i služby osobám s dlouhodobě zhoršeným zdravotním stavem. Tuto povinnost plní poskytovatel formou zvláštní ambulanci péče prostřednictvím zdravotnického zařízení nebo v rozsahu ošetrovatelské

zdravotní péče sám poskytovatel sociálních služeb prostřednictvím svých zaměstnanců. (53)

#### *1.4.3 Příspěvek na péči*

Jednou z podstatných změn, kterou přináší zákon o sociálních službách, je definování nové sociální dávky – příspěvku na péči. (35)

Příspěvek na péči je v podstatě přísně účelová sociální dávka, určená výlučně k zajištění těch sociálních služeb, které uživatel podle stupně závislosti nezbytně potřebuje. Příspěvek není příjmem uživatele a nelze jej tak používat podle jeho svévolného rozhodnutí. Je určen pouze k obstarání základních (zpoplatněných) sociálních služeb, které potřebuje. (5)

Příspěvek na péči je poskytován těm osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti. Jednotlivé úkony, jejichž konkrétní způsob hodnocení je upraven vyhláškou MPSV 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, se pro účely hodnocení rozsahu závislosti sčítají. (35)

O přiznání příspěvku probíhá řízení, v němž na podkladě doporučení posudkového lékaře okresní (případně pražské) správy sociálního zabezpečení, obecní úřad obce s rozšířenou působností rozhoduje o jeho výši, případně o její změně nebo o jeho úplném odebrání. (5)

Uživatel má právo žádat o přiznání příspěvku, případně o jeho zvýšení, na druhou stranu je povinen neprodleně oznámit všechny nové relevantní skutečnosti, které mají (mohou mít) vliv na klasifikaci jeho stupně závislosti a tím i na výši přiznaného příspěvku a i další skutečnosti, které jsou rozhodné pro výplatu příspěvku v určitém období. (5)

#### *1.4.4. Standardy kvality v sociálních službách*

Tvorbu, vznik a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb do praxe je možné chápat jako výstup z cílené činnosti pracovníků a klientů poskytovatele, s cílem zformulovat soubor vnitřních pravidel pro sociální práci

poskytovatele, vymezit požadovaný profil pracovníků poskytovatele a vymezit závazné postoje k úkolu poskytování kvalitních sociálních služeb v působnosti zařízení. (5)

První verze Standardů kvality vznikla v rámci ověřeného pilotního projektu a to v letech 2001 až 2002. Standardy kvality jsou obsaženy v příloze č.2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. (5)

Standardy kvality sociálních služeb jsou prvním konkrétním výstupem reformy sociálních služeb. Představují jeden ze tří prvků, které tvoří komplexní systém zajišťování kvality pro oblast sociálních služeb v České republice. Další dva prvky jsou inspekce sociálních služeb a udělování oprávnění – následná registrace poskytovatelů sociálních služeb. (34)

Standardy kvality sociálních služeb říkají, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, jejichž smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. (53)

Za nejzásadnější jsou považovány standardy procedurální, které stanoví, jak má poskytovaná služba vypadat. Tyto standardy jsou cíleny na ochranu práv uživatelů služeb při zachování individuálních potřeb každého člověka. (34)

Druhými jsou standardy personální. Věnují se personálnímu zajištění služeb. Kvalita služeb závisí především na dovednostech, vzdělání pracovníků a podmínkách, které pro práci mají. (34)

Posledními jsou provozní standardy, které vymezují podmínky pro poskytování sociálních služeb jako prostory poskytovaných sociálních služeb, jejich dostupnost, ekonomické zajištění a rozvoj jejich kvality. (34)

Zavedení standardů do praxe na celorepublikové úrovni je v souladu s trendy nastolenými Evropskou unií a umožňuje porovnat efektivitu jednotlivých druhů služeb i efektivitu jednotlivých zařízení, které poskytují stejný druh sociální služby. (53.)

### ***1.5 Objekty určené pro poskytování sociálních služeb pro seniory***

Sociální služby zaznamenaly v 90. letech řadu podstatných změn. Na konci 80. a začátku 90. let byly v důsledku společensko-politických změn uplatňovány restituční nároky na mnoho objektů, které do té doby sloužily pro poskytování sociálních služeb. Bylo proto nutné zahájit výstavbu nových moderních zařízení. Tak byla alespoň část starých a často nevyhovujících objektů nahrazena zcela novými a moderními zařízeními. (44)

V době první republiky bylo silně preferováno budování velkých zařízení a tento trend vzrůstal v druhé polovině 20. století. Po začátku 90. let však dochází k preferování individuálního bydlení byt' s nezbytným zdravotně sociálním komfortem. (12)

Teritorium - prostor k bydlení, je jednou z nejmarkantnějších složek lidského života, které vedou člověka k pocitu bezpečí. Bydlení ve více lůžkových pokojích s sebou nese výrazné životní zneklidnění. To je vytvářené nejenom nuceným soužitím s cizími a často povahově odlišnými lidmi. Najednou je člověk nucen provádět metabolické úkony (které jsou považovány za přísně intimní a soukromé) před těmito novými „spolubydlícími“, což také může způsobovat nezanedbatelný stres. (12)

Bezpečné bydlení a prostředí, které podporuje mobilitu a sociální vztahy je podmínkou zachování nezávislosti a sociální participace ve stáří. Bezbariérové bydlení vede ke zvýšení bezpečnosti a usnadňuje péči neformálním i profesionálním pečovateli. (32)

Pro život starých lidí je velmi důležitý společenský kontakt, pokud možno se všemi věkovými skupinami, od dětí až po seniory. Pokud mají možnost setkávat se pouze se svými vrstevníky, připomíná tato situace „ghetto“. A zejména proto je žádoucí umožnit v zařízeních pro seniory víceúčelové funkce (kavárna, kadeřnictví,..), které jsou přístupné návštěvníkům různých věkových kategorií. (25)

Mnoho architektů si stále představuje, že obyvatelé domovů pro seniory touží pouze po výhledu na klidnou přírodu, lesy, louky či rybník. Tato mínění jsou

mnohdy nepřesné. Spontánní místa setkání v domovech pro seniory nabývají stále větší důležitosti. (25)

Ústavní zařízení pro seniory by měla být více otevřena veřejnosti a životu v obci. Lidé, kteří v nich žijí a jejich blízcí, by měli dostat větší právo a vliv na život v těchto zařízeních. (32)

Shrnutí základních požadavků na architekturu bydlení pro seniory:

- Nejen ze sociálně-psychologického či zdravotnického hlediska musí bydlení pro seniory umožňovat podporu sociálního života, co nejdéle je to možné.
- Umístění obydlí pro osoby v seniorském věku by mělo respektovat a skloubit zdánlivě protichůdné požadavky – na jedné straně touhu po klidu a bezpečí, na druhé straně nutnost zůstat v dosahu dění komunity.
- Vlastní prostory k bydlení (pokoj, byt) je nutné navrhovat s ohledem na možné budoucí úpravy, aby se seniorka či senior nemuseli neustále stěhovat v důsledku zhoršujícího se zdravotního stavu a nemožností péče v nedostatečně připraveném obytném prostoru.
- Uvnitř společných částí dbát na jednoduchost a společné členění prostoru; přitom dbát na vytváření nik, kde se mohou senioři scházet, cítit se bezpečně a vytvářet podmínky pro vzájemné setkávání.
- Uvnitř vlastních obytných částí vytvářet takové členění, které nebude na seniory působit úzkostně; nevytvářet složitě členěné a nepřehledné prostory.
- Každý obytný prostor by měl být upraven tak, aby se senioři komunikačně svěží mohli stýkat s dalšími obyvateli.
- Umožnit seniorům co nejsvobodnější volbu toho, jak a s kým chtějí bydlet; počítat i s tím, že v průběhu stáří může dojít ke změně preferencí.

Jakékoliv bydlení pro seniory vždy musí umožňovat co nejvyšší míru jejich autonomie a šanci na nezávislý život. (12)

### **1.6 Demografický vývoj - Stárnutí populace**

Ve starém Řecku a Římě byla průměrná délka lidského života 25 let a teprve na počátku 19. století je zaznamenáván výrazný posun k hranici 30 let. Ještě v roce 1940 byl průměrný věk 50 let. Poté už se proces prodlužování délky lidského života dramaticky zrychlil. Na nízké hodnotě průměrného věku v té době měla vliv především vysoká kojenecká i dětská úmrtnost a dále vysoká úmrtnost lidí ve středním věku na infekční choroby a úrazy. Mnoho lidí se nedožilo vlastního stáří, protože zemřeli v důsledku hladomorů a válek. (13)

Podle demografické prognózy zpracované českým statistickým úřadem bude v roce 2050 žít v České republice přibližně půl milionu lidí ve věku 85 a více let (ve srovnání se 101 718 v roce 2006) a bezmála tři miliony osob starších 65 let (31,3%). Naděje na dožití při narození bude v roce 2050 činit 78,9 let pro muže a 84,5 pro ženy (oproti 73,4 let pro muže a 79,7 let pro ženy v roce 2006). (32)

Ve všech ekonomicky vyvrážděných zemích se stává zdravotnickou prioritou stárnutí populace. Dochází a bude docházet k přibývání starých lidí, které je:

- relativní - nízká porodnost s klesajícím podílem dětí a mladých lidí
- absolutní - klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí se dožívá stáří. (19)

Skutečnost, že muži umírají v průměru o šest až osm let dříve než ženy; viditelně zkresluje strukturu seniorské populace podle pohlaví a rodinného stavu: Zatímco na tisíc 60 - 64letých žen připadá 865 mužů, v kategorii 85letých a starších činí poměr pouze 1000:367. (56)

Vyšší věk s sebou přináší větší rozsah ovdovělých osob. Celkově se populace seniorů 60+ vyznačuje velmi nízkým zastoupením rozvedených osob (přibližně 6% mužů a 8% žen), obdobně i osob svobodných (necelých 4% mužů a 3% žen). Většina mužů je ženatých, vdovcem pak zhruba každý desátý. Oproti tomu z žen ovdověla každá druhá a vdané zůstaly sotva dvě pětiny z nich. (56)

Podíl vdov v každé věkové skupině nad 50 let postupně narůstá a ve srovnání s muži je několikanásobně vyšší. (32)

V ČR žije aktuálně asi 27 000 dlouhověkých osob starších 90 let. Do roku 2050 by se jejich počet měl zvýšit o jeden řád – na 230 000. Poměr žen k mužům

je 4:1. Podle prognózy OSN bude v roce 2050 v hospodářsky vyspělých zemích žít asi 2,2 milionu stoletých lidí, přičemž lidé starší 80 let budou tvořit 9,6 % populace. (20)

Za maximální délku lidského života je považován věk kolem 125 let. Nejvyššího věrohodně doloženého věku dosáhla Francouzka M. Calmentová, která zemřela 4. 8. 1997 ve věku 122 let a 164 dní. Nejstarší žena české historie se dožila 112 let. (20).

Demografické stárnutí je většinou nesprávně považováno za negativní jev a problematika spojená s ním je často zužována na otázky reformy důchodového systému. (32)

Budoucí změny demografické struktury starého obyvatelstva (s přihlédnutím ke zvýšení vzdělanostní úrovně a výraznější příjmovou diferenciací) prohloubí různorodost potřeb zájmů a způsobu života ve stáří. (56)

Demografické stárnutí přitahuje pozornost jak v Česku, tak v jiných zemích zvláště svými očekávanými ekonomickými důsledky. Často jsou vykládány v termínech krize, spojované s neobyčejnými náklady na finanční, zdravotní a sociální zajištění zvyšujícího se počtu důchodců. Demografické stárnutí bude zcela určitě klást vyšší nároky na zajištění zdravotní a sociální péče. (56)

Zvyšující se počty osob ve vyšším věku budou znamenat silné ekonomické zatížení osob v produktivním věku, jejichž počty se budou snižovat. Složení ekonomicky závislých obyvatel se začne zásadně měnit. Budou mezi nimi převažovat osoby v důchodovém věku; tato situace ovlivní výši výdajů na sociální a zdravotní péči. (43)

Zaopatření starých lidí představuje snad nejkontroverznější část moderního sociálního welfare. Společnosti by tedy měly být na „šednutí“ populace připravené - nejen ekonomicky. Především musejí „respektovat psychosociální potřeby a životní podmínky seniorů“. (56)

Počet seniorů se bude v rozhodující míře odvíjet od dalšího vývoje úmrtnosti. Rostoucí naděje dožití bude zvyšovat počty i podílů seniorů a velmi staré populace. Jejich podíl v celkové populaci bude dále záviset i na vývoji plodnosti a

následně velikosti dětské populace. Třetí složkou budoucího populačního vývoje je zahraniční migrace. Její pozitivní zůstatek bude stárnutí zpomalovat, jelikož migranti jsou většinou osoby v produktivním věku. (43)

### **1.7 Kdy je člověk starý?**

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí soubor změn ve struktuře a funkcích organismu, které způsobují jeho zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince, a které vrcholí v terminálním stádiu a ve smrti. (33)

Proces stárnutí je vždy diskontinuitní, tzn., že v některých obdobích života člověk stárne rychleji než v jiných. Tento přirozený děj může být také modifikován v podobě tzv. předčasného stárnutí. Přesto se experti Světové zdravotnické organizace shodli na základní klasifikaci vyššího věku, podle které je:

- 45 - 59 let - střední, nebo též zralý věk;
- 60 - 74 - vyšší věk, nebo také rané stáří;
- 75 - 89 - stařecký věk, nebo také senium (vlastní stáří);
- 90 let a více - dlouhověkost.

(13)

Obecně lze říci, že z hlediska společenského je člověk starý, když je za starého pokládán ostatními členy společnosti. (33)

Stáří je sociální konstrukcí, ať už jde o určení jeho počátku - mezního věku, očekávání vztahů k lidem označených za staré, nebo o způsoby zacházení s nimi. Sociálním měřítkem stáří je obligatorně stanovený věk odchodu do starobního důchodu, jakkoliv se chronologický věk jeví být ke klasifikaci lidí jako „starých“ problematický i z biologického a psychologického hlediska. (56)

Podle teorie psychosociálního vývoje E. H. Ericsona je hlavním vývojovým úkolem stáří dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života, jeho pojetím jako celku, který měl určitý smysl. Dosažení integrity je podmíněno i harmonizací všech rolí, které člověk v jednotlivých vývojových fázích získal. (61)



### *1.7.1 Změny ve stáří*

Stárnutí je velmi individuální záležitost, kterou ovlivňují aspekty biologické, genetické, výchovné i sebevýchovné a vzájemné lidské vztahy v konkrétním sociálním prostředí. (24)

#### Biologické změny

Změny postihují tělesné tkáně a orgány neprobíhají u každého jedince stejně. Jsou určovány genetickými předpoklady a životním stylem. Jednotlivé systémy v těle zaznamenávají zpomalení a oslabení dřívějších funkcí a pokles biologických adaptačních mechanismů. (24)

Standardní proces stárnutí mění nejenom různé funkce, ale i vzhled staršího člověka, a tímto způsobem ovlivňuje jeho sociální status. Rychlost a míra proměny zevnějšku není u všech lidí stejná. (61)

Biologické projevy stárnutí jsou zjevné, lze je pozorovat ve všech tkáních a jejich buňkách, nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních pochodů. Relativně přibývá vaziva místo funkčních tkání. (33)

Kůže ztrácí flexibilitu a ztenčuje se. Tvoří se vrásky, vlasy šedivěji a řidnou. Kožní napětí je snižené. Objevuje se snížená pigmentace, kožní barvivo se ukládá do určitých okrsků kůže a způsobuje zhnědnutí nebo naopak pigmentace v určitých částech těla chybí. (24)

Výška těla se snižuje, meziobratlové ploténky se oplošťují a vysychají, ubývá kostní hmoty. Vazivo se stává méně pružné, chrupavky tuhnu, ubývá svalové hmoty a dochází k poklesu svalové síly. V cévách dochází k ukládání tukových látek a vápníku, postupně dochází k jejich zužování s následnou nedokrevností (ischemií) příslušné části organismu. (24).

Funkce plic se snižuje, klesá jejich vitální kapacita. Srdce přečerpává menší množství krve, a tím dochází ke sníženému průtoku krve ostatními důležitými orgány, nejvíce se projevuje v ledvinách. Převodní srdeční systém, speciální

buňky srdeční svaloviny, které jsou schopny samostatné tvorby vzruchů a jejich vedení, ve stáří pomalu zaniká. (24)

Snižuje se množství trávicích šťáv, potrava se pomaleji rozkládá a vstřebává. Klesá pružnost a kapacita močového měchýře. Játra a slinivka břišní jsou méně výkonné. (24)

Dochází k poklesu pohlavní činnosti, u muže se začíná snižovat potence, u žen končí menstruace. (24)

Stáří není samo o sobě chorobným stavem, avšak v průběhu stárnutí dochází k sumaci nepříznivých vlivů, a proto přibývá četnosti nemocných lidí. Základním znakem ve stáří je polymorbidita. (61)

### Kognitivní změny

Ve stáří dochází k nerovnoměrné proměně dílčích schopností a celkové struktury poznávacích procesů. Kognitivní plasticita, tj. schopnost využít svůj potenciál, není po 60. roce života už příliš velká a postupně stále klesá. Závažnější pokles účinnosti a přesnosti kognitivních kompetencí může mít významný dopad na kvalitu života, zejména pokud by omezoval schopnost žít nezávisle na cizí pomoci. (61)

Zhoršuje se smyslové vnímání. Asi u 90% osob lze po 60. roce věku zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce, asi u 30% je výrazně zhoršen sluch. Poruchy senzorické percepce často výrazně stěžují dostupnost komunikace s druhými lidmi, což může být provázeno podezíravostí, nejistotou, úzkostí nebo hněvivostí. (32)

V průběhu stáří dochází k postupné proměně intelektových funkcí, ale i tato proměna, její rychlost a míra úbytku, je individuálně variabilní a závisí na mnoha faktorech, biologických (genetické faktory) i sociálních (dosažené vzdělání, způsob života, osobnostní vlastnosti aj.). (61)

Zhoršuje se paměť – především paměť pro nové události, zatímco dávno minulé zážitky zůstávají většinou v paměti dobře uchovány. Kromě toho však bývají vzpomínky i obsahově a emočně zkresleny. (33)

U některých starších lidí dochází ke snížení nápaditosti a vynalézavosti. (24)

Celkové zpomalení je důsledkem obecnějších biologických změn ve fungování mozku. (61)

### Psychické změny

Některé vlastnosti se mohou měnit a ve stáří jsou více viditelnější. Velká část seniorů je snadno citově zranitelná, má větší potřebu náklonnosti a očekává ohledy a porozumění. (24)

Proměny emočního prožívání je třeba hodnotit v kontextu ostatních psychických funkcí, protože se vždy vzájemně ovlivňují. Změny emočního prožívání ve stáří mohou být spolupodmíněny i některými osobnostními vlastnostmi, které mohou posilovat tendenci k určitému bazálnímu ladění a způsobu reagování. (61)

V pozdějším věku, zvláště po 80. roce, se u některých seniorů objevují poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Přibývá duševních onemocnění a také je zaznamenán nárůst demencí. (24)

Nejčastější příčinou demence je ve stáří Alzheimerova choroba, o něco méně častá je demence vaskulárního typu. Demencí trpí přibližně 12% populace 70letých, u lidí starších 80 let je to již 20% populace. (61)

Demence je tvořena třemi základními skupinami symptomů. Jde o narušení kognitivních funkcí, dále narušení aktivit denního života a poruchy chování. (42)

Afektivní prožívání ve stáří nabývá jiné kvality. Citové prožívání se většinou stává méně bezprostřední a snižuje se intenzita emocí. S věkem klesá i „neuroticismus“, člověk se stává emočně stabilnějším, ale často i lhostejnějším vůči vnějšímu světu. (33)

Často dochází ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání smysly způsobuje i strach, úzkost, přináší nejistotu. (61)

## Sociální změny

Vnímání současné společnosti stáří a starých lidí je spíše negativní, odmítavý a podceňující. Senium je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat, v nejlepším případě si zachovává část toho, co získal dříve. Jeho kompetence i zkušenosti ztrácejí svůj význam a z pragmatického pohledu není takový člověk ničím přínosný. (61)

Strach z budoucnosti často tíží budoucího důchodce již několik let dopředu. Lidé se bojí ekonomické nejistoty, těžko se smiřují se snížením příjmu. (51)

Odchod do důchodu znamená ztrátu profesní role a snížení společenské prestiže. Je to významný sociální mezník, uzavírá významný a velmi dlouhý úsek lidského života. (61)

Odchodem do důchodu se také ztrácí pracovní přátelství a kontakt s lidmi. Úbytek schopností a neochota přijmout změny v životě vedou často k sociální izolaci. Psychosociální změny vycházejí z celé celistvosti osobnosti člověka, z jeho životní dráhy, z jeho vztahu k hodnotám, lidem a sobě samému. (51)

V průběhu stáří narůstá počet seniorů, kteří nepřekračují hranici rodiny, respektive teritoria bytu a jeho nejbližšího okolí. Domov přispívá k pocitu kontinuity života je místem, kde se starý člověk cítí být bezpečný. (61)

Stáří je typické redukcí četnosti sociálních rolí. Symbolizují ztrátu sociální prestiže a potvrzují vyšší závislosti staršího člověka na společnosti a jiných lidech. Zcela běžnou ztrátou ve stáří je úmrtí partnera, které člověku vnutí roli vdovy/vdovce. (61)

Penzionování představuje vysoké nároky při adaptaci na změněný životní styl s převahou volného času a často vede k poklesu životní úrovně. (19)

Staří lidé se také často setkávají s projevy ageismu. Ageismus systematicky diskriminuje lidi na základě věku. Znamená omezení sociálních rolí a znehodnocení postavení seniorů, vytváří očekávání druhých vůči nim, odpírá jim rovné příležitosti. V každodenním životě se ageismus manifestuje různými způsoby – diskriminačními praktikami na trhu práce, ve zdravotnictví a dalších

službách, projevy pohrdání, odporu, vyhýbáním se kontaktům se staršími lidmi. (56)

### ***1.8 Kvalita života ve stáří***

Soudobé celospolečenské programy kladou hlavní důraz nikoliv na další prodloužení života, ale především na podporu kvality života ve stáří; vyzdvihovány jsou zejména principy nezávislosti, participace, seberealizace a důstojnosti starých lidí. (33)

Na nejobecnější úrovni je kvalita života vnímána jako dopad spolupůsobení mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a enviromentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým způsobem vzájemně působí, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. (40)

Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektívni kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. (40)

Kvalita života je obvykle definována jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. V tomto smyslu je kvalita života vnímána jako obecný termín, zahrnující např. i náboženské a ekonomické aspekty. V medicíně, sociální práci a rehabilitaci se proto prosazuje pojem Health- Related Quality of Life (HRQoL), tedy „ke zdraví vztažená kvalita života“ nebo „kvalita života podmíněná zdravím“, přesněji zdravotním stavem. Kvalita života vyjadřuje potřebu vlastního prožívání pacienta v každodenním životě, i během léčebné péče. (41)

Kvalita života obecně a kvalita života v souvislosti se zdravotním stavem se samozřejmě překrývají. Mnoho faktorů - vnitřních nebo vnějších z hlediska individua, může ovlivnit postoj k nemoci, funkční schopnosti a pocit životní pohody. (41)

Zdraví a kvalita života ve vyšším věku jsou do jisté míry podmíněny životními podmínkami, událostmi a rozhodnutími v dětství a dospělosti, včetně životního prostředí a životního stylu. (32)

Za kvalitu života ve stáří a aktivní zapojení se do společnosti nesou nedílnou odpovědnost jednotlivci i společnost. Důstojné a aktivní postavení starších lidí vyplývá mimo jiné z aktivního přístupu a odpovědnosti za vlastní život i mezigenerační vztahy, předávání důležitých zkušeností, tradic a hodnot. Kvalita života ve stáří vyžaduje také osobní zralost a odpověď na hlubší duchovní otázky života. (32)

Pro zvýšení kvality služeb v rezidenčních zařízeních a zařízeních dlouhodobé zdravotní a sociální péče je nezbytná otevřenost těchto zařízení a jejich integrace do komunity. Residenční služby by měly poskytovat starším lidem chráněné a individualizované bydlení, asistenční služby, zdravotní služby a další služby. Služby se musí zaměřit na kvalitu života a smysluplný život. (32)

### *1.8.1 Měření spokojenosti*

Spokojenost je vnímání zákazníka (uživatele) týkající se stupně splnění jeho požadavků. Spokojenost patří k tak zvaným „měkkým“ indikátorům. Jde o vnímání zákazníků či občanů, do jaké míry jsou či nejsou plněna jejich očekávání.

Spokojenost uživatele je individuální kategorií měnící se v čase. Každý jedinec může konkrétní situaci či stav hodnotit odlišně ve vztahu ke své životní situaci a své životní zkušenosti. (26)

Spokojenost uživatelů je jedním z důležitých ukazatelů kvality poskytovaných služeb. Spolu s posuzováním kvality podle klinických ukazatelů je dnes standardně používaným měřítkem, podle kterého se kvalita péče posuzuje. Současná filosofie poskytování péče se tedy opírá o přesvědčení, že péče by měla být zaměřena především na uspokojení potřeb uživatelů. Uspokojení či naopak nedostatečné uspokojení potřeb uživatelů se odráží v jejich vědomí jako subjektivně pocíťovaná spokojenost nebo nespokojenost a to buď jako se službou takovou nebo jen s některými jejími aspekty. Jak míra celkové spokojenosti, tak

spokojenost v jednotlivých dílčích oblastech služeb, jsou důležitými informacemi jak pro personál, tak i pro management zařízení. Nejčastěji používané metody měření spokojenosti jsou rozhovor – individuální a skupinový a dotazníkové šetření. (15)

### **1.9 Potřeby seniorů**

Psycholog Abraham Herold Maslow definoval v roce 1943 hierarchii lidských potřeb. Podle této hierarchie má člověk pět základních potřeb (od nejnižších po nejvyšší - společně pak tvoří jakousi pomyslnou „pyramidu“). Jsou zde zahrnuty fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti, potřeba uznání, úcty a potřeba seberealizace. (10)

V průběhu stáří se mění mnohé potřeby, psychické i biologické. Mění se jejich osobní význam, zaměření či preferovaný způsob uspokojování. Prožívání stárnutí a adaptace na toto období je spojena s větší koncentrací na sebe sama, na uspokojení vlastních potřeb. (61)

- *Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem* – ve stáří klesá potřeba nových zážitků. Větší množství nových informací a změny, k nimž v jejich okolí dochází, mohou navozovat nepříjemný pocit nejistoty a dezorientace.
- *Potřeba sociálního kontaktu* – Starší lidé potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěže nadměrné stimulace. Prožívání sociálních interakcí může být ovlivněno potřebou autonomie a soběstačnosti. Senioři preferují kontakty se známými lidmi, kteří posilují pocit jistoty. S pokračujícím stářím se počet takových lidí zmenšuje a člověk se může cítit osamělý.
- *Potřeba citové jistoty a bezpečí* – bývá ve stáří intenzivnější a její uspokojení významnější. Jistota a bezpečí má větší hodnotu než měla dřív, protože si senioři uvědomují ubývání sil a dříve samozřejmých schopností. Snižuje se jejich sebedůvěra a roste vědomí nutnosti přijmout pomoc.

- *Potřeba seberealizace* – může být ve stáří hůře saturována a obvykle také postupně klesá její význam. Starý člověk se může cítit frustrován i v souvislosti s odchodem do důchodu. Pocit bezvýznamnosti současné role důchodce může vést k rezignaci a k pocitům méněcennosti či k využití aktivních obranných strategií.
- *Potřeba otevřené budoucnosti a naděje* – člověk musí přijmout nevyhnutelnost vlastní smrti a těšit se existencí zachovaných hodnot. Pozitivní bilance vlastního života a jeho výsledků např. potomstva, není vázána jen na vlastní fyzickou existenci. Vyrovnat se s nutností změny smyslu vlastního života je důležitým a také obtížným úkolem stáří. (61)

### **1.10 Institucionální péče o seniory**

Nejčastějším důvodem rozhodnutí odejít do domova pro seniory je zhoršení zdravotního stavu a z toho vyplývající nezvládnutí domácích prací a sebeobsluhy. (61)

Poskytování péče je významná sociální událost, která přináší značnou zátěž i změnu ve způsobu života jedince a rodiny. (32)

Ústavní péče je často jediným způsobem zajištění péče a pečovateli je tak stavěn před volbu mezi přetížením a „institucionalizací“. Sociální služby by měly být flexibilní, měly by poskytovat podporu a pomoc rodinám a pečovateli a umožňovat flexibilní přechod mezi formální a neformální péčí a jejich vzájemné doplňování. (32)

Umístění do domova pro seniory příp. jiné instituce je důležitým mezníkem v životě seniora. Život v domově pro seniory je spojen se ztrátou osobního zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity. Umístění do instituce symbolicky potvrzuje ztrátu autonomie a soběstačnosti starého člověka. Přesun do ústavního zařízení je také vnímán jako známka blížícího se konce života. Odchod do cizího prostředí automaticky posiluje úzkost a pocity nejistoty. Většina starých lidí je ztrátou svého zázemí stresována. V ústavním zařízení mohou senioři snadněji ztrácet své kompetence, protože je přestávají používat. (61)



Důstojnost ve stáří a při poskytování péče a pomoci druhým lidem – to jsou hodnoty, které vyžadují zajištění práva volby a rozhodování o způsobu, rozsahu a místě poskytování péče a pomoci. Právo na seberealizaci a svobodnou volbu je třeba zajistit všem, nejen zdravým a soběstačným. (32)

Důstojnost je primárním požadavkem rozvoje služeb a péče pro seniory. Zajištění důstojnosti vyžaduje řadu praktických a konkrétních opatření vztahujících se k soukromí, sexualitě, osobní hygieně, používání toalety a dalším konkrétním oblastem a situacím. Ohrožena je důstojnost lidí se sníženou soběstačností, žijících doma nebo ve zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních sociálních služeb, lidí trpících demencí a geronto(psychiatrických) pacientů. Ochrana důstojnosti vyžaduje komplexní a trvalou pozornost, výcvik a vzdělávání a výchovu k mezilidským vztahům a zejména vytváření systémových organizačních podmínek pro profesionální a důstojné zvládnání náročných a obtížných situací při poskytování péče. (32)

### ***1. 11. Domov pro seniory Humpolec***

Domov pro seniory Humpolec byl otevřen v červnu roku 1962 pod názvem Okresní ústav sociálních služeb. Později došlo ještě k několika změnám v názvu, oficiální název, a do dnešní doby stále platný, Domov Důchodců Humpolec existuje od roku 1990. Důvodem pro zachování tohoto zastaralého označení je zejména vnímání široké veřejnosti a také samotných uživatelů. V roce 2007 došlo ke získání registrace pro poskytování sociální služby domova pro seniory.

Domov pro seniory Humpolec je od roku 2003 příspěvkovou organizací zřízenou krajským úřadem kraje Vysočina. Sídlí ve dvou budovách. První budova je společně s ředitelstvím a správou v budově na Máchově ulici 210, druhá budova se nachází na Lužické ulici 950. Ubytovací kapacita v obou budovách je 203 lůžek (na Máchově ulici se jedná o 129 lůžek, na Lužické ulici je zbývajících 74 lůžek). Budova na Lužické ulici nabízí komfortnější služby z hlediska uživatelů jelikož ubytování je zde poskytováno v jedno a dvoulůžkových pokojích. V budově na Máchově ulici se nacházejí tři a

čtyřlůžkové pokoje. Sociální zařízení (toalety a koupelny) jsou však na obou budovách situovány na chodbách a jsou společné pro všechny uživatele.

Do domova pro seniory v Humpolci mohou být přijaty osoby důchodového věku, které jsou ohroženy v důsledku svého fyzického, psychického nebo sociálního stavu sociálním vyloučením. Dále také osoby, které pobírají plný invalidní důchod, jsou starší 55 let a trpí tělesným, smyslovým, nepsychotickým duševním nebo kombinovaným postižením, v jehož důsledku jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby nejméně ve II. stupni (středně těžká závislost).

Domov poskytuje služby podle § 49 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v rozsahu podle § 15 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Kromě obligatorních služeb, které jsou poskytovány podle výše zmíněného zákona, domov zajišťuje také fakultativní služby. Do nabídky fakultativních služeb patří doprava služebním vozem, pedikúra, služby kadeřnice, označení prádla a zajištění jiných služeb v souladu s individuálním plánováním.

O uživatele pečuje 95 zaměstnanců (66 zaměstnanců v tzv. přímé péči, ostatní personál v oblasti technickohospodářské). V obou objektech denně ordinuje ústavní lékařka, ošetrovatelskou péči zajišťuje nepřetržitě tým odborně vyškolených diplomovaných zdravotních sester, ošetrovatelek a pracovníků v sociálních službách. Odbornou rehabilitační péči zajišťují rehabilitační pracovníce a fyzioterapeutky. Tři sociální pracovníce na obou budovách zajišťují zejména ochranu práv a oprávněných zájmů uživatelů, pomoc při vyřizování osobních záležitostí a další nezbytné služby. O volný čas uživatelů pečují tři ergoterapeutky.

Domov má vlastní kuchyni se skladbou jídel přizpůsobených potřebám seniorů a připravující i dietní jídla podle zdravotních omezení uživatelů. (interní informace DD Humpolec. (16)

## 2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

### 2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zmapovat služby poskytované v Domově pro seniory v Humpolci (Máchova 210) a míru spokojenosti s poskytovanými službami samotnými klienty. Dalším cílem je zmapování možností pro případné zvýšení spokojenosti uživatelů s poskytovanými službami.

### 2.2 Hypotézy

Byly stanoveny tyto hypotézy:

**H1:** Nejproblematičtější oblastí poskytovaných služeb je pro klienty oblast stravování.

**H2:** Klienti postrádají kvalitní ubytovací prostory.

### 3 METODIKA VÝZKUMU

#### 3.1 Použitá technika sběru dat

Výzkum, který vedl ke zpracování této práce, byl kvantitativní.

Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu, který popisuje jevy pomocí proměnných (znaků), které jsou sestrojeny tak, aby měřily určité vlastnosti. Výsledky takových měření jsou pak zpracovány a interpretovány, například s využitím statistiky. Kvantitativní výzkum se zaměřuje na rozsáhlejší společenské otázky a zkoumá tedy větší okruh informací. (65)

Sběr dat byl uskutečněn pomocí standardizovaného rozhovoru. Záznamový arch pro tyto rozhovory je uveden v příloze. Respondenti byli osloveni osobně. Identifikační údaje byly získány při analýze dokumentace.

Získaná data byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel.

#### 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

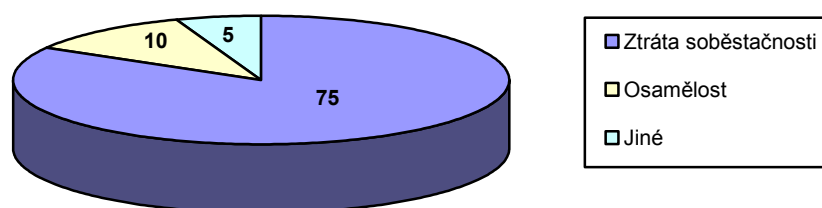
Výzkum byl proveden v únoru 2010 v Domově pro seniory v Humpolci na Máchově ulici. Výzkumu se zúčastnilo 80 respondentů, 55 žen a 25 mužů. Průměrný věk dotazovaných byl 82 let, průměrná doba pobytu v tomto domově pro seniory byla 4,5 roku.

Během provádění výzkumu nevznikly žádné potíže. Ačkoliv jsem očekávala neochotu respondentů spolupracovat na mé práci, byla jsem mile překvapena, když všichni oslovení souhlasili s účastí na výzkumu. Během rozhovoru respondenti velmi uvolněně odpovídali na mé otázky.

## 4 VÝSLEDKY

Výsledky kvantitativního výzkumu v Domově pro seniory v Humpolci jsou v této části práce zobrazeny v grafech a tabulkách, které jsou vyhotoveny v programu Microsoft Word. Ke každé otázce přísluší graf či tabulka s hodnotami v absolutních číslech.

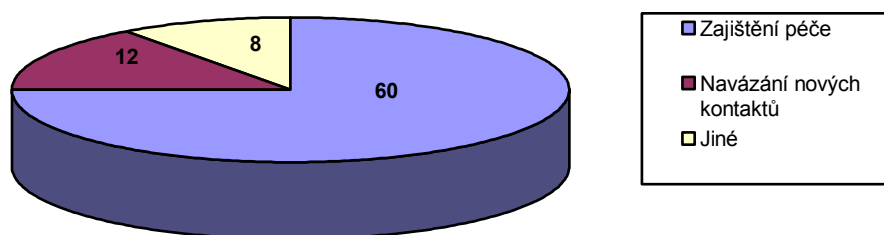
**Graf 1: (Důvody, které vedly respondenty pro vstup do domova pro seniory)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jaké důvody hrály stěžejní roli pro vstup do domova pro seniory, odpovědělo všech 80 respondentů. 65 respondentů (83%) uvedlo ztrátu soběstačnosti a neschopnost samostatného života, 10 respondentů (10%) uvedlo jako hlavní důvod osamělost. 5 respondentů (7%) uvedlo jiné důvody - zejména řešení svízelné sociální situace.

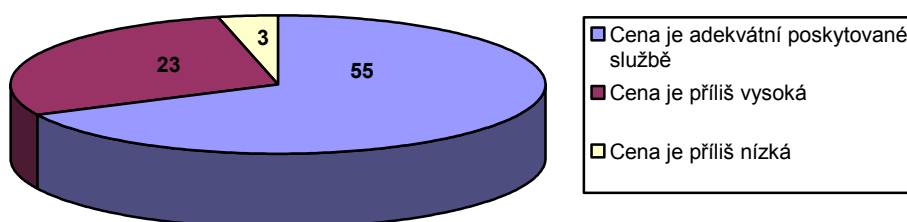
**Graf: 2 Očekávání respondentů před vstupem do domova pro seniory**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, jaká byla očekávání seniorů před vstupem do domova pro seniory, odpovědělo 60 dotazovaných (75%), že jejich představy směřovaly spíše k zajištění ošetrovatelské péče a pomoc v úkonech péče o vlastní osobu. 12 dotazovaných (15%) očekávalo navázání nových kontaktů či zapojení se do společenského života vrstevníků. 8 dotazovaných (10%) na tuto otázku odpovědělo, že neměli žádné představy o životě v domově.

**Graf: 3 Vnímání ceny poskytované služby v porovnání s jejím skutečným zajištěním.**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda měsíční úhrada za poskytovanou službu 6960 Kč odpovídá skutečnému zajištění této služby, odpovědělo 55 respondentů (68%), že tato částka je adekvátní. 23 respondentů (28%) uvedlo, že cena je příliš vysoká v porovnání se skutečným zajištěním služby. 2 respondenti (4%) uvedli, že cenu považují za příliš nízkou.

**Graf: 4 Vnímání výše přiznaného příspěvku na péči v porovnání se skutečně poskytovanou pomocí a podporou organizace.**



Zdroj: Vlastní výzkum

50 respondentů (63%) na otázku, zda jim je poskytována ze strany organizace taková pomoc a podpora, která koresponduje s výší přiznaného příspěvku na péči, odpovědělo, že ano. 17 respondentů (21%) uvedlo, že podpora, kterou dostávají ze strany personálu je vyšší než je třeba, občas se tito respondenti cítí být „přepečováváni“. 13 respondentů (16%) uvedlo poskytovanou podporu jako nedostačující.

Respondentům byly v další části šetření kladeny otázky z oblasti poskytování obligatorních služeb. Zajištění a kvalitu těchto služeb respondenti hodnotili na škále od jedné do pěti, přičemž jedna znamenala velmi spokojen/a a pět znamenalo zcela nespokojen/a.

Tato část šetření byla zaměřena na spokojenost v oblastech:

- Poskytované ubytování
- Poskytované stravování
- Spokojenost s pomocí personálu při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Spokojenost personálu v přímé péči při osobní hygieně (celková koupel, intimní hygiena)
- Spokojenost se zprostředkováním kontaktů se společenským prostředím
- Spokojenost s poskytováním sociálně terapeutických činností a aktivizačních činností

- Spokojenost s pomocí personálu při obstarávání osobních záležitostí
- Doplnkové otázky z oblasti zajištění fakultativních služeb
- Doplnkové otázky pro zjištění problémových oblastí při poskytování sociální služby
- Doplnkové otázky z oblasti individuálního plánování služby

**Tabulka 1: Spokojenost respondentů s poskytovaným ubytováním**

	Velmi spokojen/a	Spíše spokojen/a	Nevím	Spíše nespokojen/a	Nespokojen/a	Celkem
<i>Velikost pokoje</i>	28	33	0	19	0	<b>2,1</b>
<i>Vybavení pokoje</i>	33	30	0	17	0	<b>2,02</b>
<i>Úklid, praní, oprava prádla</i>	54	19	4	3	0	<b>1,4</b>
<i>Výběr spolubydlicího</i>	10	7	59	4	0	<b>1,9</b>
<i>Zajištění soukromí v pokoji</i>	33	28	0	19	0	<b>1,9</b>
<i>Vybavení vlastním nábytkem</i>	26	10	38	6	0	<b>1,6</b>
<i>Dostupnost sociálního zařízení od pokoje</i>	26	21	0	20	13	<b>2,7</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti na otázku, zda jsou spokojeni s velikostí pokoje, ve kterém žijí, nejčastěji odpovídali, že jsou spíše spokojeni. Spíše spokojeno bylo 33



respondentů (41,25%), velmi spokojeno bylo 28 dotazovaných (35%), 19 respondentů (23,75%) bylo spíše nespokojeno s velikostí pokoje.

S vybavením pokoje bylo zcela spokojeno 33 respondentů (41,25 %), 30 respondentů (37,5 %) bylo spíše spokojeno, 17 (21,25 %) spíše nespokojeno.

Se službami jako je praní, úklid a oprava prádla je 54 uživatelů (67,5 %) spokojeno zcela, 19 (23,75 %) spíše spokojeno, 4 (5 %) neodpověděli a 3 (3,75 %) byli spíše nespokojeni.

59 respondentů (73,75 %) na otázku, zda jsou spokojeni s možností výběru spolubydlícího, neodpovědělo. Pouze 10 dotazovaných (12,5 %) mělo možnost vybrat si spolubydlícího a to zejména v situacích případného uvolnění pro ně „vhodnějšího“ lůžka již po započetí pobytu. 7 respondentů (8,75 %) bylo spíše spokojeno, 4 respondenti (5 %) byli spíše nespokojeni.

Se zajištěním soukromí v pokoji bylo celkem spokojeno 33 respondentů (41,25 %), spíše spokojeno 28 (35 %) a spíše nespokojeno 19 dotazovaných (23,75 %).

S možností vybavit si pokoj vlastním drobným nábytkem bylo spokojeno 26 (32,5 %) z dotazovaných respondentů, 10 (12,5 %) bylo spíše spokojeno, 6 (7,5 %) spíše nespokojeno. 38 respondentů (47,5 %) na tuto otázku neodpovědělo.

S dostupností sociálního zařízení od pokoje bylo spíše nespokojeno 20 respondentů (25 %) a zcela nespokojeno 13 respondentů (16,25 %). Zcela spokojeno bylo 26 (32,5 %) respondentů a spíše spokojeno 21 z dotazovaných (26,25 %).

*Hypotéza č. 1 nebyla potvrzena.*

**Tabulka 2: Spokojenost s poskytovanou stravou**

	<i>Velmi spokojen/a</i>	<i>Spíše spokojen/a</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nespokojen/a</i>	<i>Nespokojen/a</i>	<i>Celkem</i>
<i>Četnost podávané stravy</i>	66	10	0	4	0	<b>1,2</b>
<i>Možnost výběru stravy</i>	69	7	0	4	0	<b>1,2</b>
<i>Chutnost</i>	24	40	4	12	0	<b>2</b>
<i>Velikost porcí</i>	68	8	0	4	0	<b>1,3</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

S četností podávané bylo zcela spokojeno 66 dotazovaných (82,5 %), 10 respondentů (12,5 %) bylo spíše spokojeno a pouze 4 respondenti (5 %) byli spíše nespokojeni.

S možností výběru jídla je zcela spokojeno 69 dotazovaných (86,25 %), 7 (8,75 %) je spíše spokojeno a spíše nespokojeni jsou 4 respondenti (5 %).

S chutností stravy je zcela spokojeno 24 respondentů (30 %), 40 (50 %) je spíše spokojeno, 4 respondenti (5 %) na tuto otázku neodpověděli a 12 respondentů (15 %) je spíše nespokojeno.

S velikostí porcí je zcela spokojeno 68 respondentů (85 %), 8 respondentů (10 %) je spíše spokojeno a 4 (5 %) jsou spíše nespokojeni. Celkově jsou však respondenti zcela spokojeni.

*Hypotéza č. 2 tedy nebyla potvrzena.*

**Tabulka 3: Spokojenost respondentů s pomocí personálu při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu**

	<i>Velmi spokojen/a</i>	<i>Spíše spokojen/a</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nespokojen/a</i>	<i>Nespokojen/a</i>	<i>Celkem</i>
<i>Pomoc při úkonech péče</i>	48	15	20	7	0	<b>1,8</b>
<i>Dostupnost personálu</i>	31	30	0	16	3	<b>2,1</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku spokojenosti s pomocí personálu při úkonech péče o vlastní osobu neodpovědělo 20 respondentů (25 %), protože tito nepotřebují v této oblasti žádnou pomoc. Velmi spokojeno je 48 respondentů (60 %), 15 (18,75 %) je spíše spokojeno. 7 respondentů (8,75 %) bylo spíše nespokojeno.

S dostupností personálu je zcela spokojeno 31 respondentů (38,75 %), 30 (37,5 %) je spíše spokojeno. 16 respondentů (20 %) bylo spíše nespokojeno a 3 dotazovaní (3,75 %) zcela nespokojeni.

**Tabulka 4: Spokojenost s pomocí personálu v přímé péči při osobní hygieně (celková koupel, pomoc při intimní hygieně)**

	<i>Velmi spokoje n/a</i>	<i>Spíše spokojen/a</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nespokojen/a</i>	<i>Nespokojen/ a</i>	<i>Celkem</i>
<i>Zajištění intimity</i>	24	23	20	12	1	<b>2,05</b>
<i>Výběr pracovníka</i>	13	3	63	1	0	<b>1,36</b>
<i>Četnost hygieny</i>	35	19	15	9	2	<b>1,59</b>
<i>Ochota personálu</i>	65	9	0	4	2	<b>1,36</b>
<i>Zdravotní služby</i>	62	18	0	0	0	<b>1,22</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Se zajištěním intimity v pokoji je zcela spokojeno 24 dotazovaných (30 %), 23 je spíše spokojeno (28,75 %), 12 spíše nespokojeno (15 %) a 1 respondent (1,25 %) byl zcela nespokojen. 20 dotazovaných (25 %) na tuto otázku neodpovědělo, jelikož se jednalo o fyzicky schopné klienty, kteří nepotřebují pomoc personálu při úkonech spojených s narušením intimity.

63 z dotazovaných (78,75 %) na otázku, zda jsou spokojeni s možností výběru pracovníka, který pomáhá s hygienou, neodpovědělo. 13 respondentů (16,25 %) však bylo spokojeno, 3 spíše spokojeni (3,75 %) a 1 dotazovaný (1,25 %) byl spíše nespokojený. Celkově však v této oblasti vyplývá spokojenost.

35 respondentů (43,75 %) bylo s četností prováděné hygieny zcela spokojeno, spíše spokojeno 19 (23,75 %), 9 dotazovaných (11,25 %) bylo spíše nespokojeno a 2 zcela nespokojeni (2,5 %). 15 z dotazovaných (18,75 %) na tuto otázku

neodpovědělo, jelikož s hygienou nepotřebují žádnou pomoc a její četnost si určují sami. Celkově jsou respondenti v této oblasti spokojeni.

S ochotou personálu při pomoci s prováděním hygieny je zcela spokojeno 62 dotazovaných (77,5 %), 18 (22,5 %) je spíše spokojeno. Respondenti jsou celkově spokojeni.

**Tabulka 5: Spokojenost se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím**

	<i>Velmi spokojen/a</i>	<i>Spíše spokojen/a</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nespokojen/a</i>	<i>Zcela nespokojen/a</i>	<i>Celkem</i>
<i>Přístup k běžným službám v rámci DD</i>	56	21	0	2	1	<b>1,4</b>
<i>Přístup k běžným službám mimo DD</i>	23	11	11	26	9	<b>2,8</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

S přístupem k běžným službám nabízených přímo v prostorách domova pro seniory, bylo zcela spokojeno 56 (70 %) ze všech dotazovaných, 21 (26,25 %) bylo spíše spokojeno, 2 dotazovaní (2,5 %) byli spíše nespokojeni a 1 zcela nespokojen (1,25 %). Celkově jsou však klienti domova v této oblasti spokojeni.

S přístupem ke běžným službám, které jsou poskytovány mimo domov pro seniory bylo zcela spokojeno 23 dotazovaných (28,75 %) , 11 bylo spíše spokojeno (13,75 %). 11 respondentů (13,75 %) na tuto otázku neodpovědělo, jelikož tyto služby nikdy nevyužili. Spíše nespokojeno bylo 26 respondentů (32,5

%) a zcela nespokojeno 9 (11,25 %). Respondenti jsou s přístupem k běžným službám spíše nespokojeni.

**Tabulka 6: Spokojenost s poskytováním sociálně terapeutických činností a aktivizačních činností**

	<i>Velmi spokojen/a</i>	<i>Spíše spokojen/a</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nespokojen/a</i>	<i>Zcela nespokojen/a</i>	<i>Celkem</i>
<i>Aktivity v rámci DD</i>	42	19	13	4	2	<b>1,5</b>
<i>Aktivity mimo DD</i>	25	13	36	6	0	<b>1,7</b>
<i>Aktivity posilující soběstačnost</i>	29	22	20	9	0	<b>1,8</b>

Zdroj: Vlastní Výzkum

S nabídkou volnočasových aktivit v rámci domova pro seniory je zcela spokojeno 42 dotazovaných (52,5 %), 19 bylo spíše spokojeno (23,75 %). 13 respondentů (16,25 %) na tuto otázku neodpovědělo, jelikož se těchto aktivit neúčastní. Spíše nespokojeni byli 4 respondenti (5 %), 2 (2,5 %) byli zcela nespokojeni. Celkově jsou však klienti domova pro seniory s nabídkou volnočasových aktivit spokojeni.

S nabídkou volnočasových aktivit pořádaných mimo domov pro seniory je zcela spokojeno 29 respondentů (36,25 %), 22 (27,5 %) je spíše spokojeno. 20 respondentů (25 %) na tuto otázku neodpovědělo, protože tuto službu nikdy nevyužili. 9 respondentů (11,25 %) bylo spíše nespokojeno. Celkově jsou však klienti spokojeni.

S nabídkou aktivit, které vedou k posílení schopností a dovedností klientů jako je např. rehabilitace či ergoterapie, bylo zcela spokojeno 29 dotazovaných (36,25 %), 22 (27,5 %) bylo spíše spokojeno. 20 respondentů (25 %)

neodpovědělo, jelikož tuto službu nevyužívá. 9 respondentů (11,25 %) bylo spíše nespokojeno. Celkově jsou však klienti domova pro seniory v této oblasti spokojeni.

**Tabulka 7: Spokojenost s pomocí personálu (zejména sociálních pracovníků) při obstarávání osobních záležitostí klientů (ochrana práv, jednání s úřady, apod.)**

	<i>Velmi spokojen/a</i>	<i>Spíše spokojen/a</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nespokojen/a</i>	<i>Zcela nespokojen/a</i>	<i>Celkem</i>
<i>Pomoc sociálních pracovníků</i>	76	2	0	2	0	<b>1,1</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

S prací sociálních pracovníků v oblasti pomoci a podpory při jednání s úřady, vyřizování osobních záležitostí a ochraně práv klientů, bylo zcela spokojeno 76 respondentů (95 %), 2 byli spíše spokojeni (2,5 %) a 2 z dotazovaných (2,5 %) spíše nespokojeni. Celkově jsou v této oblasti klienti velmi spokojeni.

**Tabulka 8: Spokojenost se zajištěním fakultativních služeb (služby pedikérky, kadeřnice, nákupy, aj.)**

	<i>Velmi spokojen/a</i>	<i>Spíše spokojen/a</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nespokojen/a</i>	<i>Velmi nespokojen/a</i>	<i>Celkem</i>
<i>Zajištění fakultativních služeb</i>	66	6	6	2	0	<b>1,2</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Poskytovatel zajišťuje klientům fakultativní služby, které jsou hrazeny nad rámec měsíční úhrady. Se zajištěním těchto služeb je zcela spokojeno 66

dotazovaných (82,5 %), 6 (7,5 %) je spíše spokojeno. 2 respondenti (2,5 %) uvedli, že jsou spíše nespokojeni. Celkově jsou však respondenti velmi spokojeni.

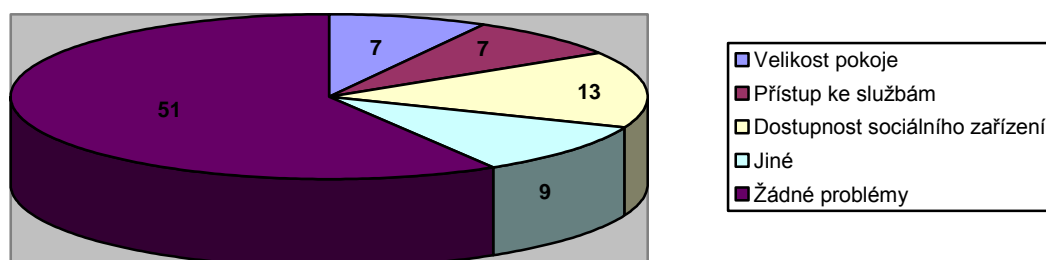
**Tabulka 9: Spokojenost se zajištěním fakultativních služeb nad rámec běžné nabídky ze strany poskytovatele (např. zajištění služeb na výslovné přání klienta)**

	<i>Velmi spokojen/a</i>	<i>Spíše spokojen/a</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše nespokojen/a</i>	<i>Velmi nespokojen/a</i>	<i>Celkem</i>
<i>Zajištění fakultativních služeb nad rámec běžné nabídky</i>	68	4	8	0	0	<b>1,1</b>

Zdroj: Vlastní výzkum

Poskytovatel zajišťuje fakultativní služby nad rámec běžné nabídky, pokud je toto přáním klienta. S touto oblastí poskytovaných služeb je zcela spokojeno 68 dotazovaných (85 %), 4 (5 %) jsou spíše spokojeni. 8 respondentů (10 %) na tuto otázku neodpovědělo, protože nikdy tuto službu nevyužili. V této oblasti jsou klienti velmi spokojeni.

**Graf 5: Problémové oblasti při poskytování sociální služby z pohledu respondentů**

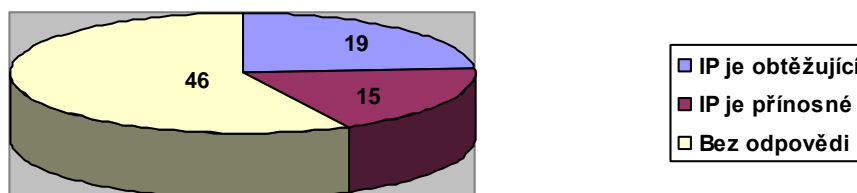


Zdroj: Vlastní výzkum



Respondenti byli dotazováni, zda je nějaká oblast, kterou vnímají jako problémovou při poskytování sociální služby. 51 dotazovaných (59 %) nevnímá žádnou oblast jako problémovou. 13 z dotazovaných (15 %) uvádělo vzdálenost sociálního zařízení od pokoje, velikost pokoje uvedlo 7 respondentů (8 %), přístup k běžným službám mimo prostory domova pro seniory uvedlo také 7 dotazovaných (8 %). 9 respondentů (10 %) uvádělo jiné problémové oblasti jako např. chutnost stravy, porušování soukromí na pokojích klientů či problémů soužití mezi klienty samotnými.

**Graf 6: Vnímání individuálního plánování služby respondenty**



Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti byli dotazováni, jak vnímají možnost individuálně si naplánovat průběh poskytování sociální služby. 19 z dotazovaných (23,75 %) odpovídalo, že je proces individuálního plánování obtěžuje. 15 respondentů (18,75 %) považuje tento proces za přínosný. Zbývajících 46 respondentů (57,5 %) na tuto otázku neodpovědělo.

## 5 DISKUZE

V práci jsem si stanovila dva hlavní cíle. První cíl měl za úkol zjistit, jaké služby jsou poskytovány v Domově pro seniory V Humpolci (Máchova 210) a míru spokojenosti s poskytovanými službami samotnými klienty. Druhým cílem bylo zmapování možností pro případné zvýšení spokojenosti uživatelů s poskytovanými službami.

V diskuzi se zabývám výsledky kvantitativního výzkumu a porovnávám je s údaji v literatuře a dostupných internetových zdrojích, které jsem použila pro vypracování současného stavu.

V první otázce se zabývám důvody, které vedly respondenty k rozhodnutí pro vstup do domova pro seniory. Jak je vidět z Grafu č. 1 u největšího počtu respondentů se hrálo roli zhoršení zdravotního stavu a neschopnost sebeobsluhy v domácích podmínkách ve chvílích, kdy již potřebnou pomoc a podporu nemohla zajistit rodina či některé z terénních služeb. Dalším důvodem byla osamělost a touha po navázání nových sociálních kontaktů. Třetím nejčastěji uváděným důvodem bylo řešení svízelné sociální situace.

Smutek (52, s. 118) k důvodům odchodu do instituce uvádí: „Prvním garantem v zajištění všech potřeb starého člověka má být rodina. Jenom ona může poskytnout to pravé zázemí rodinného kruhu a pocit sounáležitosti. Pokud již neexistuje nebo ve své funkci selže, pak připadá v úvahu péče společnosti. Jednou z cest, jak tuto péči zajistit, jsou domovy pro seniory. V současnosti se domovy pro seniory potýkají s problémem struktury obyvatel. Staří lidé přicházejí do domova ve vysokém věku a horším zdravotním stavu než v letech minulých, často se silně omezenou soběstačností. Není vzácností najít mezi obyvateli škálu vážnějších duševních onemocnění nebo i kontraindikace k přijetí.“ Sýkorová dále uvádí (56, s. 82 - 83)-viz výše: „Pravděpodobnost, že jedinec bude ve stáří potřebovat pomoci s běžnými činnostmi každodenního života, dokonce s osobní péčí, se ve stáří zvyšuje. Fyzické kapacity ohraničují individuální zkušenost, ovlivňují kompetenci k vykonávání řady aktivit, určují rozsah a kvalitu

komunikace jedince s druhými lidmi, působí na jeho identitu, stav psychické pohody, životní spokojenost. Určují tím i způsoby a možnosti zvládání stárnutí a stáří. Zejména nesoběstačnost vážně nemocných, imobilních a nejstarších starých implikuje omezení osobní kontroly jejich života a její delegování na druhé – na členy rodiny nebo instituce.“ Národní program přípravy na stárnutí (32, s 9.-10.) uvádí: „Z dosavadních odborných poznatků vyplývá, že u osob nad 75 let věku vzrůstá poptávka po sociálních službách spojená s postupně se objevující závislostí na pomoci druhé osoby. Potřeba péče a podpory přichází nejen z důvodů somatického nebo psychického onemocnění, ale také ze sociálních a ekonomických dopadů postproduktivního věku. Demografické trendy signalizují, že seniorů ve věku 65 až 79 let bude po roce 2010 výrazně přibývat.“

Druhá otázka se zabývá očekáváním starých lidí o životě v domově pro seniory a jejich následným naplněním či nenaplněním. Nejvíce respondentů očekávalo zajištění potřebné péče a podpory a navázání nových sociálních kontaktů. Tyto odpovědi s přihlédnutím k výše uváděným důvodům vstupu seniorů do „pečující instituce“ jsou velmi logické. Venglářová (62, s. 15.) uvádí: „Není-li starý člověk schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt ve vhodné instituci. V instituci má právo očekávat, že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám; že bude rozhodovat o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje mít soukromí a kdy chce být ve společnosti a že jeho pobyt v instituci nesmí být omezován.“

Otázka č. 3 se zabývá tím, jak respondenti vnímají cenu, kterou měsíčně vynakládají za poskytované sociální služby. Jak ukazuje Graf 3, nejvíce respondentů uvedlo, že částka, kterou vynakládají za poskytnutí sociální služby je adekvátní jejímu skutečnému zajištění. 28 % uvedlo tuto částku za příliš vysokou. Po zaplacení částky za stravu a ubytování zbývá mnohým seniorům pouze zákonné minimum 15 %, které je mnohdy limituje v naplnění jejich potřeb a přání a činí je do jisté míry závislými na pomoci druhých (např. rodiny). Sýkorová (56, s. 119) uvádí: „Peněžní prostředky jsou považovány za důležitou součást individuálních zdrojů, na nichž závisí kapacita jedinců kontrolovat svoji životní

situaci. Definování osobní autonomie seniory právě prostřednictvím kategorie finanční soběstačnosti naznačuje, že jsou takto i staršími lidmi vnímány. Finanční autonomie ve stáří znamená pro seniory především schopnost se o sebe postarat, nezávislost na druhých lidech, absenci pocitu závazku a naopak přítomnost pocitu svobody.“

V Grafu 4 jsou znázorněny odpovědi na otázku č. 4 („Myslíte si, že příspěvek na péči, který Domov pobírá za péči o Vás je adekvátní míry pomoci, kterou za ni dostáváte?“). Nejčastěji respondenti odpovídali, že míra pomoci a podpory koresponduje s výší přiznaného příspěvku na péči. 16 % uvedlo, že tato podpora je nedostačující. Zajímavé však je, že 21 % dotazovaných se cítí být „přepečováváno“ poskytovatelem. Venglářová (62, s. 14) k tomuto problému říká: „Starší lidé mají nárok na zajištění takové péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti.“

V další části výzkumu jsem se zaměřila na oblast poskytování obligatorních služeb, tedy těch, které je poskytovatel povinen zajistit podle zákona č. 108/2006 Sb.

V Tabulce 1 se zabývám spokojeností uživatelů s poskytovaným ubytováním. Domov pro seniory Humpolec poskytuje sociální služby v budově, která nebyla účelově vystavěna jako domov pro seniory. S nevhodným architektonickým uspořádáním tedy souvisí také míra spokojenosti respondentů v oblasti poskytovaného ubytování. Služba je poskytována ve tří a čtyřlůžkových pokojích, sociální zařízení je společné pro všechny uživatele a umístěné v prostorách chodby, zajistit potřebné soukromí je velmi problematické a o možném snížení lůžek kraj Vysočina v tomto zařízení nemá zájem. K problematice velikosti stávajících zařízení sociální péče se vyjadřuje ombudsman Otakar Motejl (21, s. 4): „Problematická je velikost zařízení - stále nejsou výjimkou zařízení s kapacitou nad sto uživatelů. Tyto domovy, byť jsou sebemodernější, mohou jen stěží nahradit přirozené domácí prostředí. Běžným standardem sice jsou jedno - až třílůžkové pokoje, výjimkou však nejsou ani pokoje s pěti a více lůžky. Veřejný ochránce práv v této souvislosti doporučuje zřizovatelům věnovat zvýšenou

pozornost výběru vhodného objektu, který by měl být na dobře dopravně dostupném místě, plně bezbariérový a s dostatečným počtem výtahů. Doporučuje také zřizovat nebo upravovat stávající zařízení na kapacitu do 50 lůžek a jedno - až třílůžkovými pokoji.“

Národní program přípravy na stárnutí (32, s. 15) k velikosti stávajících zařízení uvádí: „Velké procento péče o seniory je v současnosti zajišťováno ústavní sociální péčí – domovy pro seniory. Významným problémem jsou velká ústavní zařízení, kde je obtížné realizovat skutečnou individuální péči a podporu zaměřovat individuálně přímo na konkrétního klienta. Umístění do ústavního zařízení často znamená ztrátu autonomie a motivace k různým činnostem, které byly dříve součástí každodenního života. V těchto zařízeních je velmi obtížné naplňovat moderní principy poskytování sociálních služeb a metod sociální práce zaručující dodržování lidských práv. Tato velká zařízení zejména ve velkých městech získávají v posledních letech spíše podobu „nemocničního“ zařízení a ztrácejí rozměr sociální.“

Glossová (12, s. 41 - 42) dále uvádí: „To základní, co je třeba vyžadovat od sociální, respektive sociálně-zdravotní péče, je co největší možná míra skloubení kvality s lidskostí. Pokud je již péče v rezidenčním zařízení nezbytná, pak je třeba technických norem i v architektonickém a stavebním pojetí bedlivě zkoumat lidské potřeby a celou filosofii stavby tomuto postoji podřizovat.“

Otázka 1.1 se zabývá hodnocením velikosti pokoje. Respondenti na otázku, zda jsou spokojeni s velikostí pokoje, ve kterém žijí, nejčastěji odpovídali, že jsou spíše spokojeni. Velká část dotazovaných však uvedla, že jsou spíše nespokojeni s velikostí pokoje. Těmto respondentům byly kladeny doplňující otázky, v čem přesně jim velikost pokoje nevyhovuje. Nejčastější odpovědí bylo soužití tří a čtyř uživatelů v malých pokojích, a z toho plynoucí konflikty mezi nimi, zejména z důvodu harmonizace běžného života, vzájemné narušování intimního prostoru a zachování potřebného soukromí. Glossová (12, s. 36), která se touto problematikou zabývá, uvádí: „Výsledky z hlediska ubytování jsou jasné – téměř všichni, kdo žijí v jednolůžkovém, respektive ve dvoulůžkovém pokoji, popisují

svou situaci tak, že je možno hodnotit ji kladně. Ve větších pokojích je to pochopitelně horší, přibývá aktivit, které je potřeba vykonávat před ostatními, což jsou mnohdy lidé, s nimiž se ubytovaná či ubytovaný seznámili teprve v zařízení (a ne vždy si vyhovují). Bydlení ve vícelůžkových pokojích přináší výrazné životní zneklidnění, vytvářené nejen nuceným (ve své podstatě osudovým) soužitím s neznámými, mnohdy povahově značně odlišnými lidmi, ale také silný stres, způsobovaný nemožností provádět metabolické úkony, které je člověk zvyklý celý život vykonávat v přísně střeženém soukromí.“

Glossová (12, s. 46) dále uvádí: „V souvislosti se zúzkostňujícím pocitem, jaký může vyvolávat permanentní narušení intimní zóny člověka, je třeba upozornit na to, že stále existují zařízení péče o seniory, kde v mnohalůžkových pokojích jsou postele namačkány tak vedle sebe, že je intimní zóna porušována vlastně neustále.“

Národní program přípravy na stárnutí uvádí (32, s. 30): „Pro tvorbu prostředí a rozvoj služeb vstřícných k potřebám a preferencím starších osob je nezbytné, aby ti, kdo tyto služby a prostředí koncipují a poskytují, věděli o potřebách a omezeních starších osob a aby do jejich plánování, tvorby a poskytování zapojili starší osoby a jejich rodiny jako potenciální uživatele.“

Otázkou 1.2 hodnotili respondenti vybavení pokojů. Většina dotazovaných byla spíše spokojena, nezanedbatelná část však uvedla, že spokojeni nejsou. Tito respondenti jako důvody nespokojenosti uváděli zejména nedostatek úložných prostorů, ve čtyřlůžkových pokojích potom spíše přílišné množství nábytku, který zabírá prostor k volnému a zejména bezpečnému pohybu uživatelů. Ačkoliv jsou pokoje uživatelů vybaveny účelně, faktem zůstává, že při počtu čtyř uživatelů se jejich životní prostor rapidně zužuje, a tito uživatelé nemají prostor k vybavení vlastním oblíbeným nábytkem, který by mohl mít vliv na zvýšení kvality jejich života stejně tak jako třeba kvalitní ošetrovatelská péče. Glossová (12, s. 59) výsledky mého výzkumu potvrzuje, když uvádí: „Standard zařízení spočívá zejména v kvalitě služeb, tolerantnosti řádu Domova pro seniory a respektování identity uživatelů sociální péče. K čemu Vám budou všechny společenské

místnosti, lékařské i pečovatelské vybavení domova, když se nemůžete nasnídat doma, v pokoji zařízeném vlastním nábytkem?“

Otázka 1.3 se zaměřuje na služby praní, úklid a oprava prádla. Většina dotazovaných byla zcela spokojena. Pouze nepatrná část oslovených uváděla nespokojenost, která dle bližšího rozboru situace pramení z občasných ztrát osobního prádla po vyprání v prádelně poskytovatele.

Otázka 1.4 je zaměřena na zjištění spokojenosti s možností výběru spolubydlícího. Nejvíce respondentů na tuto část neodpovídalo. Uváděným důvodem této skutečnosti je fakt, že uživatelé nemají mnohdy tuto možnost. Uvolněná lůžka jsou obsazována podle jasně daných kritérií interními směnicemi zařízení (pořadník žadatelů). Pouze malá část dotazovaných měla možnost vybrat si spolubydlícího a to zejména v situacích případného uvolnění pro ně „vhodnějšího“ lůžka již po započetí pobytu. Zjištěná nespokojenost u několika málo respondentů byla vysvětlena nesouladem mezi spolubydlícími. Glossová (12, s. 44 - 45) uvádí: „Člověk potřebuje kontakty pouze s určitým množstvím jedinců, jeho kapacita k sociálním kontaktům není neomezená. Zvýšený počet jedinců žijících v malém uzavřeném prostoru vyvolává stres. Dosti podstatným fenoménem, který zvláště v situacích, jež člověk může vnímat jako ohrožující, nabývá na významu, je vnímání vlastního teritoria. Teritorium, tedy prostor k bydlení, je jedním z nejdůležitějších prvků vedoucích k pocitu bezpečí člověka.“

V otázce 1.5 byla zjišťována spokojenost uživatelů se zajištěním soukromí v pokoji (zejména v situacích poskytnutí pomoci personálem při osobní hygieně uživatelů, klepání na dveře před vstupem do pokoje). Nezanedbatelná část dotazovaných uváděla, že v této oblasti spokojeni nejsou (viz. Tabulka 1). Důvodem nespokojenosti těchto dotazovaných bylo zejména ponechání otevření dveří při poskytovaných hygienických úkonech a neklepání personálu při vstupu do pokojů, či případné vstoupení personálu i bez výzvy uživatelů. Glossová (12, s. 32 - 33) uvádí: „Důraz na soukromí se v oblasti seniorského bydlení ukazuje jako nejvýznamnější. Tento důraz však neznamená touhu být na pokoji sám - spíše

vyjadřuje přání rozhodovat o tom, bude-li senior mít pokoj pro sebe, či bude-li chtít svůj pokoj s někým sdílet. Touha po respektování soukromí v zařízení sociální péče o seniory vypovídá také o potřebě vlastní důstojnosti, o potřebě mít své místo, kde mohu být doma, odkud mohu odcházet a kam se mohu vracet; a toto místo je mým privátem, mým územím, kde bych neměl být bez ohledu k mé osobě vyrušován.“

Krutilová (31, s. 17) dále uvádí: „Někdy jsou stávající podmínky v zařízeních velmi stísněné a není možné tak zabezpečit dostatečnou míru soukromí. I zde je však nutné udělat analýzu podmínek a prostředí a do rozvojových cílů zařízení stanovit, jak to sociální služba do budoucna bude řešit.“

Otázka 1.6 se zabývá možností vybavit si pokoj vlastním drobným nábytkem a jejím praktickým naplněním. Nejvíce z dotazovaných na tuto otázku neodpovídalo a to zejména z důvodu, že tuto možnost nevyužili. Podle bližšího rozboru odpovědí bylo zjištěno, že respondenti by tuto možnost rádi využili, nicméně architektura pokojů jim to neumožňuje. Svoji roli zde opět sehrává výše zmiňovaná velikost pokojů, nedostatek prostor a počet uživatelů obývajících jeden pokoj. Národní program přípravy na stárnutí (32, s. 31) uvádí: „Budoucí představa interiérů pokojů je, že staří lidé by si je mohli vybavit z části svým oblíbeným nábytkem, aby jim vše připomínalo domov, na který byli zvyklí. Snaha směřuje k tomu, aby se vytvořilo pro obyvatele větší soukromí a zázemí skutečného domova, více prostoru k realizaci jejich aktivit.“

Důležitost zařídit spokoj „po svém“ hodnotí také Dagmar Krutilová (31, s.17): „Pokud se díváme na přiměřenost a vybavenost prostor, které využívají naši uživatelé jako soukromé osoby, díváme se na prostředí z jejich hlediska. Pokud jde o službu pobytovou, kde uživatel zůstane do konce života, sledujeme a zjišťujeme, jak bychom mohli uživateli prostředí upravit, aby se tam cítil dobře. Jeho původní domov mu však zajistit nemůžeme, lze však pokoj upravit vyvěšením jeho fotografií rodiny, oblíbenými drobnějšími předměty z původního domova, a pokud to technické podmínky zařízení dovolují, zajistíme, že si uživatel může vzít své oblíbené křeslo nebo menší kousek nábytku.“



V otázce 1.7 byli respondenti dotazováni na spokojenost s dostupností sociálního zařízení od pokoje. Nejvíce respondentů (viz. Tabulka 1) bylo spíše či zcela nespokojeno. Jako důvod nejčastěji uváděli velkou vzdálenost sociálního zařízení od pokojů. Sociální zařízení je situováno v prostorách společné chodby, nikoliv na pokojích uživatelů. Tito respondenti by ocenili větší přístupnost a tím také dosažení větší míry soběstačnosti v základních úkonech péče o vlastní osobu. Toaleta je na mnoha pokojích suplována přenosnými toaletními křesly, nicméně zajištění soukromí při vykonávání potřeby je prakticky neexistující. Z důvodu omezených prostor není možné umístění přenosných paravánů či zástěn. Zde se opět vracím k otázce 1.5, ve které byli respondenti dotazováni na zajištění soukromí na pokoji. Mnoho z dotazovaných bylo v této oblasti nespokojeno i z tohoto důvodu - vykonávání potřeby na pokoji bez zajištění soukromí. Národní program přípravy na stárnutí (32, s. 49) uvádí: „Důstojnost je základním požadavkem rozvoje služeb a péče pro seniory. Zájem a péči potřebuje každý člověk, každá živá bytost. Zajištění důstojnosti vyžaduje řadu praktických a konkrétních opatření vztahujících se k soukromí, sexualitě, osobní hygieně, používání toalety a dalším konkrétním oblastem a situacím. Ohrožena je důstojnost lidí se sníženou soběstačností, žijících doma nebo ve zdravotnických zařízeních nebo v zařízeních sociálních služeb, lidí trpících demencí a (geronto)psychiatrických pacientů.“

*Hypotéza II. Klienti postrádají kvalitní ubytovací prostory, nebyla tedy potvrzena.*

Tabulka 2 popisuje spokojenost respondentů v oblasti poskytovaného stravování. Strava je klientům připravována v kuchyni poskytovatele pod dohledem nutričního terapeuta. Připravována je podle zásad racionální výživy a podle potřeb uživatelů. Respektována jsou i dietní omezení uživatelů. Jediným stravovacím omezením, které není poskytovatel schopen zajistit zejména z důvodu vysoké finanční nákladnosti, je přijímání potravy parenterální sondou. Zavedení takové sondy je současně kontraindikací pro přijetí do zařízení. Janáková (17, s. 32) k oblasti stravování v zařízeních sociálních služeb uvádí:

„Kvalifikované řešení výživy klientů v domovech důchodců je komplexní činností, která zvyšuje úroveň poskytovaných služeb a přináší výrazné zlepšení kvality života seniorů. Pozitivně ovlivňuje jejich nutriční stav, vede ke zlepšení jejich psychické a fyzické kondice a soběstačnosti a snižuje zdravotní komplikace. Na podkladě našich i zahraničních studií lze dokladovat významné snížení nákladů na péči o seniora v dobrém nutričním stavu.“ A dále: „Starší populace představuje skupinu obyvatel, jejichž nutriční stav je často neuspokojivý, neboť je ovlivňován celou řadou faktorů, jako jsou fyziologické a sociální změny spojené se stárnutím, výskyt chronických chorob, užívání léků a snížená mobilita.“ Stejskalová (55, s. 35) k problematice seniorského stravování uvádí: „U seniorů se často setkáváme s podvýživou. Dokonce platí, že čím je věk vyšší, tím je vyšší i procento podvýživy. Příčinou malnutrice je snížené chuťové a čichové vnímání. Až 80 procent lidí ve vyšším věku vnímá zhoršení chuti k jídlu. Konzumace velkého množství léků rovněž negativně ovlivňuje chuť k jídlu, zhoršuje vstřebávání a využití živin. Další častou příčinou podvýživy jsou důvody psychické a sociální.“ Dle výše uvedeného je tedy možné se domnívat, že oblast seniorského stravování je skutečně problematickou oblastí.

V Otázce 2.1 jsem se dotazovala, zda jsou uživatelé spokojeni s četností podávané stravy. Strava je uživatelům podávána pětkrát denně. Jedná se o snídani, oběd, večeři, dopolední a odpolední svačinu. S touto četností byla většina dotazovaných spokojena. Pouze 5 uživatelů bylo spíše nespokojeno. Stejskalová (55, s. 35) uvádí: „Jídlo by se mělo podávat pětkrát až šestkrát denně, poslední jídlo tři až čtyři hodiny před ulehnutím. Strava má být pestrá, vhodně kořeněná, lákavá chutí i vzhledem. Všechny pokrmy je třeba mechanicky upravit tak, aby pro konkrétního člověka nebylo obtížné je rozkousat.“

Otázka č. 2.2 se zabývá možností výběru stravy a jejím praktickým využitím. Respondenti mají možnost jedenkrát týdně výběru ze dvou hlavních jídel. Prakticky všichni dotazovaní tuto možnost využívají a většina z nich je s ní zcela spokojena. Na doplňující otázku, zda by ocenili častější výběr jídel, většina dotazovaných odpovídala záporně. Výběr jedenkrát týdně jim postačuje.

Odpovědi na otázku č. 2.3 reflektují spokojenost respondentů v chutnosti podávané stravy. Většina dotazovaných byla opět spíše spokojena. Ti, kteří spokojeni nebyli, uváděli mnoho důvodů - muži většinou nedostatek masových pokrmů, ženy naopak nedostatek bezmasých pokrmů. Celkově jsou však dotazovaní spíše spokojeni. Červinková (8, s. 34) uvádí zkušenosti z praxe nutriční terapeutky a popisuje seniory oblíbená a neoblíbená jídla. K oblíbeným podle jejího zjištění patří: Sladká jídla (buchtičky s krémem, buchty, palačinky, vdolky), klasická jídla (tlačenka, škvarky, pečené maso, zelí, knedlík, řízek, bramborový salát). Za neoblíbená jídla jsou však bez udání důvodu považována rýže, rizoto, ryby. Pro špatné vzpomínky rostlinná másla, margaríny, náhražky; u nechodících osob hrášek, rýže, špagety, velké těstoviny; pro zhoršené polykání v leže tekutá strava.

Otázka č. 2.4 byla zaměřena na zjištění, zda jsou uživatelé spokojeni s velikostí podávaných porcí. Uživatelé si sami při výdeji jídla určují, jak velkou porci si přejí dostat a stejně tak mají možnost jídlo si přidat. Nejvíce odpovědi uvádělo spokojenost s velikostí podávaných porcí (viz. Tabulka č. 2).

*Hypotéza I Nejproblematičtější oblastí poskytovaných služeb je pro seniory oblast stravování nebyla tedy potvrzena.*

Tabulka 3 znázorňuje odpovědi na otázky týkající se spokojenosti s pomocí personálu v přímé péči při zvládání úkonů péče o vlastní osobu.

Na otázku 3.1 spokojenosti s pomocí personálu v oblasti oblékání, svlékání, polohování a dalších úkonů péče, byla většina dotazovaných velmi spokojena. Jak znázorňuje Tabulka 3, bylo však i několik dotazovaných, kteří necítili úplnou spokojenost. Jako důvody této skutečnosti uváděli nejčastěji pocit neochoty personálu či nešetrné zacházení. Celkově jsou však respondenti v této oblasti spokojeni. Klener (23, s. 82) k problematice chování ošetrovatelského personálu uvádí: „Přístup k seniorům jako klientům i občanům by měl být individuální, respektující v maximální možné míře jejich osobnost, autonomii, vůli a soukromí. Měl by důsledně chránit jejich důstojnost, posilovat sebehodnocení, napomáhat jejich přirozenému začlenění ve společnosti a participaci na jejím životě. Měl by

cílevědomě přispívat nejen k zabezpečení, ale především k uchování soběstačnosti. Podstatná část seniorů, především vyššího věku, by měla být vnímána jako křehcí a ohrožení geriatričtí pacienti, kteří i při akutním onemocnění vyžadují kromě lékařských výkonů vytvoření chráněného prostředí a specifického režimu ke snížení rizika komplikací.“

Otázkou 3.2 jsem se dotazovala na spokojenost respondentů s dostupností personálu v případě potřeby pomoci. V pokojích klientů není žádné signalizační zařízení, které by mohlo sloužit k přivolání personálu v případě potřeby pomoci. Také v této oblasti projeví dotazovaní spíše spokojenost. Jak ukazuje Tabulka 3, několik z nich však bylo také zcela nespokojeno. Důvodem nespokojenosti byla zejména velká vzdálenost pokojů od pokoje sester a neexistence signalizace. Pokoj sester je situován uprostřed dlouhé chodby, pokoje uživatelů jsou rozmístěny podél této chodby, ty nejvzdálenější až 20 metrů. Pocit bezpečí tak nebyl zajištěn zejména u osob trvale upoutaných na lůžko. Jak respondenti uváděli, v případě potřeby se vždy „někoho dovolají“ – ať již někoho z personálu či z klientů, kdo personál přivolá. Celkově jsou respondenti spíše spokojeni. Krutilová (31, s. 17) uvádí: „Vybavení pokojů by mělo zachovávat specifika uživatelů. Pokud potřebují větší míru podpory, zajistíme zvonek k přivolání pomoci, polohovací křesla a postele, upravenou koupelnu, madla k opírání, výrazné orientační prvky na dveřích, barevné odlišení atd.“

Tabulka 4 znázorňuje spokojenost respondentů s pomocí personálu v přímé péči při provádění osobní hygieny (zejména při pomoci s celkovou koupelí a pomoci při intimní hygieně).

Otázka 4.1 byla zaměřena na spokojenost respondentů se zajištěním intimity při provádění osobní hygieny. Jak ukazuje Tabulka 4, velký počet dotazovaných byl spíše či zcela nespokojen. Těmto dotazovaným byly dále kladeny doplňující otázky ke zjištění důvodu jejich nespokojenosti. Nejčastěji uváděným důvodem bylo nezavírání dveří do pokoje při provádění intimní hygieny či nevytvoření většího soukromí při vyprazdňování. Tím se znovu obracím k Tabulce 1, otázce 1.5 a 1.7, ve kterých taktéž respondenti uváděli nespokojenost z důvodu

porušování intimity při úkonech intimní hygieny. Ombudsman Otakar Motejl (21, s. 6) se k této problematice vyjadřuje následovně: „Za naprosto zásadní považuje ochránce práv dodržování vysoké míry soukromí při provádění úkonů osobní hygieny a na toaletách. Pokud například ve starších objektech využívají klienti společné toalety, měli by mít možnost se zamknout. Rovněž převoz uživatelů do koupelny by se měl odehrávat tak, aby nebyla narušena lidská důstojnost. Pokud je osobní hygiena prováděna na pokoji s více uživateli, měla by být k dispozici mobilní zástěna k zajištění soukromí.“

Otázkou 4.2 jsem se dotazovala na to, zda respondenti využívají možnosti výběru pracovníka, který pomáhá s prováděním hygieny a zda jsou s možností tohoto výběru spokojeni. Nejvíce z dotazovaných na tuto otázku neodpovídalo, jelikož o možnosti výběru nevěděli. Motejl (21, s. 6) uvádí: „Klienti by měli mít možnost zvolit si, zda jim bude při provádění hygieny asistovat osoba stejného nebo opačného pohlaví.“ Volbu pracovníka, který pomáhá v této oblasti, přitom uživatelé specifikují při procesu individuálního plánování, nicméně jak sami dotazovaní uváděli, v případě jejich nespokojenosti s daným pracovníkem nechtějí tuto situaci nijak řešit.

Spokojenost respondentů s četností prováděné hygieny jsem zjišťovala otázkou 4.3. Jak ukazuje Tabulka 4, také v této oblasti jsou respondenti spíše spokojeni. Avšak nezanedbatelný počet dotazovaných (viz. Tabulka 4) nepovažuje tuto četnost za dostačující. Negativní hodnocení uváděli zejména uživatelé trvale upoutaní na lůžko, kteří jsou zcela odkázaní na pomoc druhé osoby. Tito respondenti by ocenili větší četnost celkových koupelí.

S ochotou personálu při pomoci s prováděním hygieny je zcela spokojeno 62 dotazovaných (77,5 %), 18 (22,5 %) je spíše spokojeno. Respondenti jsou celkově spokojeni. Klener (21, s. 91) uvádí: „Povolání sestry patří mezi profese, jejichž náplní je poskytování pomoci. Je to povolání náročné nejenom po stránce tělesné zátěže, ale především je náročné psychicky. Sestra vkládá do svého povolání velké citové investice a má proto velká očekávání jejich návratnosti. Ta však málokdy odpovídají výdajům. Při velké nerovnováze se objevují pocity marnosti,

nespokojenosti, křivdy, neúspěchu, někdy i pocity viny. Dostává se tak do stresu, který může vyústit až do tzv. syndromu vyhoření.“

Tabulka 5 znázorňuje odpovědi respondentů na spokojenost se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím. Poskytovatel zajišťuje přístup k některým službám přímo v prostorách domova. K těmto službám patří zejména kadeřnice, pedikúra, různá kulturní představení, možnost drobného nákupu základních potravin a hygienických potřeb. Ostatní jsou nabízeny jako fakultativní služby a zajišťovány s případnou pomocí poskytovatele mimo prostory domova.

Otázka č. 5.1 zjišťovala spokojenost uživatelů s přístupem k běžným službám v prostorách domova pro seniory. Dotazovaní byli ve většině případů spokojeni.

Zajímavé, ale ne nepřekvapivé výsledky, přinesly odpovědi na otázku 5.2 (spokojenost s přístupem k běžným službám mimo prostory domova pro seniory). S přístupem k běžným službám, které jsou poskytovány mimo domov pro seniory, byl velký počet respondentů nespokojený. (viz. Tabulka 5). Doplnujícími otázkami bylo zjištěno, že problémovou oblastí není ochota poskytovatele k zajištění těchto služeb. Problémovou oblastí je dle provedeného výzkumu velké množství architektonických bariér, které mnohdy zcela znemožňují přístup i částečně imobilních osob ke službám. Potíže nastávají již při samotné dopravě imobilních uživatelů - v případě tématických zájezdů na kulturní představení či výlety autobusem, není možné zajištění bezbariérového autobusu, jelikož v kraji Vysočina neexistuje žádný dopravce, který by byl schopen či ochoten takovou dopravu zajistit. Dalšími bariérami jsou schody, úzké dveře aj. Národní program přípravy na stárnutí (32, s. 29) uvádí: „Pro aktivní a zdravý život je nezbytný nejen dostatečný příjem, ale také mobilita. Řada služeb a aktivit není dnes dostupná bez využívání veřejné osobní nebo individuální dopravy. Dostupnost a bezbariérovost veřejné osobní dopravy, její kvalita, kultura a bezpečnost jsou významné pro dostupnost základních služeb a pro participaci na kulturních a sociálních aktivitách.“ Štikar (57, s. 17 - 18) také výsledky svého výzkumu potvrzuje tím, že uvádí: „Nejčastějšími motivy mobility starších lidí jsou

každodenní nákupy, menší procházky a osobní kontakty. Dále je to péče o zdraví a zařizování na poště, v bance či úřadech. Možnost a schopnost být mobilní působí na celkovou spokojenost starších lidí. Nejméně spokojení jsou senioři, kteří nemohou téměř nic podnikat mimo svůj domov. Cestování je spojeno s pohyblivostí, věkem a dostupností osobního automobilu. Více než polovina starších osob udává problémy v důležitých oblastech mobility. K nejdůležitějším výsledkům studie patří zjištění, že možnost zůstat i ve stáří mobilní a aktivní podstatně ovlivňuje kvalitu života. Jasným vyjádřením je nízká úroveň spokojenosti seniorů kvůli omezením v tělesné mobilitě či vzhledem k chybějícím osobním či veřejným dopravním prostředkům.“

Další oblastí služeb, na které jsem se dotazovala, byla spokojenost v oblasti poskytování sociálně terapeutických a aktivizačních činností. Některé aktivity jsou zajišťovány poskytovatelem v prostředí domova pro seniory. K nim patří např. ergoterapie, trénování paměti, skupinové cvičení, pořádání mší svatých či individuální práce s uživateli podle jeho specifických potřeb a přání.

Jiné volnočasové aktivity jsou nabízeny mimo prostředí domova. K nim patří např. tématické zájezdy, výlety, návštěvy divadel aj. Odpovědi znázorňuje Tabulka 6. Národní program přípravy na stárnutí (32, s. 35, 47) k této oblasti poskytovaných služeb uvádí: „Pro kvalitu života ve stáří jsou vedle zdraví a soběstačnosti důležité další faktory, včetně ekonomického zabezpečení, vstřícného prostředí, psychické pohody, mobility a využití volného času. Zapojení do života komunity a společnosti, pocit uznání a užitečnosti, ocenění zkušeností a smysluplné trávení volného času jsou důležité pro pozitivní sebepojetí a životní spokojenost člověka v každém věku. Více volného času ve stáří je možno využít pro kulturní život. Důležité je podpořit participaci seniorů na vzdělávacích, kulturních a společenských aktivitách. Kultura a kulturní aktivity nabízejí hodnotné využití volného času a jsou zdrojem naplnění a sociálních kontaktů. Kulturní aktivity přispívají k prevenci sociálního vyloučení a izolace.“

Otázka 6.1 se zabývá spokojeností s nabídkou volnočasových aktivit v rámci domova pro seniory. Většina dotazovaných byla s nabídkou spokojena. Jak

ukazuje Tabulka 6, bylo však i několik respondentů, kteří projevíli nespokojenost. Nejčastěji uváděným důvodem byla nabídka takových aktivit, které svojí povahou nevyhovovali dotazovaným. Černotová (7, s. 31) uvádí: „Volnočasové aktivity by měly zahrnovat různorodé činnosti týkající se náplně volného času dle zájmů jednotlivých klientů. Jedná se o možnost pracovních dílen, kroužků s různým námětovým zaměřením apod.“ A dále Balejová (1, s. 32) uvádí: „Pro obyvatele vytváříme celou řadu aktivit, aby si mohl vybrat každý. Nevěnujeme pozornost pouze těm, kteří jsou na tom ještě relativně fyzicky dobře, ale i imobilním klientům. U kterých je to možné, doprovázíme je do prostor určených na aktivity. U klientů plně vázaných na lůžko směřujeme aktivity na pokoj.“

Otázka 6.2 byla směřována ke spokojenosti respondentů s nabídkou volnočasových aktivit pořádaných mimo domov pro seniory. Ti respondenti, kteří vyjadřovali nespokojenost, jako hlavní důvod udávali existenci architektonických bariér, které jim neumožňují účast na těchto volnočasových aktivitách. Tento problém je shodný s oblastí dostupností služeb znázorněných v Tabulce 5.

Otázkou 6.3 jsem se dotazovala na spokojenost s nabídkou aktivit, které vedou k posílení schopností a dovedností klientů jako je např. rehabilitace či ergoterapie. V domově pro seniory je zaměstnána pouze jedna rehabilitační sestra, která se z časových důvodů nemůže věnovat všem uživatelům tak, jak by bylo žádoucí. Také tomu přičítám množství odpovědí, které uváděly spíše nespokojenost s poskytováním této služby. Respondenti nejčastěji zmiňovali právě málo individuální přístup rehabilitační sestry a malý časový prostor pro provádění rehabilitace. Benešová (3, s. 18) k otázkám rehabilitace uvádí: „Kvalita rehabilitace jako systému je kritériem kulturní úrovně společnosti. Jejím cílem je vytvořit možnost co největšího podílu soběstačnosti klienta, a tím udržet jeho maximální úroveň kvality života s co nejmenším podílem nutnosti podpory ze strany společnosti.“

Tabulka 7 znázorňuje spokojenost respondentů s prací sociálních pracovníků. V domově pro seniory je jejich hlavní náplní práce ochrana práv klienta, pomoc



při vyřizování osobních záležitostí klientů, poskytnutí pomoci a podpory při jednání s úřady aj. Většina dotazovaných byla s touto oblastí velmi spokojena.

Otázka 8 byla zaměřena to, zda jsou respondenti spokojeni se zajištěním fakultativních služeb ze strany poskytovatele. Za fakultativní službu je poskytovatelem považována doprava uživatele služebním vozem na určené místo, doprovod klienta, poskytnutí služebního telefonu, zajištění pedikúry, kadeřnice a pořizování opisů či kopií. Většina dotazovaných tyto služby využívá, a jak ukazuje Tabulka 8, je s nimi spokojena.

V otázce 9 jsem se věnovala zajištění fakultativních služeb nad rámec běžné nabídky ze strany poskytovatele. Jedná se zejména o ty služby, které jsou zajišťovány na výslovné přání uživatele např. na základě vyjednání osobního cíle při procesu individuálního plánování. Tabulka 9 znázorňuje odpovědi respondentů, nejčastěji byli dotazovaní spokojeni s touto službou.

Respondenti byli dále dotazováni, zda je nějaká oblast, kterou vnímají jako problémovou při poskytování sociální služby. Většina dotazovaných žádnou oblast jako problémovou neoznačila, zajímavé jsou však odpovědi ostatních respondentů. Jak ukazuje Graf 5, respondenti uváděli nespokojenost v oblastech jako je velikost pokoje, vzdálenost pokojů od sociálního zařízení, přístup k běžným službám mimo domov pro seniory, v menší míře se objevili také připomínky k chutnosti stravy či porušování soukromí na pokojích klientů.

Respondenti byli dále vyzváni, aby k uvedeným problémovým oblastem navrhli možná řešení. V případech, kdy se jednalo o problémy v architektuře budovy pro seniory, bylo nejčastěji navrhováno snížení počtu lůžek a vybudování sociálního zařízení na pokojích uživatelů, případně na více místech v prostorách chodby.

V oblasti přístupu k běžným službám mimo domov respondenti nejčastěji jako o možném řešení hovořili o odstranění architektonických bariér. Někteří z respondentů také zmiňovali systémovou změnu české legislativy, která by prakticky všem provozovatelům služeb velela zajistit bezbariérový přístup imobilním občanům.

Poslední, desátou oblastí, jsem se respondentů dotazovala, jak vnímají proces individuálního plánování služby. Stěžejní otázkou spíše bylo, zda uživatelům vyhovuje možnost naplánovat si službu tak, aby byla co nejvíce „ušita na míru“. Odpovědi jsou znázorněny v Grafu 6. Respondenti v nezanedbatelném počtu odpovídali, že je individuální plánování obtěžuje. Nechápu jeho význam, jeho přínos a co je myslím důležitější, nemají snahu ho pochopit a nechtějí se na něm podílet, ačkoliv by mohl poskytovanou službu zkvalitnit podle jejich vlastních představ.

## 6 ZÁVĚR

Prvním cílem mé diplomové práce bylo zmapovat služby poskytované v Domově pro seniory Máchova, Humpolec a míru spokojenosti s poskytovanými službami. Druhým cílem bylo zmapování možností pro případné zvýšení spokojenosti uživatelů s těmito poskytovanými službami

Výzkum byl prováděn v Domově pro seniory Máchova, Humpolec. Zúčastnilo se ho 80 respondentů, 55 žen a 25 mužů. Technikou sběru dat byl standardizovaný rozhovor.

Jelikož se jednalo o kvantitativní výzkum, byly předem stanoveny tyto hypotézy: *H1: Nejproblematičtější oblastí poskytovaných služeb je pro klienty oblast stravování. H2: Klienti postrádají kvalitní ubytovací prostory.*

Hypotéza 1 nebyla výzkumem potvrzena. Hypotéza 2 nebyla taktéž potvrzena. Výsledky výzkumu ukázaly spíše na jiné oblasti, které považují uživatelé za problémové.

Z výsledků výzkumu vyplývá jako nejvíce problémová oblast přístupu k běžným službám mimo domov pro seniory. Senioři z důvodu architektonických bariér služby poskytované „venku“ spíše nevyužívají právě pro špatný či zcela nemožný přístup. Senioři by ocenili zlepšení přístupu k běžným službám, díky němuž by nemuselo docházet k jejich sociální izolaci, která je u imobilních seniorů bohužel poměrně častá. Je zřejmé, že mnoho imobilních osob je v přístupu k běžným službám prakticky diskriminováno. Možným řešením by samozřejmě bylo zavedení povinnosti všech provozovatelů veřejných služeb zajistit bezbariérový přístup. To ale naráží na finanční náročnost těchto opatření a také na neochotu samotných provozovatelů k učinění potřebných kroků.

Další oblastí, která je uživateli vnímána jako problémová, je dostupnost sociálního zařízení od pokoje. Uživatelé jsou často nuceni z důvodu nedostupnosti sociálního zařízení vykonávat všechny hygienické úkony přímo na pokojích, mnohdy jim však není zabezpečeno potřebné soukromí a dochází k narušování jejich lidské důstojnosti. Ačkoliv mnoho z uživatelů tyto situace jako porušování

intimity a soukromí nevnímá, s přihlédnutím k naplňování standardů kvality a zejména ochraně práv klientů, chápu takový stav věci jako opravdu tristní.

Tato oblast úzce souvisí se zajištěním intimity při úkonech osobní hygieny, která stejně jako výše zmiňovaná je považovaná uživateli za problémovou. Podle mého mínění by bylo možné řešit tyto situace pouze jediným způsobem, a to snížením počtu lůžek. Toto snížení by umožnilo využití např. přenosných paravánů či zástěn aniž by tím byl životní prostor uživatel výrazně omezen. Dalším řešením by samozřejmě bylo vybudování sociálních zařízení přímo na pokojích uživatel, které ale opět souvisí s architektonickým uspořádáním celého objektu a velkou finanční náročností.

Navzdory všemu výše řečenému výsledky výzkumu ukazují, že uživatelé jsou s poskytovanými službami spíše spokojeni.

Tato práce by mohla sloužit zejména poskytovatelům sociálních služeb, kteří mají zájem na zkvalitnění jejich služeb a chtějí zajistit svým uživatelům spokojenost ve všech důležitých oblastech jejich života. Dále by tato práce mohla sloužit veřejnosti ke zvýšení povědomosti o službách, které domovy pro seniory poskytují, jelikož se domnívám, že prestiž českých domovů pro seniory je velmi malá, ale je zde velký a zatím nevyužitý potenciál ke změně.

Tato práce je samozřejmě přínosem také pro mě samotnou, jelikož v této oblasti pracuji, do budoucna bych se v ní ráda profilovala a každý podnět k pozitivní změně je bezesporu přínosem.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BALEJOVÁ, M. *Příchod do nového domova*. Sociální péče, 2006, 1, s. 32-33. ISSN 1213-2330.
2. BEDNÁRIK, R., BODNÁROVÁ B. *Stárnutie populácie – výzva na zmeny ve službách pre starších ľudí*. Bratislava: Středisko pro studium práce a rodiny, 2005. ISBN neuvedeno.
3. BENEŠOVÁ, E. *Rehabilitace - systém, který vrací člověka do společnosti*. Sociální péče, 2008, 6, s. 18 - 20. ISSN 1213-2330.
4. *Bílá kniha*. [on-line] [2009-9-15]  
Dostupné z [http:// www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)
5. ČÁMSKÝ, P. et al. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných služeb*. Praha: Centrum sociálních služeb, 2008. 152 s. ISBN neuvedeno.
6. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. Praha: Informatorium, 2004. 1. vydání. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
7. ČERNOTOVÁ, D. *Volný čas není nuda*. Sociální péče, 2006, 1, s. 31. ISSN 1213-2330.
8. ČERVINKOVÁ, D. *Co jíst ve vyšším věku*. Sociální péče, 2006, 1. s. 34. ISSN 1213-2330.
9. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Univerzita Karlova 2002. s. 374. ISBN 80-246-0139-7.
10. DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál 2004. s. 176. ISBN 8071787663.
11. ETIKA A SOCIÁLNA PRÁCA. *Zborník z konferencie, ktorá se konala dňa 25. 10. 2002 v Trnave. FZ a SP TU v Trnave*. 102 s. ISBN 80-88774-20-9.
12. GLOSOVÁ, D. a kol. *Bydlení pro seniory*. Brno: Era, 2006, 179 s. ISBN 80-7366-057-1.

13. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. 1. vydání. 72 s. ISBN neuvedeno.
14. HNILICOVÁ, H., BÁRTLOVÁ, S. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000, 1. vydání. 118 s. ISBN 80-7013-311-2.
15. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČASL, 2003. 2. vydání. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.
16. *Interní materiály domova pro seniory Humpolec*.
17. JANÁKOVÁ, A. *Standardy nutriční péče*. Sociální péče, 2006, 3, s. 32 - 33. ISSN 1213-2330.
18. JOHNES, C. *New Perspectives of the Welfare State in Europe*. London. Routledge 1993.
19. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
20. KALVACH, Z. a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 1. vydání. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
21. KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV. *Ombudsman kontroloval domovy*. Sociální péče, 2007, 3, s.4 - 8. ISSN 1213-2330.
22. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: ACADEMIA, 2005, 1. vydání. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
23. KLENER, P. a kol. *Vnitřní lékařství I*. Praha: Informatorium 2000. s. 103. ISBN 80-86073-53-X.
24. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ I. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 1. vydání. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
25. KOVALČÍKOVÁ, D. *Bezbariérové řešení objektů pro seniory*. Sociální péče, 2008, 5, s. 50 -52. ISSN 1213-2330.
26. KOLEKTIV AUTORŮ. *Měření spokojenosti v organizacích veřejné správy*. Praha: MPSV, 2005. 104 s. ISBN 80-239-6154-3.

27. KOVALČÍKOVÁ, D. *Společenské prostory v zařízeních pro seniory. Sociální péče*, 2008, 3, s. 46 – 48. ISSN 1213-2330.
28. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. 1. vydání. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
29. KRAJ VYSOČINA. *Financování sociálních služeb*. [on-line] [2009-12-19] Dostupné z: <http://www.krvysocina.cz/vismo5/dokumenty2.asp?>
30. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI, 2002. 2. vydání. 376 str. ISBN 80-86395-33-2.
31. KRUTILOVÁ, D. *Prostředí a podmínky poskytovaných sociálních služeb. Sociální služby*, 2009, 5, s 16 - 17. ISSN 1803-7348.
32. *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012*. Praha: 2008, Ministerstvo práce a sociálních věcí. 60 s. ISBN 978-80-86878-65-2.
33. LANGMAJER. J., KREJČÍŘOVÁ. D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
34. LEVICKÁ. J., MRÁZOVÁ. A., *Vybrané kapitoly zo sociálno-zdravotnej problematiky*. Trnava: 2003. 127 s. ISBN 80-89074-71-5.
35. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007,185 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
36. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 2. vydání. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
37. NEČAS, J. *Dvacet let sociální péče v Československé republice*. Praha: MSP 1938
38. NEJEDLÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství III/1*. Praha: Informatorium 2004. s. 245. ISBN 80-7333-030-X.
39. PAYNE, CH. et al. *Evaluation of quality of Care?* London: NISW 1994.
40. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 1. vydání. 627 s. ISBN 80-7254-657-0.
41. PETR, P. *Kvalita života v balneologii*. Praha: Imprese, 2004. 118 s. ISBN 80-903427-X.

42. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E. *Změny v jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. 1. vydání. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
43. *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006. 1. vydání. 140 s. ISBN 80-86878-52-X..
44. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: 2003, ASPI. 152 s. ISBN 80-86395-69-3.
45. *Podpora transformace pobytových služeb*. [on-line] [2009-12-14]  
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>
46. POTŮČEK, M. *Sociální politika*. Praha: Slon, 1995, 1. vydání. 141 s. ISBN 80-85850-01-X.
47. *Právní předpisy pro sociální služby*. [on-line] [2009-12-14] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7334>
48. PUNCH, F. K. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál 2003, s.150. ISBN 978-80-7367-381-9.
49. *Rada vlády pro seniory a stárnutí populace*. [on-line][2009-12-14]  
Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/2897>
50. ROZSYPALOVÁ, M. a kol. *Ošetřovatelství II*. Praha: Informatorium 2002. s. 239. ISBN 80-86073-97-1.
51. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004. 2. přepracované vydání, 392 s. ISBN 80-7178-829-5.
52. SMUTEK, M., KAPPL, M. *Proměna klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. [on-line] [2009-10-5]  
dostupné z <http://www.kspssp.info/cinnosti/index.html>.
53. SOKOL, R., TREFLOVÁ, V. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008, 1. vydání. 444 s. ISBN 978-735-316-4.
54. *Standardy sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha: MPSV, 2008. 186 s. ISBN neuvedeno.
55. STEJSKALOVÁ, V. *Typy a doporučení nutriční terapeutky pro seniory*. Sociální péče, 2006, 1, s. 35-36. ISSN 1213-2330.



56. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří*. naklad. Praha: SLON, 2007.1. vyd. 285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.
57. ŠTIKAR, J., HOSKOVEC, J., ŠMOLÍKOVÁ, J. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 1. vydání. 135 s. ISBN 978-80-246-1339-0.
58. TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Sociopress, 2001. 2. vydání. 262 str. ISBN 80-86484-00-9.
59. TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press Brno, 2009, 1. vydání. 239 s. ISBN 978-80-251-2104-7.
60. TRÖSTR, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. Praha: CH Beck, 2008. 4. přepracované vydání. 368 s. ISBN 978-80-7400-032-4.
61. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. ISBN. Praha: Karolinum, 2007. s. 461. ISBN 978-80-246-1318-5.
62. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Grada Praha 2007, 1. vyd., 96 str., ISBN 978-80-247-2170-5
63. VIDOVIČOVÁ, L. *My jsme si stáří nezavinili*. GENERACE, 2009, 9. ročník, 1. s. 10-11. ISSN 1213-7626.
64. WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. 1. vydání. 204 s. ISBN 80-7178-970-4.
65. WIKIPEDIA. *Kvantitativní výzkum*. [On-line] [2009-11-10] Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvantitativn%C3%AD\\_v%C3%BDzkum](http://cs.wikipedia.org/wiki/Kvantitativn%C3%AD_v%C3%BDzkum)
66. ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH Č. 108/2006 Sb. [on-line] [2009-10-9]  
Dostupné z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).
67. ZÁKON Č. 206/2009, KTERÝM SE MĚNÍ ZÁKON Č. 108/2006 Sb. VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ A NĚKTERÉ DALŠÍ ZÁKONY. [on-line] [2010-04-01]  
Dostupné z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206\\_2009\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206_2009_Sb.pdf).

## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Domov pro seniory

Sociální služba

Senioři

Spokojenost

Standardy kvality sociálních služeb

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 Záznamový arch pro standardizovaný rozhovor

## Příloha č. 1 Záznamový arch pro standardizovaný rozhovor

- Pohlaví.....
- Věk.....
- Doba pobytu v Domově pro seniory.....

1. Jaký byl důvod Vašeho vstupu do Domova pro seniory?.....  
.....  
.....

2. Jaká byla Vaše očekávání před vstupem do Domova pro seniory?.....  
.....  
.....

3. Vyplnila se Vaše očekávání o pobytu v Domově pro seniory?.....  
.....  
.....

4. Myslíte si, že cena, kterou měsíčně platíte za poskytovanou sociální službu je adekvátní službám, které za ni dostáváte?.....  
.....  
.....

5. Myslíte si, že příspěvek na péči, který Domov pobírá za péči o Vás je adekvátní míry pomoci, kterou za ni dostáváte?.....  
.....  
.....

### Otázky z oblasti obligatorních služeb

#### 1. Spokojenost s poskytovaným ubytováním

##### 1.1 Velikost pokoje

velmi spokojen/a 1 - 2 – 3 – 4 – 5 nespokojen/a

1.2 *Vybavení pokoje*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

1.3 *Úklid, praní, oprava ložního a osobního prádla*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

1.4 *Možnost výběru spolubydlicího*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

1.5 *Zajištění soukromí v pokoji (tzn. zavírání dveří, zajištění soukromí při poskytování hygienických úkonů, ...)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

1.6 *Možnost vybavit si pokoj vlastním drobným nábytkem, předměty*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

1.7 *Dostupnost toalety a koupelny*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

## **2. Spokojenost s poskytovanou stravou**

2.1 *Spokojenost s četností podávané stravy*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

2.2 *Možnost výběru stravy*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

2.3 *Spokojenost s chutností stravy*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

2.4 *Spokojenost s velikostí podávaných porcí*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

## **3. Spokojenost s pomocí personálu při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu**

3.1 *Spokojenost s pomocí personálu v přímé péči v oblasti oblékání, svlékání, polohování a dalších úkonů péče*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

3.2 *Spokojenost s dostupností personálu v případě potřeby pomoci*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

**4. *Spokojenost s pomocí personálu v přímé péči při osobní hygieně (celková koupel, pomoc při intimní hygieně)***

4.1 *Spokojenost se zajištěním intimity při provádění osobní hygieny*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

4.2 *Spokojenost s možností výběru pracovníka, který pomáhá s hygienou*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

4.3 *Spokojenost s četností prováděné hygieny (intimní hygiena, celková koupel,..)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

4.4 *Spokojenost s ochotou personálu při pomoci při provádění hygieny*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

4.5 *Spokojenost se zajištěním zdravotních služeb (převazy, podání léků, návštěva lékaře,..)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

**5. *Spokojenost se zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím***

5.1 *Spokojenost s přístupem k běžným službám v rámci DD (návštěva kadeřníka, pedikúry, divadlo aj.)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

5.2 *Spokojenost s přístupem k běžným službám mimo DD (např. návštěva divadla, restaurace, úřadu,..)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

**6. *Spokojenost s poskytováním sociálně terapeutických činností + aktivizačních činností***

6.1 *Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit v rámci DD (ergoterapie, trénování paměti, účast na mši,..)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

6.2 *Spokojenost s nabídkou volnočasových aktivit mimo DD (výlety na přání klientů, zájezdy na divadelní představení,..)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

6.3 *Spokojenost s nabídkou aktivit, vedoucích k posílení schopností a dovedností klienta (rehabilitace, ergoterapie,..)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

7. *Spokojenost s pomocí personálu (zejména sociálních pracovníků) při obstarávání osobních záležitostí klientů (ochrana práv, jednání s úřady, pomoc s hospodařením s penězi,..)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

8. *Spokojenost s nabídkou fakultativních služeb (tj. ty, které hradíte zvlášť jako např. služby kadeřnice, doprava služebním vozem za poplatek, apod.)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

9. *Spokojenost se zajištěním fakultativních služeb nad rámec běžné nabídky ze strany poskytovatele (např. zajištění nějaké služby na Vaše výslovné přání)*  
velmi spokojen/a 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen/a

9. *Je nějaká oblast, kterou vnímáte jako problémovou při poskytování sociální služby? Pokud ano, jaká a jak by měla být podle Vašich představ řešena? .....*  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

10. *Jak vnímáte individuální plánování služby? Jste spokojen s možností plánovat si službu tak, aby Vám byla co nejvíce „ušíta na míru“? .....*  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....