

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra praktické teologie

## Bakalářská práce

Domovy pro seniory v Českých Budějovicích

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Motlová

Autor práce: Tereza Koutská

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: třetí

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Lence Motlové  
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## OBSAH:

ÚVOD .....	7
1. Teoretická část .....	8
1.1. Vymezení pojmů .....	8
1.1.1. Stáří, stárnutí, gerontologie .....	8
1.1.2. Problematika a demografie stárnutí .....	11
1.1.3. Délka lidského života a kalendářní stáří .....	13
1.1.4. Senior a kvalita jeho života .....	14
1.2. Zdravotní a sociální služby pro seniory .....	15
1.2.1. Dlouhodobá sociální ústavní péče .....	16
1.2.2. Dlouhodobá zdravotní péče .....	17
1.2.3. Domovy pro seniory .....	18
1.2.4. Home care .....	20
1.2.5. Sociální práce se seniory .....	21
2. Praktická část .....	23
2.1. Cíl práce a hypotézy .....	23
2.2. Metodika – metody a techniky sběru dat .....	23
2.3. Charakteristika zkoumaného souboru .....	23
2.3.1. Domov pro seniory, domov se zvláštním režimem Dobrá Voda .....	23
2.3.2. Domov pro seniory Máj, domov se zvláštním režimem České Budějovice, příspěvková organizace .....	25
2.3.3. Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace .....	27
2.4. Výsledky .....	29
2.5. Diskuze .....	35
ZÁVĚR .....	39
Seznam literatury .....	40
Abstrakt .....	43
Abstract .....	44

## ÚVOD

Stárnutí populace je problém, který je více než aktuální. Ve společnosti je to fenomén, který s sebou přináší řadu negativních dopadů. Způsobuje ekonomické oslabení státu, sociální a psychické problémy seniorů, kteří jsou ze středu společnosti tlačeni na její okraj.

Problém vidím hlavně v tom, že se ze společnosti vytrácí tradiční model rodiny, její hodnotový systém a tak se stává, že se stírají vytvořené hodnoty a v hierarchii rodiny již člen senior nezastává tak významnou roli jakou zastával před desítky let.

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn zejména mou zkušeností z oboru péče o seniora, ve kterém pracuji již druhým rokem.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část si v první řadě klade za cíl vymezit základní charakteristiky týkající se stáří a stárnutí, problematiku stárnutí a jeho demografii. Rovněž je jejím cílem popsat definici seniora a kvalitu jeho života.

V druhé řadě si klade za cíl zaměřit se na zdravotnické a sociální služby, na domovy pro seniory a v rámci přirozeného prostředí v ČR ne zcela rozšířenou, respektive postupně vzkvétající domácí péči.

Praktická část má tři cíle. Prvním cílem bakalářské práce je zmapovat jednotlivá zařízení, domovy pro seniory, poskytované služby, personální zajištění a počet klientů seniorů.

Druhým cílem je zjistit, zda domovy pro seniory spolupracují s dobrovolníky a třetím cílem je zjistit, zda domovy pro seniory provádí aktivizaci seniorů, respektive jaké druhy a formy aktivizace provádí.

Do své práce jsem si vybrala zařízení, která jsou svým charakterem, poskytováním péče i posláním téměř shodná, ale která se liší prostorovými dispozicemi. Jsou odlišná zejména dobou vzniku, kapacitou, prostředím, ve kterém je budova postavena a jsou odlišná i v rámci toho, kým jsou zřizována a jaký je rozsah poskytovaných služeb.

Stěžejní literaturou pro mě byla *Geriatric a gerontologie* Zdeňka Kalvacha a kolektivu. Dále jsem čerpala z internetových zdrojů, které se aktuálně zabývají problematikou stárnutí a stáří. Zejména jsem čerpala ze stránek Ministerstva práce a sociálních věcí.

# 1. Teoretická část

## 1.1. Vymezení pojmů

### 1.1.1. Stáří, stárnutí, gerontologie

#### Stáří

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Co se týče označení počátku stáří, není zcela zřejmé, jaký rok je tím pravým počátkem. „Z lékařského i demografického pohledu u nás považujeme za počátek stáří obvykle věk 65 let.“<sup>1</sup>

„Již Staří Řekové měli své představy o stárnutí a stáří. Tak např. Aristoteles a Seneca pokládali stáří za nevléčitelnou chorobu, zatímco Galén na základě svých klinických pozorování tvrdil, že stárnutí je pochod fyziologický, přirozený a je třeba jej odlišit od procesů patologických. Zjistit a pozitivně ovlivnit proces stárnutí a stáří – zachovat si „věčné mládí“ je touhou lidstva od nepaměti.“<sup>2</sup>

#### Stárnutí

Stárnutí není zcela jednoduché definovat. Každý z nás chápe stárnutí individuálně. Většina lidí určuje věk člověka dle jeho vnějších rysů. Toto určení není však vždy úplně správné. „Stárnutí se týká samozřejmě sféry biologické (somatické), psychologické i sociální. Fenomény ze všech těchto oblastí se prolínají, vzájemně ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka.“<sup>3</sup>

#### Biologické stárnutí

Obecně dochází při biologickém stárnutí k mnoha změnám. Zpomalují se nejrůznější funkce, omezují se rezervy a snižují se adaptační schopnosti na mnoho situací.

„Stárnutí je tedy souborem celé řady pochodů, jejichž začátky se datují mnohem dříve, než postřehneme první zjevné známky stárnutí. Řadu pochodů a změn způsobujících či provázejících stárnutí již známe, ale mnoho dalších nikoli. Víme, že s nastupujícím věkem se snižuje výměna látková, spotřeba kyslíku atd.“<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. s. 18

<sup>2</sup> JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*. s. 6

<sup>3</sup> PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. s. 22

<sup>4</sup> JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*. s. 7

## **Psychické stárnutí**

V případě psychického stárnutí je nejdůležitější se zaměřit na osobnost člověka. Změny v psychice člověka nemají společného jmenovatele pro každého, v zásadě se liší právě osobností jednotlivce. „Integrita osobnosti zůstává zachována, obvykle se mění jen dílčí funkční schopnosti osobnosti, např. poznávací schopnosti (vnímání, paměť, představy, myšlení). Ve struktuře osobnosti se může přesouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů.“<sup>5</sup>

## **Sociální stárnutí**

Z mého pohledu i v rámci tématu mé bakalářské práce, je právě sociální stárnutí jedním ze stěžejních bodů. „Za počátek sociálního stárnutí je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování.“<sup>6</sup>

Pokusím se vysvětlit, jaký význam má tento termín pro institucionální bydlení. Velice důležité je, jakým způsobem se v této periodě vyrovnáme s tím, že se nám do jisté míry snižuje sociální status a zájem okolí o naše služby, schopnosti a možnosti. Pokud se s touto významnou změnou v našem životě nedokážeme zcela vyrovnat a čeká nás přechod s domácího prostředí do instituce, je poté velice obtížné se na novou situaci adaptovat. V těch méně příjemných situacích nezvládnuté situace, může dojít k tzv. **sociální izolaci**, jež není žádoucí v žádné etapě života. Proto se z mého pohledu zdá velice důležité, jak dokážeme naložit s tím, že v období, kdy by člověk čekal, že bude mít nejvíce klidu, nastává spíše období chaosu a pro někoho období nepříjemných změn.

## **Gerontologie**

„Gerontologie je nauka, soubor vědomostí, o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří. Akcent na lidskou dimenzi je symbolizován již převažujícím označením oboru, který je odvozen od řeckého geron (gen. gerontos) – stařec, starý člověk. Původně se gerontologie utvářela jako multidisciplinární souhrn poznatků různých oborů a vědních disciplín. V současnosti jsou patrné tendence k formování interdisciplinárního oboru s vlastní profilací pregraduální i postgraduální. Obor je zaměřen na specifické potřeby a na zkvalitňování života různých skupin starých lidí. Autorství pojmu gerontologie je připisováno nositeli Nobelovy ceny, mikrobiologovi a imunologovi I.I. Mečnikovovi

---

<sup>5</sup> PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*, s. 23 – 24.

<sup>6</sup> KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 47.

(1845-1916), který jej zřejmě poprvé použil v roce 1903 v eseji „Étude sur la nature humaine“. Novodobá historie začíná ve čtyřicátých letech 20.století.“<sup>7</sup>

Gerontologii zpravidla dělíme na:

**Gerontologii experimentální**, která se zabývá mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání, orgánů a organismů a samozřejmě také studuje proces biologického a psychologického stárnutí člověka. Tato činnost je důležitá, protože umožňuje předvídání procesů stárnutí a jeho prevenci. Atraktivní jsou zejména vytrvalé pokusy lidstva jak prodloužit život člověka hledáním elixíru mládí.

**Gerontologie sociální** tematizuje sociální dopady stárnutí a stáří člověka. Současně si všímá i společenských a sociálních faktorů, které proces stárnutí ovlivňují. Zjišťuje a kategorizuje sociální potřeby stárnoucích a starých lidí. V posledních letech se zabývá také prevencí.

**Gerontologie klinická** se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří i specifických aspektů léčby starých lidí. Bývá též nazývána **geriatrií**. Za jejího zakladatele je považován Ignaz Leo Nasher, který žil v letech 1864 – 1964. Geriatrie je v ČR samostatným klinickým oborem od roku 1982.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> KALVACH, Z. et al., s. 48.

<sup>8</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. s. 9



## 1.1.2. Problematika a demografie stárnutí

### Problematika stárnutí,

Co se týče problematiky stárnutí, zde bychom mohli najít řadu jevů a projevů stárnutí, které mohou komplikovat situaci seniorovi, jeho rodině a nebo naopak se zde najde i společensky negativní přístup k seniorům, o kterém se v posledních letech mluví stále více a je jím tzv. **ageismus**. Jedná se o věkovou diskriminaci. Pokud budu vycházet ze samotného výrazu diskriminace, tak je jasné, že ageismus stejně jako jiná diskriminace může mít několik podob. Jedná se o přímé upírání výhod a nároků seniorů na různé léčby, atd. A nebo se jedná o mírnější formu a tou jsou spíše klasické mýty o stáří, jež mohou mít ještě větší dopad.

Do problematiky stárnutí bychom mohli zařadit řadu patologických jevů, které vysílá společnost a které bychom měli umět zpracovávat a tím chránit seniora před negativním postojem společnosti. Mezi takto problematické postoje patří i **sociální vyloučení**, neboli tzv. **sociální exkluze**. Otázkou však je, jak otevřít oči společnosti, která vyrostla v rukou těch, o které se má teď postarat a paradoxně je diskriminuje!!!

„Jedním z velkých gerontologických problémů je přiměřená aktivizace. Východiskem je představa, že člověk je od přirozenosti tvor činný, agilní. Nečinnost je nepříznivá, je projevem chorobného stavu a špatné prognózy, sama je patogenní tělesně (pokles kondice, imobilizační syndrom jako soubor změn vznikajících bez přiměřeného pohybu – např. při upoutání na lůžko), duševně (dysforie= rozlada, deprese, deficit libých pocitů) i sociálně (izolovanost, závislost, atd.).“<sup>9</sup>

### Demografie stárnutí

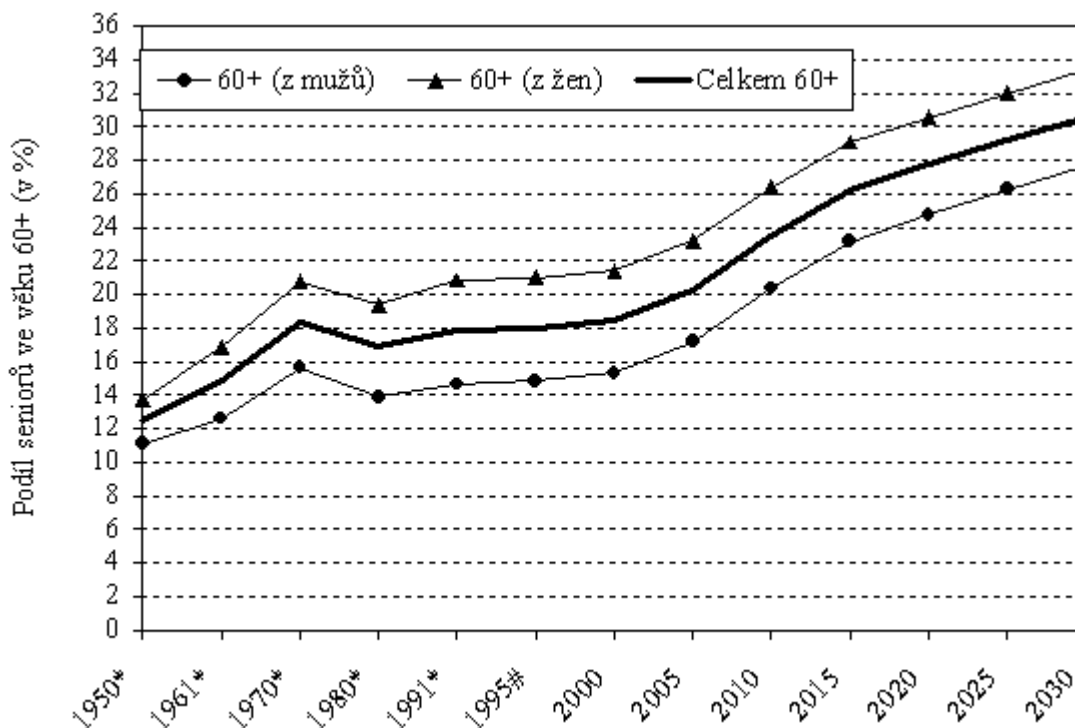
„Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává zdravotnickou prioritou populace **stárnutí populace**. Dochází a bude docházet k přibývání starých lidí.“<sup>10</sup> Z mého pohledu bych chtěla dodat, že se společnost s tímto jevem stále neumí vyrovnat. „Naše současná společnost obraz stáří vytlačuje ze svého vědomí, a to nikoli pouze individuálně, ale také díky médiím, která se příliš pozitivním zobrazováním stáří nezabývají.“<sup>11</sup>

Zajímalo mně, jak na tuto skutečnost reaguje stát, a tak jsem našla na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí zmínku o tzv. **Národním programu přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007**: „Cílem tohoto dokumentu je podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané.“<sup>12</sup> Vychází z „ Mezinárodního

---

<sup>9</sup> BAŠTECKÝ, J.; KÜMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. et al. *Gerontopsychiatrie*. s. 82

akčního plánu pro problematiku stárnutí“, ze „Zásad OSN pro seniory“ a z „Mezinárodního plánu stárnutí 2002.“



Zdroj: <<http://www.mpsv.cz/1058>>

Podle kritérií Světové zdravotnické organizace se za staré obyvatelstvo považuje populace, v níž je více než 7 % osob starších 65 let. Zatímco v roce 1950 žilo v tehdejší Československu 7,8 % osob starších 65 let, v roce 1970 přesáhl jejich počet 11 %. V současné době u nás počet osob starších 65 let činí **13,8 %**. Důležitý je nejen absolutní počet starých lidí, ale vzájemný poměr produktivního a neproduktivního obyvatelstva daného státu. Ekonomicky neaktivní jsou nejen staří lidé, ale také děti a mládež, ...<sup>13</sup>

<sup>10</sup> KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří-pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. s. 8.

<sup>11</sup> HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. s. 18

<sup>12</sup> Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1057>>

<sup>13</sup> Srovnání HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. s. 14

### 1.1.3. Délka lidského života a kalendářní stáří

#### Délka života

„Délka života je časové období, po které lze očekávat, že daný živočich bude žít, a sice za předpokladu ideálních podmínek.“<sup>14</sup>

„Délka lidského života je dána druhově a geneticky determinována. Maximální délka života je teoreticky 115 – 120 let. V praxi je však zcela mimořádným jevem.“<sup>15</sup>

„Zdá se, že každý z nás se s určitou naprogramovanou délkou života již narodil, způsobem života se k ní více či méně (spíše však méně, než více) přibližuje.“<sup>16</sup>

Z praxe dobře vím, že věk, který se pohybuje v rozmezí od 85 až necelých sta let, není výjimečný. V domovech pro seniory i v jiných zařízeních je však péče o tyto dlouhověké obyvatele trochu problematická. Většinou se totiž jedná o osoby trvale upoutané na lůžko s mnohými chronickými onemocněními, které sebou nesou řadu jiných potíží. Dále se trochu stírají ty hranice důstojného dožívání a úcty k těmto osobám. V mnohých případech se o důstojném dožívání vůbec mluvit nedá. Nemyslím tím, že by ošetřující personál nedělal vše, co je v jeho silách. Z mého pohledu je velký problém nedůstojné prostředí starých ústavních zařízení.

#### Kalendářní stáří

Je jednoznačně vymežitelné, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. I arbitrární věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje očekávaná doba dožití a průběžně se zlepšuje zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. Dnes je za počátek stáří považován věk 65 let a o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let. E. B. Hurlocková v polovině 20.století označila věk 40-59 let jako střední, 60 a více let jako stáří. Tuto hranici akceptovala v 60.letech i Světová zdravotnická organizace či OSN. V kontextu demografického vývoje a zlepšování funkčního stavu ve stáří navrhla v 60.letech B.L. Neugartenová pojmy „mladí senioři“ pro věk 55-74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let.

Z jejího pojetí je odvozeno i současné orientační členění stáří:

<sup>14</sup> HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*, s. 32

<sup>15</sup> PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*, s. 14

- a) 65-74 let : mladí senioři – problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace
- b) 75-84 let : staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti
- c) 85 a více let : velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení<sup>17</sup>

#### 1.1.4. Senior a kvalita jeho života

„Pojmenujeme – li dnes člověka seniorem, vyvstává zákonitě otázka, podle jakých kritérií se řídíme a koho máme vlastně na mysli. Senior je spojován se stářím, ale stáří není jasně definováno, protože již na otázku, kdy vlastně stáří začíná dostane tazatel různé odpovědi.“<sup>18</sup>

Je to osoba, která spadá do věkové kategorie 65 let. Jak bylo již výše zmíněno, jde o osobu neproduktivní, se sníženým sociálním statutem a „s nevyužitým zbylým potenciálem.“ Tuto verzi seniora jsem si upravila dle svého pohledu tak, aby vyhovovala dalšímu výkladu. Nevyužitým zbylým potenciálem myslím ty schopnosti, které jsou nejen zachované, ale které má senior chuť použít do dalšího kvalitně prožitého života. Velkou spojitosť vidím opět s ústavním pobytem, kde je v určité míře využíván klientův potenciál, ale jsou bohužel zařízení, kde počet pracovníků (např. ergoterapeutů, sociálních pracovníků) zdaleka neodpovídá počtu těch, kteří by měli být z velké části aktivizováni. V těchto zařízeních se senior postupně adaptuje na malé nároky, co se týče denních aktivit, které by měl vykonávat a dále se omezuje je na to, co musí vykonávat. Chybu vidím hlavně v tom, že stále přežívají taková ústavní zařízení, která před padesáti lety vyhovovala a postupem času se nijak nemění a stále mají fungovat, prakticky stejně jako na počátku. A tím se i do jisté míry determinuje kvalita života seniora.

„V požadavcích na kvalitu života jde zejména o naplnění požadavku autonomie, zajištění důstojnosti uživatelů sociálních služeb, důraz na dodržování lidských a občanských práv. Podporován je rozvoj sociálních služeb založený na kvalitě a dobré praxi. Proces poskytování sociálních služeb by měl být co nejvíce transparentní pro širokou veřejnost.“<sup>19</sup>

<sup>16</sup> RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*, s. 34

<sup>17</sup> Srov. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*, s. 47.

<sup>18</sup> ŠELNER, I. Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy. s. 15

<sup>19</sup> KOZLOVÁ, L. Sociální služby pro stárnoucí populaci v České republice. In *Sborník II. Mezinárodní konference – PROBLEMATIKA – GENERACE 50 PLUS*. s. 34

## 1.2. Zdravotní a sociální služby pro seniory

V této kapitole bych ráda pokračovala tématem kvality života seniorů a zároveň bych chtěla tuto problematiku zakomponovat do problematiky kvality bydlení seniorů v ústavních zařízeních.

Jak jsem se již zmínila, problematika bydlení seniorů mimo vlastní domov je nejen aktuální, ale i rozšířená. Každý senior má určité požadavky a v první řadě potřeby, které vychází z jeho předchozího života a které by rád naplnil a uspokojil v té míře, v jaké byl zvyklý. Těmto potřebám a požadavkům však musí odpovídat i zařízení, do kterého je v mnoha případech nucen se nastěhovat.

Máme několik druhů zařízení, které se liší množstvím a druhem poskytovaných služeb, strukturou celého zařízení i tím, co je hlavním posláním a jak tato poslání naplňovat viz. dále.

### Zásady OSN pro seniory

Zásady OSN pro seniory přijaté Valným shromážděním OSN (rezoluce 46/91) dne 16. prosince 1991. Vlády jsou vyzývány k tomu, aby tyto zásady včlenily do svých národních programů, kdykoli je to možné.

V osmnácti bodech je rozpracováno pět zásad:

- a) **zabezpečnost** – senioři by měli mít užitek z rodinné péče a péče a ochrany společnosti v souladu se systémem kulturních hodnot každé společnosti; mít přístup ke zdravotní péči, která by jim pomohla udržet nebo nabýt optimální úroveň tělesného, duševního a emočního zdraví a zabránit nebo zpozdit propuknutí nemoci; měli mít přístup k sociálním a právnickým službám, které by rozšířily jejich autonomii, ochranu a péči o ně, atd..
- b) **důstojnost** – senioři by měli žít v důstojnosti a bezpečí a nemělo by být využíváno jejich tělesné nebo duševní závislosti; se seniory by mělo být dobře zacházeno bez ohledu na jejich věk, pohlaví, rasovou nebo etnickou příslušnost, postižení a další stav, a měli by být hodnoceni nezávisle na jejich ekonomickém přínosu.
- c) **nezávislost** – senioři by měli mít přístup k odpovídající stravě, vodě, obydlí, oděvu a zdravotní péči na základě zajištění příjmu, podpory rodiny a společnosti a svépomoci; mít příležitost pracovat nebo mít přístup k jiným příležitostem zajišťujícím příjem; mít možnost účastnit se rozhodování, kdy a jak rychle bude probíhat jejich odchod z pracovního života; mít přístup k odpovídajícím vzdělávacím a výcvikovým programům;

žít v prostředí, které je bezpečné a přizpůsobitelné osobním preferencím a měnícím se schopnostem; žít ve svém domově jak nejdéle je to možné.

- d) **seberealizace** – senioři by měli mít možnost využívat příležitosti k plnému rozvoji svých schopností; mít přístup ke vzdělávacím, kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům společnosti.
- e) **participace** – senioři by měli zůstat zařazeni do společnosti, zúčastňovat se aktivně formulování a realizace politik, které přímo ovlivňují jejich blaho, a podílet se o své znalosti a schopnosti s mladšími generacemi; mít možnost hledat a rozvíjet příležitosti pro služby občanské společnosti a pracovat jako dobrovolníci na místech odpovídajících jejich zájmům a schopnostem; mít možnost vytvářet hnutí nebo asociace starých lidí.<sup>20</sup>

Za nezbytnou podmínku je dnes považováno propojení zdravotní a sociální péče. Co se týče jednotlivých zařízení, které pečují o seniory, tak právě v takových zařízeních by měla fungovat spolupráce odborníků jak na zdravotní péči, tak odborníků na péči sociální.

### 1.2.1. Dlouhodobá sociální ústavní péče

V první řadě je důležité se zmínit o tom, jak je nesmírně důležité, aby senior zůstal ve svém přirozeném prostředí, a pokud tomu tak není, tak aby jeho nový domov mu byl tím nejpřirozenějším prostředím.

„Setrvání v přirozeném prostředí starým lidem umožňuje zajistit bezpečí (jak emocionální, tak fyzické), správně reflektovat identitu a podporovat jejich sebevědomí, nabízet příležitosti ke smysluplným činnostem.“<sup>21</sup>

„V péči o staré lidi platí princip komplexnosti a neoddělitelnosti zdravotní a sociální složky. Zdravotní a sociální péče musí být poskytována současně, i když v určitém okamžiku nápadně převažuje jednou zdravotní, podruhé sociální handicap. Prostředkem umožňujícím splnit všechny úkoly vyplývající z této potřeby je složitá soustava funkčního komplexu péče o člověka. Tato péče zajišťuje biologickou, psychologickou, sociální homeostázu stárnoucího a starého člověka.“<sup>22</sup>

<sup>20</sup> Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/1111>>

<sup>21</sup> GLOSOVÁ, D. et al. *Bydlení pro seniory*. s. 22

<sup>22</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*, s. 172

Tato péče je z mnoha pohledů velice problematická. Jde o důležité propojení všech složek ošetrovatelského procesu, a výše zmíněné zdravotně – sociální péče.

V ústavní péči to bývá zpravidla tak, že jsou funkce rozdělené a v určitých situacích se střetávají ve vzájemnou spolupráci a v každodenní kontakt. A zde nacházím tu problematickou stránku. Z mé vlastní zkušenosti vím, že ošetřující personál je nejbližší seniorům, o které se stará a může se tak dostat do konfliktu s vlastními představami toho, jak by celá komunikace a každodenní starost měla vypadat. V mnoha případech nezbyvá ošetřujícím čas na to, aby se jako by nadstavbově postarali o klienta i z jiných stránek, ne jen té biologické. Někdo by si mohl říct, že psychosociální potřeby do jisté míry zajišťují sociální pracovníci k tomu určené. Bohužel tomu tak není, a to nejen z důvodu nadměrných počtů klientů na malé množství sociálních pracovníků, ale i z důvodu toho, že neznají všechny klienty tak důvěrně, jako ošetřující personál. Zdá se to jako nevyřešitelný problém.

### **1.2.2. Dlouhodobá zdravotní péče**

- a) **„Odborná oddělení nemocnic** – poskytují akutní zdravotnickou péči pro staré lidi ve stejném rozsahu jako pro nemocné jiných věkových skupin. Hlavní indikací k přijetí na tato oddělení jsou zdravotní problémy, nejčastěji nemoci oběhové soustavy, nemoci trávicího ústrojí, nádory. Nejvyšší zastoupení seniorů je na interních, očních a urologických odděleních, kde tvoří více jak 40%. Průměrné doby hospitalizace se na akutních odděleních v posledních letech stále zkracují, protože náklady na tato akutní lůžka jsou vysoké.
- b) **Geriatrická oddělení** – většinou ve velkých nemocnicích. Jsou to oddělení nemocničního typu specializovaná na péči o seniory, kteří nejsou indikováni k přijetí na jiném akutním oddělení. K přijetí na tato oddělení jsou indikováni např. senioři s náhlým zhoršením stavu a soběstačnosti, apod. Tato oddělení, ve kterých pracuje tým v geriatrii vyškolených pracovníků, se soustavně zabývají i funkčním testováním nemocných. Metodou práce je komplexní posouzení pacienta a stanovení léčebného a rehabilitačního plánu se zaměřením na zlepšení soběstačnosti.
- c) **Léčebny dlouhodobě nemocných – tzv. LDN** jsou specializovaná zdravotnická zařízení pro léčení nemocných se stanovenou diagnózou a nutností dlouhodobé lékařské či ošetrovatelské péče a rehabilitace. Nejsou tedy vyčleněny jen pro geriatrické nemocné, i když ti jednoznačně převažují. Průměrný věk nemocných v LDN je kolem 75 let. Koncem roku 1998 existovalo v ČR 74 LDN s 5995 lůžky, na kterých bylo ošetřeno

28 871 nemocných. I když jsou LDN lůžkovou základnou oboru geriatrické a dnes jediným reprezentantem dlouhodobé geriatrické ústavní péče, musí se jejich postavení do budoucna změnit.

- d) Oddělení následné péče – ONP** – vznikla v roce 1998 transformací některých LDN nebo akutních oddělení. Jsou většinou součástí nemocnic. K přijetí na tato oddělení jsou indikováni nemocní ve stabilizovaném stavu se stanovenou diagnózou, po odeznění akutní fáze onemocnění, kteří potřebují delší léčbu a rehabilitaci. Většinou jsou sem nemocní překládáni z akutních nemocničních oddělení.<sup>23</sup>

### 1.2.3. Domovy pro seniory

„V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“<sup>24</sup>

Podle B. Gruberové zajišťují komplexní péči o staré lidi, kteří nemohou, či nechtějí být sami v domácnosti. Původně sem byli přijímáni obyvatelé převážně ze sociálních důvodů (nevyhovující bytové podmínky), dnes naopak převažují důvody zdravotní. Přitom zůstávají v rezortu MPSV, zdravotnické služby neposkytují, pouze zajišťují. To má za následek mnoho komplikací pro nemocné obyvatele.

„Spektrum nemocných v DD je dnes prakticky shodné s LDN a ONP, množství personálu i výše financí se ale u obou těchto institucí pro dlouhodobou péči výrazně liší. V DD bojuje personál i o základní pomůcky, jsou problémy s předepisováním léků. Navíc řada DD je v nevyhovujících starých budovách. V roce 1995 bylo v ČR 272 DD s 32 110 lůžky, na umístění čeká urgentně 6000 žadatelů, chybí cca 15 600 lůžek.“<sup>25</sup>

„DD mohou být zařízení státní, církevní i soukromá. Ve státních domovech si obyvatelé platí za pobyt, tj. stravu, bydlení, služby atd. Po zaplacení stanovených poplatků musí

<sup>23</sup> GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. s. 13,14 - 15

<sup>24</sup> Úplné znění Zákona č.108/2006 Sb., Ostrava : SAGIT, 2007, ISBN 978 – 80 – 7208 – 608 - 5

<sup>25</sup> GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*, s. 16



každému obyvatele zůstat 30% důchodu. Soukromé domovy důchodců mají lepší podmínky, jsou však dražší. Církevní domovy bývají levnější než státní. DD byly původně určeny pro staré soběstačné osoby. V současné době jsou azylovým zařízením, kde lidé dožívají svůj život, často zcela závislí na ošetrovatelských odděleních.“<sup>26</sup>

Záměrně jsem chronologicky seřadila dlouhodobou sociální a zdravotnickou ústavní péči.

Je důležité si uvědomit, že dnes jsou do domovů pro seniory přijímáni většinou klienti ze zdravotnických zařízení. Přijímání klientů do domovů pro seniory je další složitou etapou v práci se seniory a je důležité si uvědomit, že je to pro seniora jedno z nejtěžších období přechodu a změny bydliště. Pokud se jedná o přechod ze zdravotnického zařízení podobného typu jako je domov pro seniory, tak v zásadě nedochází k takové změně a senior se často adaptuje na nové prostředí celkem bez problémů. Problém však může nastat a často nastává ve chvíli, kdy senior přichází ze svého domácího prostředí, na které je zvyklý a které mu do jisté doby poskytovalo vše to, co v novém domově nenachází. Pak záleží na spolupráci sociálního pracovníka, klienta a jeho rodiny a na vytvoření příjemného prostředí, které mu pobyt zpříjemní.

---

<sup>26</sup> KALVACH, Z. *Geriatric a gerontologie*, s. 470

#### 1.2.4. Home care

„Domov – místo, odkud každý z nás několikrát za život odchází, ale s přibývajícím věkem se také stále častěji a rád vrací. Když jsme dětmi, opouštíme domov na krátký čas a návrat zpět máme spojený s máminou náručí, jistotou a klidem. Někdy jsme však nuceni opustit domov i násilím, třeba když nás postihne nějaká nepříjemná choroba. Jsme donuceni postoupit hospitalizaci, či lékařský zákrok po takové situaci vítáme návrat domů téměř jako malý zázrak. S přibývajícím věkem si stále častěji začínáme uvědomovat, že celý náš život bude mít také nějaký závěr, neboť to je jedinou skutečnou spravedlností, že život, pro každého stejně, jednou začíná a jednou také skončí. Jak se však připravíme na náš životní závěr, či jak můžeme pomoci někomu blízkému vyrovnat se s jeho, to už záleží jen na nás.“<sup>27</sup>

„Domácí péče je od roku 1990 nedílnou součástí moderního systému zdravotní i sociální péče v České republice.

Posláním domácí péče je zajistit v rámci primární péče ve vlastním sociálním prostředí klienta takový rozsah a kvalitu potřebné zdravotní a sociální péče, který je dle aktuálních podmínek, poznatků vědy a výzkumu možný tak, aby k hospitalizaci klienta nebo jeho umístění do ústavů sociální péče docházelo jen, když je to nezbytně nutné.

Domácí péče je propojenou formou zdravotní ( mezinárodní termín Home care) a sociální péče ( mezinárodní termín Home help), včetně péče laické, poskytované potřebnému klientovi na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v jeho vlastním prostředí.“<sup>28</sup>

Z organizačního hlediska, které má různé varianty, lze rozlišit tři druhy **domácí péče**:

- a) domácí péče adresovaná jedinci nebo rodině, s důrazem na osvětu týkající se hygieny, racionálního stravování, péče o děti, prevence AIDS a plánovaného rodičovství. Tato forma je aktuální zejména v Africe a v Asii.
- b) Domácí péče jako návštěvní služba lékařů a sester má tradici v řadě vyspělých zemích, např. v Anglii a Kanadě. I u nás je domácí péče dobře známa. U nemocného, který stůně doma, se podle potřeby střídají nejen zdravotníci, ale i poskytovatelé sociálních služeb. Tato forma domácí péče má řadu předností (pohoda nemocného), ale bývá kritizována za absenci týmové práce. Diskuse vyvolává nejasný způsob finanční úhrady.

---

<sup>27</sup> HRUBOŠOVÁ, V. *Domov-místo odchodů a návratů*. s.53.

- c) Domácí péče ve formě domácí hospitalizace je neobvyklá, nákladná a pokrývá potřeby omezeného množství pacientů. Extrémem je umístění jednotky intenzivní péče v obývacím pokoji. Praktikuje se v USA, Anglii a Japonsku.

Domácí péče jako forma základní sociální a zdravotní péče reprezentuje přijatelnou a žádoucí formu zdravotnické odborné péče a pečovatelské služby. Má tradici zejména v Holandsku, Francii a Švýcarsku. Nevýhodou je určité, těžko kontrolovatelné zneužívání nabídky služeb a problémy financování. V České republice se v současné době rozvíjí systém komplexní domácí péče, kdy rozsah zdravotní péče určuje lékař a potřebné penzum sociálních služeb určuje rovněž odborník daného oboru (sociální pracovník). Pacient i rodina jsou soustavně motivováni k aktivní spolupráci a vedeni k uplatňování principů svépomoci. V ČR existuje Asociace domácí péče ČR, která sdružuje jednotlivé agentury domácí péče.<sup>29</sup>

„Mezi hlavní principy poskytování péče v rodinách patří princip solidarity, který jde napříč generacemi. Je založen na sdílení společného rizika a zásadě „dnes ty mně, zítra já tobě“, očekávání reciprocitu v případě vlastního postižení, ale i na soucitu a altruismu. Princip solidarity funguje především na úrovni celospolečenského přerozdělování hmotných statků, například zdravotního a sociálního pojištění.“<sup>30</sup>

### **1.2.5. Sociální práce se seniory**

---

<sup>28</sup> MISCONIOVÁ, B. *Domácí péče : otázky a odpovědi*. Dostupné na [www <http://www.pecujici.cz/prirucky online>](http://www.pecujici.cz/prirucky-online)

<sup>29</sup> Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. s. 49 - 50

<sup>30</sup> TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky*. s. 5

Jedná se samozřejmě o sociální práci v institucionálních zařízeních. Sociální práce se seniory v těchto zařízeních je velice potřebná. Mám však takový pocit, že jsou zařízení, kde je náplň sociálního pracovníka velmi odlišná a tak trochu nepochopená. Spíše není jasně definováno, jak má taková práce vypadat.

„Je součástí přímé konkrétní pomoci seniorům, kteří zde žijí, a sociální pracovníci by se měli uplatnit i při koncepčním uvažování o podobě a funkcích těchto zařízení a o směřování jejich vývoje do budoucnosti.“<sup>31</sup>

„Jedná se o administrativní práci, jež jsou dokumentace a dávky, důchodová agenda, podávání žádostí o omezení či zbavení způsobilosti k právním úkonům, kontakt s úřady, vybavování záležitostí zemřelého, pozůstalostní agenda. Dále se plánuje příchod do instituce, sociální šetření v místě bydliště, kontakt se zdravotnickým zařízením, přijímání seniora k pobytu,..“<sup>32</sup>

Těch administrativních funkcí je doopravdy mnoho a všechny z nich jsou většinou sociálními pracovníky poctivě vykonávány. Na druhou stranu, pokud má sociální pracovník tendenci vykonávat jen a pouze to, co je nezbytné je to v mnoha ohledech smutné. Nezbyvá mu čas na přímou práci s klientem, omezuje se na komunikaci s klientem, jen co se týče výplaty jednotlivých dávek atd.

Bohužel i z mé zkušenosti vím, že sociální pracovník v těchto zařízeních plní pouze funkci administrativního pracovníka, který se stará o výplatu důchodů a má na starosti další činnosti s tímto spojené! Faktem je, že by si sociální pracovník měl svou práci rozplánovat do jisté míry sám a neměl by při té vší administrativě zapomínat na klienta a jeho potřeby.

Některá zařízení mají tento problém vyřešen tak, že zaměstnávají tzv. pracovníky sociální péče. Tito pracovníci vedou a plánují volnočasové aktivity klientům seniorům.

---

<sup>31</sup> MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. s. 179.

<sup>32</sup> Tamtéž s. 180

## **2. Praktická část**

### **2.1. Cíl práce a hypotézy**

#### **Cíl práce**

Prvním cílem praktické části bakalářské práce je zmapovat jednotlivá zařízení, domovy pro seniory v Českých Budějovicích, konkrétně „Domov pro seniory v Dobré Vodě“, „Domov pro seniory Máj“, „Domov pro seniory Hvízdal“, poskytované služby, personální zajištění, počet klientů seniorů.

Druhým cílem je zjistit, zda domovy pro seniory v Českých Budějovicích spolupracují s dobrovolníky a třetím cílem je zjistit, zda se v domovech pro seniory provádí aktivizace seniorů, respektive jaké formy a druhy aktivizace se provádí.

#### **Hypotézy**

**H<sub>1</sub>: Domovy pro seniory v Českých Budějovicích využívají činnosti dobrovolníků.**

**H<sub>2</sub>: V domovech pro seniory v Českých Budějovicích probíhá canisterapie.**

**H<sub>3</sub>: V domovech pro seniory v Českých Budějovicích probíhá trénování paměti**

**H<sub>4</sub>: V domovech pro seniory v Českých Budějovicích probíhá muzikoterapie.**

### **2.2. Metodika**

#### **Metody a techniky sběru dat**

Při vypracovávání bakalářské práce byla použita **metoda terénního výzkumu** v jednotlivých zařízeních. Získané informace byly zpracovány a vyhodnoceny pomocí grafů a tabulek.

Jako techniku sběru dat jsem použila rozhovor s řediteli „Domova pro seniory Máj“ a „Domova pro seniory Hvízdal“ a v „Domově pro seniory v Dobré Vodě“ jsem zaměstnaná už druhým rokem, a tak jsem uplatnila přímé pozorování.

Byla stanovena kritéria ke komparaci domovů pro seniory a k tomuto vyhodnocení jsem použila **komparativní analýzu**. Kritéria jsou ve formě otázek a týkají se toho, v jakém prostředí se zařízení nalézají a co mohou seniorům nabídnout, jaký počet obyvatel je

v zařízení, jaký je celkový počet zaměstnanců, kolik je v zařízení sociálních pracovníků, jaký je počet ošetrovatelského personálu. Dále se kritéria týkají aktivit, která jsou v zařízení prováděna v rámci vyplnění volného času seniorů, které z volnočasových aktivit jsou v daném zařízení nejžádanější, zda existují v zařízení dobrovolnické programy a jaká oblast péče o klienta není v zařízení naplněna.

V rámci popisu domovů pro seniory bylo čerpáno z informačních dokumentů domovů, a tak byla použita **obsahová analýza dokumentů**. Dále byla použita **sekundární analýza dat** při práci s interními dokumenty domovů.

„**Přímé pozorování** je zaměřené, dobře plánované vnímání vybraných jevů. To, co bylo vnímáno, je pečlivě a systematicky zaznamenáváno.

**Rozhovor** je technika, kdy jsou vyžadované informace získávány v přímé interakci s respondentem. Rozhovor může být prováděn tváří v tvář nebo telefonicky.“<sup>33</sup>

## **Realizace výzkumu**

Výzkum byl realizován průběžně v době od prosince 2006 do března 2007. Jak již bylo výše zmíněno rozhovor byl použit s ředitelem „Domova pro seniory Máj“ a s ředitelkou „domova pro seniory Hvízdal“. Probíhal formou tváří v tvář i telefonicky. V „Domově pro seniory v Dobré Vodě“ jsem zaměstnaná, a tak jsem využívala hlavně formu přímého pozorování. Své poznatky jsem měla možnost konzultovat s odpovědným personálem.

---

<sup>33</sup> DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. s. 124

## **2.3. Charakteristika zkoumaného souboru**

### **2.3.1. Domov pro seniory, domov se zvláštním režimem Dobrá Voda**

Domov pro seniory, domov se zvláštním režimem v Dobré Vodě u Českých Budějovic, je zařízení sociální péče zřízené Krajským úřadem Jihočeského kraje ( dále jen Krajský úřad).

Nachází se v dosahu českobudějovické MHD v příjemném klidném lesoparku.

Je určen pro staré občany, kteří dosáhli věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu a kteří pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny, ani pečovatelskou službou nebo jinými službami sociální péče, a dále pro staré občany, kteří toto umístění nezbytně potřebují z jiných vážných důvodů.

Jsou poskytovány služby dle zákona 108/2006 Sb. :

- a) „domov pro seniory“ (§ 49) především pro občany se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku a zdravotního stavu a kteří již potřebují zajištění základních potřeb, které nemohou být zajištěny jejich rodinou či terénními nebo ambulantními sociálními službami.
- b) „domov se zvláštním režimem“ (§ 50) především pro občany se stařeckou nebo Alzheimerovou demencí, jejichž situace vyžaduje nepřetržitou péči.

Nemohou však být přijati občané, jejichž zdravotní stav vyžaduje léčení a ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Domov má 300 obyvatel s přibližně 150 zaměstnanci, kteří poskytují nepřetržitou zdravotní a ošetrovatelskou péči. Obyvatelé mají v domově zabezpečeny komplexní služby v nových či nově zrekonstruovaných pokojích, stravování, dále pak hygienickou, zdravotní a sociální péči. Zdravotní péči zabezpečují vedle zdravotních sester také nasmlouvaní lékaři všech potřebných oborů. Kdykoliv zařízení nabízí ubytování (přenocování) rodinného příslušníka.

Domov pro seniory má devět stanic, z nichž každé oddělení má odlišný počet klientů. Mobilní a imobilní klienti nemají svá zvláštní oddělení. Domov poskytuje ubytování v jedno a dvoulůžkových pokojích. Je zde i oddělení se zvláštním režimem.

Sociální pracovníci zajišťují všechny potřeby ohledně komunikace s úřady (vyřízení trvalého pobytu, změnu zasílání důchodů, vyřízení bezmocnosti, korespondence, atd.)

Domov pořádá pravidelné zábavy pro obyvatele s živou muzikou. Každý měsíc probíhá „kavárna“, se zábavným programem uspořádána obyvateli a zaměstnanci domova. V letních měsících jsou pořádány s ohněm a hudbou. Jsou pořádány výlety mikrobusem dle přání obyvatel. Na stanicích probíhá pravidelná aktivizace (cvičení obyvatel, cvičení paměti, práce

na PC a internetu, ergoterapie – vytváření různých předmětů, kreslení, soutěže, hry, cvičení v sedě při hudbě, muzikoterapie). Při ergoterapii je navazováno na životní zájmy obyvatel, v kterých mohou pokračovat i v domově.

V domově jsou každý týden pořádány bohoslužby v kapli, která je součástí domova, pokud si obyvatel přeje, může být poskytnuta duchovní služba i na pokoji.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Dostupné na WWW: <<http://www.domov-dobravoda.cz>>



### **2.3.2. Domov pro seniory Máj, příspěvková organizace České Budějovice**

Tento domov je určen pro osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku nebo zdravotního postižení, chronického duševního onemocnění, Alzheimerovy demence ostatních typů demencí a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Nemohou však být přijaty osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení, bacilonosiči a osoby trpící chronickým alkoholismem a jinými závažnými toxikomániemi.

Celková kapacita je 127 lůžek na jedno a dvou lůžkových pokojích. Veškeré prostory jsou s bezbariérovým přístupem.

Posláním domova je poskytování komplexní péče o seniory v souladu s jejich právy a svobodami. Přijetím do DpS Máj se nemění občanská práva obyvatel. Je podporován rozvoj kulturního a společenského života a rozvíjena zájmová činnost obyvatel.

Ošetrovatelská a lékařská péče je v tomto domově poskytována týmem zdravotnických pracovníků po celých 24 hodin denně, 365 dní v roce. Tento tým poskytuje léčebně preventivní péči.

Domov pro seniory je rozdělen na tři oddělení:

- a) oddělení A – poskytování sociální péče v domově pro seniory podle § 49 91 zákona č.108/2006 Sb.
- b) oddělení B – poskytování sociální péče pro osoby se zdravotním postižením podle § 48 a 91 zákona č.108/2006 Sb.
- c) oddělení C – poskytování sociální péče v domově se zvláštním režimem podle § 50 a 91 zákona č.108/2006 Sb.

Komplexní ošetrovatelská péče je poskytována zejména imobilním, nebo částečně mobilním obyvatelům.

Na oddělení se zvláštním režimem je poskytována ošetřující péče v souladu s uspokojováním bio – psycho – sociálních potřeb, neboť toto oddělení tvoří obyvatelé, kteří vyžadují zvláštní a citlivý přístup svých blízkých a odborný přístup ošetřujícího personálu.

Kulturní a zájmová činnost je nedílnou součástí pobytu v domově pro seniory. Pravidelně jsou pořádány kulturní akce, kterých se mohou libovolně účastnit obyvatelé i v doprovodu své rodiny či přátel. K co možná nejširšímu uspokojení rozličných potřeb obyvatel a udržení jejich aktivity funguje v DpS Máj ergoterapeutická dílna, která dle svého harmonogramu slouží všem obyvatelům domova. Zajišťuje ji diplomovaná ergoterapeutka a dvě sociální

asistentky. Všechny tyto pracovnice denně dle harmonogramu zapojují obyvatele do rukodělných prací. Dvakrát týdně za příznivého počasí se sociální asistentky vydávají s obyvateli na procházky do blízkého okolí. Ergoterapie probíhá na všech odděleních domova.

Obyvatelé stanice A, což jsou soběstační klienti, mohou docházet na ergoterapii každý všední den. Také obyvatelé z ostatních stanic mají ergoterapii každý den ve stejnou dobu. V rámci ergoterapie domov provádí skupinovou a individuální ergoterapii. V přízemí domova se nachází výše zmíněná ergoterapeutická dílna, kam mají možnost docházet mobilní klienti.

Nabídka volnočasových aktivit je rozmanitá. Volnočasové aktivity se konají pravidelně. Na každé stanici je vyvěšen harmonogram volnočasových aktivit, který bývá ještě každý měsíc doplněn o aktuální kulturní program. Zejména se provádí arteterapie, canisterapie, křeslo pro hosta, kulturní programy, muzikoterapie, skupinové hry, trénování paměti.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Dostupné na WWW: <<http://www.ddmajcb.cz/index>>

### **2.3.3. Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem Hvízdal České Budějovice, příspěvková organizace**

V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., se zařízení transformovalo od 1.1.2007 na Domov pro seniory Hvízdal, příspěvková organizace.

Domov pro seniory (dále jen DpS) se nachází v klidném prostředí na okraji druhého největšího sídliště v Českých Budějovicích – „Vltava“. Na západní straně budovy je přírodní rezervace Vrbenské rybníky s dobrou přístupovou cestou a tudíž možností vycházek v pěkné přírodě. Směrem na východ, asi 5 minut chůze, je velké obchodní centrum GLOBUS. Je zde i dostupnost městské dopravy.

Kapacita zařízení je pro 270 uživatelů, z toho dvě místa jsou určena pro odlehčovací služby – jedno pro muže, jedno pro ženu.

Posláním domova je zajistit kvalitní pobytové služby s celodenním stravováním a 24 hodinovou péčí osobám, které z důvodu věku či zdravotního stavu nemohou již pobývat ve svém domácím prostředí.

DpS je dle zákona č. 108/2006 určen:

- a) osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby;
- b) osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby;
- c) osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob;
- d) osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

DpS není určen: osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení; osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci; chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové služby v domově se

zvláštním režimem. DpS ještě není určen bacilonosičům, osobám trpícím chronickým alkoholismem a jinými závažnými toxikomániemi.

Uživatelům z DpS je poskytována na jednotlivých stanicích dle jejich zdravotního stavu komplexní ošetrovatelská péče pod vedením úsekových sester – specialistek, včetně péče rehabilitační. Zdravotnický personál plní ordinace lékaře, pracuje se zdravotní dokumentací, ošetrovatelskou a sociální včetně adaptačního procesu. Práce zdravotnických pracovníků je týmová. Osobní údaje a data klientů jsou přístupné pouze pověřeným zaměstnancům a dodržují se platné obecně závazné normy a zákony. Veškerý personál dbá na dodržování povinné mlčenlivosti a důvěrnosti informací.

Hlavní prioritou je nejen poskytování ošetrovatelské a zdravotní péče, ale zároveň uspokojování potřeb klientů po stránce kulturního vyžití. Denní program vychází ze zálib a koníčků klientů. Pracovníci sociální péče se zabývají psychosociálními potřebami uživatelů a jejich volnočasovými aktivitami. V dopoledních hodinách navštěvují klienty na pokojích, vyhledávají jejich individuální potřeby, vyplňují jejich volný čas a věnují se převážně klientům zcela upoutaným na lůžko. V odpoledních hodinách mají každý den jiný program ve společenské místnosti: kondiční cvičení, četba na pokračování, různé hry – kuželky, šachy, karty apod., procvičování paměti, arteterapie, muzikoterapie, canisterapie, kroužek vaření apod. Úzce spolupracují s rodinou.

V hale zařízení jsou pořádány různé společenské a kulturní akce. Večerní taneční zábavy několikrát do roka s živou hudbou, vystoupení dětí mateřských škol, základních škol, hudební školy, tanečních kroužků, folklórních souborů, umělců z Jihočeského divadla a i známých umělců z televizní obrazovky. Pravidelně několikrát do roka klienti navštěvují divadelní představení a účastní se různých soutěží. Ve spolupráci se zřizovatelem jsou to i pobytové zájezdy u moře např. Chorvatsko. Z výletů a velkých kulturních akcí jsou pořizovány videozáznamy a poté jsou promítány do jednotlivých pokojů, neboť v celé budově je videorozvod. Individuálně jsou pořádány i výlety pro méně pohyblivé klienty či vozíčkáře autobusy vybavené plošinou. Každou sobotu probíhá bohoslužba. Kněz dochází na přání uživatelů k lůžku.

Jsou dodržovány i tradice související s velikonočními, vánočními svátky a jinými mimořádnými událostmi např. Masopustní veselice, Mikulášská včetně nadílky, Den matek, Den seniorů apod.<sup>36</sup>

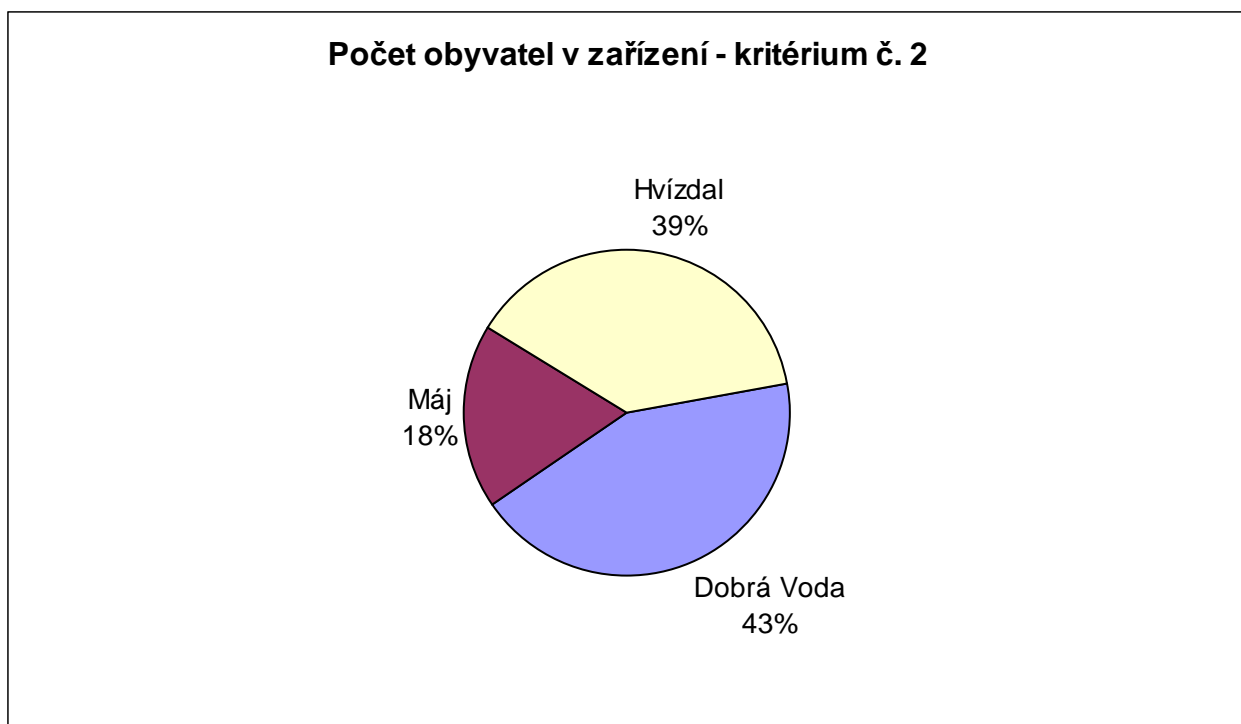
## 2.4 Výsledky

## Komparace „Domovů pro seniory v Českých Budějovicích“

Kritéria	Název zařízení	Název zařízení	Název zařízení
	Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem v Dobré Vodě u ČB	Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem Máj	Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem Hvízdal
<b>1. V jakém prostředí se zařízení nalézá a co může seniorům nabídnout?</b>	Prostředí klidného lesoparku za městem České Budějovice nabízí hlavně možnost procházek a relaxace v přírodě.	Nově rekonstruovaná budova nešťastně stojící na rušném sídlišti Máj. Může však nabídnout množství aktivit uvnitř budovy.	Klidné prostředí na okraji sídliště Vltava. Je zde možnost vycházek do přírodní rezervace Vrbenské rybníky.
<b>2. Jaký počet obyvatel je v zařízení?</b>	300 obyvatel	127 obyvatel	270 obyvatel
<b>3. Jaký je celkový počet zaměstnanců?</b>	150 zaměstnanců	86 zaměstnanců	106 zaměstnanců
<b>4. Kolik je v zařízení sociálních pracovníků?</b>	2 sociální pracovníce, 1 sestra pro sociální službu - ergoterapeutka	1 diplomovaná ergoterapeutka, 2 pracovníci sociální péče, 3 sociální pracovníce	6 pracovníků sociální péče, 4 sociál. pracovníci, 1 ergoterapeutka
<b>5. Jaký je počet ošetřovatel. personálu?</b>	přibližně 120 zaměstnanců	54 zaměstnanců	56,5 zaměstnance
<b>6. Jaké aktivity jsou v zařízení prováděny v rámci vyplnění volného času seniorů?</b>	ergoterapie, muzikoterapie, rehabilitace, výlety, filmové promítání, kavárny, zábavy, jarmark	canisterapie, rehabilitace, aromaterapie, arteterapie, muzikoterapie, trénování paměti, výlety	canisterapie, muzikoterapie, arteterapie, rehabilitace, trénování paměti, různé hry, četba, kondiční cvičení, kroužek pečení, videorozvod, večerní taneční zábavy, přednášky
<b>7. Které z volnočasových aktivit jsou nejžádanější?</b>	ergoterapie	Zejména muzikoterapie, Výlety	Muzikoterapie, pečení, výlety, individuální pohovory, ergoterapie, hry

<b>8. Existují v zařízení dobrovolnické programy?</b>	V současné době neexistují.	Studenti ZSF, ADRA, společnost s canisterapií HAFÍK a 2 dobrovolníci vyučující PC	Studenti ZSF, ADRA, dobrovolníci vyučující PC
<b>9. Jaká oblast péče o klienta není v zařízení zcela naplněna?</b>	Chybí canisterapie	V současné době je práce dostatečně naplněna.	Zcela individuální práce s klientem.

**Graf 1 - počet obyvatel v domovech pro seniory v ČB**

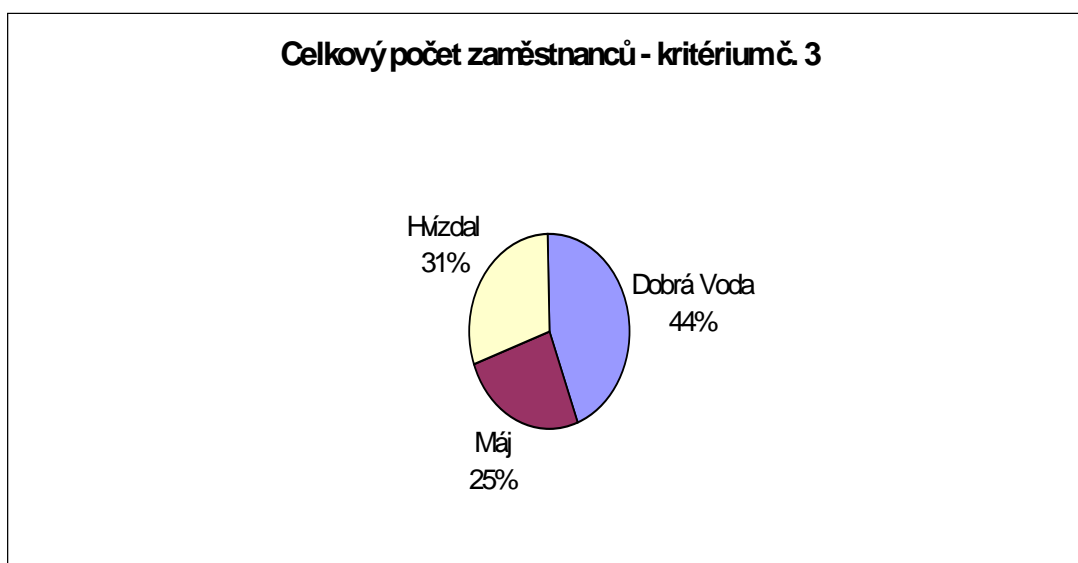


**Zdroj: vlastní výzkum**

Domov pro seniory v Dobré Vodě je zařízení s nejvyšším počtem klientů.

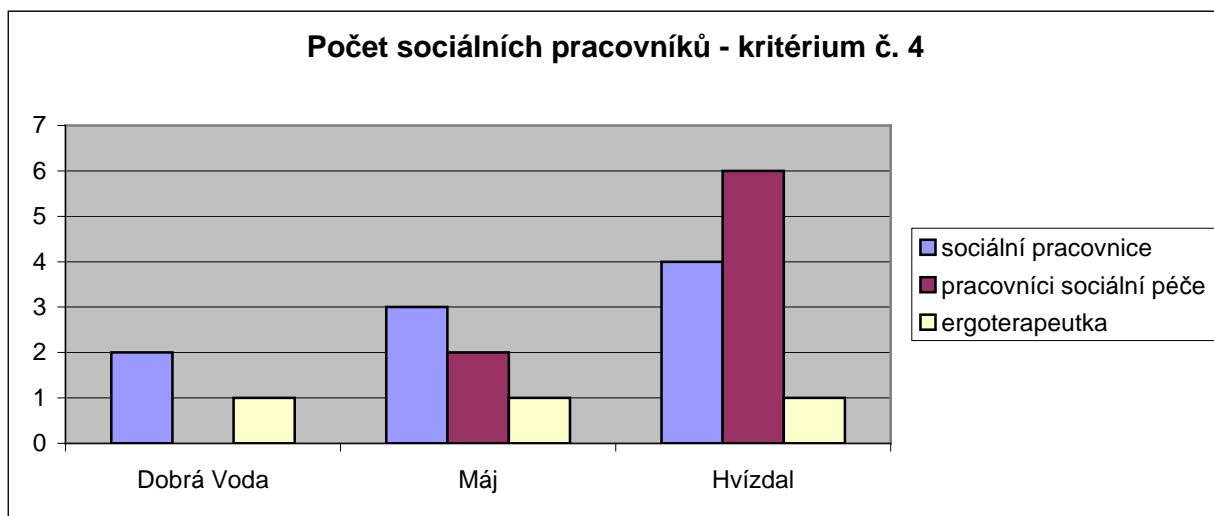
Tento údaj se dále objeví ve srovnání s počtem sociálních pracovníků. (viz. graf č.4)

Graf 2 - počet zaměstnanců v domovech pro seniory v ČB



Zdroj: vlastní výzkum

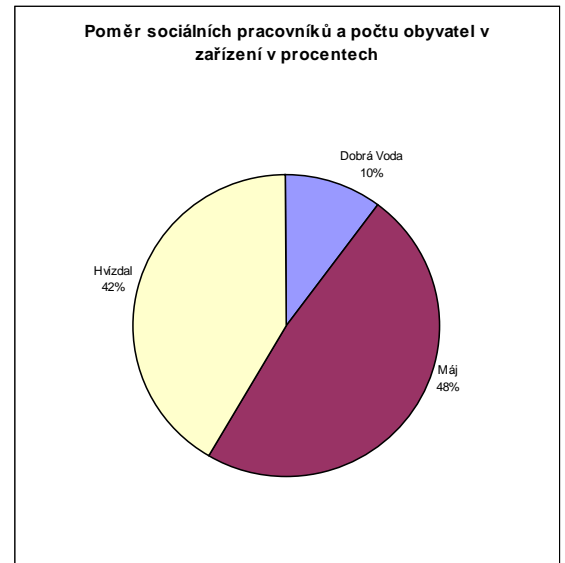
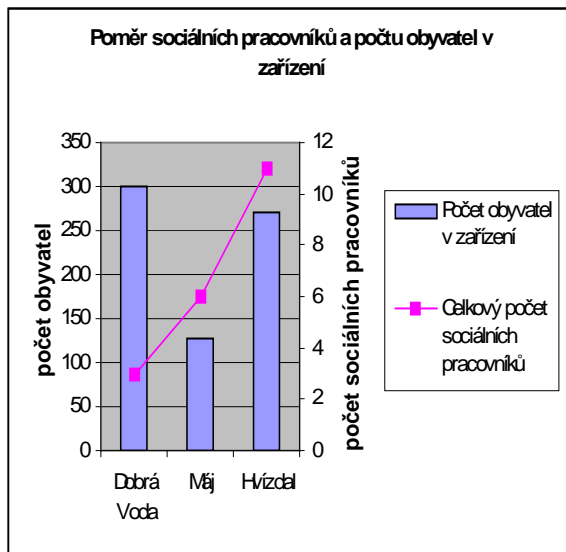
Graf 3 - počet sociálních pracovníků v zařízení



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že počet jednotlivých sociálních pracovníků, či pracovníků sociální péče není stejný. V domově pro seniory Dobrá Voda je naopak zřejmý nedostatek těchto pracovníků, co se týče přímé práce s klientem, kterou v ostatních zařízeních vykonávají pracovníci sociální péče. V ostatních zařízeních je tento počet úměrný počtu klientů, jak je vidět v grafu č. 4.

Graf 4 - poměr sociálních pracovníků a počtu31 obyvatel v zařízení

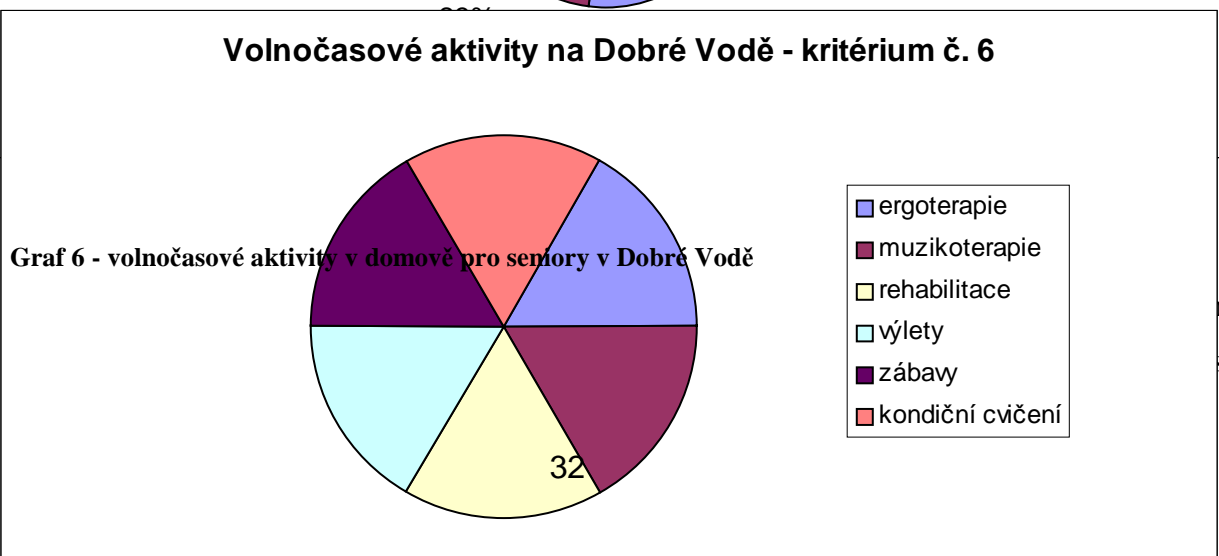
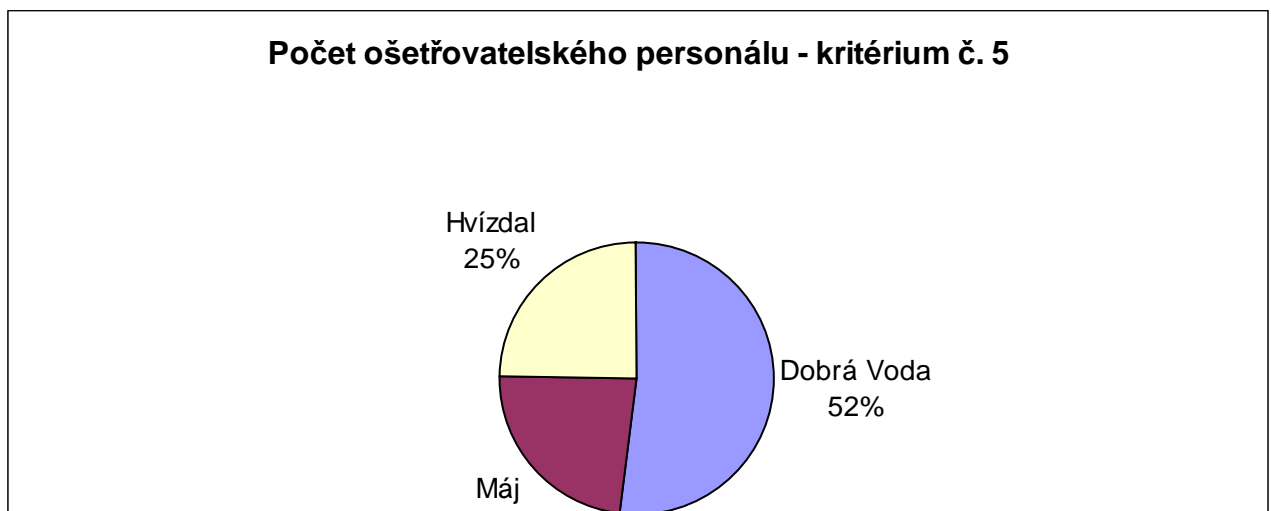


Zdroj: vlastní výzkum

V tomto grafu je znázorněn poměr počtu sociálních pracovníků na počet obyvatel v jednotlivých zařízeních. Ze zjištěného tedy vyplývá, že v „Domově pro seniory v Dobré Vodě“ citelně schází alespoň pracovníci sociální péče.

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 - počet ošetrovatelského personálu v zařízeních

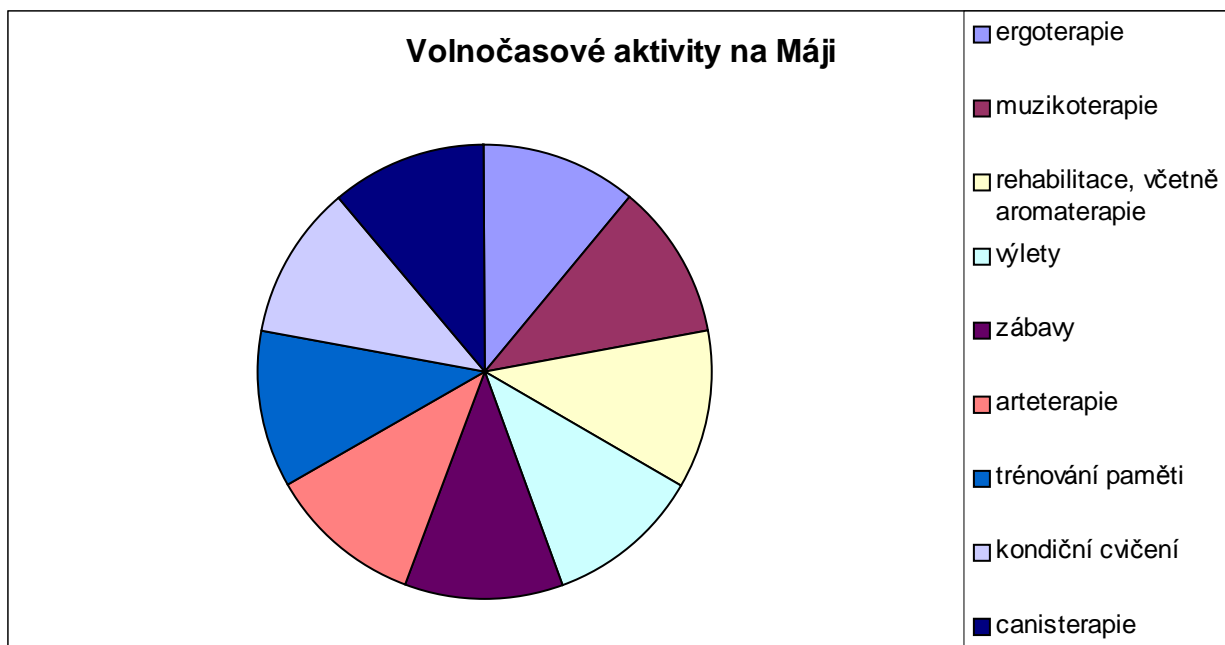


to  
sp.



V zařízení je 1 ergoterapeutka, ostatní sociální pracovníce vykonávají administrativní činnosti.

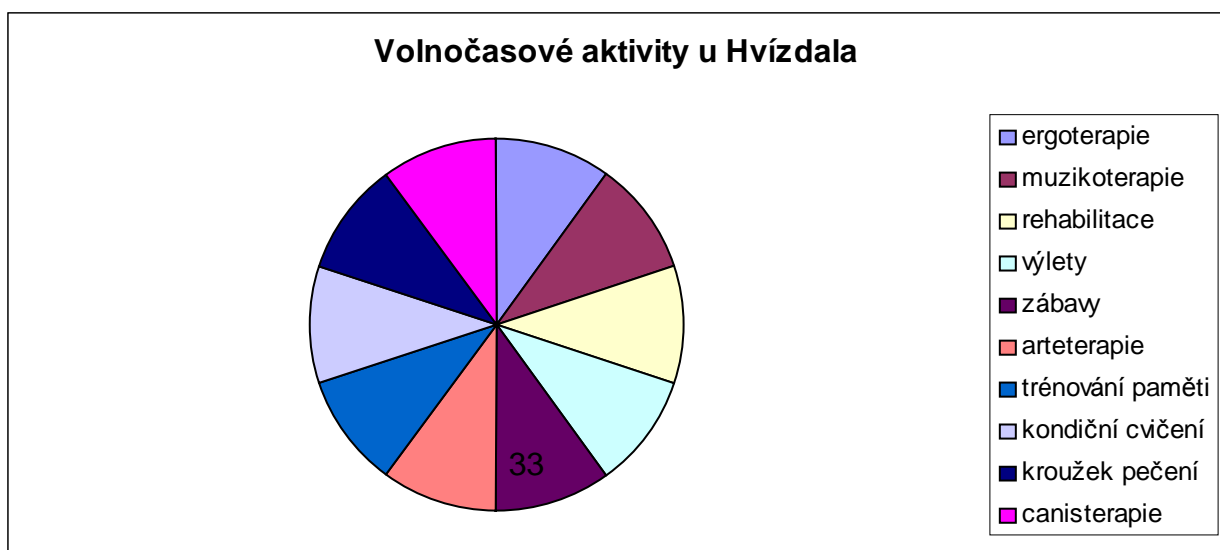
**Graf 7 - volnočasové aktivity v domově pro seniory Máj**



**Zdroj: vlastní výzkum**

Z grafu vyplývá, že v rámci počtu obyvatel jsou aktivity i jejich frekvence naprosto dostačující. Volnočasové aktivity jsou prováděny pracovníky sociální péče a samozřejmě diplomovanou ergoterapeutkou.

**Zdroj: vlastní výzkum**



### **Graf 8 – volnočasové aktivity v domově pro seniory Hvízdal**

Z grafu vyplývá, že Domov pro seniory Hvízdal má velké množství aktivit. Co už z grafu zřejmé není, ale co se objevilo v předchozích grafech je fakt, že na počet obyvatel je počet pracovníků sociální péče a ergoterapeutky zcela ideální. 6 pracovníků sociální péče zajišťuje volnočasové aktivity a je zde i ergoterapeutka. Ostatní sociální pracovníci dělají administrativní práci.

## 2.5 Diskuze

Cílem praktické části bylo zmapovat jednotlivá zařízení, tzn. domovy pro seniory, počet klientů seniorů, personální zajištění a poskytované služby atd. Tento cíl byl zcela splněn. Stanovila jsem si kritéria ve formě otázek a odpovědi jsem pak částečně vyhodnocovala pomocí grafů. Vyhodnocení ostatních kritérií bude pouze slovním komentářem:

**Kritérium č. 1** se týká toho, v jakém prostředí se zařízení nalézají a co může klientům seniorům nabídnout. Z výsledku vyplývá, že prostředí jednotlivých zařízení jsou odlišná a nesou sebou své výhody i nevýhody. Co se týče „Domova pro seniory v Dobré Vodě“ je zřejmé, že prostředí, ve kterém se nalézají je příjemné, klidné a může nabídnout zejména relaxaci v přírodě. Nachází se v lesoparku a tudíž je zde možnost klidných vycházek bez většího ruchu aut a znečištěné městské přírody. „Domov pro seniory Máj“ je zařízení nové, nachází se ve zrekonstruovaném hotelu a vybavení je nadstandardní. Nicméně je problém v prostředí, kde se nachází. Máj je totiž velice rušné sídliště v Českých Budějovicích a tento domov se nachází v jeho středu. Zařízení však nabízí množství volnočasových aktivit, která se uskutečňují zejména uvnitř budovy. Je zde i možnost výletů mimo sídliště. „Domov pro seniory Hvízdal“ se na první pohled zdá, že by mohl být omezen tím samým problémem jako Máj, protože i Hvízdal stojí na druhém největším i nejrušnějším sídlišti Vltava, ale při detailnějším zkoumání pozorovatel zjistí, že nedaleko domova je přírodní rezervace, kde se dají uskutečňovat velice příjemné procházky.

**Kritérium č. 2** je vyhodnoceno výše pomocí grafu. Týká se počtu obyvatel v jednotlivých zařízeních. Pro hodnocení domovů pro seniory je tato informace důležitá pro představu kapacity zařízení.

**Kritérium č. 3** se týká celkového počtu zaměstnanců a je také vyhodnoceno pomocí grafu. Toto kritérium úzce souvisí s předchozím, tzn. s představou o kapacitě zařízení.

**Kritérium č. 4** souvisí s personálním obsazením sociálních pracovníků, tj. těch pracovníků, kteří se přímo věnují klientovi v rámci volného času a vykonávají potřebné (i administrativní) náležitosti.

V **kritériu č. 5** se objevuje počet ošetřujícího personálu. Jedná se o „přímý obslužný personál“, který v některých zařízeních tvoří sanitáři/sanitárky, zdravotní sestry a ošetřovatelé. **Kritérium č. 6** sleduje, jaké aktivity jsou v zařízení prováděny v rámci vyplnění volného času seniorů. Všechny tři domovy pro seniory mají některé společné aktivity. Shodují se v ergoterapii, muzikoterapii, rehabilitaci a společnou aktivitou jsou i výlety pořádané pro klienty seniory.

**Kritérium č. 7** se týká toho, které z volnočasových aktivit prováděných v zařízení jsou nejžádanější. Z pozorování mi vyplývá, že v „Domově pro seniory v Dobré Vodě“ je nejžádanější ergoterapie, kterou navštěvuje největší počet zejména mobilních klientů. V „Domově pro seniory Máj“ mi v rozhovoru s panem ředitelem bylo sděleno, že každá z terapií má své, ale z těch více navštěvovaných, či využívaných jsou to výlety a muzikoterapie. V „Domově pro seniory Hvízdal“ z množství aktivit jsou nejvyhledávanější muzikoterapie, pečení, výlety, individuální pohovory a ergoterapie.

Ke **kritériu č. 8** se vztahuje stanovená hypotéza, které se budu věnovat samostatně.

**Kritérium č. 9** je zjištění toho, co v zařízení ještě chybí, respektive jaká oblast péče o klienta a práce s ním není z pohledu ředitelů naplněna. Z pozorování jsem zjistila, že DpS Dobrá Voda neposkytuje svým klientům canisterapii, DpS Máj dle vyjádření ředitele nechybí v současné době nic a pani ředitelce DpS Hvízdal chybí více individuální práce s klienty, kterou by však uvítali dle mého mínění v každém zařízení.

### **H<sub>1</sub>: Domovy pro seniory v Českých Budějovicích využívají činnosti dobrovolníků.**

K této hypotéze se vztahuje kritérium č. 8. Z odpovědí plyne, že „Domov pro seniory v Dobré Vodě“ v současné době nevyužívá služeb dobrovolníků.

„Domov pro seniory Máj“ s dobrovolníky úzce spolupracuje. Zejména spolupracuje s humanitární organizací ADRA, se studenty ze Zdravotně sociální fakulty JU v rámci „Dobrovolnického programu“. Dále pak v zařízení zajišťují canisterapii dobrovolníci z občanského sdružení HAFÍK z Třeboně. Do zařízení také dochází dobrovolníci ze Zdravotně sociální fakulty a Teologické fakulty JU vyučovat práci na PC.

„Domov pro seniory Hvízdal“ s dobrovolníky taktéž spolupracuje. V první řadě s humanitární organizací ADRA, studenti Zdravotně sociální fakulty se v zařízení dobrovolně věnují klientům seniorům a i do tohoto zařízení dochází dobrovolníci vyučovat práci na PC.

Ze zjištěného vyplývá, že hypotéza č.1 se potvrdila. Dva ze tří domovů s dobrovolníky spolupracují.

## **H<sub>2</sub>: V domovech pro seniory v Českých Budějovicích probíhá canisterapie.**

K této hypotéze se vztahuje kritérium č. 6 a zároveň kritérium č. 9. Logicky z nich vyplývá, že „Domov pro seniory v Dobré Vodě“ v současné době canisterapii neprovádí. „Domov pro seniory Máj“ canisterapii provádí, respektive ji provádí občanské sdružení HAFÍK z Třeboně. „Domov pro seniory Hvízdal“ taktéž zařizuje pro své klienty canisterapii. V zařízení mají svého psa, který je veden pracovníky sociální péče a klienti mají možnost se s ním v rámci různých programů stýkat. Nutno dodat, že v zařízení není canisterapeut a pes není certifikovaný.

## **H<sub>3</sub>: V domovech pro seniory v Českých Budějovicích probíhá trénování paměti.**

K této hypotéze se opět vztahuje kritérium č. 6, z kterého plyne, že „Domov pro seniory v Dobré Vodě“ v současné době trénování paměti neprovádí. Jak jsem zjistila, dříve tuto aktivitu měli ve svém aktivizačním plánu, dnes se však neobjevuje.

„Domov pro seniory Máj“ trénování paměti provádí zejména dotazníkovou formou a pohledem zpět do minulosti. Zkouší se, co vše si klient pamatuje – co se týče informací ze školy, či základních informací z jeho života – z rodiny, atd.

„Domov pro seniory Hvízdal“ má klienty pro trénování paměti rozdělené dle MINI MENTAL STATE EXAMINATION. Nedochozí tak k nedorozumění v rámci práce s klientem.

## **H<sub>4</sub>: V domovech pro seniory v Českých Budějovicích probíhá muzikoterapie.**

Tato hypotéza se mi potvrdila opět i v rámci kritéria č.6, kde jsem zjistila, že muzikoterapie probíhá ve všech již zmíněných domovech a je zajištěna buď ergoterapeuty, nebo pracovníky sociální péče (pokud jsou v zařízení zaměstnáni). Probíhá formou zpívání písní nebo formou hraní na nejrůznější nástroje. Často se muzikoterapie účastní i ošetřující personál.

Hypotézy 2 – 4 naznačují, že vybraná zařízení jsou charakterem poskytování služeb vesměs odlišná. „Domov pro seniory v Dobré Vodě“ je zařízení s největším počtem obyvatel, ale i přes tento fakt neposkytuje velké množství aktivit v rámci vyplnění volného času seniorů a v rámci aktivizace se omezuje na nejmenší množství možných aktivit. Zásadní problém vidím hlavně v tom, že je v zařízení zaměstnáno malé množství sociálních pracovníků, resp.

takových pracovníků, kteří by věnovali své schopnosti a svůj čas hlavně volnočasovým aktivitám pro klienty seniory. Práce se seniory je zde striktně rozdělená a o vyplnění volného času klientů seniorů a jejich aktivizaci se stará ergoterapeutka, resp. sestra pro sociální službu. Ostatní ( v současné době dvě) sociální pracovnice vykonávají administrativní práci.

„Domov pro seniory Máj“ a „Domov pro seniory Hvízdal“ jsou zařízení, která jsou si charakterem poskytování služeb nejbližší. V těchto zařízení poskytují své služby v rámci volnočasových aktivit pracovníci sociální péče, speciálně určení na tento druh práce s klientem. Samozřejmě jsou zde i nezbytné sociální pracovnice, které zastávají administrativní práci.

Nesmím samozřejmě opomenout fakt, že vybraná zařízení se liší zřizovatelem a tím, kdy vznikly. Nové, či nově zrekonstruované zařízení mají větší možnosti v poskytování maximálního pohodlí svým klientům.

Dle mého názoru je velmi důležité, jakým způsobem je práce s klientem v zařízení jako jsou právě domovy pro seniory rozdělená a na jaký druh práce s klientem se klade důraz.

Situaci nedostatečného personálního obsazení sociálních pracovníků bych řešila tak, že bych se jako ředitel určitého domova snažila vyčlenit si finance na zaměstnání takového zaměstnance. Primární a žádoucí by měl být fakt, že zařízení je tu pro klienty, má-li nabídnout dostatečné pohodlí a příjemnou atmosféru, tak by dle toho mělo zařízení jednat.

## ZÁVĚR

Všechny cíle bakalářské práce se podařily splnit. Stěžejní byly cíle praktické části a hypotézy, které se k nim váží. Prvním cílem praktické části bylo zmapovat jednotlivá zařízení, poskytované služby, personální zajištění, počet klientů seniorů, atd. Tento cíl se podařil naplnit.

Druhým cílem bylo zjistit, zda domovy pro seniory v Českých Budějovicích spolupracují s dobrovolníky a třetím cílem bylo zjistit, zda se v domovech pro seniory provádí aktivizace seniorů, respektive jaké formy a druhy aktivizace se provádí. Tyto cíle byly vyhodnoceny v rámci hypotéz:

Hypotéza číslo 1, zda „Domovy pro seniory v Českých Budějovicích“ využívají činnosti dobrovolníků, se potvrdila. „Domov pro seniory Máj“ a „Domov pro seniory Hvízdal“ doopravdy využívá činnosti dobrovolníků a já se domnívám, že je tato spolupráce pro zařízení přínosem. Hypotéza číslo 2, zda v „Domovech pro seniory v Českých Budějovicích“ probíhá canisterapie, se taktéž potvrdila. Respektive se potvrdilo, že „Domov pro seniory Máj“ a „Domov pro seniory Hvízdal“ vykonávají canisterapii. Hypotéza číslo 3 se týká trénování paměti. Opět dva ze tří zmíněných domovů mají trénování paměti jako činnost v rámci aktivizace. „Domov pro seniory v Dobré Vodě“ nevyužívá činnosti dobrovolníků, neposkytuje ani canisterapii, ani trénování paměti. Pro všechny tři domovy je však shodná muzikoterapie, která se objevuje v hypotéze číslo 4. Všechny tři domovy ji provádí.

Pokud by měla mít tato práce nějaký přínos, byl by to přínos pro mě, co se týče použitelnosti do praxe. Teoretické zpracování je pouze v rámci orientace v problému. Je důležité zmapovat si činnosti jednotlivých zařízení a zjistit, jak moc se liší zařízení stejného charakteru a poslání, jejichž zřizovatel je odlišný. Otázkou je, zda je toto zásadní rozdíl a z něho plynoucí problémy, a nebo zda je velká část na vedení jednotlivých zařízení?

## **Seznam literatury**

- 1.** BAŠTECKÝ, J.; KÜMPEL, Q.; VOJTĚCHOVSKÝ, M. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada: Avicenum, 1994. ISBN 80 – 7169 – 070 - 8
- 2.** DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80 – 7184 – 141 - 2
- 3.** GLOSOVÁ, D. et al. *Bydlení pro seniory*. Brno: Era, 2006. ISBN 80 – 7366 – 057 - 1
- 4.** GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 1999. ISBN 80 – 7040 – 364 - 0
- 5.** HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2004. ISBN 80 – 7013 – 363 - 5
- 6.** HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80 – 7262 – 034 - 7
- 7.** HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Přel. J. Bumbálek. Praha: Columbus, 1997. ISBN 80 – 85928 – 97 - 3
- 8.** HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002. ISBN neuvedeno
- 9.** HRUBOŠOVÁ, V. Domov – místo odchodů a návratů. In *Sborník kongresu VIII. Gerontologické dny 13. – 15. října*. Ostrava: Dům techniky spol. s.r.o, 2004. ISBN 80 – 02 – 01670 - X
- 10.** JEDLIČKA, V. et al. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN 80 – 7013 – 109 – 8
- 11.** KALVACH, Z. et. al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada publishing, 2004. ISBN 80 – 247 – 0548 - 6



- 12.** KALVACH, Z.; ONDERKOVÁ, A. *Stáří – pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80 – 7262 – 455 – 5
- 13.** KOZLOVÁ, L. Sociální služby pro stárnoucí populaci v České republice. In *Sborník II. Mezinárodní konference 6. a 7. října 2005 – Problematika - Generace 50 plus*. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2005. ISBN 80 – 7040 – 821 - 9
- 14.** MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80 – 7367 – 002 – X
- 15.** MISCONIOVÁ, B. *Domácí péče : otázky a odpovědi* [online]. [cit. 6. březen 2007]  
Dostupné na WWW: <<http://www.pecujici.cz/priruckyonline.cz>>
- 16.** PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1994. ISBN 80 – 85526 – 32 – 8
- 17.** RABUŠIC, L. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova Univerzita, 1995. ISBN 80 – 210 – 1155 – 6
- 18.** ŠELNER, I. Úloha rodiny v péči o seniory – realita a prognózy. In *Sociální práce*, Praha: Ikaria CZ, roč. 2004, č. 2. ISSN 1213 – 624
- 19.** TOŠNEROVÁ, T. *Pocity a potřeby pečujícího o starší rodinné příslušníky*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2001. ISBN 80 – 238 – 8001 – 2
- 20.** *Domov důchodců Dobrá Voda u Českých Budějovic* [online]. [cit. 29. března 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.domov-dobravoda.cz>>
- 21.** *Domov pro seniory Máj* [online]. České Budějovice. Poslední aktualizace 13.4 2007 [cit. 7. března 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.ddmajcb.cz/index>>

**22.** *Domov pro seniory Hvízdal* [online]. České Budějovice. [cit. 5. března 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.usp-hvizdal.cz>>

**23.** *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007. Praha: MPSV, aktualizováno 6.5. 2005 [cit. 17. března 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/1057>>

**24.** *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Zásady OSN. Praha: MPSV, aktualizováno 11.5. 2005 [cit. 17. března 2007]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/1111>>

**25.** Úplné znění Zákona č. 108/2006 Sb., Ostrava: SAGIT, 2007. ISBN 978 – 80 – 7208 – 608 - 5

## **Abstrakt**

KOUTSKÁ, T. *Domovy pro seniory v Českých Budějovicích*. České Budějovice 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce L. Motlová.

**Klíčové pojmy:** stáří, senior, kvalita života, délka lidského života, zdravotní a sociální služby, domovy pro seniory

Práce se zabývá domovy pro seniory v Českých Budějovicích. První částí mé bakalářské práce je část teoretická, v jejíž první kapitole zmiňuji základní charakteristiky stáří a stárnutí, problematiku stárnutí a jeho demografii i v rámci České republiky. Rovněž se v této kapitole objevuje definice *seniora a kvalita jeho života*.

V druhé kapitole se zaměřuji na zdravotnické a sociální služby obecně a dále se konkrétně zabývám domovy pro seniory a v rámci přirozeného prostředí u nás ne zcela rozšířenou domácí péčí.

Druhá část je praktická a jejím prvním cílem bylo zmapovat jednotlivá zařízení, tzn. prostředí, ve kterých se nalézají, počet klientů seniorů, personální zajištění a poskytované služby atd.

Druhým cílem bylo zjistit, zda domovy pro seniory v Českých Budějovicích spolupracují s dobrovolníky a třetím cílem bylo zjistit, jaké druhy a formy aktivizace jsou zde prováděny.

Do své práce jsem si vybrala zařízení, která jsou svým charakterem, poskytováním péče i posláním téměř shodná, ale která se liší prostorovými dispozicemi. Jsou odlišná zejména dobou provozu, kapacitou, prostředím, ve kterém je budova postavena a množstvím poskytovaných služeb.

## **Abstract**

### **Retirements homes in České Budějovice.**

**Key terms:** old age, senior, the quality of life, life span, medical and social facilities, rest home

This work concerns retirements homes in České Budějovice. The first part of bachelor work is theoretical part. The first chapter discusses the essential characteristics of old age and the aging process; problems of aging and its demography within the Czech Republic.

This chapter also determines the terms *senior* and *quality of life*.

The second chapter is pointed at medical and social facilities in general; and further the retirement homes within the natural environment ( in the Czech Republic not very common home care) are discussed in specific.

The second part of this work is the practical part. Its main goal was to map particular facilities (environment where the people are placed), the number of senior clients, personal care, provided services, etc.)

My second goal was to find out whether the retirements homes in České Budějovice cooperate with volunteers and third goal was to find out which ways and forms of activities are in retirement.

For my work I chose facilities that are in terms of their character, provided care, and their purpose almost the same but that differ within their area disposition. Their main differences are especially; date of beginning, capacity, environment (in which the building is placed) and amount of provided services.