

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
KATEDRA VÝCHOVY KE ZDRAVÍ

**VÝVOJ A SOUČASNOST DOMOVŮ PRO SENIORY V ČR SE  
ZAMĚŘENÍM NA JIHOČESKÝ KRAJ**

Bakalářská práce

Autor: Kovářová Hana

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2011

UNIVERSITY OF SOUTH BOHEMIA IN ČESKÉ BUDĚJOVICE  
FACULTY OF EDUCATION  
DEPARTMENT OF HEALTH EDUCATION

**THE DEVELOPMENT AND CONTEMPORARY SENIORS HOUSES IN  
THE CZECH REPUBLIC, FOCUS TO SOUTH BOHEMIA REGION**

Bachelor Thesis

Author: Kovářová Hana

Study Program: Specialization Education

Study branch: Health Education

Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, April 2011

## **Bibliografická identifikace**

**Jméno a příjmení autora:** Hana Kovářová

**Název bakalářské práce:** Vývoj a současnost domovů pro seniory v ČR se zaměřením na Jihočeský kraj

**Pracoviště:** Katedra Výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Vedoucí bakalářské práce:** Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

**Rok obhajoby bakalářské práce:** 2011

## **Abstrakt**

Práce se v teoretické části zaměřuje na typy sociálních služeb a zejména v Českých Budějovicích. Dále pak obsahuje druhy sociálních služeb jejich vývoj a současný stav v České republice. Práce se věnuje vývoji a současnosti zahraničních sociálních služeb. Dále popisuje Zákon o sociálních službách 108/2006 sb. , je zde zdůrazněna zejména část o sociálních službách pro seniory.

Praktická část práce je zaměřená na zjištění kvality sociálních služeb z pohledu uživatelů a pracovníků v sociálním zařízení. Výzkum byl prováděn za pomoci dotazníků, které byly vyplňovány s klienty domovů pro seniory Máj, Hvízdal a Dobrá Voda v Českých Budějovicích. Výsledkem výzkumu bylo zjištění, že klienti sociálních služeb jsou spokojeni s jejich kvalitou. Ve velké míře byli spokojeni i rodinní příslušníci respondentů.

**Klíčová slova:** Senior, sociální zařízení, sociální služby, domovy pro seniory, pečovatelské služby, sociální péče, historie sociální péče, současnost sociální péče, sociální služby v zahraničí, standardy sociálních služeb.

## **Bibliographic citation**

**Name and surname of the author:** Hana Kovářová

**Name of the bachelor thesis:** Development and current situation of retirement homes in the Czech Republic with a view to the South Bohemian region.

**Department:** Institute of Health Education, Faculty of Pedagogy, University of South Bohemia in České Budějovice.

**Supervisor:** Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

**Year of the thesis defence:** 2011

## **Abstract**

The thesis deals with the theory of social service types with regard to the situation in České Budějovice. It includes types of social service, the development and current situation in the Czech Republic. The situation abroad is discussed as well. The Act no.108/2006 Coll., on social service is described and the part dealing with social services related to senior citizens is highlighted.

The research part is aimed at assessing the quality of social service by its users and social facilities workers. The research was made by questionnaires completed with clients of retirement homes (Máj, Hvízdal and Dobrá Voda) in České Budějovice. The research revealed that clients of social services are satisfied with the quality. Their relatives were satisfied to a great extent.

**Keywords:** senior citizen, social facility, social service, retirement homes, day care, social care, history of social service, current situation of social service, social service abroad, standards of social service.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma „Vývoj a současnost domovů pro seniory v ČR se zaměřením na Jihočeský kraj“ jsem vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v referenčním seznamu.

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

V Českých Budějovicích, dne .....

.....

Hana Kovářová

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou vyjádřila upřímné a srdečné poděkování své vedoucí práce, paní Mgr. Petře Vojtové, Ph.D. za odborné vedení, věnovaný čas, trpělivost a cenné rady, kterých si velice vážím, a díky kterým dostala bakalářská práce svoji konečnou podobu. Mé díky patří i respondentům, kteří se účastnili mého výzkumu.

## OBSAH

<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	9
<b>1. ÚVOD</b> .....	9
1.1. Definice pojmů v sociálních službách .....	10
<b>2. VÝVOJ A SOUČASNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b> .....	11
2.1. Česká Republika .....	11
2.1.1. Historie .....	11
2.1.2. Současnost .....	12
2.2. Zahraničí .....	13
2.2.1. Historie .....	13
2.2.2. Současnost .....	13
<b>3. TYPY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b> .....	14
3.1. Pobytová Sociální Péče O Seniory .....	15
3.2. Terénní a ambulantní sociální péče pro seniory .....	15
3.3. Cíle a poslání sociálních služeb .....	16
<b>4. STANDARDY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b> .....	18
4.1. Cíle a poslání standardů .....	18
4.2. Základní standardy .....	19
<b>5. ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH</b> .....	22
5.1. Příspěvek na péči .....	23
5.2. Pracovníci v sociálních službách .....	24
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	25
<b>6. METODIKA A CÍLE PRÁCE</b> .....	25
6.1. Použité metody .....	25
6.2. Cíl práce .....	26
6.3. Cílová skupina .....	26
6.4. Odborné otázky .....	26
6.5. Průběh výzkumu .....	27
<b>7. VÝSLEDKY VÝZKUMU</b> .....	28
<b>8. DISKUZE</b> .....	42

<b>9. ZÁVĚR</b> .....	45
<b>10. LITERATURA</b> .....	47
<b>11. PŘÍLOHY</b> .....	49



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. ÚVOD

V každé době populace stárne a tak je nutné zajímat se o péči, kterou staří lidé potřebují. V posledních letech počet seniorů stoupá a tím je zvýšený i zájem o geriatrickou sociální péči. Zájem je nejen o zdravotní úsek, ale i o zázemí a kvalitu života seniora, kterou služba poskytuje. Proto je tady systém sociální péče, které poskytují domovy pro seniory, pečovatelské služby a různé terénní pečovatelské služby. Jedná se tedy o sociální péči v zařízeních určených osobám, které kvůli svému stavu vyžadují pomoc druhé osoby.

V této práci se seznámíme s vývojem sociální péče v české republice a v zahraničí. Dříve se o staré a nemocné osoby starala rodina nebo církve. Vznikala místa, která byly pro tyto osoby určeny, které byly nazývané špitály nebo chudobince. Ve 20. století vznikla strukturovaná péče, která je poskytována státem a domovy pro seniory dostávaly svou dnešní podobu. V letech porevolučních u nás začaly vznikat i soukromá zařízení, která jsou velice moderně vybavena a to hlavně díky své krátké působnosti.

Výzkum této práce hodnotí kvalitu péče z pohledu klientů využívajících daných sociálních služeb. Co to vlastně kvalita je? Kvalita je údaj, který hodnotí, jak jsou daná kritéria splněna. Kvalitu péče můžeme tedy hodnotit způsobem splněných požadavků na péči. Pokud je většina požadavků splněna lze považovat péči za kvalitní. Aby byla kvalita péče o seniory co nejlepší, měla by každá organizace sestavit standardy. Standardy jsou jakési etické kodexy každého zařízení, jsou to požadavky na péči. Základní standardy péče jsou sestaveny ministerstvem práce a sociálních věcí (dále je MPSV). Každá organizace si je upravuje podle svých potřeb a cílů péče. Důležité je, aby se ve standardech orientovali zaměstnanci organizace a seznámili s nimi hlavně uživatelé.

Důležité pro sociální péči je i zákon, který vymezuje veškeré povinnosti, které musí organizace splnit, aby mohla vzniknout a působit. Jedná se o Zákon 108/2006 sb. o sociálních službách (dále jen Zákon 108/2006 sb.). Zde jsou i vymezeny podmínky pro žádosti o sociální příspěvek. Je zde uvedena výše příspěvku, která je osobě přiznávána podle zdravotního omezení v denních aktivitách. Zákon se věnuje i pracovníkům v sociální péči, jací pracovníci mohou v sociálních službách pracovat a jaké jsou podmínky pro jeho přijetí.

## 1.1. Definice pojmů v sociálních službách

**Stáří (senium)** - je obecným označením pozdní fáze vývoje člověka během jeho přirozeného průběhu. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny zrněny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými. Změny ve stáří vedou k stařeckému fenotypu (KALVACH, MIKEŠ, 2004).

**Stařecký fenotyp** - fenotyp je soubor vzhledových znaků a vlastností organismu v jednotlivých fázích života. V případě stařeckého fenotypu jde tedy o zmenšení postavy (většinou ohnutí postavy) z důvodů osteoporotických změn na páteři, atrofický vzhled pokožky, ochabování svalů a úbytek podkožního tuku (KALVACH, 2004).

Stárnutí - je celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřejmějšími zhruba od přelomu 4. a 5. Decennia (tj. od 40 až 50 roku života), a to v závislosti na náročnosti prostředí. Během tohoto procesu dochází k mnoha fyzickým změnám (KALVACH, MIKEŠ, 2004).

**Věkové skupiny** - podle Kalvacha a Mikeše (2004) je stáří rozděleno takto: Osoby ve věku 65 – 74let jsou považováni za mladé seniory. Za starší seniory jsou považováni lidé ve věku 75-84 let. V letech 85 a více jsou velmi staří senioři.

**Senior** – slovo vzniklo z latinského senex, senis což v překladu znamená starý. Všeobecně se za seniora považuje osoba starší 65 let a více. Ze sociologického hlediska je však za seniora považována i starší osoba v rodině, kteří sdílí stejné jméno (např.: otec a syn) (PACOVSKÝ, 1994).

**Gerontologie** - pochází z řeckého gerontos, tj. starý člověk a logos, tj. slovo, nauka. Je to věda, která sbírá poznatky o stárnutí a stáří. Gerontologie se dělí na experimentální, která se zabývá otázkami, proč a jak organismus stárne. Dále pak na sociální v tomto odvětví, zkoumá vztah společnosti ke starému člověku. A třetím odvětvím je gerontologie klinická nazývána geriatrie. Geriatrie se zabývá zdravotními a funkčními aspekty stáří, znaky, projevy a léčbou chorob vyskytujících se ve stáří (KALVACH, 2004).

## 2. VÝVOJ A SOUČASNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

### 2.1. Česká Republika

#### 2.1.1. Historie

Domovům a pečovatelským službám, které známe dnes, trvalo dlouhou dobu, než dospěly do dnešní podoby. Od 11. století byli staří, sociálně slabí lidé a vysloužilí mniši odkázáni na péči ve špitálech. Takováto zařízení byly zřizovány jako součást církevních institucí. Tyto instituce byly financovány převážně z charitativních zdrojů. Postupem času, od 13-14. století, začaly špitály přecházet pod pravomoci měst. Finance na chod zařízení získávaly z peněz, které jim darovali vlivní lidé nebo z prodeje majetku, který jim byl svěřen. Až do této doby byly špitály převážně malého, lokálního typu pro malý počet osob (ŘÍMAN 1987, on-line).

Na vsích a malých obcích bylo zvykem, že staří lidé dožívali v domácím prostředí tzv. na „výměnku“. Děti a mnohdy i vnoučata se starali o své staré rodiče, kteří již nebyli natolik schopní práce, aby se užívali sami. Ti lidé, kteří neměli rodinu, nebo rodina odmítala se o ně starat, nezbývalo nic jiného než požádat osoby ve svém okolí o přístřešek. Pokud se našli hodní lidé, bylo starým osobám poskytnuto místo většinou na slavníku nebo v malé místnosti části domu. Některé obce měly zřízené i obecní pastoušky. Šlo o domky, ve kterých mohli staří lidé dožít. Velikost těchto pastoušek se lišila podle finančních možností obce. Pokud však lidé nenašli pochopení a empatii, chodili staří většinou od domu k domu a žádali o stravu nebo přespání (GLOSOVÁ a kol., 2006).

Od 18. století se péče o staré osoby přemístila ze špitálů do chudobinců. V České republice začali tyto instituce fungovat převážně v 80. letech 18. století. Pravomoc nad těmito organizacemi přebral stát a začali vznikat i chudinské zákony. V chudinských zákonech se udává, že péči o chudé a staré osoby musí převzít obec, v které senioři žili nebo pobývali. Zdravotní péče ovšem nebyla stále na moc kvalitní úrovni. Staří lidé tedy v těchto dobách byli silně závislí na milosti druhých osob a stáří prožívali ve fyzické bolesti (ŘÍMAN 1985, on-line).

Dnešní zařízení pro seniory, jako jsou domovy pro seniory, domovinky nebo pečovatelské služby se postupně rozvíjeli až ve dvacátém století. V tomto století začaly být špitály přeplněny převážně starými lidmi a tím ztráceli na své funkci. Začaly tedy vznikat domy s azylovou funkcí a bylo zde lidem dopřáno se najíst a umýt

(PACOVSKÝ, KAFKOVÁ, 1978 in GLOSOVÁ a kol., 2006). Dvacáté století teda přineslo zkvalitnění péče a životního komfortu seniorů.

### **2.1.2. Současnost**

V současnosti se v naší republice vyskytují zařízení pro seniory soukromého i státního typu. Dříve byli senioři izolováni, nyní se snažíme, aby se naši starší spoluobčané necítili odloučení od společnosti. Hledí se na soukromí jedince, ale i na jeho duševní stránku.

Státní zařízení bývají z finančního hlediska pro zájemce lépe dostupné. Získávají finanční dotace od ministerstva práce a sociálních věcí a od města, jímž je zařízení zřízeno. Dále jsou pak financované z plateb klientů za služby a příspěvků na péči. Platby za základní péči (ubytování, strava, apod.) jsou nízké a v zařízeních je velmi dobrá dostupnost zdravotní péče a je zde tým pracovníků napomáhající k docílení zájmu klienta (KOVÁRNOVÁ, 2010).

Soukromá zařízení bývají menšími zařízeními. Kvalita péče a bydlení je v těchto zařízeních na vysoké úrovni. Je to dáno hlavně tím, že jsou nově postavené a jejich stáří mnohdy nepřesahuje délku 15let. Tyto zařízení bývají financovány hlavně s plateb klientů za ubytování a sponzorských darů (KOVÁRNOVÁ, 2010)

V jihočeském kraji se nachází 50 domovů a 52 pečovatelských služeb pro seniory. České Budějovice jsou zřizovatelem tří domovů pro seniory. Jde o Domov pro seniory Máj, Hvízdal a Domov důchodců Dobrá Voda. Dále je v Českých Budějovicích zřízen Kněžský dům, jenž je určen pro vysloužilé kněží a financování zajišťuje církev, jeho kapacita je šest lůžek. Město České Budějovice má ve svém registru také čtyři poskytovatele pečovatelských služeb, kterým poskytuje finance z dotací ministerstva práce a sociálních věcí, dále pak městské dotace a z plateb od uživatelů (KOVÁRNOVÁ, 2010). V tabulce (Příloha I.) nalezneme počty domovů pro seniory a pečovatelských služeb určené pro sociálně-zdravotní péči v České Republice, tak jak je uvádí MPSV ve svém registru sociálních služeb k únoru 2011. V tabulce jsou zaznamenána státní i soukromá zařízení.

## **2.2. Zahraničí**

### **2.2.1. Historie**

Vývoj sociální péče o seniory v zahraničí byl podobného rázu jako v Čechách. Veškerá péče o staré lidi byla v dřívějších dobách v rukou rodiny nebo církve. Pozdějším zapojením šlechty do péče o staré a nemocné začaly vznikat charity (charitas = láska k bližnímu) (JAROŠOVÁ, 2006). Charita se držela tří hlavních zásad – tří darů Boží milosti, víry, naděje a milosti (HAŠKOVCOVÁ, 2006). Během středověku vznikaly v Evropě gerontotrofia, instituce v nichž byla dostupná péče pro staré osoby a ptochotrofia, která byla určena pro péči o chudé lidi. Z těchto zařízení se pak nadále začali rozvíjet chudobince a starobince (JAROŠOVÁ, 2006).

Během 14. a 15. století byly na území bývalé Jugoslávie stavěny domy pro staré lidi. V Nizozemí vznikaly menší domky s pokoji pro staré lidi nazývané Hofjesy. Některé z nich se dochovaly do dnes. V roce 1504 vznikl v Anglii Zákon o ochraně péče o seniory. Tento zákon udával povinnost odvádět peníze, které byly využívány na péči o seniory (JAROŠOVÁ, 2006).

V dalších zemích probíhal rozvoj sociální péče obdobně. K největšímu rozmachu ale došlo po druhé světové válce, kdy vznikaly různé penziony pro dámy a pány, domovy důchodců či jejich různé obdoby. Ve 20. století tedy došlo k největšímu rozvoji sociální péče o seniory a to až k dnešní podobě, kdy je kladen důraz nejen na zdravotní, ale i na duševní stránku seniora (JAROŠOVÁ, 2006).

### **2.2.2. Současnost**

V současné době již dlouhou dobu funguje v západní Evropě, na rozdíl od České republiky, úspěšně model seniorského bydlení v seniorských rezidencích a domech, který může být inspirací a vhodným řešením situace i v České republice. Seniorské rezidence jsou soukromá zařízení, která slouží pro dlouhodobý pobyt klientů realizovaný formou chráněného bydlení s možností využívání širokého spektra služeb dle individuálních potřeb a požadavků. Princip seniorských rezidencí se značně liší od modelu ústavní péče pro seniory v České republice. Do seniorské rezidence klienti odcházejí v době, kdy jsou aktivní a zcela nebo z velké míry soběstační a jejich soběstačnost je zde i nadále intenzivně podporována a rozvíjena. Přestěhování do seniorské rezidence není vnímáno jako poslední možné řešení, není spojováno se zdravotním handicapem či nemohoucností, nýbrž rezidence se stává novým domovem,

který si klient samostatně vybere a v němž chce strávit zbytek života (KOUBOVÁ, 2007).

Takovéto rezidence jsou přizpůsobeny i osobám s handicapem nebo se sníženou soběstačností. Lidé jsou v části rezidence, která se nazývá seniorské centrum. Jsou jim poskytované stejné služby a k dispozici je jim stálá péče zdravotních a sociálních pracovníků (KOUBOVÁ, 2007).

V roce 1997 byla schválena Evropská charta pacientů seniorů, která byla pro Českou Republiku schválena v roce 1998. Následující rok 1999 byl mezinárodním rokem seniorů (HAŠKOVCOVÁ, 2006).

Průměrná délka život se v průběhu staletí mění, zatím co ve starém Řecku a Římě se lidé dožívali průměrně 25 let. V 19. století byla věková hranice seniorů 50 let. Ve 20. století se délka lidského života prodlužovala a věková hranice se dostala až na dnešních 78,1 let pro ženy a 71,5 let pro muže (HAŠKOVCOVÁ, 2006).

### 3. TYPY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Sociální službou rozumíme činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám v životní nepřízni. Za tuto nepřízeň lze považovat špatnou finanční situaci, zhoršení zdravotního stavu nebo jiný důvod, kvůli kterému je osoba vylučována ze společnosti (Zákon 108/2006 sb.).

Sociální služby dělíme do tří skupin dle jejich cílů a zaměření a to na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále pak dělíme sociální služby dle forem poskytování na **pobytové**, kdy je služba poskytována v zařízení sociálních služeb. **Ambulantní službu** osoba využívá dojížděním nebo je doprovázením druhou osobou do místa poskytování. A **terénní služby**, které jsou poskytovány v domácím prostředí klienta podle předem domluvených časů (KRÁLOVÁ, 2007).

**Sociální poradenství** nabízí zájemcům bezplatné poučení a instruování o možnosti řešení jejich současné situace (KRÁLOVÁ, 2007).

**Služby sociální péče** jsou pro klienty, kteří mají zájem o napomáhání s péčí o jejich osobu. Seniorům jsou například nabízeny domovy pro seniory, centra denních služeb, intervenční centra atd. (KRÁLOVÁ, 2007).

**Služby sociální prevence** jsou zde pro osoby, jejichž sociální situace je nepříznivě ovlivněna a hrozí vyloučení ze společnosti nebo vznik negativních jevů. Sem zahrnujeme ranou péči, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra a další (KRÁLOVÁ, 2007).

### **3.1. Pobytová Sociální Péče O Seniory**

**Domovy pro seniory** - Zákon 108/2006 sb. označuje domovy pro seniory jako organizace poskytující pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Domovy pro seniory však mohou využívat i osoby plně soběstačné, mají-li zájem o pobyt, z důvodu odloučení od společenského života či jiného vlastního důvodu.

Domovy pro seniory patří mezi zdravotně sociální služby. Domovy pro seniory poskytují ubytovací, stravovací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Dále pak poskytují pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Pomoc při hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a zdravotní péči. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. A pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon 108/2006 sb.).

**Domovy s pečovatelskou službou** - Jsou domovy určené pro starší osoby, které pro svůj zdravotní stav nejsou odkázány na péči v zdravotním zařízení. Klienti zde bydlí v jednotlivých bytech a využívají pouze pečovatelské služby, které jsou poskytované terénně. Pracovníci sociální služby dochází za klientem podle předem ujednané dohody na podkladě smlouvy a starají se o složitější úkony, které klient sám nezvládá (MATOUŠEK, 2007).

### **3.2. Terénní a ambulantní sociální péče pro seniory**

**Pečovatelské služby** - Zákon 108/2006 sb. definuje pečovatelskou službu jako terénní nebo ambulantní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby, ale jejich omezení není závislé na celodenní péči druhé osoby.

Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb tyto úkony: pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu. Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Poskytnutí stravy nebo pomoc

při zajištění stravy. Pomoc při zajištění chodu domácnosti a dále pak zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (Zákon 108/2006 sb.).

**Odlehčovací služby** - Také známá pod pojmem Respitní péče. Jedná se o pobytovou sociální službu ambulantního typu, poskytované pro osoby s chronickým onemocněním. Klient tuto službu využívá krátkodobě a uživatel je zde z důvodu, že osoba, která o něj běžně pečuje, potřebuje v určitém intervalu uvolnění z péče. Lidé těchto služeb využívají v době, kdy chtějí svému pečovateli umožnit úlevu od péče o něj (např. umožnit odjezd na dovolenou, apod.). Tyto služby známe také pod pojmem „Domovinka“ (Zákon 108/2006 sb.).

**Denní stacionář** - Dříve se tato zařízení také nazývaly denní pobyty. Jde o ambulantní službu pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení. Osoby jsou zde během denních hodin a v odpoledních nebo večerních hodinách se vracejí do svého domácího prostředí. Je mu zde poskytnuta strava, aktivizační činnosti, péče o hygienu a zprostředkování se společenským okolím (KRÁLOVÁ, 2007)

**Domácí péče** - Pojem domácí péče (z původního home care) se do českého prostředí dostal z trendů zahraniční péče. Jde o služby prováděné geriatrickou sestrou, kdy klient může vyžadovat pomoc s 2-3 návštěvami denně v celkovém maximálním rozsahu 3 hodin. Tuto péči využívají dvě skupiny klientů. První skupinou jsou osoby propuštěné z nemocniční lékařské péče a doléčení a rekonvalescence může probíhat v domácím prostředí. Druhou skupinou jsou osoby s chronickým onemocněním a vyžadují pomoc druhé osoby (HAŠKOVCOVÁ, 2006).

### 3.3. Cíle a poslání sociálních služeb

Organizace spojených národů (dále jen OSN) sepsala pro sociální služby pět základních zásad.

**První zásadou** je zabezpečovat osoby žijící v zařízeních sociálních služeb nebo využívající dané služby ať už ambulantního nebo terénního typu. Chránit jejich bezpečné prostředí, starat se o jejich duševní, fyzickou i psychickou stránku (KALVACH, HOLMEROVÁ, 2004).

**Za druhé** udržovat důstojnost člověka. Žádný z klientů nesmí být ponižován, nesmějí mu být odpírány žádná práva, jichž byl vždy zvyklý využívat (KALVACH, HOLMEROVÁ, 2004).



**Na třetím** místě je důležité zajistit stálou nezávislost v běžných denních aktivitách. V případě, že by klient nebyl schopen se jakkoliv o sebe postarat, po stránce běžných denních aktivit, je tedy nutné, aby zde byl vhodně školený personál, který se postará o pomoc (KALVACH, HOLMEROVÁ, 2004).

**Za čtvrté** podporovat a umožňovat seberealizaci člověka. Každé zařízení by mělo ve svých klientech podporovat seberealizaci za pomoci zapojení se do společenského života v organizaci. Různé domovy tak nabízejí ergoterapie, arteterapie nebo různé společenské akce, do kterých se klienti zapojují a svou pomocí je i realizují (KALVACH, HOLMEROVÁ, 2004).

**Na pátém místě** je podpora v udržování účasti seniora na svých činnostech a denních aktivitách. Ukázat klientovi, že navzdory jeho zdravotnímu omezení není omezen v běžných denních činnostech. Pokud ho zdravotní stav omezuje v některé činnosti, musíme najít jinou alternativu jak požadovaného výsledku docílit a tím dosáhnout toho aby ve své péči pokračoval sám bez pomoci druhé osoby (KALVACH, HOLMEROVÁ, 2004).

**Cíle domovů** pro seniory a pečovatelských služeb jsou zaměřeny na zkvalitnění života seniorů. Po stránce osobní (pomoc při hygieně, stravování, apod.), sociální (umožnit setkání s dalšími osobami, rodinou, přáteli, možnost zúčastnit se společenských akcí) a zdravotní (vhodné prostředí pro udržení fyzického a psychického zdraví, pomoc zdravotních a rehabilitačních pracovníků).

**Cílovými skupinami** jsou osoby, které z důvodu svého zdravotního stavu nemohou již pobývat v domácím prostředí nebo jsou odkázány na péči druhé osoby. Domovy pro seniory a pečovatelské služby mohou, ale obývat i klienti, kteří jsou v relativně dobrém stavu, ale i přesto nechtějí zůstat doma, například z důvodu špatné dostupnosti veřejných služeb (zdravotní zařízení, pošta, obchody, apod.) (HAŠKOVCOVÁ, 2006).

## **4. STANDARDY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Standardy jsou dokumenty udávající, jak by měla vypadat kvality péče o seniory. Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) společně s poskytovateli a uživateli sociálních služeb formulovali obecné standardy, které si dále pak upravují jednotlivá zařízení dle jejich povahy a klientů. Standardy dělíme do tří základních skupin. Procedurálních, personálních a provozních.

„Procedurální (procesní) standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba dávat pozor při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.“ (MPSV, 2002).

„Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Při poskytování služeb nejsou možné dodatečné opravy nebo vyřazení zmetků. Nepovedenou službu nelze dodatečně vyřadit. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají“ (MPSV 2002).

„Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustředují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality“ (MPSV, 2002).

### **4.1. Cíle a poslání standardů**

Cílem a zároveň posláním standardů je udržet kvalitu péče, práce a chodu zařízení. Klient organizace, ať už zcela soběstačný nebo ležící má právo na spravedlivé a rovnocenné jednání. Zaměstnanec ale i samotné zařízení má za povinnost znát jejich obsah a podle nich se chovat ke klientům (MPSV,2008).

## 4.2. Základní standardy

MPSV sestavilo patnáct základní standardů, které by měla každá organizace poskytující péči seniorům dodržovat. Zde je jednotlivě představím.

První částí standardů jsou standardy procedurální, tedy ty, které se týkají převážně uživatele.

**1. Standard** „Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb“ udává povinnost každé organizace podávat informace o tom, co jsou za zřízení a jaká je jeho nabídka služeb. Sociální zařízení musí podat informace o tom, kdy a kde své služby poskytuje a pro koho jsou určené. Musí také uvést podmínky a pravidla, za kterých službu poskytuje a proč je poskytuje (MPSV, 2008).

**2. Standard** „Ochrana práv osob“ jak již udává název standardu, má organizace za povinnost dodržovat veškerá lidská práva a svobody. Každý má svá práva, které jim nesmějí být odepřeny. Poskytovatel služeb by měl zamezit veškeré situace, které by odpírali požadavky klienta. Zároveň tento standard udává povinnost zaměstnavateli seznámit vás i se situacemi, ke kterým by mohlo dojít během využívání služeb, a byly by v rozporu s lidskými právy. Každá organizace by měla také udat řešení případných problému, a pokud to bude možné poskytnout i preventivní řešení (MPSV, 2008).

**3. Standard** „Jednání se zájemcem o sociální službu“ seznamuje každého z žadatelů o tom, jaké má právo na podání informací o organizaci, jež si pro sebe vybral. Zástupci služeb mají klientovi poskytnout dostatečné a srozumitelné seznámení se zařízením. Pokud se organizace rozhodne vám některé informace nesdělít, máte právo na vysvětlení, proč nebyli sděleni. Toto vysvětlení může být ústního, na vaši žádost však i písemného vyjádření (MPSV, 2008).

**4. Standard** „Smlouva o poskytování sociálních služeb“ nás seznamuje s tím, jak vypadá smlouva o poskytování služby, jež se rozhodneme využívat. Ve smlouvě musí být uvedeno jak dlouho a jaké služby budeme využívat. Dále zde budou uvedeny konkrétní podmínky poskytování služby. Bude zde tedy uvedeno co, kde, kdy, jak a za jaké finanční ohodnocení bude klientovi poskytováno. Smlouva je cíleně sepisována dle potřeb a přání klienta. Opět je důležité, aby veškeré informace uvedené ve smlouvě byly srozumitelné popřípadě dostatečně vysvětleny (MPSV, 2008).

**5. Standard** „Individuální plánování průběhu sociální služby“ klientovi představuje, co by mělo následovat po sepsání smlouvy a nástupu klienta do zařízení. Každý klient

po nástupu sdělí svá přání a cíle, jichž by chtěl ještě dosáhnout. Je důležité, aby jeho přání a potřeby znali i zaměstnanci. Klient by měl veškeré své požadavky sdělit a domluvit se na způsobech plnění jeho plánů. Uživatel služeb by však měl myslet i na to, že nic nejde samo a měl by v plnění přání, cílů a potřeb pomoci i on sám a nejen spoléhat na své okolí. Hlavně v případě je-li toho sám schopen. Musíme také myslet, že veškeré cíle a plány se v průběhu pobytu klienta mění a tak je důležité je sledovat, dostatečně komunikovat s uživatelem a věnovat každým změnám v jeho životě pozornost (MPSV, 2008).

**6. Standard** „Dokumentace o poskytování sociální služby“ seznámí s informacemi, které bude klient udávat při nástupu k pobytu. Zařízení může po vás žádat informace, které jsou pro něj důležité z důvodu kvality poskytování služeb. Z velké části se jedná o informace vašeho zdravotního stavu, informace pro zkvalitnění vašeho osobního soukromí a podobně. Veškerá dokumentace, která o klientovi bude vedena, má být jeho vlastníkově k nahlédnutí (MPSV, 2008).

**7. Standard** „Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby“. Seznamuje klienta s právem podat stížnost v případě, že je nespokojen s péčí. Poskytovatel mu má umožnit tuto stížnost podat anonymně (např. do schránky přání a stížností) nebo i osobně vedení nebo osobě, jenž je schopna stížnost posoudit a řešit. Každé zařízení by si mělo uvědomit, že jakákoliv stížnost není útokem proti ní, ale je to podnět pro zamyšlení a zkvalitnění služeb (MPSV, 2008).

**8. Standard** „Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje“. Dbá na to, aby poskytovatel bral ohled na klientův předchozí život a nijak ho neomezovat. Každý by měl mít tedy dostatečnou dostupnost nejen sociálních, ale i veřejných služeb jako jsou kadeřnictví, pošta a další. Pokud není klient schopen za službami docházet do těchto míst, měl by mu poskytovatel zajistit možnost náhrady. Některá větší zařízení už poskytují tyto služby přímo v místě objektu organizace nebo zajišťují jejich návštěvu v organizaci (MPSV, 2008).

Druhá částí standardů jsou personální standardy, které jsou zaměřeny na kvalitu poskytování péče ze strany zařízení.

**9. Standard** „Personální a organizační zajištění sociální služby“. Hledí na to, aby, každé sociální zařízení mělo za povinnost zaměstnávat kvalifikované zaměstnance. Počet a obory osob pracujících v těchto službách se liší dle velikosti organizace. Každý ze zaměstnanců by měl být v organizaci plně zaškolen a poučen o náplni jeho práce.

Měl by znát zařízení, v němž pracuje a neměl by nijak silně narušovat jeho chod (MPSV, 2008).

**10. Standard** „Profesní rozvoj zaměstnanců“. Je zaměřen na vzdělání personálu. Zaměstnavatel by měl dohlížet a sám nabízet průběžné vzdělání svých zaměstnanců. Každý by měl být seznámen s možnostmi zlepšení kvality péče, kterou poskytují (MPSV, 2008).

Poslední částí jsou provozní standardy, které se týkají hlavně chodu zařízení.

**11. Standard** „Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby“. Poskytovatel určuje dobu a místo, kde může žadatel službu využít. Seznamuje s tím, kdy konkrétně a na jakém místě je služba k dispozici. Udává, o jaký druhu se jedná a co je cílem služby.(MPSV, 2008)

**12. Standard** „Informovanost o poskytované sociální službě“. Poskytovatel sociálních služeb je povinen podávat pravdivé a plnohodnotné informace, které by měl být schopen na žádost žadatele dostatečně vysvětlit. Pokud už klient služby využívá, měl by být v průběhu pobytu informován o změnách v organizaci. Ovšem jen o takových změnách, které jsou pro něj důležité a které by jakkoliv mohli změnit jeho dosavadní plány a cíle (MPSV, 2008).

**13. Standard** „Prostředí a podmínky“. Každá organizace by měla dbát na svůj vzhled. Prostředí organizace, které se po nástupu k pobytu stane klientovým domovem, by mělo být klidné a hygienicky čisté. Veškeré materiální vybavení zajišťuje poskytovatel, ale pokud má klient zájem o vlastní vybavení, neměl by mu být jeho požadavek odepřen. Není důležité, co si přeje poskytovatel, ale je důležité jak se cítí klient (MPSV, 2008).

**14. Standard** „Nouzové a havarijní situace“. V případě nebezpečné situace má mít každá organizace stanovená krizové plány. Každý zaměstnanec i uživatel by s nimi měl být seznámen. Takovéto dokumenty by měli být dobře dostupné (MPSV, 2008).

**15. Standard** „Zvyšování kvality sociální služby“. „Pro zlepšování sociální služby by měl poskytovatel od uživatelů zjišťovat zpětnou vazbu o tom, jak služby poskytuje. Z toho pak vyvodit zda není v rozporu s „veřejným závazkem“ a osobními cíli jednotlivých uživatelů služby. Poskytovatel by tedy od Vás měl zjišťovat, zda a jak jsou klienti se službou spokojeni a zapojovat do hodnocení a rozvoje služby také své pracovníky“ (MPSV, 2008).

**16. Standard** „Zajištění kvality služeb“. Standard zajištění kvality služeb udává zařízení pokyny k tomu, jak udržet hodnoty klientů v zařízení. Každé zařízení musí brát v ohledu na potřeby klientů a musí udávat, jakým způsobem budou tyto potřeby plněny. Musí své obyvatele seznámit s poskytováním a hodnocením provádění služeb. Pokud bude organizace jakkoliv měnit poskytované služby, musí o změnách informovat (MPSV, 2008).

**17. Standard** „Ekonomika“. Udává povinnost organizace sestavit si svůj finanční plán. Udat vhodné finanční zdroje a způsob získávání financí na provoz zařízení. Získané finanční prostředky pak musí analyzovat a udat, na kterou činnost ve svém zařízení byly použity (MPSV, 2008).

Domovy pro seniory získávají finance na chod zařízení hlavně ze tří zdrojů. Prvním zdrojem je platba klientů za pobyt a příspěvky na péči, druhým jsou zařízení přiznané dotace od ministerstva práce a sociálních věcí a v poslední řadě je jím dotace od města, jímž je zařízení provozováno (KOVÁRNOVÁ, 2010).

## **5. ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH**

Dle úvodního ustanovení Zákona 108/2006 sb. o sociálních službách tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízení pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních.

## 5.1. Příspěvek na péči

Za příspěvek na péči považujeme státní dávku fyzické osobě, která jej využije na potřebnou pomoc. Příspěvek si může nárokovat osoba, která je z důvodu dlouhodobé nepříznivého zdravotního stavu omezena v péči o svou osobu. Příspěvek je finančně rozdělen do čtyř stupňů podle závislosti postiženého na druhé osobě (KRÁLOVÁ, 2007).

Stupně závislosti pro osoby starší 18 let, jsou rozděleny takto:

*I. stupeň* - lehká závislost, kdy osoba potřebuje každodenní dohled nebo pomoc při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti, příspěvek činní 2 000 Kč,

*II. stupeň* – středně těžká závislost, kdy osoba potřebuje každodenní dohled nebo pomoc při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti, příspěvek činní 4 000 Kč,

*III. stupeň* – těžká závislost, kdy osoba potřebuje každodenní dohled nebo pomoc při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti, příspěvek činní 8 000 Kč,

*IV. stupeň* – úplná závislost kdy osoba potřebuje každodenní dohled nebo pomoc při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti, příspěvek činní 12 000 Kč (Zákon 108/2006 sb.).

Mezi úkony péče o vlastní osobu patří skupiny úkonů příprava stravy, podávání a porcování stravy, přijímání stravy a dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání a sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, fyziologické vyprazdňování a následná hygiena, spánek, přemísťování předmětů a další (KRÁLOVÁ, 2007).

Do úkonů soběstačnosti řadíme schopnost komunikace (verbální, neverbální), orientace v místě, čase a osobách, schopnost práce s financemi a péče o domácnost (nákup, úklid, zacházení s domácími spotřebiči atd.) (KRÁLOVÁ, 2007).

Jednotlivé úkony jsou rozděleny na pod úkony, které se u klienta dále hodnotí.

## 5.2. Pracovníci v sociálních službách

Zákon 108/2006 sb. také udává, jací pracovníci mají v sociálních službách pracovat a jaké má být jejich vzdělání a odbornost.

**Sociální pracovníci** jsou osoby zajišťující v zařízení sociální šetření mezi klienty, pomáhá řešit právní problematiku, je k dispozici pro sociální poradenství, analytickou metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti. Sociální pracovník má být způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý (KRÁLOVÁ, 2007).

**Pracovník přímé obslužné péče**, je nezdravotnický pracovník, který o uživatele sociálních služeb pracuje v ambulantních nebo pobytových zařízeních. Jeho pracovní náplní je péče o hygienu, stravování, jednoduché denní činnosti (oblékání, manipulace s předměty) a uspokojování společenských potřeb (KRÁLOVÁ, 2007).

**Ošetřovatel/ka** - se podílí na léčebné (nefarmakologické), rehabilitační, neodkladné a diagnostické péči (KRÁLOVÁ, 2007).

**Zdravotnický personál** - ve službách sociální péče pracují střední zdravotničtí pracovníci - všeobecné sestry, jako odborní pracovníci. Jejich pracovní náplní je dohled nad léčebnou a preventivní péčí o klienty organizací sociálních služeb (KRÁLOVÁ, 2007).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6. METODIKA A CÍLE PRÁCE

### 6.1. Použité metody

Práce je rozdělena na část teoretickou, která věnuje pozornost sociálním službám. A na část praktickou, kde je popsán výzkum. Vyhodnocení dotazníku je proveden popisnou statistikou v Excelu 2010 za pomoci grafů a tabulek s vyobrazením absolutních a relativních čísel.

**Dotazník** (příloha II.) vlastní konstrukce se skládá ze základních demografických otázek – věk, pohlaví a místo užívání služeb dotazovaného. Dále jsem se dotazovala na délku pobytu v zařízení a spokojenost s okolním prostředím. Otázka č. 8 v dotazníku je hodnocena dle Barthelova testu (popsán níže) jsem hodnotila soběstačnost klienta ve všedních činnostech. Důležité otázky jsou směřovány na posouzení péče, která byla prováděna při nástupu klienta do zařízení a její současný stav. Další otázky jsou zaměřené na spokojenost respondenta s péčí a prací personálu, zda by něco změnily a jakou finanční zátěží jsou pro ně poskytované služby.

**Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)** - je technika hodnocící, jak je osoba schopna postarat se o sebe v denních aktivitách. Test se skládá z otázek, které jsou podle určených odpovědí bodovány a následně vyhodnoceny. Pokud osoba zvládá činnosti bez pomoci, zapíšeme 10 bodů, pokud s pomocí získá 5 bodů a pokud danou aktivitu sám neprovede bodové ohodnocení je 0. V deseti činnostech se hodnotí schopnost samostatného příjmu potravin a tekutin, oblékání, koupání, osobní hygiena, kontinence moči a stolice (zde se hodnotí osoba jako plně inkontinentní, občas inkontinentní nebo trvale inkontinentní), schopnost použití WC a chůze po schodech. Dále pak schopnost osoby přesunu z lůžka – židle, u tohoto bodu je bodové hodnocení pozměněno na samostatně bez pomoci s přiznáním 15 bodů, s malou pomocí s 10 body, vydrží sedět 5 bodů a neprovede s 0 bodů v hodnocení. Další otázka Chůze po rovině je také hodnocena až 15 body (samostatně nad 50 m - 15 bodů; s pomocí 50 m – 10 bodů; na vozíku 50 m – 5 bodů; neprovede 0 bodů) (KALVACH, 2004).

Výsledné body ze všech částí testu se sečtou a vyhodnotí se závislost klienta na druhé osobě. Pokud je výsledek testu 0 – 40 bodů je osoba vysoce závislá, při výsledku

45 – 60 bodů je u osoby závislost středního stupně. 65 – 95 bodů označujeme za lehkou závislost a při výsledném skóre 96 – 100 bodů je osoba nezávislá na pomoci druhé osoby (KALVACH, 2004). Vzor tohoto testu je dostupný v příloze III.

V dotazníku byly otázky č. 6 a č. 7 s volnou odpovědí. Na získání odpovědi od respondentů jsem použila **metodu rozhovoru**. Respondenti na mé otázky „zda za dobu svého pobytu vnímají nějaké změny v péči“ a „co by chtěli změnit v sociální péči“ odpovídali volně a já zapisovala jejich výpovědi. U otázky č.3 „Líbí se vám prostředí, v němž žijete (oddělení nebo byt, okolí domova)“ jsem požadovala pouze odpověď ano/ne, ale respondenti zde popisovali, co se jim líbí nebo nelíbí a tak sem i zde zaznamenala jejich výpovědi.

## **6.2. Cíl práce**

Výzkum této bakalářské práce je zaměřen na zjištění spokojenosti klientů s péčí v bytových sociálních službách, jak jej vidí za dobu jejich pobytu.

## **6.3. Cílová skupina**

Cílovou skupinou jsou senioři ve věku od 60 let a výše, uživatelé bytových sociálních služeb v Českých Budějovicích. Celkem jsem se dotazovala 45 osob ve třech domovech pro seniory v Českých Budějovicích. Jednalo se o Domov důchodců Dobrá Voda, Domov pro seniory Máj a Domova pro seniory Hvízdla.

## **6.4. Odborné otázky**

Otázka č. 1: Jsou klienti sociálních služeb spokojeni s prostředím, v němž žijí?

Pro účely této bakalářské práce považuji prostředí, které klienti hodnotili, za prostory ve kterém bydlí (pokoj, oddělení domova pro seniory), dále pak prostory domova (bezbariérový přístup, rozmístění dílen a společenského zázemí) a dostupnost sociálních služeb v okolí.

Otázka č. 2: Jsou klienti spokojeni s kvalitou péče, která je jim poskytována?

Spokojenost a kvalitu péče, která je respondentům poskytována, jsem hodnotila podle toho, jak vnímají péči od personálu a potřebné pomůcky, které jim pomáhají dosáhnout jejich soběstačnosti.

Otázka č. 3: V jaké míře jsou klienti soběstační v denních aktivitách?

Tato odborná otázka byla hodnocena pomocí Barthelova testu.

## 6.5. Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v Domově důchodců Dobrá Voda, Domově pro seniory Máj a Domově pro seniory Hvízdla. Po písemné domluvě s vedením domovů jsem přešla k osobnímu kontaktu. Představila jsem sebe a svůj výzkum a domluvila si dny, kdy bude možno výzkum provést. V domluvené dny jsem se dostavila do zařízení, kde jsem požádala uživatele sociálních služeb o vyplnění dotazníku. Vše probíhalo bez problémů, i když jsem se setkala i s odmítnutím. V domovech pro seniory Máj a Dobrá Voda jsem dotazníky vyplňovala sama s klienty. V domově pro seniory Hvízdal, mě vrchní sestra požádala o dotazníky a nechala je klienty vyplnit společně se svými sociálními pracovníky, nesetkala sem se tedy přímo s klienty.

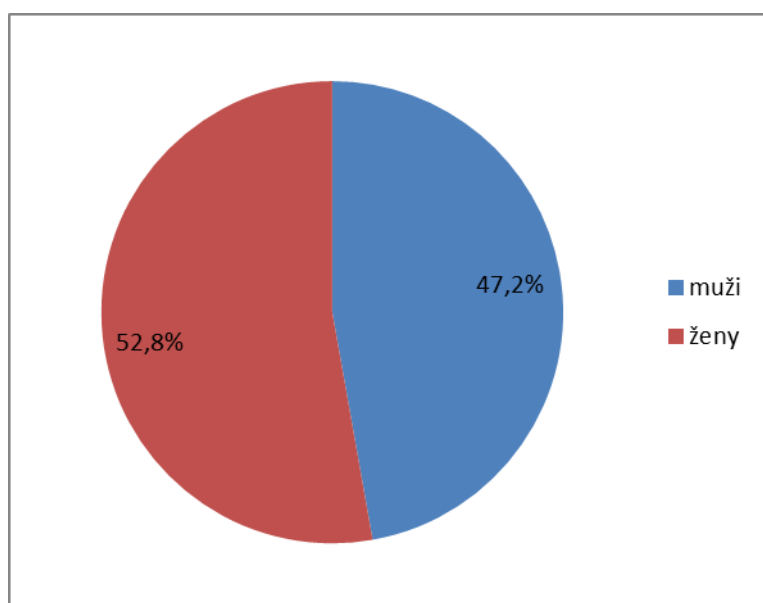
Celkový počet rozdaných dotazníků byl 45, z toho jsem od respondentů získala 36 vyplněných dotazníků a 9 osob mě odmítlo. V každém domově jsem žádala o dotazování 15 osob. V domově důchodců Dobrá Voda mi na dotazníky odpověděli všichni dotazovaní klienti, které jsem požádala o rozhovor. V domově pro seniory Máj mě odmítlo 9 osob, bylo to z důvodu velkého počtu předchozích zájemců o různé výzkumy v dané lokalitě. Z domova pro seniory Hvízdal, bylo vráceno od sociálních pracovníků nazpět všech 15 dotazníků.

## 7. VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tabulka č. 1: Pohlaví respondentů

Muži	47,2%	17
Ženy	52,8%	19

Graf č. 1: Pohlaví respondentů



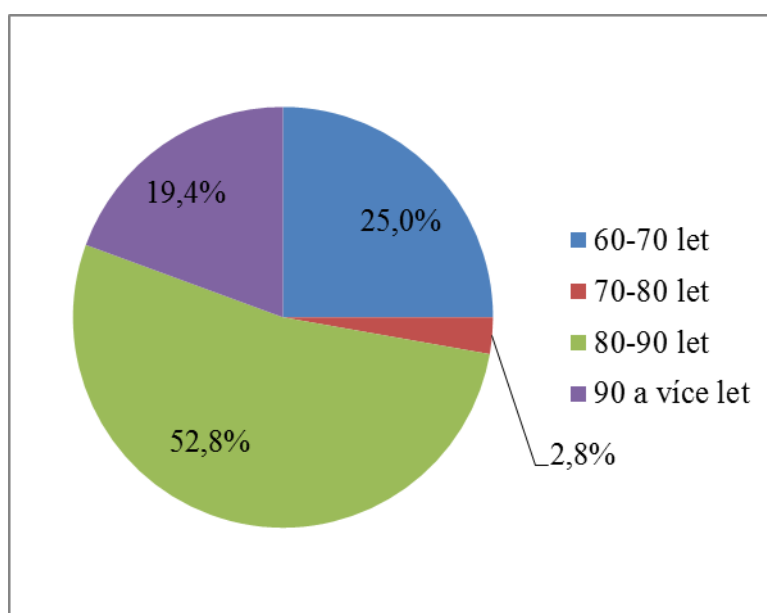
Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č.1 a tabulce č. 1 je zobrazen počet dotazovaných osob, kterých bylo celkem 17 mužů (47,2 %) a 19 žen (52,8 %).

Tabulka č. 2: Věk respondentů

60-70 let	25,0%	9
70-80 let	2,8%	1
80-90 let	52,8%	19
90 a více let	19,4%	7

Graf č. 2: Věk respondentů



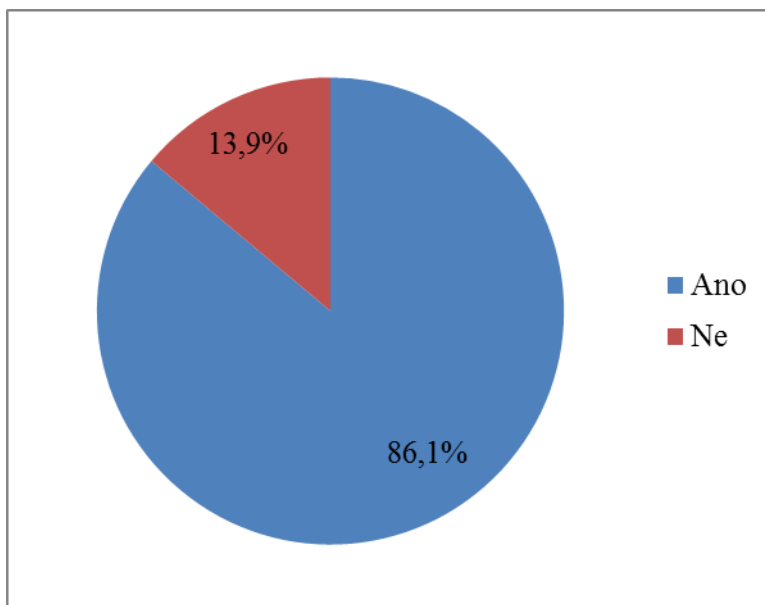
Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 2 a tabulce č. 2 je vyhodnocen počet respondentů, kteří byli ve věku 60-70 let – 9 respondentů (25 %), ve věku 70-80 let byl 1 dotazovaný (2,8 %) a dále pak ve věku 80-90 let 19 respondentů (52,8 %) a 90 a více let bylo 7 respondentů (19,4 %).

Tabulka č. 3: Spokojenost respondentů s prostředím Domovů pro seniory, v němž žijí

Ano	86,1%	31
Ne	13,9%	5

Graf č. 3: Spokojenost respondentů s prostředím domovů pro seniory, v němž žijí



Zdroj: Vlastní výzkum

Na grafu č. 3 a tabulce č. 3 je vyobrazeno, že se svým okolím, ve kterém žijí, bylo spokojeno 31 osob (86,1 %), naopak nespokojených bylo 5 osob (13,9 %).

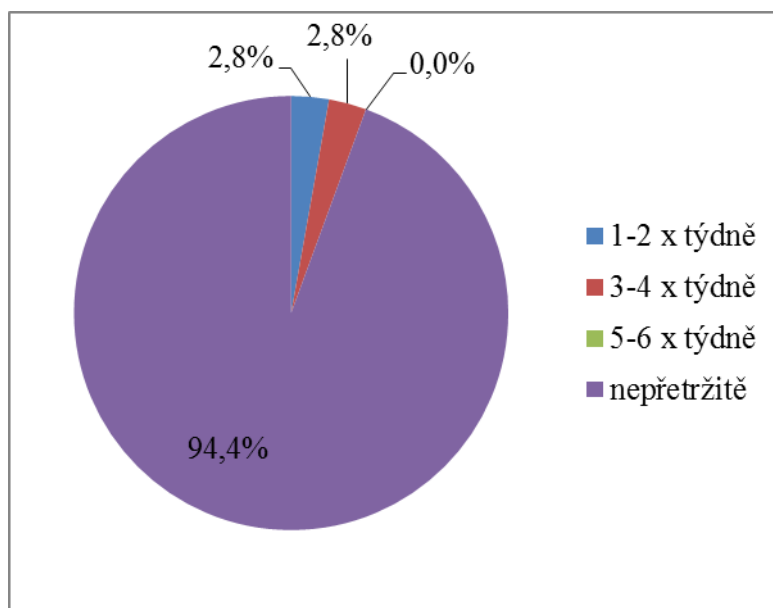
Výsledky rozhovoru:

Respondenti uváděli, že spokojeni jsou z důvodu bezbariérových přístupů po zařízení (výťahy, vjezdy do zařízení pro invalidní vozíky, apod.) Kladně vnímají i dostupnost veřejných sociálních služeb (pošta, obchody, úřady, atd.). V případě nedostatečné mobility u některých respondentů jsou v zařízení k dispozici sociální pracovnice, které jim napomáhají k dosažení jejich potřeb (nákupy, vyřizování úředních záležitostí, apod.). Jako výhodu také uvedli dostupnost malých obchůdků přímo v zařízení. Nespokojenost se odvíjela hlavně od nevhodného venkovního prostředí (nedostatek prostor pro venkovní procházky, klidné posezení v zeleni, apod.).

Tabulka č. 4: Četnost využívání služeb (pomoci od personálu v denních aktivitách)

1-2 x týdně	2,8%	1
3-4 x týdně	2,8%	1
5-6 x týdně	0,0%	0
nepřetržitě	94,4%	34

Graf č. 4: Četnost využívání služeb (pomoci od personálu v denních aktivitách)



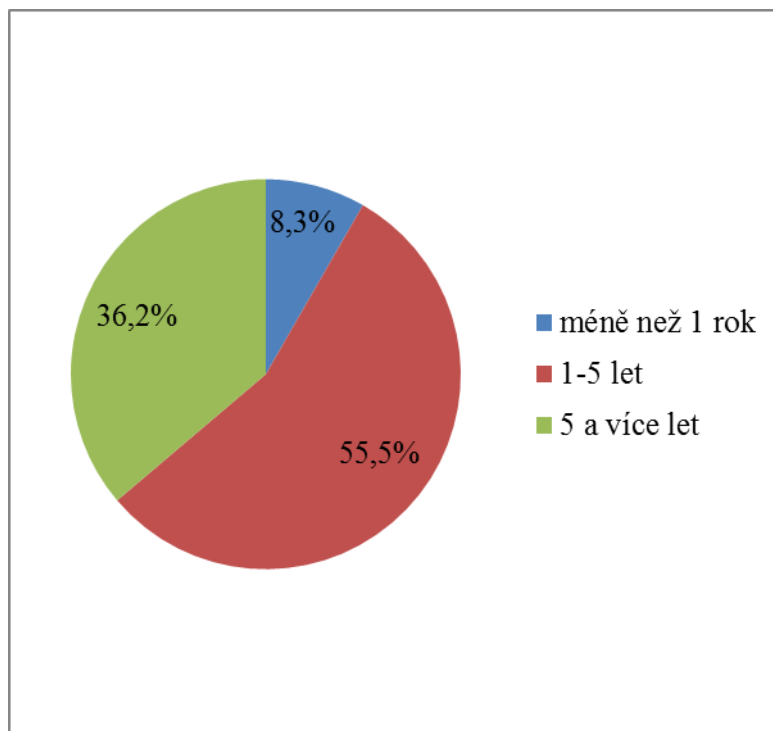
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 4 a tabulka č. 4 popisuje četnost pomoci od druhé osoby v denních aktivitách, která byla u 1 respondenta (2,8 %) v rozmezí 1-2 krát týdně. Jednalo se hlavně o hygienu těla prováděnou v koupelně. 1 respondent (2,8 %) vyžadoval pomoc od personálu 3-4 krát týdně. Opět šlo o hygienu prováděnou v koupelně, o donesení prádla do centrální prádely a nákup potravin a hygienických potřeb. Nepřetržitou pomoc od personálu v denních aktivitách si vyžadovalo 34 respondentů (94,4 %), jednalo se hlavně o dopomoc v hygieně, stravování (příprava a podávání stravy), v rehabilitačních a aktivizačních činnostech.

Tabulka č. 5: Délka pobytu v zařízení

méně než 1 rok	8,3%	3
1-5 let	55,5%	20
5 a více let	36,2%	13

Graf č. 5: Délka pobytu v zařízení



Zdroj: Vlastní výzkum

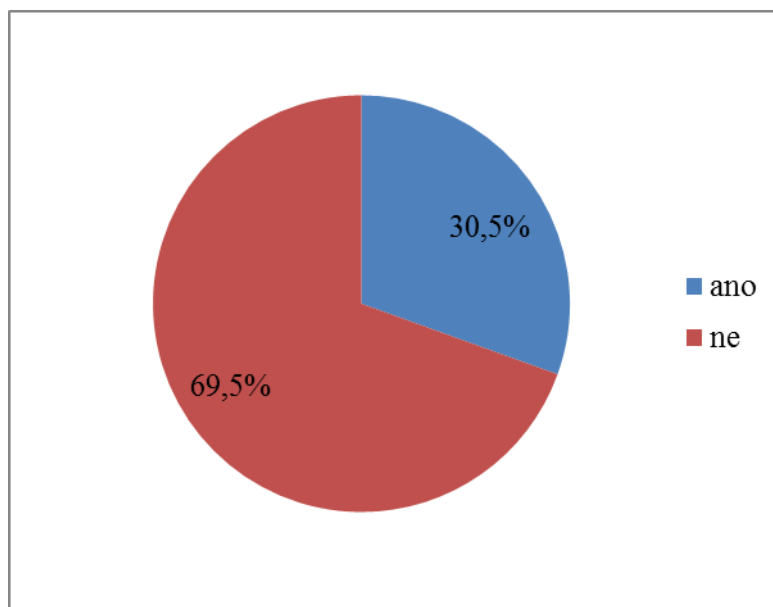
Graf č. 5 a tabulka č. 5 zaznamenává délku pobytu v zařízení. U 3 respondentů (8,3 %) byla doba pobytu kratší než jeden rok, většinou se jednalo o dobu v rozmezí 3-6 měsíců. 20 respondentů (55,5 %) žilo v zařízeních 1 až 5 let a 13 respondentů (36,2 %) již využívá služeb pobytových zařízení déle než 5 let.



Tabulka č. 6: Změna v péči, z pohledu respondenta, za dobu jeho pobytu

ano	30,5%	11
ne	69,5%	25

Graf č. 6 : Změna v péči, z pohledu respondenta, za dobu jeho pobytu



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 6 a tabulka č. 6 vyobrazuje, kolik respondentů zaznamenalo za dobu jejich pobytu změny v péči o jejich osobu. 25 respondentů (69,5 %) uvedlo, že nevnímá žádné změny v péči. Zbýlých 11 respondentů (30,5 %) odpovědělo, že změny zaznamenali.

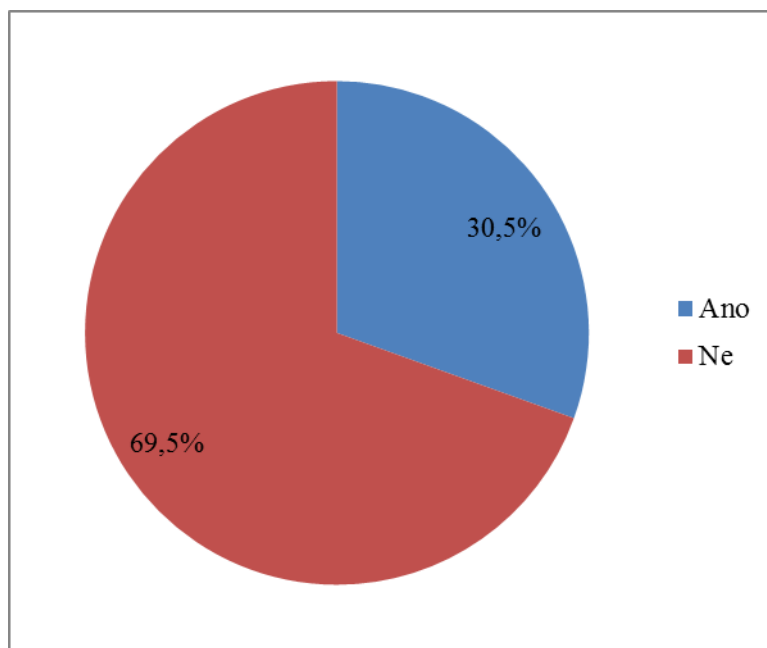
Výsledky rozhovoru:

Respondenti odpovídali, že vnímají změny v uniformách personálu, někteří uvádí, že dříve bylo lépe rozeznat, který personál patří mezi přímou péči, (ošetřovatelky, sanitární sestry) a kteří zaměstnanci jsou střední zdravotnický personál (všeobecné sestry). Dále pak respondenti uvádějí, že je jim nabízeno více zájmových a společenských aktivit.

Tabulka č. 7: Zájem respondenta o změnu péče v zařízení

ano	30,5%	11
ne	69,5%	25

Graf č. 7: Zájem respondenta o změnu péče v zařízení



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 7 a tabulce č. 7 je zaznamenán zájem a nezájem o změnu v péči. 25 respondentů odpovědělo, že by nic neměnily na současném stavu nebo, že neví, co by se mohlo změnit. Zbýlých 11 respondentů (30,5 %) by změnu uvítalo. 2 respondenti uvedli, že by si přáli změnit vše, ale už neupřesnili, co pod tímto slovem myslí.

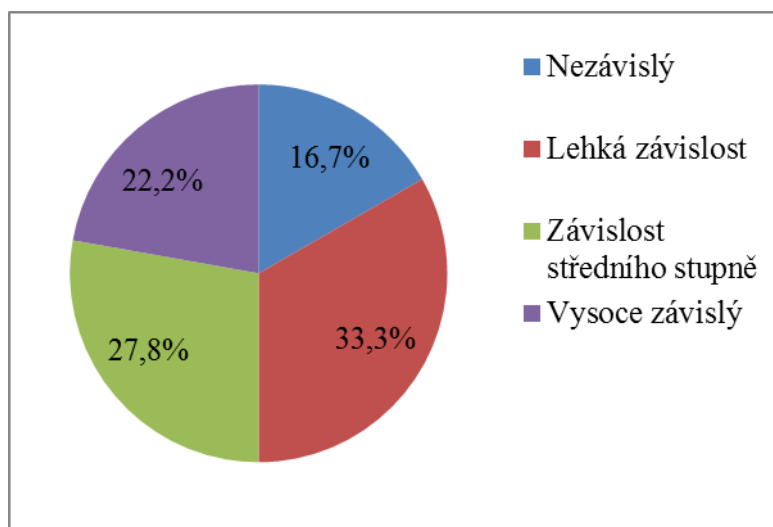
Výsledky rozhovoru:

Mnozí respondenti vnímají i materiální zajištění prostředí, v němž žijí, uvádějí, že by zlepšili dostupnost kompenzačních pomůcek napomáhající k zlepšení kvality jejich života. Dále by měli zájem o možnosti zlepšení okolního prostředí (dostupnost parčíku k odpočinku, výstavbu malého bazénku pro rehabilitační účely). Respondenti vnímají, ale také to, že okolí jejich domova nedává dostatečné možnosti k uskutečnění těchto přání.

Tabulka č. 8: Závislost na pomoci druhých osob v denních aktivitách

Nezávislý	16,7%	6
Lehká závislost	33,3%	12
Závislost středního stupně	27,8%	10
Vysoce závislý	22,2%	8

Graf č. 8: Závislost na pomoci druhých osob v denních aktivitách



Zdroj: Vlastní výzkum

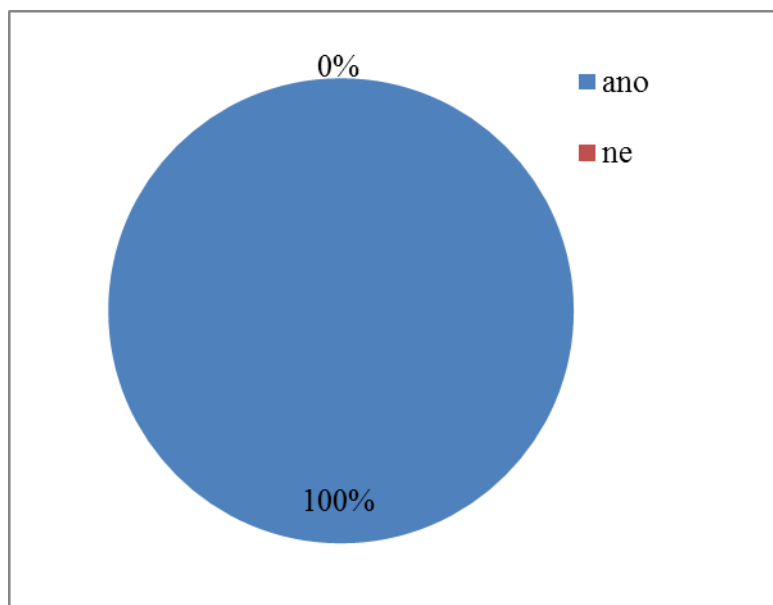
Tato část dotazníku byla hodnocena dle Barthelova testu a za pomoci ošetřujícího personálu.

Podle výsledků je v grafu č. 8 a tabulce č. 8 vyobrazena závislost při běžných denních potřebách respondentů na druhé osobě. Respondentů nezávislých na péči druhé osoby bylo 6 (16,7 %). Jednalo se o obyvatele, kteří se podle jejich slov snaží udržovat a být „fit“. Lehce závislých na péči druhých osob bylo 12 respondentů (33,3 %), ti za důvod své potřeby pomoci od druhých uvádějí předchozí zranění nebo zhoršení jejich stavu. Středně závislých bylo 10 respondentů (27,8 %) a vysoce závislých na péči druhé osoby bylo 8 respondentů (22,2%), jejich závislost na druhé osobě vznikla z důvodů dlouhodobého chronického onemocnění nebo náhlému vážnému zhoršení stavu.

Tabulka č. 9: Úleva pro respondenty při využívání služeb

ano	100%	36
ne	0%	0

Graf č. 9: Úleva pro respondenty při využívání služeb



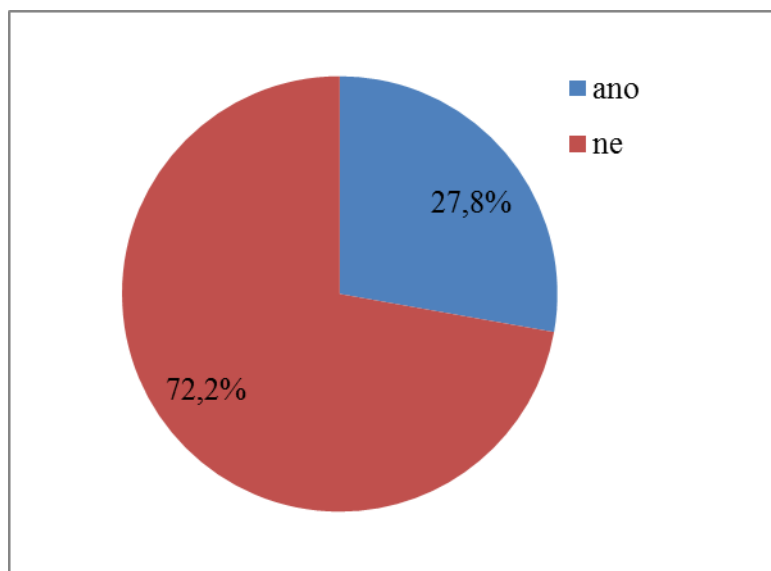
Zdroj: Vlastní dotazník

Graf č. 9 a tabulka č. 9 uvádí úlevu respondentů při využívání sociálních služeb. Všech 36 respondentů (100 %) uvedlo, že využívaná služba je pro ně úlevou (po psychické i fyzické stránce). Respondenti se vyjadřovali ve smyslu ulehčení od větších domácích prací, které už v domácím prostředí nebyly schopni provádět, a neměli osoby, které by jim mohly pomoci. Dále pak uvádějí, že mají větší jistotu v zajištění stravy a hygieny, nemusejí se starat o nákupy, nemusejí si vařit. Také se vyjadřovali, že se zbavily obav z úrazu a následného nedostání se dopomoci, v případě že by byly doma a nemohly se nikoho dovolat.

Tabulka č. 10: Finanční zátěž spojená s využíváním služeb

ano	27,8%	10
ne	72,2%	26

Graf č. 10: Finanční zátěž spojená s využíváním služeb



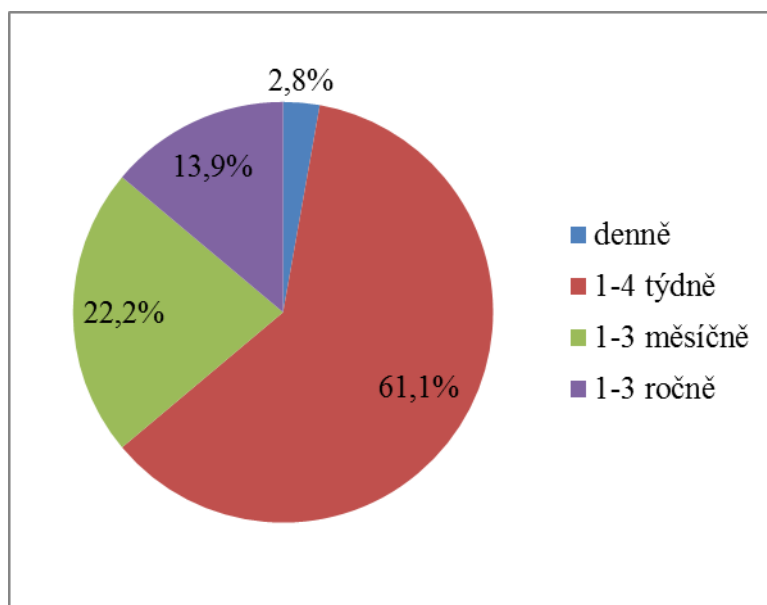
Zdroj: Vlastní dotazník

Graf č. 10 a tabulka č. 10 vyhodnocuje, jakou finanční zátěží je pro klienty pobyt v zařízení. 26 respondentů (72,2 %) uvádí, že využívání služeb pro ně není výraznou finanční zátěží. Mnoho klientů uvedlo, že jejich důchod stačí na pokrytí pobytu a na fakultativní služby. Respondenti byli se svým „kapesným“, který jim zůstává z důchodu, spokojeni. Naopak 10 respondentů (27,8 %), považuje využívání služeb za finanční zátěž, své důvody, proč je pro ně zátěží, neuvedly.

Tabulka č. 11: Četnost návštěv u respondentů

denně	2,8%	1
1-4 týdně	61,1%	22
1-3 měsíčně	22,2%	8
1-3 ročně	13,9%	5

Graf č. 11: Četnost návštěv u respondentů



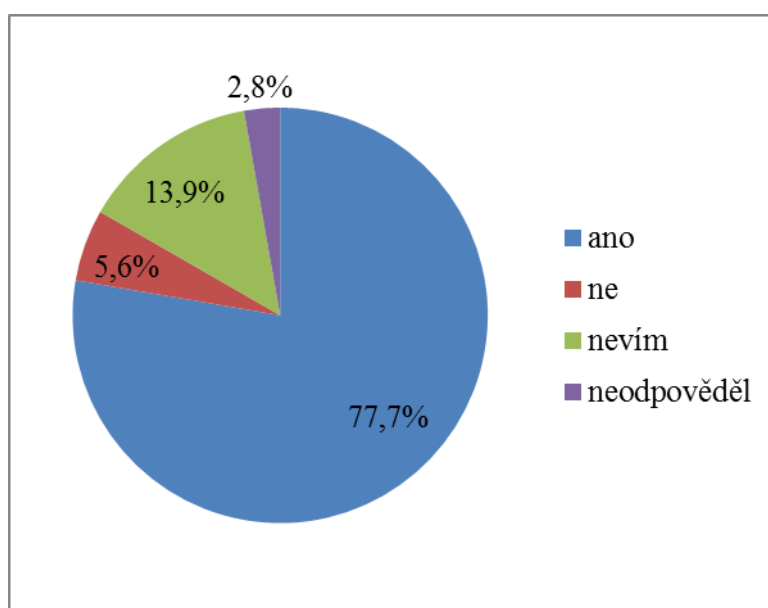
Zdroj: Vlastní dotazník

Graf č. 11 a tabulka č. 11 vyobrazuje četnost návštěv blízkých osob u respondentů. 1 Respondent (2,8 %) uvedl, že rodina za ním dochází každý den. Dále pak návštěvy za klienty dochází 1- 4 týdně a to u 22 (61,1 %) respondentů. 1-3 navštívení uvádí 8 respondentů (22,2 %). Zbýlých 5 respondentů (13,9 %) uvádějí, že za nimi návštěvy chodí 1-3 ročně, během oslav svátků a narozenin. Většina klientů uvádí jako osoby, které je navštěvují, bližší rodinu, přátele, kteří žijí v domově s nimi nebo za nimi dojíždění z rodných obcí.

Tabulka č. 12: Spokojenost rodiny respondenta s péčí v zařízení

ano	77,7%	28
ne	5,6%	2
nevím	13,9%	5
neodpověděl	2,8%	1

Graf č. 12: Spokojenost rodiny respondenta s péčí v zařízení



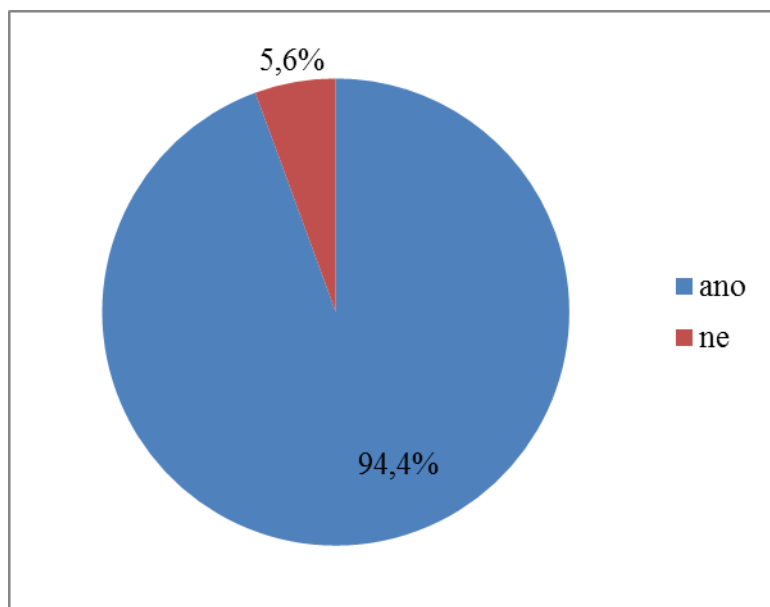
Zdroj: Vlastní dotazník

Graf č. 12 a tabulka č. 12 zahrnuje, jak jsou rodinní příslušníci spokojeni s péčí, která je jim poskytována v zařízení. 28 respondentů (77,7 %) na tuto otázku odpovědělo kladně, tedy že rodina je s péčí o ně spokojena a nemají větší výhrady proti personálu a jejich práci. Dále pak 2 respondenti (5,6 %) uvádějí, že rodina není spokojena s jejich péčí. Jako důvod uvádějí nevhodné prostředí nebo nespokojenost s personálem. 5 respondentů (13,9 %) udalo, že se rodina nevyjadřuje ke spokojenosti se zařízením. U jednoho respondenta (2,8 %) nelze hodnotit tuto otázku, neměl již bližší rodiny, která by ho navštěvovala.

Tabulka č. 13: Spokojenost respondenta s prací personálu

ano	94,4%	34
ne	5,6%	2

Graf č. 13: Spokojenost respondenta s prací personálu



Zdroj: Vlastní dotazník

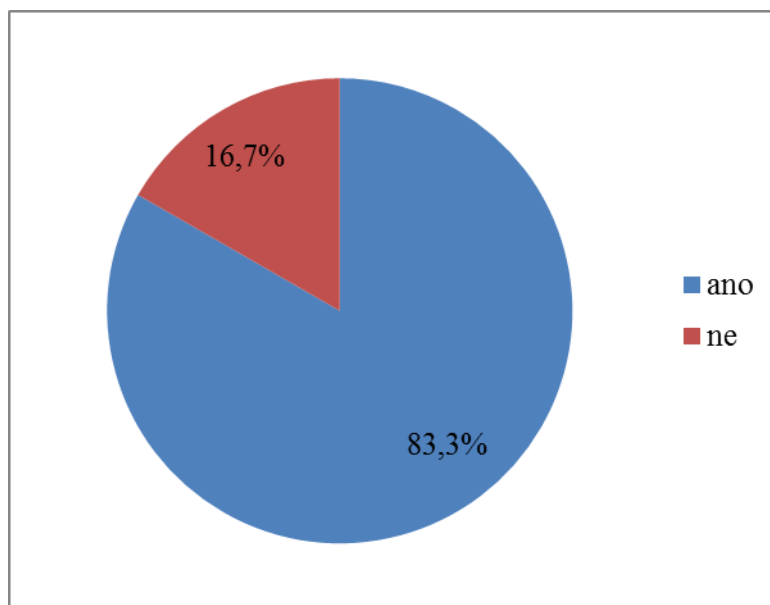
Graf č. 13 a tabulka č. 13 popisuje spokojenost respondentů s personálem, který o ně pečuje. Na tuto otázku se 34 respondentů (94,4 %) vyjádřilo kladně, personál je prý hodný a nedávají nijak najevo svůj nezájem nebo nesympatičnost s klientem. Naopak 2 respondenti (5,6 %) udali nespokojenost s personálem. Důvodem je nevhodná komunikace.



Tabulka č. 14: Informovanost s poskytováním sociálních služeb

ano	83,3%	30
ne	16,7%	6

Graf č. 14: Informovanost s poskytováním sociálních služeb



Zdroj: Vlastní dotazník

Graf č. 14 a tabulka č. 14 je výsledkem vyhodnocení, jak jsou klienti informováni se službami sociální péče. Poslední dotaz směřoval na informovanost o poskytování sociálních služeb, zde 30 respondentů (83,3 %) uvedlo, že jsou dostatečně informováni se vším, co jejich zařízení poskytuje. Uvedly však, že mají i možnosti získávání informací i o jiných službách v okolí. 6 respondentů (16,7 %) zaškrtnulo možnost nedostatečné informovanosti o poskytovaných službách.

## 8. DISKUZE

Pro svoji práci jsem si vytvořila tři základní odborné otázky.

První odborná otázka zněla „Jsou klienti sociálních služeb spokojeni s prostředím, v němž žijí?“ z vyhodnocení dotazníku graf č. 3 a tabulka č. 3 ukazují, že **většina respondentů (86,1 %) je s prostředím, v němž žijí spokojeni**. Spokojenost udávali jako možnost bezbariérových přístupů po zařízení (výtahy, pojízdné rampy na schodech, apod.) a blízkém okolí, dostupnost a návaznost veřejných sociálních služeb (obchody, pošta, úřady apod.). V případě nemožnosti vlastního navštívení těchto služeb je umožněna pomoc od sociálních pracovníků zařízení. Jako dobrou věc klienti vnímají možnost prodeje potravin v malých obchodech, které se nacházejí v zařízeních. Klientům se také líbí, že prostředí, v němž žijí, si mohou vyzdobit vlastními výrobky, které vytvářejí v rámci ergoterapeutických a arteterapeutických kroužků. Pokud byli klienti nespokojeni s prostředím, udávali, že se jim nelíbí venkovní prostory. V zařízeních Domovů pro seniory Máj a Hvízdal, respondentům chyběli venkovní prostory ve formě parčíku, v němž by se mohli procházet a trávit v něm volný čas za krásných dnů.

Pro každého seniora je důležité, aby podzim svého života mohl prožít v klidném prostředí. Lidské tělo stárne a tím se zhoršuje i jeho pohyblivost, a proto by každé zařízení sociálních služeb pro seniory mělo myslet na bezbariérový přístup, který bude vyhovovat jak osobám na invalidních vozíčkách, tak i osobám se sníženou pohyblivostí nebo smyslovým vnímáním. Dostupné musí být výtahy popřípadě pojízdné rampy na schodech. Ohled se musí brát i na povrch podlahy, musí být neklouzavý, aby nedošlo k proklouznutí hole a následnému zranění (HAŠKOVCOVÁ, 2006).

Druhá odborná otázka byla, zda jsou klienti spokojeni s péčí, která je jim poskytována a jak vnímají kvalitu této péče. Graf a tabulka č. 13 ve vyhodnocení dotazníku ukázalo, že **klienti jsou z 94,4 % spokojeni s poskytovanou péčí od personálu**. Klienti udávali, že personál je milý, poskytuje jim vše potřebné a napomáhá jim v denních aktivitách. U 5,6% respondentů zněla odpověď, že s prací personálu nejsou spokojeni. Personál prý není dostatečně komunikativní nebo je komunikace v neadekvátním tónu. Co se týče péče, podle grafu č. 7 se respondenti (30,5 %) vyjádřily, že by uvítali změnu péče a to převážně v podobě kompenzačních pomůcek.

A jak vnímají senioři kvalitu poskytované péče? Na základě svého výzkumu jsem dospěla k závěru, že kvalita péče o seniory je hodnotová vlastnost, shrnující veškeré aspekty podporující možnosti a dovednosti seniora postarat se o svojí osobu. Pokud není schopen sám se o sebe postarat, kvalita jeho života se poté odvíjí od péče personálu, který se o něj stará. Z výzkumu vyplynulo, že kvalita péče je na úrovni uspokojující všechny hodnoty potřebné k docílení kladného výsledku.

Mátl a Jabůrková (2007) uvádějí kvalitu péče o seniory jako souhrn všech těchto bodů - spokojenost klienta využívající sociální služby, zachování důstojnosti, aktivizace seniora, zapojení do společnosti, seberealizace, ochrana práv a zachování všech dosavadních vazeb. Dále je pak podle nich kvalita závislá na poskytování služeb, jejich efektivitě účinnosti, materiálním vybavení a odbornosti personálu.

V udržení kvality péče o seniory je tedy důležité pečovat a udržovat okolí seniora, tak aby byl dostatečně spokojen. Každé zařízení by mělo dbát na odborné vzdělání personálu, tak aby byly schopny vhodným způsobem podporovat osobnost seniora. Zařízení by mělo dbát jak na soukromí klienta, tak i na společenský rozvoj.

Třetí odborná otázka zněla „v jaké míře jsou klienti soběstační v denních aktivitách“. Tato otázka byla hodnocena za pomoci Barthelova testu denních aktivit a výsledky byly zobrazeny v tabulce a grafu č. 8. Respondenti, kteří byli na pomoci v denních aktivitách vyhodnoceni jako **lehce závislý na druhé osobě (33,3 %)**, měli většinou problémy menšího rozsahu. Šlo převážně o pomoc s hygienou, hlavně velké koupele a problémy s chůzí, které jim zabraňovali ve zvládnutí delších cest.

Respondenti s vyhodnoceným skórem **závislosti středního stupně (27,8 %)** vyžadovali na pečujícím personálu pomoc nejen s osobní hygienou, ale i s příjmem potravy. Většina těchto osob byla částečně inkontinentní.

Respondenti, kteří byli **vysoce závislý na péči druhé osoby (22,2 %)**, byly omezeny v hygieně (velké koupele i základní osobní hygiena), příjmu potravy. Personál jim napomáhal v oblékání a v chůzi na vzdálenost delší 50 m. Klienti byli plně inkontinentní.

Dotazovaní, u nichž bylo výsledné skóre **nezávislý na pomoci druhé osoby (16,7 %)**, byli v denních činnostech plně soběstační nebo vyžadovali minimální pomoc při koupeli a přípravě nebo donesení stravy.

Závislost klientů sociální péče se odvíjí od jejich předchozí přípravy na stáří. Dříve nebyl příliš dbán důraz na dlouhodobou přípravu na stáří a proto v dnešní době většina starších seniorů udává problémy v péči o svoji osobu v běžných denních aktivitách. Pokud se člověk udržuje v dobré tělesné i psychické kondici je jeho závislost na druhé osobě minimální. Z výzkumů je známo, že svalová hmota se může udržovat v jakémkoliv věku. Můžeme tedy za pomoci různých motivačních cvičení udržovat soběstačnost klienta i ve vysoce pokročilém věku. Doporučují se lehká cvičení na židli nebo na lůžku, jógová a jiná rehabilitační cvičení, která jsou určena přímo pro seniory. Důležité je i udržování kognitivních funkcí. Pozornost by se měla věnovat i stravě, vyvážená a zdravá strava dodává tělu dostatečnou energii pro práci (KLEVETOVÁ, 2008).

## 9. ZÁVĚR

Bakalářská práce seznamuje s vývojem sociálních služeb od jejich církevních počátků až po dnešní statní i soukromá zařízení. Jsou zde popsány rozdíly mezi péčí o seniory v České Republice a zahraničí. Dále bakalářská práce do oblasti sociálních služeb s představením pobytového, terénního a ambulantního typu sociálních služeb.

Teoretická část práce mapuje standardy sociálních služeb, které jsou zapotřebí k dosažení a dodržování kvality v péči a poskytování sociálních služeb. Standardy se věnují nejen péči o klienty, ale i připravenosti a povinnostem personálu a zařízení.

Sociálních služeb se týká i zákon č. 108/2006 sb., který se věnuje přesnému definování, co jsou to sociální služby, jaké je jejich poslání a cíl. Udává podmínky pro možnosti pobírání sociálního příspěvku na péči o osobu blízkou. A věnuje se osobám, jež pracují v sociálních službách.

Cílem práce bylo zjistit spokojenost klientů domovů pro seniory s péčí, která je jim poskytována. Cíl práce byl ověřen dotazníkovou metodou a z výsledků vyplynulo, že spokojenost respondentů je ve velké míře kladná.

V praktické části se věnuju výzkumu, jenž je zaměřen na zjištění spokojenosti klientů domovů pro seniory v Českých Budějovicích s péčí a pobytem v zařízení. Ve výzkumu práce mě zajímal náhled uživatelů sociálních služeb na péči, která je jim poskytována. Z dotazníku jsem se dozvěděla nejen, že věk klientů se pohybuje na celkem vysokém žebříčku (mezi 70-80 lety), ale i že jejich aktivita a paměť je silně podporována. Většina z nich uváděla, že jsou s prostředím, v kterém žijí a s péčí, která je jim poskytována spokojená a že by v některých případech už neměnily.

V praktické části jsou také rozebrány i tři odborné otázky. První odborná otázka zněla „Jsou klienti sociálních služeb spokojeni s prostředím, v němž žijí?“. Z výzkumu vyplynulo, že většina respondentů (86,1 %) je s prostředím, v němž žijí spokojeni a prostředí, v němž žijí, by do budoucna neměnili. Druhou odbornou otázkou bylo „Zda jsou klienti spokojeni s péčí, která je jim poskytována a jak vnímají kvalitu této péče“ klienti jsou z 94,4 % spokojeni s poskytovanou péčí od personálu a z výzkumu vyplynulo, že kvalita péče je na úrovni uspokojující všechny hodnoty potřebné k docílení kladného výsledku. Poslední, třetí odbornou otázkou bylo „v jaké míře jsou klienti soběstační v denních aktivitách“. Výsledky výzkumu ukázaly že, lehce závislý

na druhé osobě bylo 33,3 %, v závislosti středního stupně 27,8 %, vysoce závislý na péči druhé osoby 22,2 % a nezávislý na pomoci druhé osoby bylo 16,7 % respondentů.

Komunikace s respondenty byla velice příjemná. Ti, kteří mě přijali, byli otevření mým dotazům a rádi si se mnou promluvily a vyplnily můj dotazník. Velice se mi líbilo, jaký ke mně měli respondenti přístup. Někteří mi nabídli, že zda bych měla zájem, mohu za nimi přijít i někdy v budoucnu a popřípadě se zúčastnit i některých akcí pořádaných domovem.

Každé zařízení sociálních služeb by se mělo zaměřit na specifikaci a určení, co pro ně znamená pojem kvalita péče. Co pod kvalitou péče nabízejí, jak spokojenosti klienta docílit a jak jeho spokojenost udržet.

Studentům, kteří se budou do budoucna věnovat studiu a psaní práce o seniorech a sociálních službách bych doporučila věnovat svému výzkumu dostatek času. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že rozhovory s respondenty zabrali více času, než sem původně předpokládala. Ovšem díky tomuto jsem získala k respondentům určitý vztah a získala tak více informací, které přispěli k vyhodnocení výzkumu.

## 10.LITERATURA

- HAŠKOVCOVÁ H., *Manuálek sociální gerontologie*, Brno 2006, ISBN 80-7013-363-5
- HENDEL J., *Kvalitativní výzkum*, Portál, Praha, 2008, ISBN 978-80-7367-485-4
- HOLEROVÁ I., JURÁŠKOVÁ B., ZIKMUNDOVÁ K., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, Gema, Praha 2002 (příručka)
- JAROŠOVÁ D., *Péče o seniory*, Ostravská univerzita v Ostravě, zdravotně sociální fakulta, Ostrava 2006, ISBN 80-7368-110-2
- KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA P. a kol., *Geriatric a Gerontologie*, Grada Publishing, a.s., 2004, ISBN 80-247-0548-6
- KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I., *Motivační prvky při práci se seniory*, Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2169-9
- KRÁLOVÁ J., RÁŽOVÁ E., *Sociální služby a příspěvek na péči*, ANAG, 2008, ISBN 978-80-7263-462-0
- MÁTĽ. O., JABŮRKOVÁ M. eds., *Kvalita péče o seniory II. – Kvalita dlouhodobé péče v mezinárodním srovnání*. Galén, Praha 2007, ISBN 978-80-7262-524-6
- MATOUŠEK O. a kol., *Sociální služby*, Portál, Praha, 2007, ISBN 978-80-7367-310-9
- MATOUŠEK O., *Slovník sociální práce*, Portál, 2003, ISBN 80-7178-549-0
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Průvodce standardy sociálních služeb*, MPSV, Praha, 2008
- PACOVSKÝ V., *Geriatric*, Scienta Medica, Praha 1994, ISBN 80-85526-32-8
- POKORNÁ A., *Komunikace se seniory*, Grada, Praha 2010, ISBN 978-80-247-3271-8
- PSOCÍKOVÁ I. (ed.), *Zákony 2007*, Poradce, Český Těšín, 2007 ISBN 80-1765-232-3
- SÝKOROVÁ D, CHYTIL O. (eds), *Autonomie ve stáří – strategie jejího chování*, zdravotně sociální fakulta ostravské univerzity v Ostravě, Albert, Ostrava 2004, ISBN 80-7326-026
- TOPINKOVÁ E., *Geriatric pro praxi*, Galen, 2005, ISBN 80-7262-365-6
- VEGLÁŘOVÁ M., *Problematická situace v péči o seniory*, Grada, Praha 2007, ISBN 978-80-247-2170-5
- VENGLAŘOVÁ M., *Problematické situace v péči o seniory*, Grada, Praha 2007, ISBN 978-80-247-2170-5

**Zdroje:**

Korespondence s p. Kovárnovou Š., Odbor sociálních věcí města České Budějovice, Záhř – Listopad, 2010.

Národní knihovna ČR. *Sociální péče o seniory*. Dostupné z:

<http://www.ptejteseknihovny.cz/uloziste/aba001/2007-2009/socialni-pece-o-seniory>.

[on – line]. [citováno 23 – 10 – 2010].



## **11. PŘÍLOHY**

### **I. Počet sociálních služeb v České Republice**

### **II. Dotazník**

### **III. Barthelův test základních všedních činností**

Příloha I.

Počet sociálních služeb v ČR a v Jihočeském kraji

<b>Typ služby</b>	<b>Počet organizací v ČR</b>	<b>Z toho v Jihočeském kraji</b>
<b>Pečovatelské služby</b>	757	50
<b>Domovy pro seniory</b>	480	52

Zdroj: MPSV, registr sociálních služeb, únor 2011

### **Dotazník pro klienty využívající sociální služby**

Dobrý den,

Chtěla bych Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku. Výsledky budou použity jako podklad výzkumu kvality péče sociálních služeb v mé bakalářské práci, která se zaměřuje na sociální služby v jihočeském kraji. Dotazník je zcela anonymní.

Za spolupráci předem děkuji, Hana Kovářová, studentka Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Výchova ke zdraví

- 1) Jste MUŽ – ŽENA
- 2) Věk
  - a. 60-70 let
  - b. 70-80 let
  - c. 80-90 let
  - d. 90 a více let
- 3) Líbí se vám prostředí, v němž žijete (oddělení nebo byt, okolí domova)
  - a. Ano
  - b. Ne
- 4) Jak často služby personálu využíváte?
  - a. 1-2x týdně
  - b. 3-4x týdně
  - c. 5-6x týdně
  - d. Nepřetržitě
- 5) Jak dlouho využíváte tyto služby?
  - a. Méně než rok
  - b. 1-5let
  - c. 5 a více let
- 6) Vnímáte za tu dobu nějaké změny v péči?
  - a. Ano, jaké (napište)

.....  
.....  
.....  
.....

b. Ne

- 7) Co byste chtěli, aby se v sociální péči změnilo?

.....  
.....  
.....  
.....

- 8) Do jaké míry jste závislý na pomoci druhé osoby v běžných denních aktivitách? (hodnoceno dle Barthelova testu základních všedních potřeb)?
- Závislost I. stupně (lehká závislost)
  - Závislost II. stupně (středně těžká závislost)
  - Závislost III. stupně (těžká závislost)
  - Závislost IV. stupně (úplná závislost)
- 9) Jsou pro vás poskytované služby velkou úlevou?
- Ano
  - Ne
- 10) Jsou pro vás služby velkou finanční zátěží?
- Ano
  - Ne
- 11) Jak často za Vámi chodí návštěvy?
- ..... týdně
  - ..... měsíčně
  - Jiné intervaly (napíšte) : .....
- 12) Je vaše rodina/ blízcí spokojena (i) s Vaší péčí?
- Ano
  - Ne
- 13) Jste spokojeni s prací personálu?
- Ano
  - Ne
- 14) Myslíte si, že jste dostatečně informováni o poskytování sociálních služeb?
- Ano
  - Ne

**Barthelův test základních všedních činností**  
(ADL – Activities of Daily Living)

věk: .....

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>Celkem</b>			

Hodnocení stupně závislosti: zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku:

**ADL 4** 0 – 40 bodů: **vysoce závislý****ADL 3** 45 – 60 bodů: **závislost středního stupně****ADL 2** 65 – 95 bodů: **lehká závislost****ADL 1** 96 – 100 bodů: **nezávislý**

\* zaškrtněte jednu z možností