

OLOMOUC 2019

Filozofická fakulta
Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

Kvalita služeb v domově pro seniory

Bakalářská práce

Autor práce: Dana Krejsková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.

Autorské prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Kvalita služeb v domově pro seniory“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Prostějově dne Podpis.....

Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Dana Krejsková</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	<i>Sociální práce</i>
Obor obhajoby práce:	<i>Sociální práce</i>
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Kvalita služeb v Domově pro seniory
Anotace práce:	<p>Ve své práci se hodlám zaměřit na to, zda dochází k naplňování standardu kvality v domově pro seniory v Prostějově.</p> <p>V teoretické části mé práce se věnuji problematice stárnutí a stáří, dělení podle věku, popisuji změny v organismu při procesu stárnutí a biopsychosociální znaky stáří, jak probíhá příprava seniora na stáří a jeho potřeby. Vysvětluji, jaké strategie adjustace jsou a v čem jsou typické, dále pojem ageismus. Ke stáří se váží choroby, které jsou specifické, proto jsem se o nich ve své práci zmínila.</p> <p>Stručně popisuji vývoj péče o staré lidi v Čechách, zaměřuji se na institucionální péči v České republice, jaké rozlišujeme formy péče a typologii potřebnosti péče. V textu se zmiňuji o kvalitě péče, hlavních zásadách, základních životních potřebách seniora, a jaké jsou standardy kvality. Popisuji ošetrovatelskou péči a odborné pracovníky v sociálních službách, kteří se podílejí na péči o seniory a na naplňování standardů kvality.</p>
Klíčová slova:	Stáří, stárnutí, potřeby, senior, ošetrovatelství, institucionální péče, domov pro seniory, standardy kvality sociálních služeb

Title of Thesis:	The Quality of Services Provided in the Elderly Care Home in Prostějov
Annotation:	<p>In my work I intend to focus on whether the quality standards in the retirement home in Prostějov are being met. In the theoretical part of my work I deal with the issue of aging and old age, division by age, I describe changes in the body during the aging process and biopsychosocial signs of old age, how the elderly prepares for old age and its needs. I explain what adjustment strategies are and in what are typical, the term ageism. There are diseases that are specific to old age, so I mentioned them in my work. I briefly describe the development of care for the elderly in the Czech Republic, I focus on institutional care in the Czech Republic, what differentiate forms of care and typology of need for care. In the text I mention the quality of care, the main principles, the basic needs of the elderly, and what are the quality standards. I describe nursing care and professional workers in social services who are involved in care for seniors and in meeting quality standards.</p>
Keywords:	Old age, aging, needs, senior, nursing, institutional care, retirement home, social service quality standards
Názvy příloh vázaných v práci:	Vzor dotazníku
Počet literatury a zdrojů:	20
Rozsah práce:	55 s. (64,729 znaků s mezerami)

Obsah

1	Úvod	8
2	Teoretická část	10
2.1	Stárnutí a stáří	10
2.1.1	Rozdělení podle věku	11
2.1.2	Biopsychosociální znaky stáří	11
2.2	Choroby ve stáří.....	12
2.3	Rozdělení potřeb seniorů.....	13
2.4	Strategie adjustace na stáří	15
2.4.1	Ageismus	17
2.5	Péče o staré lidi v Čechách	18
2.5.1	Institucionální péče	19
2.5.2	Současná péče o seniory v ČR	19
2.5.3	Formy péče	20
2.5.4	Typologie potřebnosti péče o seniory	21
2.5.5	Hlavní zásady péče o seniory	21
2.6	Kvalita péče o seniory	22
2.7	Standardy kvality sociálních služeb.....	22
2.7.1	Odborní pracovníci v sociálních službách.....	24
2.7.2	Ošetrovatelská péče	24
2.8	Aktivizační a rehabilitační služby	25
3	Empirická část	28
4	Metodická část	30
4.1	Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy	30
4.2	Volba výzkumné metody	31
4.3	Tvorba a sběr dat	32

4.4	Analýza dat.....	32
4.5	Výsledky	32
5	Závěr	48
6	Seznam použité literatury	49
7	Klíčová slova	51
8	Seznam příloh	52
9	Příloha – vzor dotazníku	53

Seznam obrázků

Obrázek 1: Zastoupení populace věk nad 65 let v procentech.....	19
Obrázek 2: Informovanost o službách	33
Obrázek 3: Spokojenost s nabídkou služeb.....	34
Obrázek 4: Chybějící služby	35
Obrázek 5: Spokojenost s kvalitou služeb	36
Obrázek 6: Vyhodnocení přístupu pečovatelek	37
Obrázek 7: Pomoc s hygienou.....	37
Obrázek 8: Zdravotnické služby	38
Obrázek 9: Hodnocení vybavení pokojů	39
Obrázek 10: Hodnocení kvality stravy	40
Obrázek 11: Hodnocení rehabilitačních služeb	40
Obrázek 12: Hodnocení volnočasových aktivit.....	41
Obrázek 13: Hodnocení zajištění intimního prostředí na pokojích.....	42
Obrázek 14: Hodnocení možnosti výběru spolubydlícího	42
Obrázek 15: Hodnocení nemožnosti výběru spolubydlícího.....	43
Obrázek 16: Hodnocení možnosti výběru klíčového pracovníka.....	43
Obrázek 17: Hodnocení nemožnosti výběru klíčového pracovníka	44
Obrázek 18: Hodnocení dostupnosti služeb odborných lékařů.....	45
Obrázek 19: Vyhodnocení genderového složení souboru	45
Obrázek 20: Věková skladba souboru	46
Obrázek 21: Přehled délky pobytu v zařízení	47

1 Úvod

Stárnutí je nevyhnutelná etapa v životě každého člověka. A jistě by každý z nás rád strávil stáří ve zdraví a celkové spokojenosti, nejlépe v rodinném kruhu. Ne každému je však dáno tohle privilegium.

Pro ty, kteří se o sebe již nejsou schopni postarat sami, jsou možné alternativy v podobě domovů pro seniory, domů s pečovatelskou službou a podobně. Každé zařízení má však svá specifika a mohou se od sebe lišit velmi výrazně co se kvality a nabízených služeb týče.

Já bych se ve své práci ráda zaměřila především na kvalitu nabízených služeb v jednom místním domově pro seniory.

Cílem práce je zjistit, zda jsou klienti spokojeni s nabídkou sociálních služeb ve zvoleném pobytovém zařízení pro seniory.

Rozhodla jsem se použít kvantitativní formu výzkumu.

Do výzkumu jsem vstoupila s hypotézami:

Čím lepší je hodnocení kvality služby nabízených v Domově pro seniory, tím je vyšší celková spokojenost seniorů v zařízení;

Většina klientů je spokojena jak s nabídkou služeb, tak i s kvalitou služeb;

Čím vyšší spokojenost klientů s nabídkou služeb, tím vyšší celková spokojenost klientů v zařízení;

Většina klientů nežádá jiné služby, než jaké dané zařízení v současné době nabízí. Použila jsem standardizované dotazníkové šetření.

Práci jsem si rozdělila na teoretickou část, ve které popisuji obecně pojem stárnutí a stáří, dále změny, které probíhají u každého jedince a v neposlední řadě instituce, které se zabývají péčí o osoby, které se o sebe již nemohou postarat samy a jsou odkázáni na péči druhých, nejčastěji pracovníků v sociálních službách. Další část je metodická, ve které popisuji způsob, jakým se budu ubírat

při dotazníkovém šetření, jak vyberu respondenty a jakým způsobem provedu analýzu svého výzkumu, v další empirické části popíšu každou jednotlivou otázku z dotazníku, doplním grafy a výsledky a nakonec závěr celé práce.

2 Teoretická část

2.1 Stárnutí a stáří

Všeobecně se uznává, že stárnutí představuje komplexní a dynamický proces zahrnující vzájemně propletené procesy stárnutí biologického, psychologického a sociálního. (Sýkorová, 2007, s. 47).

„Stárnutí je proces značně individuální, závislý na genetických faktorech i vlivech prostředí, proto se biologický věk, daný příslušnými morfologickými a funkčními hodnotami, nemusí shodovat s věkem kalendářním.“ Arnoldová, 2015, s. 76-77).

Ale jak autorka Arnoldová dále uvádí, platí, že involuční změny u biologického věku se však více objevují u jedinců vyššího kalendářního věku (Arnoldová, 2015, s. 76-77).

Při procesu stárnutí dochází v organismu ke strukturálním a funkčním změnám a taktéž dochází k poklesu výkonnosti jedince a jeho celkových schopností. V zájmu gerontologie je definování staršího člověka značně variabilní, neboť ač dojde k poklesu výkonnosti v jedné oblasti, v další může dojít k nárůstu jiných schopností. Všimnout si můžeme interindividuálních rozdílů u zástupců stejné věkové skupiny, kteří jsou ovlivněni zdravotním stavem. A taktéž se sociálního hlediska, kdy jedinec může být okolím vnímán tak starým, jak starým se cítí být (Hrozenská, 2013, s. 12).

Stáří jako proces je ve své biologické podstatě stále stejné. Stáří probíhá po celý život a to rychleji, zvolna, kontinuálně nebo disociovaně. Je to takzvaný involuční proces (Haškovcová, 1989, s. 56).

To, jak se jedinec cítí být starý je subjektivní pocit. Někdo má elán ještě v šedesáti letech a užívá si cestování a života plnými doušky, jiný se cítí být již ve čtyřiceti starý.

2.1.1 Rozdělení podle věku

Jednou ze základních charakteristik stárnutí a stáří, pro něž však neexistuje jednotná definice, je věk. Věk můžeme dělit na věk chronologický (kalendářní), který je dán datem narození. Dále na věk funkční, kdy záleží na sociálním, biologickém a psychologickém stavu člověka. Biologický věk je dán stárnutím buněk, psychologický věk je charakteristikou stárnoucí a měnící se osobnosti jedince, sociální věk zahrnuje rozmanité stránky sociálního života člověka. Chronologický a funkční věk nemusí být totožný. Věk produkční je u mužů v rozmezí 15-59 let, u žen potom 15-54 let. Věk sociální je ovlivněn životním stylem jedince (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 15).

Je třeba důrazně odlišovat tzv. fyziologický typ stárnutí od patologického. Fyziologické stárnutí je „normální součástí života, zákonitou epochou ontogeneze“. Někteří lidé však stárnou tak rychle, že se jeví „předčasně zestárlí“. Předčasné, patologické stárnutí lze hodnotit především empiricky, neboť vyčerpávající odborná definice není známa. A jak ve své knize popisuje Haškovcová...*“V kontrastu ke stáří fyziologickému, tedy přiměřenému a převážně „zdravému“, se termín patologické používá pro stáří nemocemi výrazně sužované“*(Haškovcová, 1989, s. 26).

Stárnutí z biologického hlediska je nutno respektovat, avšak ze sociálního hlediska můžeme pojetí stáří utvářet dle svého (Haškovcová, 1989, s. 55).

2.1.2 Biopsychosociální znaky stáří

Z biologického hlediska dochází v organismu k involučním změnám, což se projevuje celkovou funkčností a stavem organismu. Sociální stáří ovlivňuje dosavadní způsob života, přístup k němu, zajištění z ekonomického hlediska to, jak je jedinec izolován od svého okolí. Naproti tomu kalendářní stáří je dáno dosažením určitého věku a s ním spojenými involučními změnami (Arnoldová, 2015, s. 165-166).

Světová zdravotnická organizace stanovuje hranici stáří podle následující věkové kategorizace k šedesátému roku života:

- 45–59 let – střední věk
- 60–74 let – vyšší věk, rané stáří – mladí staří
- 75–89 let – stařecký věk, senium – opravdu staří
- 90 let a výše – dlouhověkost (Pacovský, Heřmanová, 1981, s.14).

Ne každý jedinec se dokáže se stářím vyrovnat. Stáří je komplex změn, přináší omezení, jak zdravotní, tak fyzické (člověk má méně sil), mnohdy jsou na tom starší lidé dost špatně i po psychické stránce. Aby měl senior motivaci, pro kterou je chuť žít je důležitá podpora rodiny a přátel.

Adaptace na stáří závisí na mnoha faktorech a každý jedinec se s ním vyrovnává jiným způsobem. Příprava na stáří není záležitostí pouhých pár let před dosažením důchodového věku.

Jak jsem již psala výše, při stárnutí dochází ke zhoršení jak po fyzické, tak i psychické stránce, což mnohdy vede k frustraci a často i k problémovému chování seniorů. To bychom měli brát v potaz při kontaktu se seniorem a snažit se jeho chování pochopit a přistupovat k němu jako k jedinci se specifickými potřebami a nároky.

2.2 Choroby ve stáří

Ve stáří se vyskytují určité nemoci, které mají své zvláštnosti. Mezi nejvýznamnější patří:

Polymorbidita, multimorbidita, koprevalence. Polymorbidita je typickým znakem stáří. Ve stáří je obvyklé, že se vyskytuje více chorob současně a často nedojde k úplnému vyléčení nemoci. Určitá forma nemoci přetrvává do dalších let.

Zvláštnosti klinického obrazu. Mezi nejvýznamnější řadíme **mikrosymptomalogie** (nemoci jsou zčásti skryté, senior navenek nemusí jevit známky nemoci), **netypické příznaky** (ve stáří je většina chorob netypická), **vzdálené příznaky** (někdy se objevují příznaky nemoci orgánů, které nemusejí být po-

škozené), **sklon k protahovanému průběhu a k chronicitě** (akutní choroba je déletrvajícím než v mladším věku, často se z akutní vyklube chronická), **sklon ke komplikacím** (ve stáří se často objevují komplikace různých druhů nemocí) (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 115-117).

2.3 Rozdělení potřeb seniorů

Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem - tato potřeba bývá snížena. Jejich větší intenzita staršího člověka dráždí a unavuje. Senior dává přednost zaběhnutým a klidnějším stereotypům (tedy stálým opakujícím se činnostem). Při větší intenzitě nových podnětů se může senior cítit dezorientovaný a nejistý. Často se obrací do minulosti, do světa, který mu je důvěrně známý. Přesto potřebuje senior určitou míru nových podnětů, které ho povedou k aktivizaci a oddalování závislosti na společnosti či druhé osobě (Hauke, 2014, s. 11-12).

Potřeba sociálního kontaktu – starší lidé potřebují sociální kontakty se svým okolím, potřebují však i své soukromí právě proto, aby nebyli vystaveni nadměrnému množství podnětů, které je pro ně zatěžující (Hauke, 2014, s. 11-12).

Potřeba citové jistoty a bezpečí – tato potřeba vystupuje do popředí právě ve vyšším věku. Má pro seniora větší hodnotu než dříve. Souvisí s ubýváním sil a schopností. Dochází ke smíření s určitou mírou závislosti, která může být nepříjemná, ale vazba na blízké lidi ochotné poskytnout pomoc a oporu zároveň posiluje pocit jistoty. Více potřebují také pozitivní ocenění od svého okolí, čímž se posiluje jejich sebevědomí a přispívá k motivaci zvládat životní úkoly (Hauke, 2014, s. 11-12).

Potřeba seberealizace – odchod do důchodu je právě velkou zátěžovou situací, která prověří naplňování této potřeby. Pocit bezvýznamnosti současné role „starobního důchodce“ může vést k rezignaci a k pocitům méněcennosti či k užití aktivnějších obranných strategií. Mnozí senioři tento hendikep vyvažují vyprávěním o svých minulých profesních dovednostech a úspěších. Potřeba seberealizace je tak je tak naplňována alespoň v rámci vzpomínek (Hauke, 2014, s. 11-12).

Potřeba otevřené budoucnosti anaděje – strach z nemoci, osamění a ztráty soběstačnosti provází starého člověka a velmi ho zatěžuje. Na důležitosti pak nabývá nutnost zachovat si soběstačnost a sebeúctu. Je důležité, aby starší člověk přijal nevyhnutelnost stáří a vlastní smrti a těšil se z existence zachovaných hodnot (Hauke, 2014, s. 11-12).

Dle Abrahama Maslowa, který sestrojil tzv. Maslowovu pyramidu potřeb, je třeba uspokojovat potřeby každého jedince, a to od těch základních (nižších) po potřeby vyšší. Protože pokud nebudou uspokojeny nižší potřeby, nemůžou být uspokojeny ani ty vyšší. Nejzákladnější potřeby jsou fyziologické (biologické), následují potřeby bezpečí a jistoty, potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní, potřeby estetické a úplně na vrcholku pyramidy stojí potřeby seberealizace (Burda, Šolcová, 2015, s. 25-27).

Pro umístění seniora do zařízení se posuzuje míra soběstačnosti. Jedná se o mobilitu, kdy se posuzuje, jak osoba zvládá chůzi, ať už s přestávkami, či bez, v bytě, i v nerovném terénu v minimálním dosahu 200m, chůzi z patra i do patra, využívání dopravních prostředků, zavírání a otevírání dveří, vstávání, usedání, změnu poloh atd. Potom se posuzuje orientace, zda je osoba schopna rozeznávat zrakem a sluchem, orientovat se časem, místem a osobou v přirozeném prostředí i sociálním okolí a přiměřeně v nich reagovat, mít přiměřené duševní schopnosti. U komunikace se posuzuje, jak je osoba schopna komunikovat s jinými osobami vzhledem ke svému duševnímu schopnostem, věku a sociálnímu postavení, jak chápe obsah vět, zda rozumí symbolům a zvukovým signálům, zda zvládá napsat krátkou zprávu a umí používat běžné komunikační prostředky. Dále se posuzuje stravování, zda je osoba schopna si nachystat potraviny, přemístit je na místo konzumace a následně zkonzumovat a dodržovat stanovenou dietu. Při oblékání a obouvání se posuzuje, zda je osoba schopna vybírat oblečení a obuv vzhledem k dennímu režimu a klimatickým podmínkám, rozeznat rub a líc a následně se oblékat a svlékat. U tělesné hygieny se posuzuje, zda je osoba schopna dodržovat celkovou hygienu jako je mytí a osušování, holit se, česat, dodržovat ústní hygienu atd. S tím souvisí výkon fyziologické potřeby, kdy se posuzuje, zda je osoba schopna rozeznat fyziologickou potřebu, dojít na toaletu, potřebu vykonat a následně se očistit. Při péči o zdraví se posuzuje, zda je osoba schopna provádět stanovené lékařské a ošet-

řovatelské postupy a opatření, používat pomůcky a užívat léky a v případě potřeby si zavolat lékařskou pomoc. V rámci osobní aktivity se posuzuje, zda je osoba schopna navazovat vztahy s jinými lidmi, v sociokulturním prostředí, provozovat osobní aktivity přiměřeně svému věku a dodržovat denní program a umět vyřídit svoje osobní záležitosti. A v poslední řadě sem patří péče o domácnost a posuzuje se, zda je osoba schopna nakládat s penězi, umět s nimi hospodařit v domácnosti, obstarat si nákup, vykonávat běžné domácí práce, umět si uvařit, manipulovat s topením, ovládat domácí spotřebiče atd. (Arnoldová, 2016, s. 23-25).

„Pokud není osoba schopna z důvodu DNZS zvládat alespoň jednu z těchto aktivit, pak není schopna zvládat základní životní potřebu, a to bez ohledu na příčinu DNZS“ (Arnoldová, 2016, s. 25).

Podle toho, jak je osoba schopna nebo neschopna zvládat životní potřeby se rozhoduje o jejím přijetí do zařízení. Čím více životních potřeb osoba nezvládá, tím větší je šance, že se umístí na horním místě v pořadníku čekajících osob a bude dříve přijata do zařízení.

2.4 Strategie adjustace na stáří

Každý člověk si na stáří a přechod do důchodu zvyká jinak. Mezi nejznámější adaptace na stáří řadíme „pět strategií adjustace na stáří. Jak uvádí Haškovcová (1989) jedná se o:

Strategie konstruktivnosti- je to ideální forma adaptace na stáří a akceptace stáří. Reprezentant tohoto způsobu vyrovnávání se se stářím se i nadále těší ze života, je otevřený, přizpůsobivý, tolerantní. Navazuje i ve vyšším věku poměrně snadno vztahy k druhým lidem a stávající udržuje. Jeho optimismus umožňuje nejen moudře hodnotit dosavadní život, ale i reálně přijímat možnosti budoucího života ve stáří. Protože takový člověk má většinou smysl pro humor, vyzařuje z něj spokojenost, absentuje sebelítost, je přijímán okolím jako milý starší člověk.

Strategie závislosti - poměrně „oblíbená“ strategie. Obecně jedinec vyznávající tento způsob tenduje k závislosti a pasivitě, spoléhá na druhé a věří, že se o něho postarají jak po stránce hmotné, tak i citové. Není ctižádnostivý, a proto od-

chod do penze nenese příliš těžce. Pracovní kariéra a prestiž nebyly dominantou jeho života. Preferuje klidné rodinné zázemí, bezpečí, pohodlí všeho druhu a možnost odpočinku v ústraní v podstatě vítá.

Strategie obranného postoje - je obecně známa. Lidé, kteří žili především pro práci a v práci, ti, kteří se aktivně zapojovali do veškerého společenského dění, plnili dobře různé funkce v politických i společenských organizacích, ti, kteří spíše dávali, než brali a celoživotně vykazovali vysokou míru hrdé soběstačnosti, se odmítají podrobit diktátu stáří. Nechtějí být v penzi, bojí se závislosti. Bojují o udržení svých pozic a do penze odcházejí až poté, co je k tomu okolnosti přinutí.

Strategie nepřátelství - je zhoubná, a to jak pro jejího reprezentanta, tak i pro okolí. Lidé, kteří ve svém životě nebyli příliš úspěšní, ač po vavřínech slávy prahli, mají tendenci svalovat vinu za svůj „nepodařený“ život na druhé, na objektivní příčiny apod. Bývají primárně podezíraví a současně agresivní. Stáří přijímají jako další nepřízeň osudu. A zase za to někdo může, tentokrát všichni mladší. Nejenže v této strategii absentuje konstruktivnost, ale dokonce i realistický postoj k problematice vlastního stáří. Mrzutí, závistiví a nepříjemní se odebírají vypít svůj kalich hořkosti do ústraní; rozčilení a rozhněvaní na celý svět a všechny lidi ve své ulitě neštěstí zůstávají.

Poslední strategie je **sebenenávist**. Zastánci této strategie jsou rozhorleni sami na sebe. Nemají se prostě rádi. Hodnotí sebe i svůj dosavadní život s pohrdáním, jako by to snad nebyl ani jejich život. Jsou lítostiví, těžko se ovládají a mají sklony k depresím. Život byl pro ně neštěstím, oni hříčkou všech náhod, které je nakonec přivedly do stáří. Pro svůj nepraktický postoj k životu to opravdu většinou daleko nedotáhli. Nepochopili, že život je šance, kterou je možné také individuálně kormidlovat, ovlivňovat, byť za respektování jistých omezujících daností. Cítí se osamělí a zbyteční. (Haškovcová, 1989, s. 115-116).

Stárnutí populace je proces, který přináší řadu otázek a témat k diskuzím týkajícím se nejrůznějších aspektů života stále rostoucí skupiny starších lidí. Skutečnost, že se dnes lidé dožívají vyššího věku a zároveň se dožívají i vyššího věku prožitého ve zdraví, bezpochyby představuje jeden z úspěchů moderní

společnosti. Zároveň však stárnutí celé populace vytváří potřebu měnit způsob organizace práce, stejně tak jako systémy sociální péče. (Bočková, 2011, s. 4).

Alternativním přístupem je koncept tzv. „aktivního stárnutí“ – využití aktivního potenciálu seniorů ve společenských aktivitách a na trhu práce. Je sice nezbytné prodloužit produktivní období života, zároveň je však třeba řešit rozsáhlé problémy, se kterými se lidé po dosažení padesáti let potýkají při snaze nalézt práci. Starší lidé se řadí do skupiny populace aktivních občanů, kteří přinášejí zkušenost, moudrost a vyrovnanost, a kteří mohou mladší generaci nabídnout oporu a porozumění. V návaznosti na to je také nutné vytvářet podpůrné služby na trhu práce, ve zdravotnické péči i ve společenských aktivitách. (Bočková, 2011, s. 4).

Sociálním markerem stáří je obligatorně stanovený věk odchodu do starobního důchodu, jakkoli se chronologický věk jeví být ke klasifikaci lidí jako „starých“ problematický i z biologického a psychologického hlediska. (Sýkorová, 2007, s. 47).

Odchod do důchodu je spojen s pozitivními i negativními hledisky. Na jednu stranu se lidé zbaví svých pracovních povinností, které pro některé mohou být stresové nebo fyzicky zatěžující, a získají více volného času, který mohou využít k realizaci svých zájmů, na něž dříve neměli čas. Na stranu druhou může být tento přechod spojen se ztrátou sociální pozice, kontaktů, pocitu pozitivní seberealizace, sebeúcty apod. (Bočková, 2011, s. 66).

2.4.1 Ageismus

Starší lidé bývají ve společnosti často negativně ovlivněni tzv. *ageismem*. Ageismem se rozumí systematické, na institucionální a individuální úrovni diskriminování a „nálepkování“ lidí na základě věku. Seniorům v podstatě znemožňuje rovné příležitosti a snižuje tak jejich životní šance. Tito lidé, kteří jsou v penzi, bez mzdy a ekonomické produktivity se často ocitají v bludném kruhu, kdy nemají možnost uplatnit se na trhu práce, kde by jim bylo umožněno vydělat si na živobytí a často znamenají velkou přítěž pro společnost. Například i zdravotní a sociální péči o seniory je připisována nízká prestiž (Sýkorová, 2007, s. 50-51).

Objektem ageistických postojů a chování se stávají muži i ženy. Nicméně ženy jsou diskriminovány častěji z důvodu genderového rozlišení a tím, že zastávají mateřskou roli v produktivním věku, což je odměněno jejich nízkým příjmem. Snížení fyzické přitažlivosti a ukončení fertility je sociálně degraduje, navíc jsou obecně považovány za slabé a potřebující pomoci. Ženy pak čelí nejméně dvojímu ohrožení – sexismu a ageismu (Sýkorová, 2007, s. 51).

Na strukturování postojů ke stáří se významně podílí jazyk – jazyk každodenní osobní komunikace, jazyk médií, beletrie, vědy či náboženství..... Oslovení „babičko“ či „dědečku“ namísto „paní“ a „pane“, užívaná i profesionály v zařízeních péče o seniory, představuje klasický příklad infantilizace starého věku (Sýkorová, 2007, s. 52).

V důsledku zhoršení subjektivního zdraví si člověk může připadat starší než skutečně je. Starší ženy nahlízejí na stárnutí pozitivněji než muži, ve srovnání s nimi se cítí méně deprivované a více se angažují v kreativních, resp. sociálních aktivitách. (Sýkorová, 2007, s. 53).

Existující rozdíly mezi nimi vypadají stejně jako v ostatních věkových kategoriích zřejmě na vrub vzdělání, příjmu, profese a zdraví. (Sýkorová, 2007, s. 53).

2.5 Péče o staré lidi v Čechách

Dle Haškovcové (1989) lze u nás datovat jakousi ústavní péči o staré, nemocné a chudé od středověku (Haškovcová, 1989, s. 172-173).

V Praze byly v 15. - 16. století zakládány obecní ústavy pro chudé a staré občany. Základní kámen nemocnice Milosrdných bratří v Praze byl položen v roce 1720. Všeobecná nemocnice v roce 1788. V nemocnicích postupně převládá léčení nad azylovým pojetím těchto institucí. (Haškovcová, 1989, s. 174).

Dle statistických údajů z roku 1901 bylo v Čechách 1711 ústavů, na Moravě 326 a ve Slezsku 117. Údaje z roku 1931 hovoří o 4299 ústavů na našem území. (Haškovcová, 1989, s. 175).

V roce 1919 byla ustavena správa pro otázky sociální péče, organizačně spadající pod tehdejší ministerstvo sociálních věcí. Pomoc starým lidem poskytovaly zpravidla ještě různé organizace jako např. Charita, Diakonie, České srdce, Čs. Červený kříž. (Haškovcová, 1989, s. 176-177).

První Klinika nemocí stáří na světě vzniká v roce 1929 (v prostorách Zapořovacího ústavu v Praze-Krči) zásluhou Rudolfa Eiselta, který je považován za otce naší klinické geriatry. (Hařkovcová, 1989, s. 178).

V roce 1954 přebírá Státní úřad důchodového zabezpečení od ministerstva zdravotnictví řízení ústavní sociální péče prostřednictvím národních výborů. Tzv. domovy odpočinku jsou přejmenovány na domovy důchodců... v roce 1959 je na území ČSR jednotně řízeno všech 296 domovů důchodců s celkovým počtem 27303 míst. (Hařkovcová, 1989, s. 180).

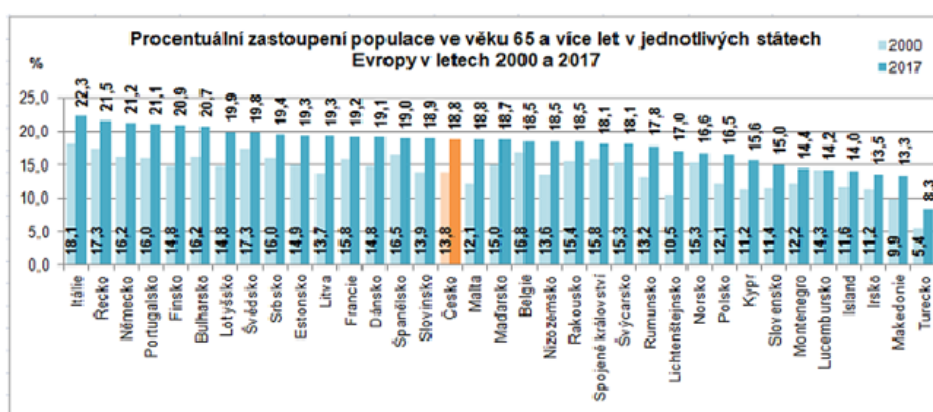
Od 1.1.1974 vznikly léčebny pro dlouhodobě nemocné (Hařkovcová, 1989, s. 182).

2.5.1 Institucionální péče

Stáří lidé odcházejí do různých zařízení sociální péče tehdy, když se samota stane nesnesitelnou, když doma všechno bezpečně nezvládnou nebo když se o ně jejich děti bojí. (Pichaud, 1998, s. 31).

Lidé, kteří se mohou na odchod do zařízení sociální péče delší dobu připravovat a sami se rozhodnou, se pak snadněji začlení do nového života. (Pichaud, 1998, s. 31).

2.5.2 Současná péče o seniory v ČR



Obrázek1: Zastoupení populace věknad 65 let v procentech

Autor Jeřábek píše, že cca 20% osob ve věku 65 let a více potřebuje dlouhodobou péči, její větší podíl v některých fázích života. (Jeřábek, 2013, s. 42).

Rozlišujeme péči zdravotní, sociální a emocionální.....a dále se hodnotí potřebnost péče o seniora s ohledem na stupeň naléhavosti, s níž starý člověk péči potřebuje, a zároveň posouzení nároků, které jednotlivé stupně péče kladou na pečující osoby. Z tohoto pohledu se jedná o rozlišení mezi podpůrnou péčí, neosobní péčí a osobní péčí o starého člověka. (Jeřábek, 2013, s. 44).

Zdravotní péče je již jen částečně kryta našimi zdravotními systémy. Z nemocnice je většinou pacient propuštěn do domácího ošetření. V případě, že rodina není schopna se o člověka v situaci po-akutní péče postarat, jsou tu buď instituce zdravotního systému nebo sociálního systému. Zdravotní zařízení mohou zajišťovat rehabilitaci v centrech, léčebnách a sanatoriích hrazených zcela nebo částečně ze zdravotního pojištění, nebo částečně či plně ošetřovaným a jeho rodinou. (Jeřábek, 2013, s. 44-45).

System sociální péče o staré lidi doplňuje rodinnou péči. Nabízí domy s pečovatelskou službou a domovy pro seniory. (Jeřábek, 2013, s. 45).

Emocionální péče je velmi důležitou složkou péče o starého člověka. V rodinné péči je přítomna neustále, ve všech ostatních formách institucionální zdravotní a sociální péče se rodina snaží „zvenčit“ doplnit emocionální složku péče o starého člověka, být mu oporou, dodat mu duchovních sil, být mu nablízku apod. (Jeřábek, 2013, s. 46).

2.5.3 Formy péče

Z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb, které starý člověk má, lze rozlišit tři stupně péče. Podpůrná péče je důležitá, a časově, fyzicky a psychicky i méně náročná. Patří sem finanční podpora, zajištění oprav v domácnosti, doprava k lékaři, obstarání úřadů apod. Neosobní péče je náročnější stupeň péče. Řadíme sem činnosti související s péčí o domácnost, nejčastěji vaření, úklid, praní. Třetím nejnáročnějším stupněm péče je osobní péče. Jedná se o činnosti časově velmi nákladné, a fyzicky nebo psychicky náročné a spojené s intimní péčí o starého člověka. Tyto činnosti vyžadují nepřetržitou přítomnost pečující osoby. (Jeřábek, 2013, s. 46).

Jedná se o osobní hygienu včetně toalety, nakrmení, podávání léků, zvedání, přenášení, ukládání, posazování, převádění nebo převážení starého člo-

věka v bytě. Variantami jsou prakticky jen rodinná péče, tedy neformální péče, zajišťovaná doma příslušníky rodiny, anebo institucionální péče, tj. pobyt starého člověka v sanatoriu, nemocnici, hospicu anebo nejčastěji v léčebně pro dlouhodobě nemocné nebo v domově pro seniory. Emocionální složka pečující osoby je v tomto případě nezbytná. (Jeřábek, 2013, s. 47).

„Domovy pro seniory poskytující komplexní péči jsou určeny pro pobyt seniorů od 60 let věku, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku či nějakého tělesného postižení nebo i pro takové, kteří se již vlastními silami nemohou postarat o svoji osobu při každodenních běžných činnostech a nemohou tak žít ve vlastním prostře-dí“(Arnoldová, 2016, s. 41).

Do domova pro seniory se přijímají lidé staří a osamělí, trvale nemocní, v dekompenzovaném období dlouhodobého onemocnění, lidé, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 261).

2.5.4 Typologie potřebnosti péče o seniory

- Potřeba podpůrné pomoci
- Potřeba významné pomoci a péče
- Potřeba nezbytné osobní péče (Jeřábek, 2013, s. 70).

2.5.5 Hlavní zásady péče o seniory

Ikdyž jsou potřeby seniorů individuální, péče o seniory má svá všeobecná pravidla, která je třeba dodržovat.

„Hlavní zásady OSN pro seniory byly přijaty Valným shromážděním OSN dne 16. prosince 1991. Rezoluce OSN č. 46/91 vybídla vlády k zahrnutí následujících zásad platných pro seniory do národních programů. Jedná se především o jejich nezávislost, účast na společenském životě, přístup k sociálním, právním a zdravotnickým službám s respektováním jejich důstojnosti, potřeb a soukromí, a to v bezpečném prostředí bez psychického či fyzického zneužívání“ (Arnoldová, 2015, s. 162).

Osmnáct zásad rezoluce je obsahově rozčleněno do pěti bloků. Patří sem **nezávislost** (šest zásad, přístup seniorů ke zdrojům společnosti – trh práce, vzdělání, sociální ochrana, bydlení...), **společné zapojení** (tři zásady, možnost seniorů vést plnohodnotný život ve společnosti), **péče** (pět zásad, přístup senio-

rů ke zdravotní péči, k sociálním službám a k ústavním službám při plném respektování lidských práv a základních svobod), **seberealizace** (dvě zásady, využití potenciálu seniorů) a **důstojnost** (dvě zásady, zachování důstojnosti, slušnosti a ohleduplnosti vůči seniorům) (Arnoldová, 2015, s. 163).

2.6 Kvalita péče o seniory

Vzhledem k demografickému vývoji se dá předpokládat, že onemocnění, která jsou pro vyšší věk typická (Alzheimer...), bude přibývat. A z tohoto hlediska je nezbytné, aby zdravotní a sociální služby byly v takovém rozsahu a kvalitě, aby bylo možno se postarat o lidi, kteří potřebují nezbytnou komplexní péči, ať už v domácím prostředí či v instituci. Péče by měla býtco nejodbornější a měla by odpovídat specifickým a rozdílným potřebám každého jedince. Senioři by měli mít možnost využívat i kvalitních a dostupných poradenských služeb (Arnoldová, 2015, s. 164).

Za ideální se považuje, kdyby byly služby péče o seniory poskytované v domácím prostředí a optimálně provázány jak sociální, tak zdravotnické a jiné služby. Apeluje se na rozvoj specializované geriatrické péče, která by měla obsahovat komplexní diagnostiku. Naproti tomu má senior právo očekávat, pokud je klientem některého zařízení sociálních služeb, že mu bude vypracován plán péče na míru, tento plán bude pravidelně kontrolován a uzpůsobován jeho potřebám. Senior by měl mít právo rozhodovat o tom, jak a s kým bude trávit svůj volný čas, a taktéž možnost rozhodovat o svém soukromí, vše za předpokladu, že mu to umožní jeho zdravotní stav. Dále by mu mělo být umožněno svobodně se pohybovat i mimo zařízení a soukromé návštěvy a kontakty v podobě pošty a telefonu. Je nutné, aby byla kvalita péče v instituci pravidelně kontrolována (Arnoldová, 2015, s. 164).

2.7 Standardy kvality sociálních služeb

Právní předpisy pro sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb. (zdroj internet).

Standardy kvality se označuje „soubor dohodnutých kritérií, který umožňuje posuzování kvality sociální služby“ (Matoušek, 2016, s. 213).

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky v souvislosti s probíhající reformou sociálních služeb zpracovalo standardy kvality sociálních služeb. Jsou souborem požadavků, jejichž prostřednictvím MPSV ČR definuje úroveň kvality, které musí poskytovatelé sociální služby dosahovat (Kozlová, 2005, s. 55).

„Předpokladem poskytování bezpečných sociálních služeb znemožňujících jakékoli zneužívání nebo špatné zacházení s jejich uživateli je zajištění a průběžné sledování jejich kvality, a to s aktivním zapojením uživatelů, kteří tak mají možnost způsob poskytování sociálních služeb ovlivňovat“ (Kozlová, 2005, s. 55).

Registrační standardy budou sloužit k hodnocení kvality sociálních služeb, jsou nutnou podmínkou pro realizaci udělování oprávnění k poskytování sociálních služeb. *„Standard lze definovat jako normu požadované úrovně kvality sociální služby, jejíž dosažení je prokazatelné a ověřitelné“* (Kozlová, 2005, s. 56).

Rozlišujeme **procedurální standardy** (upravují práva uživatelů sociálních služeb, individuální cíle a jejich dosahování, způsob přijímání uživatele do zařízení, dohoda, plánování služeb, dokumentace a nakládání s osobními údaji, stížnosti, návaznost na další služby a neformální zdroje), **personální standardy** (personální zajištění, pracovní podmínky a řízení organizace, profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů) a **provozní standardy** (místní a časová dostupnost služby, informovanost o službě, prostředí, ekonomické zajištění a materiálně technické zázemí)...(Kozlová, 2005, s. 56-59).

Každá sociální služba by měla projít tzv. akreditací, potvrzení a schválení kvality poskytované sociální služby. Je to potvrzení o tom, že daná organizace dodržuje platné standardy v sociálních službách. Je to pro blaho klienta, kterého tím chrání a vzniká jistá informovanost o tom, jaká je kvalita mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb, které jsou financovány státem. Akreditační komise provádí tzv. akreditační šetření, které probíhá v určité organizaci. Výsledky takového šetření potom zpracovává a posuzuje. Nato se rozhodne, zda organizaci akreditaci poskytne či nikoli. Osvědčení o akreditaci vydává

akreditační orgán. MPSV ČR potom eviduje akreditované organizace a zařazuje je do informačního systému (Kozlová, 2005, s. 60-61).

Mezi hlavní zásady Standardů kvality sociálních služeb patří např.:

- Ochrana lidských práv uživatele služby, které je třeba dodržovat
- Individualizace služby, kdy se podle potřeb uživatele stanoví cíle a dbá se na jejich naplňování
- Odbornost, struktura pracovníků, počet pracovníků, jejich odborné a průběžné vzdělávání, které odpovídá cílové skupině uživatelů, jsou stanovena pravidla pro zaškolování nových pracovníků
- Provozní zabezpečení, důstojné prostředí poskytované služby, kdy je uživateli umožněn přirozený způsob života (Arnoldová, 2016, s. 14).

2.7.1 Odborní pracovníci v sociálních službách

Péči o seniory zajišťují sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci. Podmínky pro výkon jejich činností upravuje zákon č. 95 a č. 96/ 2004 Sb. a 563/2004 Sb. (Průša, 2007, s. 93-95).

2.7.2 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelství se zaměřuje jak na zdravého, tak nemocného jedince a snaží se pomoci jak rodinám, tak jednotlivcům, aby se naučili a byli schopni co nejlépe uspokojovat svoje potřeby. Jde o rozvoj soběstačnosti pacientů, u těch nevléčitelně nemocných ke snížení utrpení a v neposlední řadě se snaží zajistit důstojné umírání a klidnou smrt (Burda, Šolcová, 2015, s. 12-13).

Ve všech zařízeních péče o nemocného či starého člověka je nezbytná role sestry. Od sester se očekává, že budou vykonávat **základní ošetřovatelskou péči** (zajišťování základních životních potřeb člověka, péče o hygienu a prostředí kolem), **odbornou ošetřovatelskou péči** (činnosti na odborné bázi v oblasti preventivní, diagnostické, léčebné, zdravotně sociální, zdravotně výchovné. K výkonu odborné péče je požadované odborné vzdělání), **specializovanou ošetřovatelskou péči** (sem řadíme velmi náročné úkony, které může vykonávat jen speciálně vyškolený odborník) a **ostatní úkony** kam řadíme všech-

ny činnosti spojené s péčí o starého a nemocného člověka, ať už se jedná o administrativní či organizační úkony (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 263-264).

Objektem práce ošetřovatelství je nemocný člověk. Z tohoto důvodu se očekává, že se mu dostane potřebné a kvalitní pomoci. Zdravotní pracovník je v tomto směru nezastupitelný. Ošetřovatelé pečují o zdraví člověka, snaží se předcházet nemocem, uzdravovat nemocné, případně se účastnit na zmírnění bolesti a smutku nemocného. Ošetřovatelství má svá specifika. Je to:

- Práce s lidmi a spolupráce s ostatními zdravotníky
- Fyzicky a psychicky náročná profese
- Předpoklad nutných znalostí a dovedností
- Práce ve směnném provozu
- Dodržování etiky a mlčenlivosti
- Poskytnutí první pomoci (Burda, Šolcová, 2015, s. 15-16).

Profese ošetřovatele je náročná, očekává se vyrovnaný jedinec, který se umí ovládat ve složitých situacích a odolávat stresu. Též by měl být upřímný a umět přiznat chybu. Měl by ke všem pacientům přistupovat stejně a umět se orientovat z potřeb jednoho pacienta na druhého (Burda, Šolcová, 2015, s. 17).

2.8 Aktivizační a rehabilitační služby

Aby mohla být ošetřovatelská péče efektivní, měla by být poskytována na základě identifikace potřeb jedince. Aby nedocházelo k porušení rovnováhy organizmu je nutné tyto potřeby uspokojovat (Burda, Šolcová, 2015, s. 25).

Potřeba seberealizace je neméně důležitá a pomáhá k dotváření celkového stavu pacienta jak po zdravotní tak po psychické stránce (Burda, Šolcová, 2015, s. 27).

Aktivizaci pacientů má na starosti sestra nebo fyzioterapeut. Lidé, kteří jsou upoutáni na lůžko, často strádají po psychické, ale i fyzické stránce. Proto se takové pacienty snažíme přimět k nějaké aktivitě. Ať už se jedná o četbu knihy, sledování televize, či jen tak si povídat s pracovníkem, který posedí u lůžka pacienta, v případě, že se nedokáže pohybovat sám (Burda, Šolcová, 2015, s. 133).

Fyzickou kondici taktéž podporuje pracovní činnost. Klienti mohou trávit volný čas pletením, háčkováním, mohou si malovat, účastnit se tvořivých

aktivit, např. práce s keramikou, vyrábění z pedigu (přírodní materiál z ratanu, který se používá na výrobu nábytku, košíků apod.) (internetové stránky wikipedia) apod.

Každá činnost by měla mít svůj cíl a hodnotu a klienta nějakým způsobem rozvíjet a motivovat. Všechny tyto činnosti by neměly být příliš náročné a měly by klienta uspokojovat, jinak ztrácí smysl. Mezi aktivizační činnosti řadíme i nácvik základních dovedností, při kterých se klienti učí samostatnosti. Zkouší se sami umýt, učesat, oblékat, prostě každodenní činnosti. Rozhodně do nich klienta nenutíme, musí být dobrovolné a přiměřeně dlouhé, patří se i čas na odpočinek (Burda, Šolcová, 2015, s. 133-134).

Rehabilitace pomáhá navrátit pacienta do původního tělesného, psychického a sociálního stavu. Provádí ji fyzioterapeuti nebo ergoterapeuti. Do rehabilitace řadíme fyzioterapii, světloléčbu, elektroléčbu, vodoléčbu a masáže, nácvik činností, které vedou pacienta k samostatnosti a taky sem patří lázeňská léčba (Burda, Šolcová, 2015, s. 134).

Pasivní rehabilitační ošetřovatelství zahrnuje polohování a pasivní pohyby. Využívá se poloha na boku, na zádech, na zádech při ochrnutí poloviny těla, na zdravém boku při ochrnutí poloviny těla a poloha na postiženém boku. Polohování pomáhá zamezit vzniku imobilizačních změn na pohybovém systému a vzniku dekubitů (proleženin). Při polohování se používá zároveň i pasivních pohybů, které se provádí několikrát za den. Pohyby by měly být pomalé a jemné. Pacient se může naučit provádět tyto pasivní pohyby i sám a ve volném čase je procvičovat (Burda, Šolcová, 2015, s. 135-136).

Aktivní rehabilitační ošetřovatelství zahrnuje různá dechová cvičení, kondiční cvičení, které se můžou provádět v lůžku i mimo něj. Procvičuje se zvedání na mísu, posouvání v lůžku, obracení na zdravý bok, posazování s dolními končetinami v lůžku, posouvání v lůžku se svěšenými bérce, postavení u lůžka, přemístění pacienta z lůžka na židli, nácvik chůze a chůze s berlemi, nácvik soběstačnosti v běžných denních činnostech (jedná se o činnosti jako je mytí, oblékání, použití toalety, nácvik hygieny, přijímání potravy a jiné. Nejprve je kvalifikovaný pracovník předvede a po malých částech je postupně učí pacienta). Někteřím pacientům prospívá i nácvik komunikace. Zejména pacientům po cévní mozkové příhodě. Nácvik komunikace vede logoped (Burda, Šolcová, 2015, s. 137-139).

Shrnutí: V teoretické části jsem chtěla popsat celkový pohled na stárnutí a stáří, zmínit, jaké nástrahy na seniora během stárnutí čekají a jak by se měl na

stáří systematicky připravovat. Popisuji krátký přehled o historii sociální péče u nás, čímž se dostávám k péči o seniory v současné době. Vyjmenovávám základní životní potřeby seniora a formy péče, která je u nás seniorům poskytována. Nezbytná je činnost pracovníků jak v sociálních službách, tak ve zdravotnictví. Standardy kvality mohou být naplňovány v případě, že jsou pracovníci dostatečně odborně způsobilí, empatičtí a ochotní se neustále vzdělávat. Empirická a metodická část má za úkol potvrdit nebo vyvrátit naplňování standardů kvality v domově pro seniory v Prostějově.

3 Empirická část

Domov pro seniory v Prostějově

Domov pro seniory v Prostějově, ve kterém jsem prováděla svůj výzkum, spadá pod Centrum sociálních služeb Prostějov, P.O..

Cílovou skupinou jsou senioři od 65 let se sníženou soběstačností, kteří se neobejdou bez pomoci jiné osoby a senioři nad 65 let, kteří jsou zcela odkázáni na pomoc jiné osoby. Dále jsou tu ubytované manželské a partnerské páry od 65 let se sníženou soběstačností a ti, kteří potřebují pomoc jiné osoby. Celková kapacita zdejšího zařízení je 126 osob.

Ubytování je poskytováno v 1-3 lůžkových pokojích. Je zde možnost celodenní stravy, včetně dietní. Klientům je poskytována pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče (pomoc při oblékání, svlékání, pomoc při prostorové orientaci, podávání jídla, pití, přesuny na postel, vozík, atd.), pomoc při osobní hygieně, praní a úklidu.

Zařízení poskytuje sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti (pravidelné aktivizační a volnočasové programy, reminiscenční skupinová setkávání uživatelů, práce se vzpomínkami, individuální přístup a speciální validující metody práce u uživatelů upoutaných na lůžku či se ztíženou schopností komunikace, vernisáže vzpomínkových výstavek na daná témata, zdravotní a relaxační cvičení s hudbou, ruční práce apod.). Uživatelům je umožněno zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoci při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Dále se tu pořádají různé kulturní akce, bohoslužby, služby psychologa, možnost zapůjčení knih ve zdejší knihovně a pobytu v klubovém zařízení.

Domov pro seniory se snaží o vytváření klidného a bezpečného prostředí seniorům se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a seniorům, kteří jsou zcela závislí na pomoci jiné osoby. Snaží se jim poskytnout podmínky pro důstojné prožití stáří. Cílem je tedy obnovit, případně udržet soběstačnost seniorů a umožnit jim důstojně dožít svůj život. Ke každému klientovi je přístupováno individuálně, je mu poskytována služba přímo na míru podle potřeby. Zdejší zařízení podporuje týmový přístup a přístup k uživatelům s úctou, zájmem a trpělivostí (internetové stránky Centra sociálních služeb Prostějov).

Když si projdeme standardy kvality v sociálních službách, tak je na tom prostějovský domov pro seniory velmi dobře. V první řadě by se mělo jednat o

blaho klienta. Důležitý je individuální přístup ke každému klientovi zvlášť, tak aby se zde cítil dobře a mohl si užívat v klidu poslední etapu svého života. To vše se snaží v tomhle zařízení dodržovat, pracovníci přistupují ke klientům s empatií a porozuměním, s cílem dosahovat co nejlepších výsledků při práci s nimi. Klientům je tu poskytována kvalitní a přiměřená zdravotní péče. Což ve spojení se správnou životosprávou (kvalitou stravy, dodržování pitného režimu), pohybových aktivit a rozvíjení kognitivních funkcí dochází k naplňování nabízených služeb v atraktivním prostředí.

4 Metodická část

4.1 Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy

Cílem práce je zjistit, zda jsou klienti spokojeni s nabídkou sociálních služeb ve zvoleném pobytovém zařízení pro seniory.

Výzkumný problém: Hodlám se zaměřit na spokojenost seniorů, jelikož jsem byla na praxi v Domově pro seniory a sama navštěvuji svoji starou babičku. Je to citlivé téma pro nás pro všechny, ale dle mého názoru je potřeba kvalitní péči starým lidem umožnit a zajistit jim důstojné stáří. Výzkum jsem se rozhodla provést v Domově pro seniory v Prostějově.

Výzkumná otázka: Výzkumnou otázkou rozumíme takovou otázku, na kterou se ve výzkumu hodláme dozvědět odpověď.

Otázka 1 (VO 1): Jak jsou senioři spokojeni se službami poskytovanými v pobytovém zařízení? S jejich rozsahem (nabídkou) a jejich kvalitou?

Otázka 2 (VO 2): Jaký vliv má hodnocení rozsahu (nabídky) služeb a kvality poskytovaných služeb na celkovou spokojenost klientů v zařízení?

Otázka 3 (VO 3): Uvítala by většina klientů i jiné služby než jaké dané zařízení nabízí?

Zformulovala jsem jednu hlavní a tři vedlejší hypotézy.

H: Čím lepší je hodnocení kvality služby nabízených v Domově pro seniory, tím je vyšší celková spokojenost seniorů v zařízení.

H1: Většina klientů je spokojena jak s nabídkou služeb, tak i s kvalitou služeb.

H2: Čím vyšší spokojenost klientů s nabídkou služeb, tím vyšší celková spokojenost klientů v zařízení.

H3: Většina klientů nežádá jiné služby, než jaké dané zařízení v současné době nabízí.

Výběr zkoumaných osob:

Ve svém projektu jsem prováděla výzkum na menší početní skupině seniorů, přesně 36 respondentech. Tyto seniory jsem oslovila v Domově pro seni-

ory v Prostějově, kam jsem chodila na praxi. Nejprve jsem si domluvila schůzku vedoucí oddělení domova pro seniory a se sociální pracovnící daného zařízení a informovala jsem je o svém záměru. Jelikož jsem se rozhodla provádět výzkum pomocí dotazníků, udělala jsem výběr vhodných respondentů, kteří budou schopni dotazník vyplnit sami, nebo jim dotazník pomohu vyplnit.

Základní soubor tvořili všichni klienti domova. V daném zařízení je 126 uživatelů a výběr respondentů se soustředil výhradně na ty, kteří byli schopni po zdravotní a psychické stránce komunikace. Z celkového počtu se výzkumu zúčastnilo 36 respondentů. Mezi nezúčastněnými byli ti dotázaní, kteří neměli zájem se na výzkumu podílet, nebo nebyli schopni komunikovat, protože to byli klienti s demencí a ve špatném zdravotním stavu, který jim neumožňoval se do výzkumu efektivně zapojit.

Prvotní mapování: Poté co jsem vybrala vzorek zkoumaných osob, jsem pokračovala tak, že jsem si s každým respondentem zvlášť promluvila o svém úmyslu, nastínila jsem, jak takový výzkum probíhá, vysvětlila jsem postup při vyplňování dotazníků a odpověděla na otázky ze strany uživatelů služby. Popisala jsem jim výzkumnou strategii a domluvila jsem s nimi předběžný termín.

4.2 Volba výzkumné metody

Zvolila jsem kvantitativní výzkum, dotazníkovou metodu, která zahrnuje větší počet respondentů na jednom místě. Jako pozitiva na této metodě vidím rychlejší získání dat v kratším čase. Jedná se o málo nákladnou techniku sběru dat a v neposlední řadě má respondent více času na promyšlení svých odpovědí. Jako nevýhoda se může jevit nemožnost ověřit, zda respondent odpovídá podle svého uvážení nebo zda nebyl ovlivněn sociální pracovnící.

Jednalo se o standardizované dotazníkové šetření, pro všechny respondenty jsou stejné otázky předem připraveny na tištěném formuláři. Pro zachování důvěry a lepší pocit dotazovaných klientů byl zvolen dotazník, jehož vyplnění bylo zcela anonymní. Dotazník (příloha 1) jsem si vytvořila podle výzkumných otázek tak, abych byla schopna pomocí odpovědí ověřit svoje hypotézy. Dotazník obsahoval 12 otázek. Otázky byly uzavřené, které se hodnotily na tříbodových škálách (spokojen/a, částečně spokojen/a, nespokojen/a), a tři

otázky směřovaly na doplnění věku, pohlaví a délky pobytu v zařízení. Získaná data byla zpracována pomocí programu MS Excel.

Před samotným výzkumem jsem si vybrala tři respondenty, abych si ověřila, že dotazník obsahuje smysluplné otázky a respondenti jsou schopni na ně odpovědět a porozumět jim. Získala jsem tím zpětnou vazbu a v případě potřeby se dalo ještě před samotným šetřením dotazník upravit a odstranit chyby a nedostatky v něm obsažené. Dotazník jsem již neupravovala a použila jeho prvotní verzi, kterou oslovení respondenti pochopili.

4.3 Tvorba a sběr dat

Před samotným sběrem dat jsem si musela obstarat k provedení výzkumu, zde jsem žádala o povolení vedoucí pracovníci oddělení domova pro seniory. Dále jsem požádala seniory o vyplnění dotazníků a poučila je o času, který zabere jejich vyplnění. Vysvětlila jsem jim, jak mají přiložený dotazník vyplnit s tím, že jim v případě potřeby s vyplňováním pomohu.

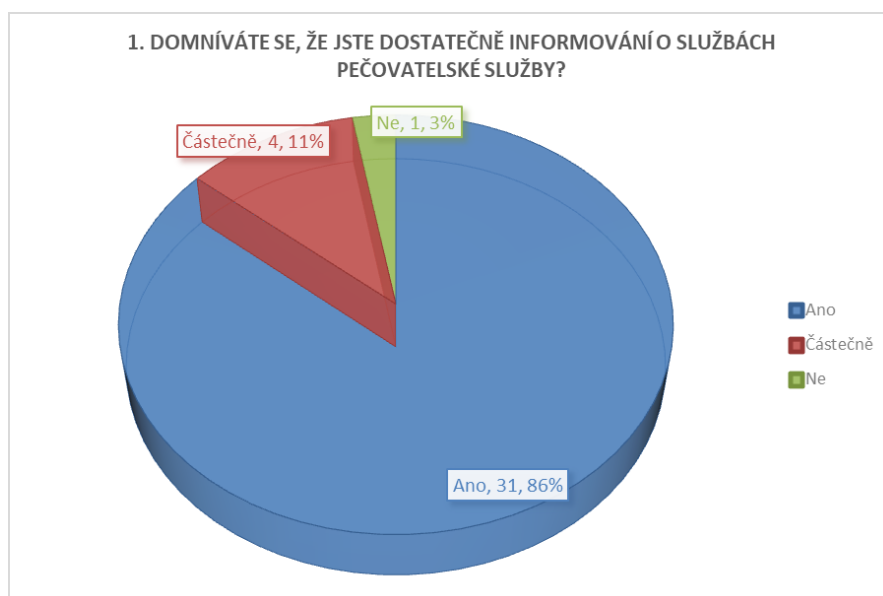
4.4 Analýza dat

Po vyplnění dotazníků s vybranými respondenty jsem přešla k analýze dat, jejich zpracování a vyhodnocování.

Data z dotazníků jsem přepsala do PC, konkrétně do tabulky v programu MS Excel. V tomto případě jsem z výsledných dat vytvořila tabulku a grafy. Prvním krokem je kontrola dat. Provedla jsem optickou kontrolu dat, zběžně jsem prohlédla, zda je v dotazníku vše vyplněno a následně pokračovala kontrolou ve statistickém programu.

4.5 Výsledky

První otázka měla za úkol zjistit, zda jsou klienti dostatečně informováni o tom, jakou službu můžou v rámci zařízení využívat. Pečovatelskou službou je tady míněna činnost pracovníků v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči pro klienty ve zkoumaném zařízení. Klientům to bylo vysvětleno.



Obrázek2: Informovanost o službách

Většina dotazovaných (počet 31 (86%) z celkového počtu 36) odpověděla na otázku kladně, 4 (11%) jsou informováni částečně a pouze jeden (3%) z celkového počtu odpověděl ne.

Každý klient pobytového zařízení by měl být informován o všech službách, které konkrétní zařízení nabízí. Otázka byla cílená na zjištění, zda tomu tak je nebo není. Vzhledem k počtu kladných odpovědí se mi potvrdilo, že klienti jsou informováni dostatečně. Při podrobnějším dotazování si žádný klient nestěžoval, že by tomu bylo jinak.

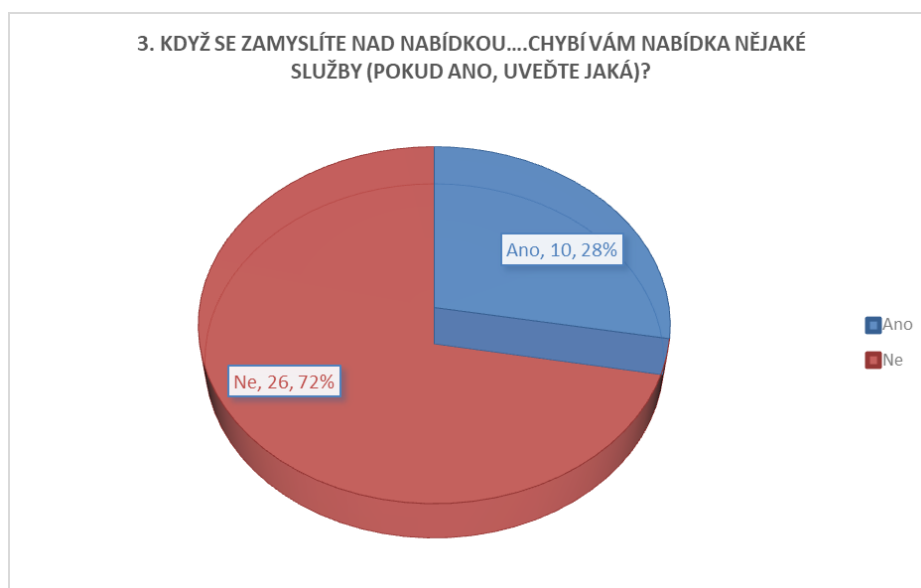
Druhá otázka byla zaměřená na rozsah nabídky služeb. Jejím úkolem bylo zjistit, zda klientům nějaká nabídka nechybí nebo zda mají nápad či připomínku na zlepšení pobytu v zařízení.



Obrázek3: Spokojenost s nabídkou služeb

Na otázku odpovědělo 29 dotázaných respondentů(81%) kladně, pouze 7 (19%) z nich je spokojeno jen částečně. Nebyl rozdíl v tom, zda šlo o muže či ženy, odpovědi byly vyrovnané.

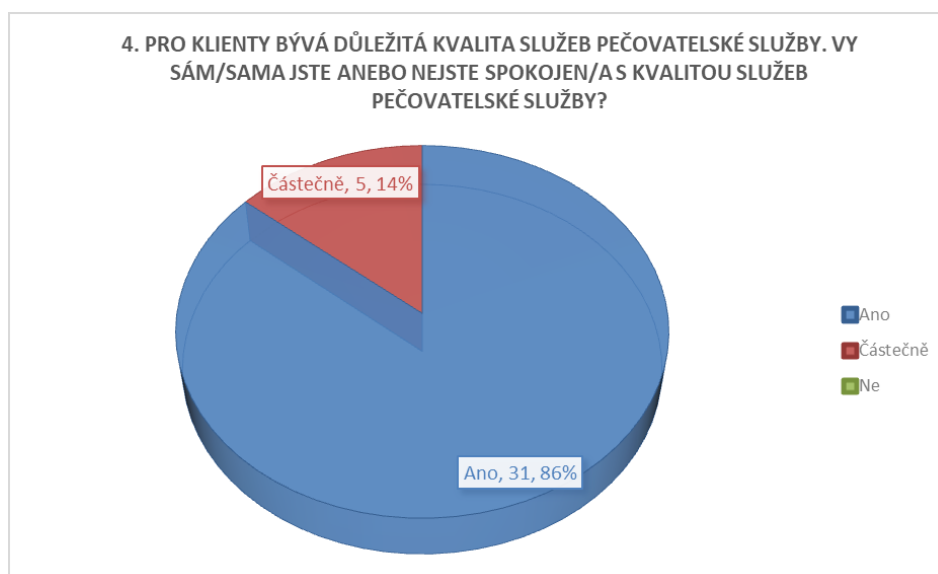
Na otázku navazovala další s konkrétním cílem zjistit, co dalšího by klienti uvítali, kdyby si mohli vybrat.



Obrázek4: Chybějící služby

Na dotaz odpovědělo záporně 26 respondentů (72%), kterým v zařízení nic nechybí a jsou naprosto spokojeni s tím, co mají v současné době k dispozici. Deset z nich (28%) by uvítalo i nějakou další službu. Ve výčtu věcí či aktivit, které by klienti rádi uvítali, bylo např. bazén v areálu, účast na přednáškách o kvalitě stravování, příprava před společenskou událostí, plesem atd., kantýna, balkon a společnost jiných lidí kromě seniorů.

Jelikož ve vzorku převažovalo více žen, bylo jich více i mezi nespokojenými. Ale z celkového hlediska neměl žádný z nich větší připomínky. Spíš se cítí osamělí a nevyužití.

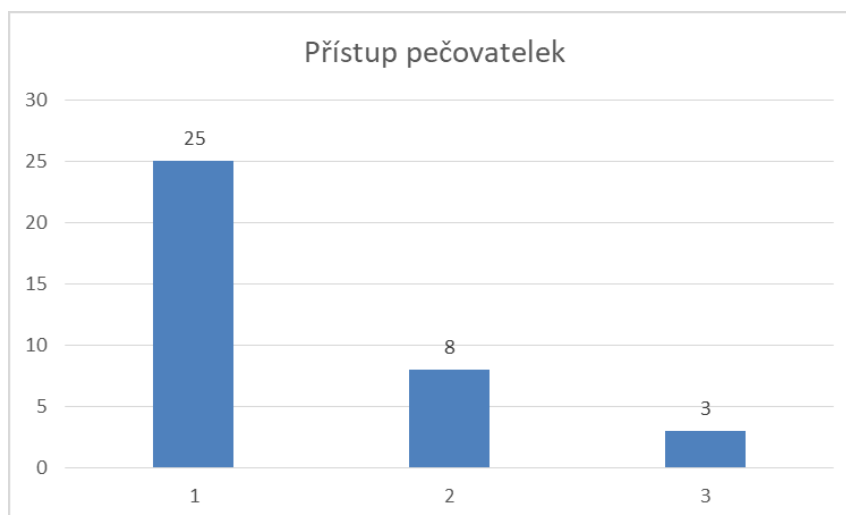


Obrázek5: Spokojenost s kvalitou služeb

Kvalitou se tu rozumí, jestli jsou klienti spokojeni s rozsahem, množstvím a způsobem, jakých je tu dosahováno plnění nabízených služeb v zařízení. 31 dotázaných (86%) je spokojeno s kvalitou služeb, pouze 5 (14%) z celkového počtu dotázaných je nespokojeno. Když jsem se zeptala, co se jim konkrétně nelíbí a co by změnili, nebyli schopni se přesně vyjádřit. Spíš ventilovali svůj subjektivní pocit.

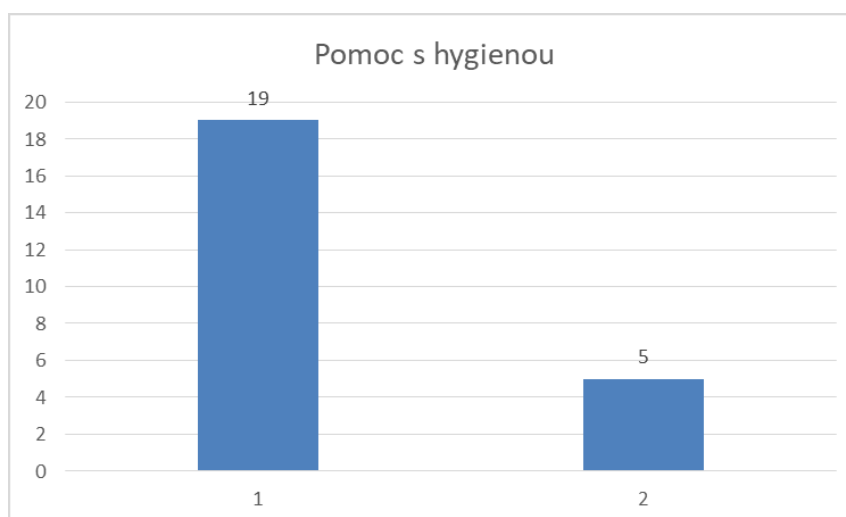
Většina nespokojených byli muži, ikdyž jen zanedbatelný počet.

Nyní jsem klienty požádala o hodnocení jednotlivých uvedených činností, vypsaných v tabulkách, známkou od 1 do 5 (jestliže známka 1 je nejlepší a 5 nejhorší).



Obrázek6: Vyhodnocení přístupu pečovatelek

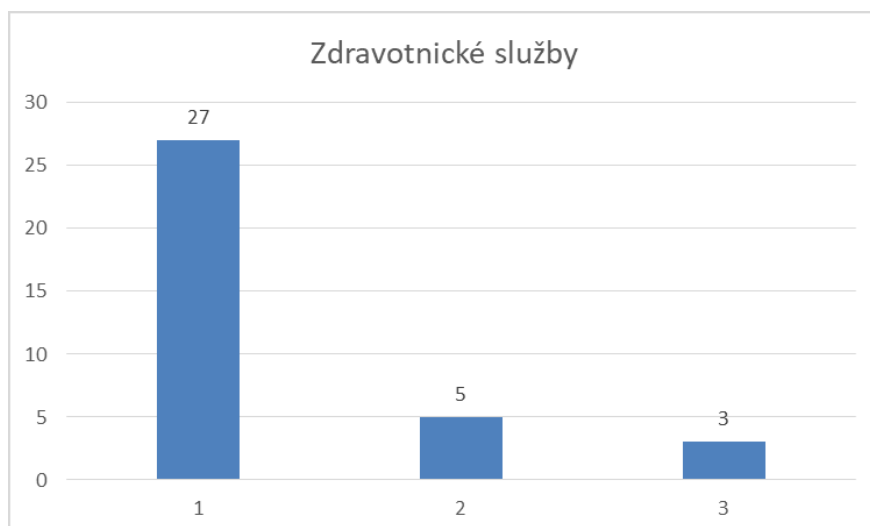
Známku jedna dalo dohromady 25 dotázaných, dvojku 8 dotázaných a trojku 3 dotázaní respondenti. Tady jsou 2/3 s přístupem pečovatelek spokojeni. Průměrná známka je 1,39. Líbí se jim přístup jak po profesionální stránce, tak stránce lidské. Obzvláště dobře hodnotili jejich empatický přístup a příjemné vystupování.



Obrázek7: Pomoc s hygienou

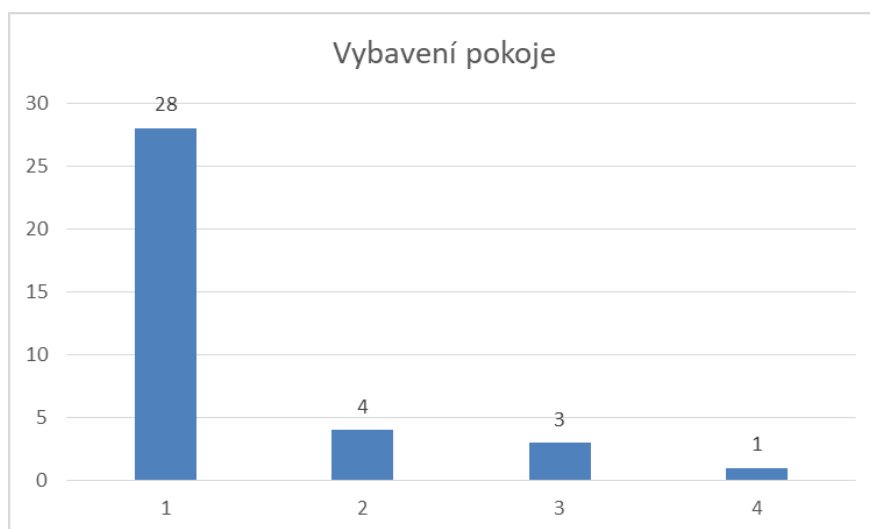
Pomoc s hygienou, při převlékání, použití toalety, sprchy atd. hodnotilo známkou jedna 19 dotázaných, známkou dva 5 dotázaných respondentů. Průměrná známka potom vychází 1,208.

Většina dotázaných je spokojena, ikdyž převažují dvou až třílůžkové pokoje. Postele nejsou ničím oddělené, v nutných případech, pokud to situace vyžaduje, přistaví personál mezi postele zástěnu.



Obrázek8: Zdravotnické služby

Zde je míněna práce lékaře při drobných poraněních, zdravotních problémech, při ošetřování nemocných atd. Známkou jedna dalo celkem 27 dotázaných, známkou dva 5 dotázaných a známkou tři hodnotili 3 dotázaní. Průměrná známka je 1,314. Téměř všichni dotázaní jsou spokojeni se zdravotnickou službou. Pokud měli možnost zhodnotit služby zdravotnického personálu v nemocnici a tady v zařízení, tak jednoznačně hlasovali pro zdejší instituci.

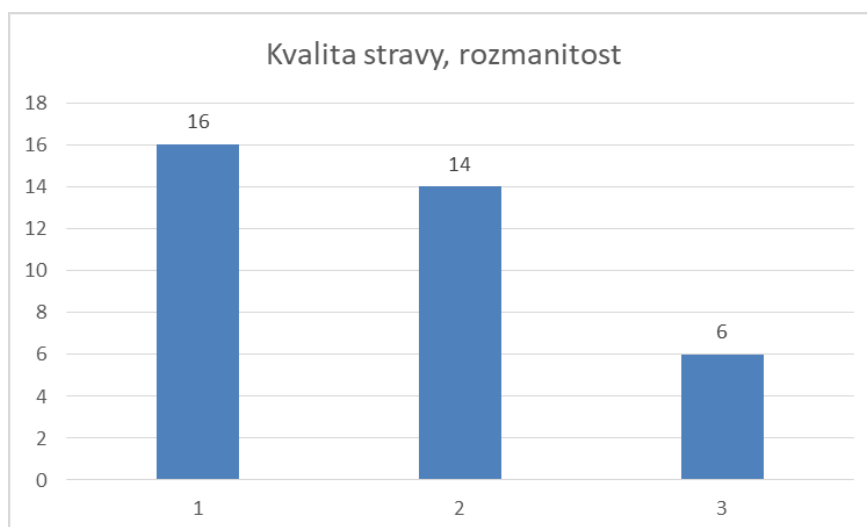


Obrázek9: Hodnocení vybavení pokojů

Do vybavení pokoje se počítal nábytek, výmalba, možnost vlastních dekorací, předmětů, televizoru atd.

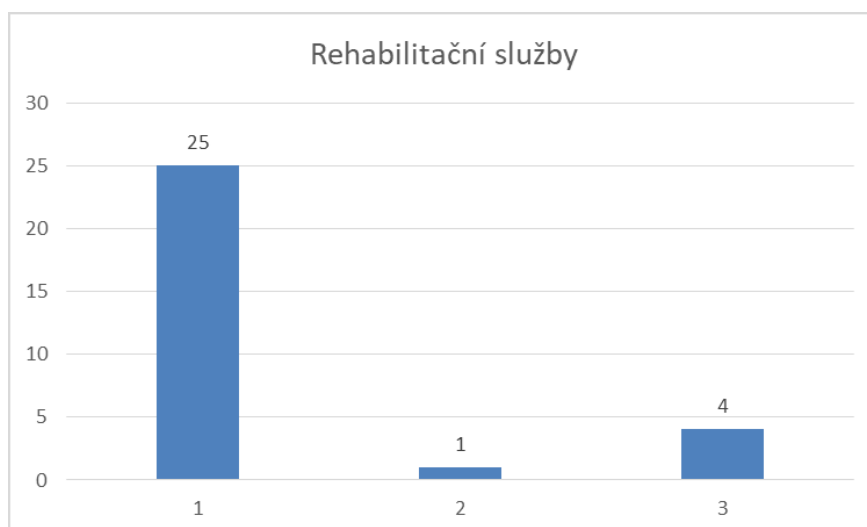
Celkově spokojeno a známku jedna dalo 28 dotázaných, známku dva 4 dotázaní, známku tři 3 dotázaní a známku čtyři hodnotil 1 dotázaný. Průměrná známka je 1,361.

Jak už z grafu vyplývá, převažuje celková spokojenost s vybavením pokoje. Zazněly i připomínky, že doma by se cítili mnohem lépe, ale někteří z klientů již měli osobní zkušenost s pobytem v jiném podobném zařízení a tady se jim líbí nejvíc.



Obrázek10: Hodnoceníkvalitystravy

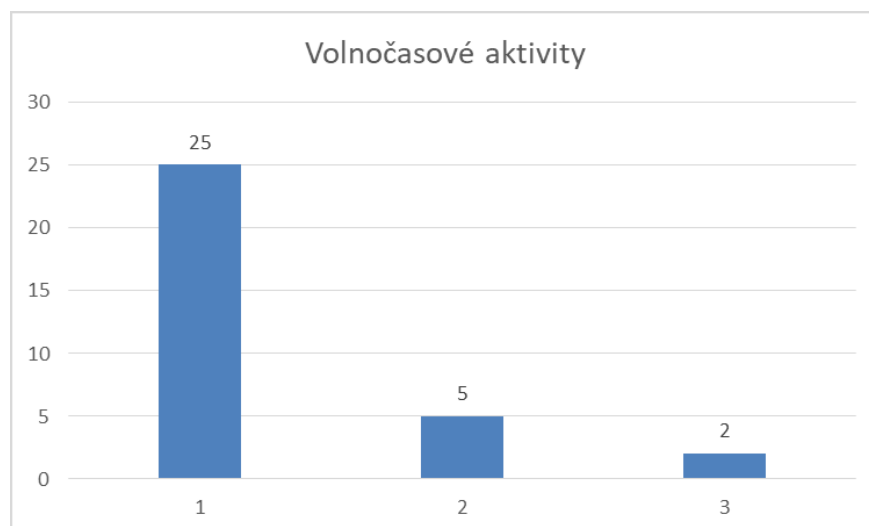
Kvalitou stravy se rozumí pestrost jídel, způsob servírování, vzhled a chuť jídel. Známkou jedna dalo 16 dotázaných, známkou dva 14 dotázaných, známkou tři 6 dotázaných. Téměř polovina dotazovaných neměla žádné výhrady. Průměrná známka je 1,722. Na množství stravy si nestěžoval nikdo, spíše hodnotili chuť a druh nabízených jídel.



Obrázek11: Hodnocenírehabilitačníslužeb

Mezi rehabilitační služby sem byly zařazeny aktivity, které se týkají cvičení, rehabilitační práce s uživateli, pohybové aktivity atd. Známkou jedna dalo 25 dotázaných, známkou dvě 12 dotázaných a známkou tři hodnotili 4 dotázaní respondenti. Průměrná známka je 1,3. Téměř všichni jsou

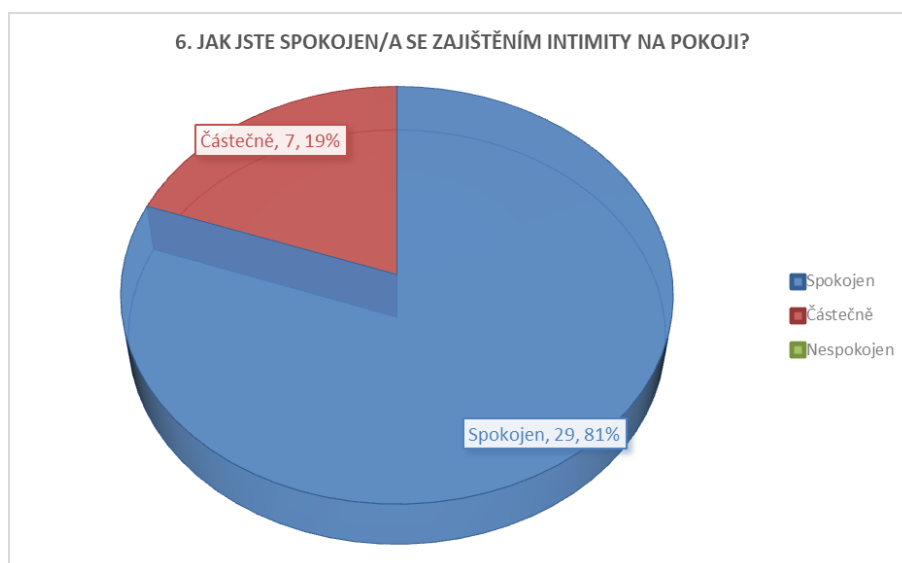
s rehabilitačními službami spokojeni. Ne všichni jsou schopni docházet do tělo-
 cvičny, kde rehabilitace probíhá, k těmto klientům potom přichází pracovník
 přímo na pokoj a pracuje s klientem sedícím či ležícím na posteli.



Obrázek12: Hodnocení volnočasových aktivit

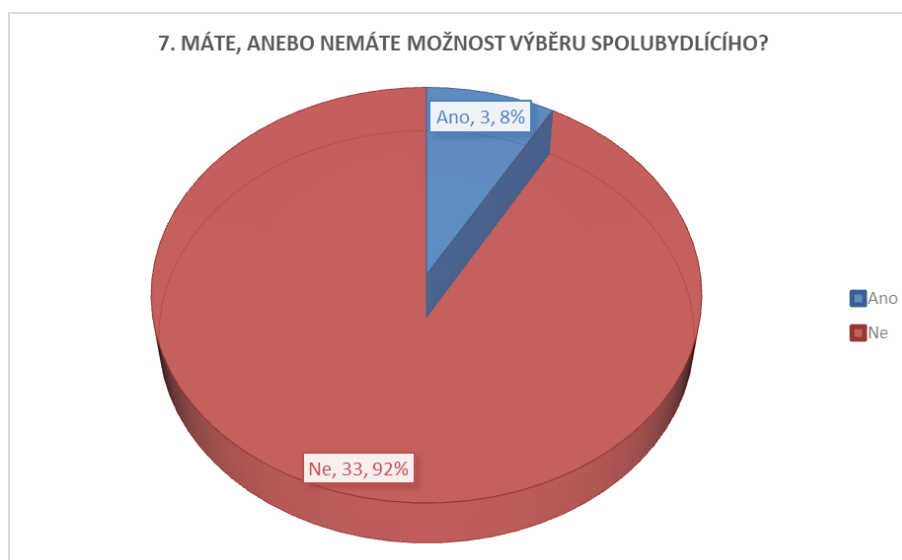
Jsou zde míněny aktivizační služby, zábava, kterou zařízení pro klienty pořádá, možnost hraní her s ostatními uživateli, výlety, besedy na různá témata, pouštění filmů a dokumentů, přednášky na různá témata, oslavy narozenin, plesy, bály atd..

Známku jedna hodnotilo 25 dotázaných, známku dvě dalo 5 dotázaných a známku tři 2 dotázaní. Opět je většina respondentů s nabídkou aktivit spokojena a průměrná známka je 1,28. Personál zařízení se opravdu snaží, aby se tu klienti cítili téměř jako doma. Snaží se vybírat aktivity tak, aby byly pro klienty pestré, neopakovaly se stejné neustále dokola a aby to klienty bavilo a naplňovalo. Nejvíce se klientům líbí přednášky a krátké filmy. Co jim chybí je možnost více cestovat a poznávat a navštěvovat jiná města. Bohužel někteří klienti na tom nejsou fyzicky tak dobře, aby zvládli celodenní výlet.



Obrázek13: Hodnocení zajištění intimního prostředí na pokojích

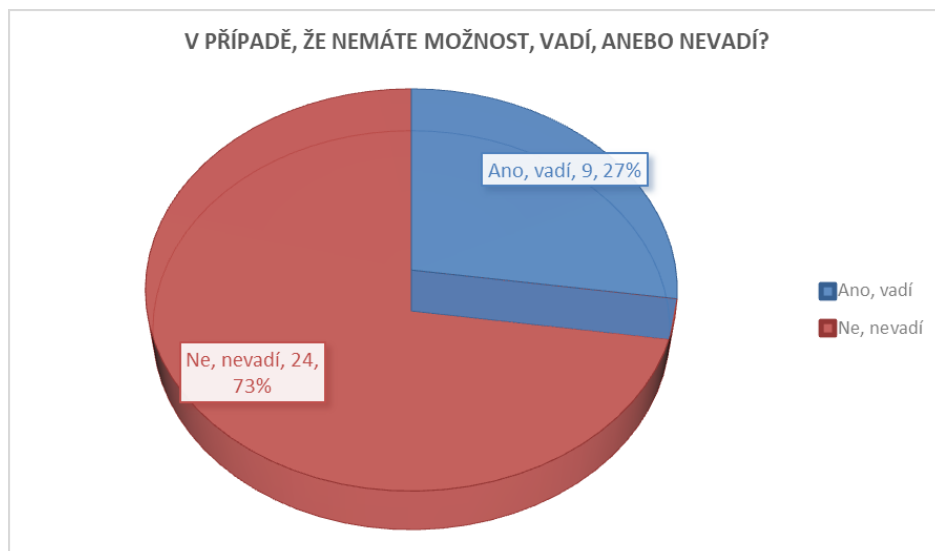
Respondenti většinou odpovídali kladně, 29 (81%) jich spokojeno se soukromím na pokoji je, nespokojeno bylo 7 (19%) respondentů. Ti, kteří byli nespokojeni pak nejvíce z toho důvodu, že jim nesedl výběr spolubydlícího.



Obrázek14: Hodnocení možnosti výběru spolubydlícího

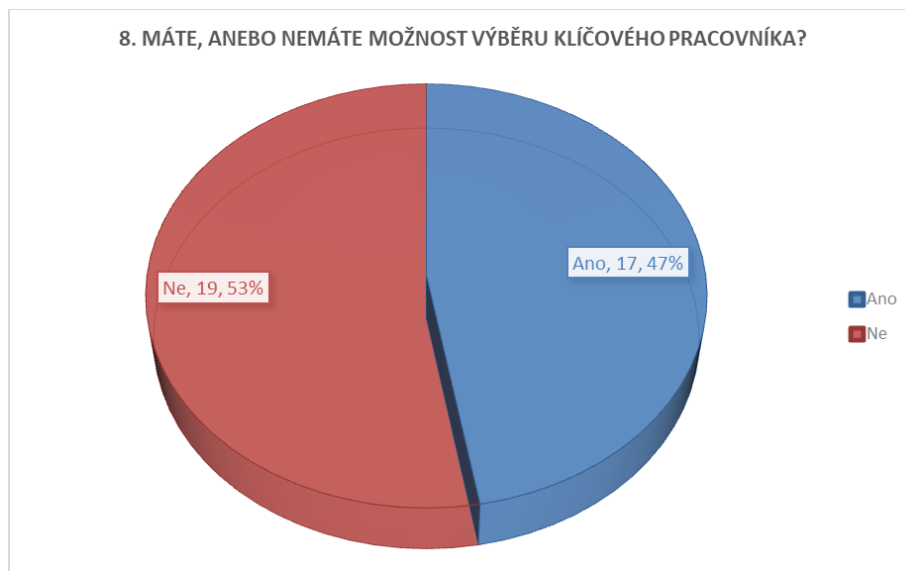
33 (92%) odpovědělo, že nemají možnost výběru spolubydlícího. Pouze 3 (8%) z nich odpovědělo, že možnost výběru mají. Ti, kteří odpověděli, že nemají

možnost, mi vysvětlili, že výběr ovlivnit spíše nemůžou, ale někdy se stane, že dojde k přesunu klienta na jiný pokoj a jim se tak naskytne příležitost k novému a vhodnějšímu spolubydlícímu.



Obrázek15: Hodnocení možnosti výběru spolubydlícího

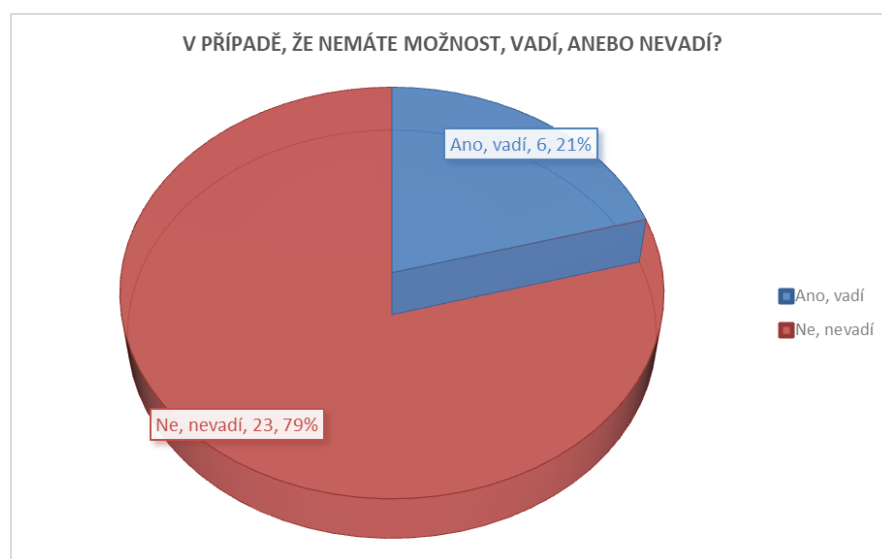
V případě dotazovaných, kteří odpověděli záporně to 9 (27%) z nich vadí, 24 (73%) z nich nevadí, že si spolubydlícího sami vybrat nemůžou.



Obrázek16: Hodnocení možnosti výběru klíčového pracovníka

Klíčovým pracovníkem je myšlen takový, který vykonává přímou obslužnou činnost a je pro klienta jakousi oporou a hlavním styčným bodem v zařízení. Vypracovává s klientem individuální plán a je zodpovědný za jeho plnění. Každý klient a rodinný příslušník by měl znát jméno klíčového pracovníka v případě, že by se na něj chtěl obrátit s prosbou nebo plněním individuálního plánu a přání (Haškovcová, 2012, s. 100). Někteří ani pojem klíčový pracovník neznali, tak jsem jim ho vysvětlila.

17 (47%) dotazovaných odpovědělo, že mají možnost výběru klíčového pracovníka, 19 (53%) z nich odpovědělo, že nemají.



Obrázek17: Hodnocení možnosti výběru klíčového pracovníka

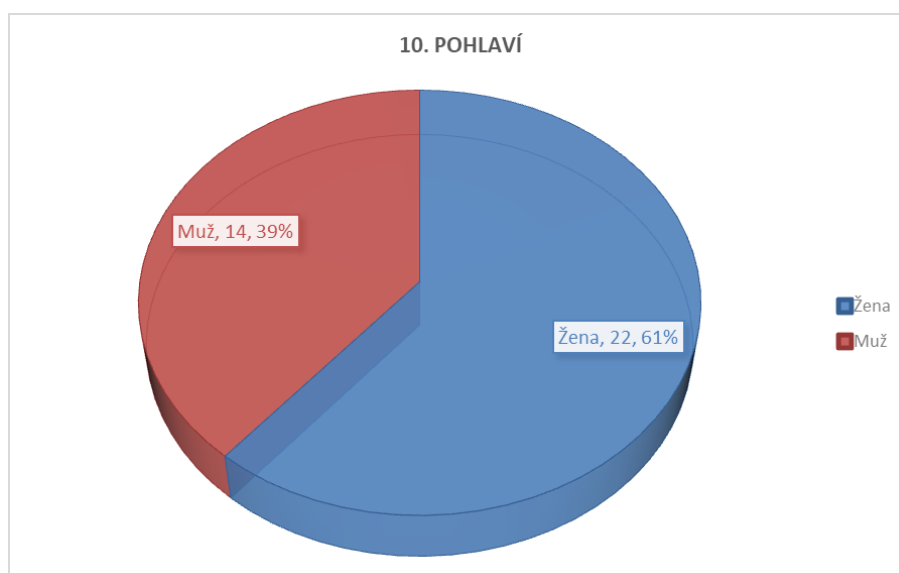
Mezi těmi, kteří odpověděli, že nemají možnost výběru klíčového pracovníka bylo 6 respondentů (21%), kterým to vadí a 23 (79%), kterým nevadí, že tuhle možnost nemají. Připadlo mi, že někteří klienti vůbec nevědí, že je v zařízení nějaký klíčový pracovník nebo ani neznají tento pojem. Pár klientům to bylo jedno, o klíčového pracovníka se nikdy nezajímali, neboť jsou prý spokojeni se všemi, kteří se o ně starají a jejich práci hodnotí na výbornou.



Obrázek18: Hodnocení dostupnosti služeb odborných lékařů

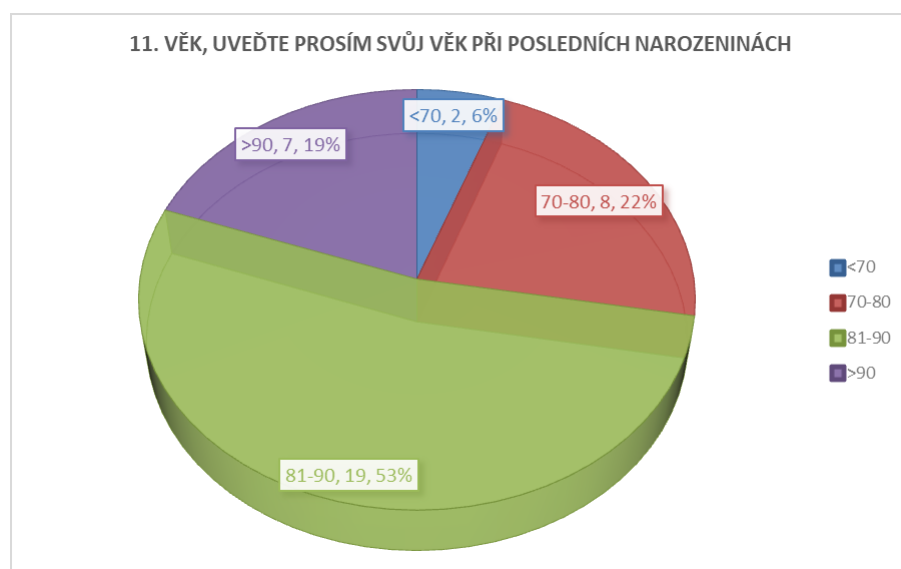
Na tuhle otázku všichni odpověděli kladně. Do zařízení sice nedochází odborní lékaři, ale klientům zařízení je umožněno odborného lékaře v případě potřeby navštívit. To zajišťuje personál daného zařízení. Mohla jsem si danou informaci zjistit sama, ale zajímalo mě, jaké osobní zkušenosti s návštěvou odborných lékařů mají uživatelé zařízení.

Poslední tři otázky jsou doplňující, ale důležité.



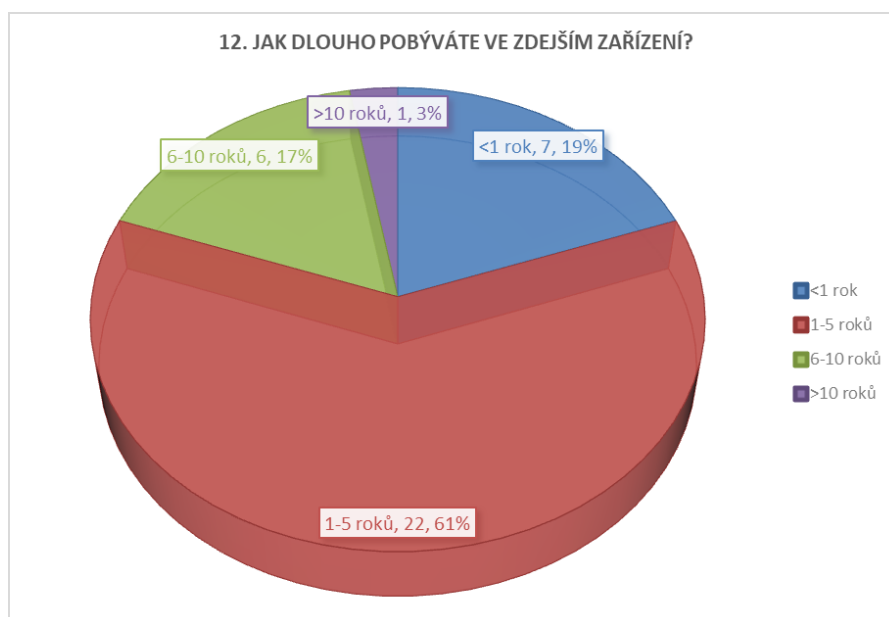
Obrázek19: Vyhodnocení genderového složení souboru

V souboru převažovaly ženy. Přičetla bych to skutečnosti, že ženy se dožívají vyššího věku, tudíž je jich v zařízení většina. Nevšimla jsem si zásadních rozdílů v tom, že by byli více spokojeni muži než ženy a opačně. Spíše záleželo na tom, jak moc si spolu daní spolubydlící sedli nebo nikoli.



Obrázek20: Věkováskladbasouboru

Nejpočetnější skupinu dotazovaných tvořili senioři ve věku 81-90 let (53%). Další nejvíce zastoupenou věkovou kategorií tvořili senioři ve věku 70-80 let (22%), klientů nad 90 let bylo 7 (což čítá 19%) a v poslední řadě to byli klienti mladší 70 let, ti byli mezi respondenty 2 (6%). Nahrává tomu fakt, že do zařízení jsou přijímáni senioři od 65 let a zůstávají tu až do konce svého života. V nejpočetnější skupině se z větší části nacházely ženy.



Obrázek21: Přehleddélkypobytu v zařízení

1-5 roků pobývá v zařízení 22 respondentů (61%), což je větší polovina ze všech dotázaných. 1 rok je v zařízení 7 dotázaných (19%), 6-10 roků 6 (17%) a více než 10 let 1 dotázaný (3%).

5 Závěr

Cílem mojí bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou klienti spokojeni jak s rozsahem služeb, tak s kvalitou jejich naplňování v domově pro seniory v Prostějově, a to očima klientů. Dále bylo třeba zjistit, zda dochází k naplňování standardů kvality z pohledu uživatele. Vzhledem k tomu, že se v dnešní době objevuje stále více aktivních seniorů, těch, kteří se snaží prožívat svůj život aktivně a seberealizovat se, mnohdy i ve vyšším věku, stoupají i nároky na potřeby seniorů a kvalitu péče v zařízeních. Je nutné zabezpečit seniorům takovou kvalitu péče, na kterou jsou zvyklí a která bude uspokojovat jejich životní potřeby v rámci zachování individuality každého jedince. Aby bylo možno tyto standardy kvality naplňovat je nutná spolupráce mezi klientem a personálem. Obě strany spolu musí spolupracovat, musí se vzájemně respektovat. Naplňování standardů kvality je neustálý proces, kdy se v praxi prolíná individuální přístup ke každému klientovi a jeho specifické potřeby. Přístup personálu, míra empatie a jejich schopnosti a snaha se dále profesionálně rozvíjet ovlivňuje život seniora v zařízení. Pro získání cíle byla formulována jedna hlavní a tři vedlejší hypotézy. Hlavní hypotéza zněla: Čím lepší je hodnocení kvality služby nabízených v Domově pro seniory, tím je vyšší celková spokojenost seniorů v zařízení. Hypotéza 1 zněla: Většina klientů je spokojena jak s nabídkou služeb, tak i s kvalitou služeb. Hypotéza 2 zněla: Čím vyšší spokojenost klientů s nabídkou služeb, tím vyšší celková spokojenost klientů v zařízení. Hypotéza 3 zněla: Většina klientů nežádá jiné služby, než jaké dané zařízení v současné době nabízí.

Většina klientů je spokojena s nabídkou i kvalitou služeb, které dané zařízení nabízí, z toho vyplývá, že byla potvrzena hypotéza číslo jedna. Tím můžeme potvrdit i hypotézu číslo dvě a tři, protože klienti jsou celkově spokojeni s nabídkou služeb daného zařízení a jiné služby nežádají. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že respondentům se dostává kvalitní péče a je naplňován individuální přístup směřující k dosahování cílů.

Moje bakalářská práce směřovala k tomu, aby mohla poskytnout zpětnou vazbu zvolenému domovu pro seniory z hlediska naplňování standardů kvality nabízených služeb. Tím, že dotázaní respondenti byli celkově spokojeni, jak se službami, které zařízení poskytuje, tak s činností ošetřujícího personálu, určitě to bude mít pozitivní vliv na rozhodování se potencionálních klientů při výběru vhodného domova pro seniory.

6 Seznam použité literatury

1. Arnoldová, A. *Sociální péče 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5147-4.
2. Arnoldová, A. *Sociální péče 2. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, ISBN 978-80-247-5148-1.
3. Bočková, L.; Hastrmanová, Š.; Havrdová, E. *50+ Aktivně (Fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života)*. Respekt institut, 2011, ISBN 978-80-904153-2-4.
4. Burda, P.; Šolcová, L. *Ošetrovatelská péče 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, ISBN 978-80-247-5333-1.
5. *Centrum sociálních služeb Prostějov, P.O.* [Online]. Domov pro seniory. [citace 2019-03-05]. Dostupné z: <https://www.csspv.cz/domov-pro-seniory>.
6. *Český statistický úřad*. [Online]. Senioři. [citace 2019-03-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori>.
7. Haškovcová, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1989, ISBN 80-7038-158-2.
8. Haškovcová, H. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, ISBN 978-80-7262-900-8.
9. Hauke, M. *Zvládání problémových situací se seniory – nejen v pečovatelských službách*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2014, ISBN 978-80-247-5216-7.
10. Hrozenská, M.; Dvořáčková, D. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2013, ISBN 978-80-247-4139-0.
11. Jeřábek, H. a kol. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2013, ISBN 978-80-7419-117-6.
12. Kozlová, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005, ISBN 80-7254-662-7.
13. Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2016, ISBN 978-80-262-1154-9.
14. Mlýnková, J. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2011, ISBN 978-80-247-3872-7.
15. *MPSV*. [Online]. Zákon o sociálních službách [citace 2019-03-26]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz>

ps://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf

16. Pacovský, V.; Heřmanová, H. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, ISBN 08-044-81.
17. Pichaud, C.; Thareauová, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998, ISBN 80-7178-184-3.
18. Průša, L. *Ekonomie sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2007, ISBN 978-80-7357-255-6.
19. Sýkorová, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2007, ISBN 978-80-86429-62-5.
20. *Wikipedie*. [Online]. Pedig. [citace 2019-03-25]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Pedig>.

7 Klíčová slova

Stáří

Stárnutí

Potřeba

Senior

Ošetřovatelství

Institucionální péče

Domov pro seniory

Standardy kvality sociálních služeb

8 Seznam příloh

Příloha 1Dotazník

9 Příloha – vzor dotazníku



Filozofická
fakulta

Genius loci ...

Dotazník pro uživatele sociálních služeb

Vážená paní, vážený pane,

studuji 3. rokem na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci, obor Sociální práce. Prosím Vás o vyplnění mého dotazníku, který slouží pro potřeby mé bakalářské práce na téma "**Kvalita služeb v Domově pro seniory**". Dotazník je anonymní a veškeré informace zůstanou naprosto důvěrné.

Dotazník Vám sama rozdám, v případě potřeby pomůžu vyplnit a nakonec si ho opět vyzvednu. Nemusíte se tudíž bát, že budou Vaše odpovědi jakkoli zneužity.

Za Vaši spolupráci a ochotu podílet se na mé práci Vám velice děkuji.

V Prostějově dne

Dana Krejsková

Vedoucí bakalářské práce: doc. PhDr. Dana Sýkorová, Ph.D.

Kontakt (sekretariát Katedry sociologie, andragogiky a kulturní antropologie):

585 633 392

Ráda bych Vás poprosila o odpovědi na následující otázky:

1. Domníváte se, že jste dostatečně informováni o službách pečovatelské služby?:

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

2. Jste spokojeni s nabídkou služeb, kterou poskytuje pečovatelská služba?:

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

3. Když se zamyslíte nad nabídkou.....chybí Vám nabídka nějaké služby (pokud ano, uveďte jaká)?:

- a) ano
- b) ne
- c).....

4. Pro klienty bývá důležitá kvalita služeb pečovatelské služby. Vy sám/sama, jste anebo nejste spokojen/a s kvalitou služeb pečovatelské služby?:

- a) ano
- b) částečně
- c) ne

5. Pokuste se prosím o zhodnocení jednotlivých uvedených činností v tabulce (oznámkujte, prosím jako ve škole):

Jak hodnotíte následující činnosti dle číselné škály od 1 do 5 (jestliže 1 je nejlepší a 5 nejhorší)							
Známka	přístup pečovatelek	pomoc s hygienou (umývání, použití)	zdravotnické služby	vybavení pokoje	kvalita stravy, rozmanitost jídel	rehabilitační služby	volnočasové aktivity
1							
2							
3							
4							
5							

6. Jak jste spokojen/a se zajištěním intimity na pokoji (soukromí při hygieně, převlékání, ošetrovatelské péči, ale například i zaklepání na dveře při vstupu do pokoje atd.)?:

- a) spokojenost
- b) částečná spokojenost
- c) nespokojenost

7. Máte, anebo nemáte možnost výběru spolubydličího?:

- a) ano
- b) ne

V případě, že nemáte možnost výběru spolubydličího Vám to vadí/nevadí?

- a) Ano, vadí
- b) Ne, nevadí

8. Máte, anebo nemáte možnost výběru klíčového pracovníka?:

- a) ano
- b) ne

V případě, že nemáte možnost výběru klíčového pracovníka Vám to vadí/nevadí?

- a) Ano, vadí
- b) Ne, nevadí

9. Jsou u vás v domově zajišťovány služby odborných lékařů (např. psychiatr, neurolog, ortoped, geriatr,...):

- a) ano
- b) ne

A nyní Vás prosím o vyplnění několika doplňujících otázek.....

10. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

11. Věk: uveďte prosím svůj věk při posledních narozeninách:.....

12. Jak dlouho pobýváte ve zdejším zařízení?: Uveďte prosím:

Ráda bych Vám poděkovala za čas, který jste strávil/a vyplněním mého dotazníku. Moc jste mi pomohl/a a přeji Vám spoustu sil a pevně zdraví do dalších let.

Dana **Kreisková**.