

# PODMÍNKY ŽIVOTA SENIORŮ V REZIDENČNÍ PÉČI

## CONDITIONS LIFE OF SENIORS IN RESIDENTIAL CARE

**Mirka Wildmannová**

***Abstract:** Residential care for seniors belongs to current trends in now days debate on the quality of life for retirement people. Common problem to all EU Member States is the problem of aging population. European governments are currently addressed to the issue of the quality of life of seniors. Particularly provision of contingencies for outreach, non-resident and residential services – its setting, structure, financing and quality.*

*The target group are seniors, men and women, who live in and use services of facilities residential care. A questionnaire survey was conducted in nine homes for the elderly in the South Moravian Region and 23 questions were included. The 252 respondents participated with the questionnaires.*

*This paper aim is to evaluate the research which was carried out in residential care facilities for elderly. The research question was mainly quality care provided for the elderly and the reason for making the decision about entering this type of sanitary facilities/care-taking institution.*

*All age groups are represented in residential care facilities, half of them receiving the care allowance. All respondents qualified the quality of service as good, and they were satisfied with a range of leisure activities.*

*The research showed that residential care is not a threat to the quality of life of elderly people, but is offering them the conditions for fully spent time with no loss of their dignity. I infer a recommendation that any financial support to municipalities and counties for the establishment of residential housing for seniors is based on the research carried out and it is as well the right recommendations for future conception of housing in old age.*

**Keywords:** Residential care, Seniors, Social policy, Social care, Social services.

### Úvod

Senioři v podmínkách rezidenční péče jsou významným tématem především proto, že přibývá seniorů, kteří tento druh služeb potřebují. Vzhledem k prodlužující se délce života a stárnutí populace bude poptávka po sociálních a zdravotních službách určených seniorům v budoucnu nadále růst.

„Stárnutí obyvatelstva a demografické prognózy vyvolávají otázku, zda jsme schopni seniorům v naší zemi zabezpečit na sklonku života vhodné a bezpečné bydlení, které bude odpovídat jejich fyzickým, ale i ekonomickým možnostem, reportovat osobní soukromí a podporovat nezávislý způsob života“.

„Současným trendem společnosti, a to nejen české, je postupné stárnutí obyvatelstva. Tento jev začíná ovlivňovat nejrůznější oblasti života a seniorská problematika se stala diskutovaným tématem. Kvalita života ve stáří je jedním z největších problémů naší doby a společnost by měla mít snahu vytvořit vhodné podmínky pro životní styl, zdravotní a sociální péči, jakož i důstojné podmínky pro bydlení seniorů“. Gerontologie (obor zabývající se stářím a stárnutím) za „seniora“ považuje obyvatele starší 65 let. Odborná literatura dodatečně člení stáří na základě charakteristických rysů následovně:

- Mladý senior – jedná se o seniora ve věku 65 až 74 let, jehož charakteristickým rysem je penzionování, tzn. odchod do starobního důchodu;
- starý senior – je senior ve věku 75 až 84 let, jehož charakteristickým rysem je problém adaptace;
- velmi starý senior – je senior ve věku 85 a více let, pro něhož je charakteristický problém v soběstačnosti a zabezpečení“. (Lux, Kostecký, 2011)

„K 31. prosinci 2005 bylo v ČR celkem 10 251 079 osob, z toho 1 456 391 (14,2 %) ve věku 65 a více let, (počet obyvatel nad 60 let 2 054 380 tzn. 20 %). Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob“ (www.nrzp.cz).

Tato prognóza má mnoho společenských důsledků. Pacovský (1990) popisuje tyto důsledky.

- Ekonomické – zvyšování počtu a podílu staršího obyvatelstva vede k nezbytnosti tvořit vyšší důchod osobami ekonomicky aktivními.
- Sociálně zdravotní – s vyšším věkem narůstá i nemocnost a potřeby různých forem sociální péče i péče zdravotní.
- Sociologické (psychosociální) – týkají se rolí starých lidí ve společnosti, zabezpečování jejich práv a potřeb, jejich postavení v současné rodině, řešení specifických osobních problémů např. hmotného zabezpečení, bydlení, stravování, soběstačnosti, aktivity, kvality života.

Při zajišťování péče o staré lidi je třeba mít na paměti, že se demografické stáří jednotlivých regionů v ČR liší. Se zcela jinou problematikou seniorů se setkáváme v řídké zalidněných oblastech (vesnice) a v oblastech hustě zalidněných (města, velkoměsta).

## **1 Formulace problematiky**

### **1.1 Ústavní péče pro seniory**

Než vstoupil v platnost zákon o sociálních službách, existovaly v České republice do roku 2006 tyto typy rezidenčních zařízení:

- *Domovy důchodců,*
- *domovy s pečovatelskou službou,*

- *domovy – penziony pro důchodce.*

Tyto typy zřízení však nová legislativa zahrnuje do kategorie *domov pro seniory* (Matoušek, 2011). Nový zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách vstoupil v platnost 1.1.2007 a vymezuje následující typy rezidenční péče:

### **Domovy pro seniory**

Zákon o sociálních službách definuje domov pro seniory (dále jen DPS) jako místo, kde jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku. Situace těchto osob dále musí vyžadovat pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Ve společnosti převládá mýtus (což může být způsobeno negativním hodnocením z minulého společenského uspořádání), že většina klientů je v DPS nedobrovolně. Matoušek (1999) popisuje typické reakce po přestěhování do DPS jako je úzkost, útlum chování, spavost, nechutenství, zhoršení zdravotního stavu a také zvýšenou frekvenci úmrtí, což ukazuje na náročnost adaptace. Senior je tak vytržen ze svého přirozeného prostředí i ze svých zvyklostí a to ho spíše ohrožuje, než naplňuje nadějami.

Při budování těchto zařízení je tedy nutné klást důraz na uspokojování specifických potřeb seniorů, jak zmiňuje Jarošová (2006) – preferování menších zařízení tohoto typu s důrazem na hustější síť, která by umožnila setrvání seniora v obci, městě nebo městské části, na kterou je zvyklý.

Klienti DPS mají po celý rok zajištěnou celodenní komplexní péči jak pečovatelskou, ošetrovatelskou tak i lékařskou. Důsledkem toho je nadbytek času, o kterém hovoří Matoušek (1999). Je tedy důležité věnovat velkou pozornost náplni dne seniorů. DPS poskytují podmínky pro dobrovolnou pracovní a zájmovou činnost a nabízí také možnosti kulturního a společenského vyžití.

Ubytování klientů je poskytováno v jednolůžkových, ale mnohem častěji dvou a vícelůžkových pokojích. Zde spatřuji problém ztráty soukromí, anonymity, intimity a nedotknutelnosti osobních věcí.

### **Domovy se zvláštním režimem**

Podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách se „v domovech se zvláštním režimem (dále jen DZR) poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění [...] a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ Režim těchto zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

V zásadě se jedná, stejně jako v DPS, o celoroční a celodenní pobytovou službu. Vycházíme-li z definice je ale patrné, že DZR disponuje větším počtem personálu, specializovaného na danou poruchu.

Další možností bydlení pro seniory jsou „domy s pečovatelskou službou“. Tuto formu bydlení zřizují obce, byty jsou v jejich vlastnictví. Sociální služba je do tohoto zařízení „dodávána“ dle rozsahu uzavřené smlouvy mezi konkrétním uživatelem

a poskytovatelem sociální služby. Čerpání sociální služby v domě s pečovatelskou službou nelze vázat na pobyt v tomto zařízení, může být jen jedním z kritérií, kterou obec nastavuje pro uzavírání nájemní smlouvy.

### **Domy s pečovatelskou službou**

Dům s pečovatelskou službou představuje zvláštní formu péče o relativně zdravé seniory, kteří mají sníženou soběstačnost, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Klientem může být jednotlivec, ale i manželé. Obyvatelům je poskytováno za úhradu trvalé ubytování v bezbariérových bytech. Tito senioři nepotřebují komplexní a celodenní péči ošetřujících osob, jak tomu bylo ve výše zmíněných zařízeních, ale vyžadují pomoc pouze při některých úkonech (Mlýnková, 2011). Výčet těchto úkonů uvádí zákon o sociálních službách a patří sem např.: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím apod.

#### ***1.1.1 Meze a možnosti ústavní péče***

V momentě, kdy u seniora nastává zhoršení zdravotního stavu, který brání v soběstačnosti a rodina se o takového člena rodiny nemůže nebo nechce postarat, přichází poslední možnost: přestěhování seniora do zařízení rezidenční péče. V této chvíli nastávají dva problémy. Nízká kapacita těchto zařízení v příslušné obci či kraji a převyšující poptávka způsobují dlouhé čekací lhůty pro umístění. Čekání na změnu dosavadního života je často pro seniory a jejich rodiny stresující životní situací a zátěží.

V současné době patří zkvalitnění péče o seniory k velmi diskutovaným tématům právě kvůli již zmíněným demografickým změnám. K obratu v České republice částečně dochází po roce 1989, výrazné změny se ale situace dočkala až po vstupu platnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Dochází k transformaci celé oblasti sociálních služeb nejen z ekonomických důvodů, ale i z důvodu přiblížení života ve stáří normálnímu životu. Roste zájem o práva klientů a o potřebu jejich větší autonomie (Dvořáčková, 2012).

Financování sociálních služeb v pobytových zařízeních je vícezdrojové. Přispívá stát, obec, provozovatel, zdravotní pojišťovna, rodina, ale podílí se také úhradami klientů a přiznané příspěvky na péči, které náleží pobytovému zařízení, poskytujícímu klientovi sociální službu (Malíková, 2011).

Kvalita poskytovaných služeb je garantována povinností registrace jejich poskytovatelů po dodržení zákonem stanovených podmínek a dále pomocí standardů kvality sociálních služeb, které přesně vymezují povinnosti při poskytování těchto služeb a povinnosti vůči klientům (Malíková, 2011).

V zákoně o sociálních službách jsou přesně definovány pracovní pozice pracovníků, požadavky pro výkon profese i povinnost celoživotního vzdělávání a účast na akreditovaných vzdělávacích programech (Malíková, 2011). Toto přesné vymezení brání možnosti práce se seniory pracovníkům bez odborného vzdělání a kvalifikace.

Jedním z nejvýznamnějších bodů je vytvoření individuálního plánu. Ten zaručuje ochranu práv klienta a přístup jako k jednotlivci s individuálními zájmy a potřebami. Malíková (2011) dále uvádí, že klient se tak stává aktivním spolutvůrcem poskytované sociální služby a partnerem pro pečující personál.

Booth (in Matoušek, 1999) sestavil Dotazník ústavních režimů, který umožňuje hodnotit ústavní režim ve čtyřech oblastech:

- Možnosti osobní volby klientů (čas spánku, vstávání, čas jídla a jeho výběr, možnost podílet se na zařizování místností, osobní schůzky a jiné výhody),
- soukromí (možnost oddělit se od ostatních v budově i mimo ni, držení osobních věcí, přístup do ložnic),
- oddělování (možnost opustit zařízení, přijímat návštěvy, účast společenského života v obci i mimo ni),
- participace (možnost podílet se na řízení a činnosti zařízení např. plánováním jídla, úklidem a údržbou, tvorbou programů pro klienty).

Tyto čtyři oblasti umožňují podle Boothe (in Matoušek, 1999) odpověď na otázky, je-li režim pružný nebo pevně strukturovaný, respektuje-li individualitu klientů nebo je-li zařízení otevřené či uzavřené vůči vnějšímu prostředí.

## 1.2 Financování pobytových sociálních služeb

Hlavním principem, který je při financování sociálních služeb uplatňován, je princip vícezdrojového financování. Pobytové sociální služby jsou financovány především z následujících zdrojů:

- Úhrada klientů za poskytnuté služby,
- příjmy z veřejného zdravotního pojištění,
- příspěvky na péči,
- dotace z veřejných rozpočtů,
- darů a jiné. (Halásková, R., 2013).

## 2 Metody

Cílem výzkumu bylo provedení šetření ve vybraných zařízeních sociální péče o seniory, průzkum byl zaměřen na kvalitu poskytovaných služeb se zaměřením na cílovou skupinu seniorů

Cílovou skupinou jsou senioři, muži i ženy, kteří v zařízeních bydlí a služby využívají. Dotazníkové šetření probíhalo v listopadu a prosinci 2012, v devíti domovech pro seniory v Jihomoravském kraji a obsahovalo 23 otázek. Na dotaznících se podílelo 252 respondentů. Jelikož respondenty byli senioři, bylo nezbytné šetření provádět s nimi z důvodů zrakové, pohybové či jiné indispozice. Celý výzkum byl časově náročný. S každým respondentem, tedy klientem zařízení, byl proveden řízený rozhovor v průměru od patnácti do třiceti minut. V některých případech potřebovali respondenti více času z důvodu své nezpůsobilosti.

### 3 Rozbor dotazníkového šetření

Z 252 respondentů vyplňovalo dotazník 147 žen, což je 58 %, a 105 mužů což je 42 %, což potvrzuje statistická data, že ženy se dožívají vyššího věku a je jich také více.

Z dotazníkového šetření také vyplynulo, že nejčastější věkovou kategorií v zařízeních pro seniory v Jihomoravském kraji je kategorie mezi 75. až 84. rokem. Tento věk má až 46 % z dotazovaných respondentů, přesněji 116 klientů. U kategorií věku 65 až 74 let a nad 85 let je výsledek bez větších rozdílů, tedy 26 % u osob 65 až 74 let, což uvedlo 66 respondentů, a 22 % u osob nad 85 let, tedy u 56 osob. Nejméně obsazenou kategorií je kategorie ve věku 60 až 64 let, tu tvoří pouze 6 % dotazovaných osob, což je 14 klientů z devíti dotazovaných domovů. Tato kategorie je nejméně obsazována z důvodů, že se jedná o věk tzv. mladého seniora, většinou jsou tyto osoby soběstačné vzhledem ke svému věku a nepotřebují péči další osoby. Přesto se ale v malém množství i tato věková kategorie vyskytuje v zařízení. Většinou jsou to osoby sociálně slabší, o které se nemá kdo postarat a u nichž je pobyt v zařízení pro ně příznivým řešením.

Další otázkou bylo dosažené vzdělání: 47 %, tedy 118 respondentů má základní vzdělání. Celkem početnou skupinou jsou i osoby s vyučením, 35 %, tak odpovědělo 88 respondentů. Středoškolské vzdělání označilo 14 % dotazovaných, tedy 36 respondentů. Nejméně bylo osob s vysokoškolským vzděláním, pouhá 4 %, jednalo se o 10 klientů. Nejčastějším odůvodněním dosaženého vzdělání u dotazovaných osob bylo, že dříve neměli tak velké možnosti studovat, jako je dnes běžné. Většinou na studium nezbyval čas a respondenti museli místo studia nastoupit co nejdříve do práce.

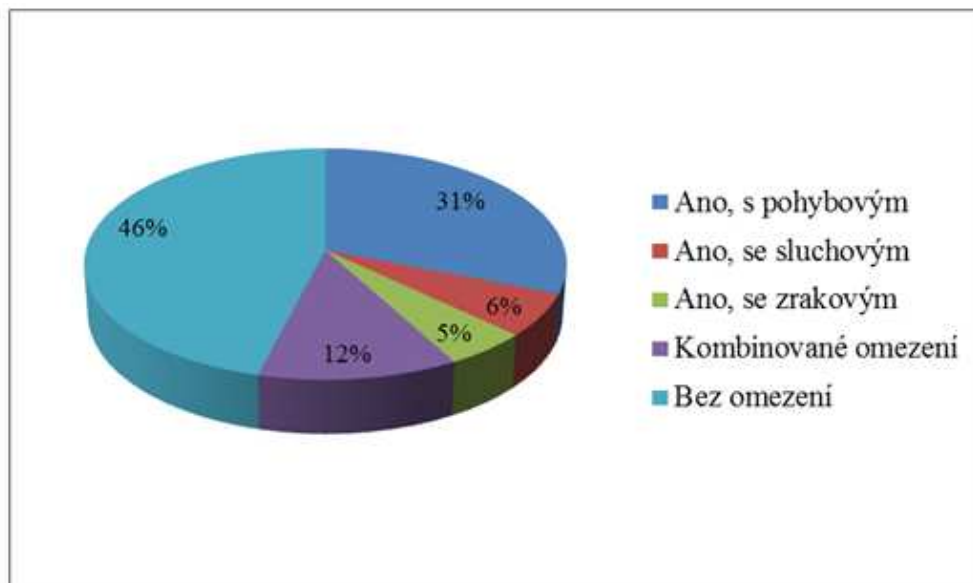
**Tab. 1: Místo bydliště před nástupem do zařízení**

Praha	0 %	Liberecký	0 %	Středočeský	0 %
Jihočeský	1 %	Moravskoslezský	1 %	Ústecký	0 %
Jihomoravský	92 %	Olomoucký	2 %	Vysočina	2 %
Karlovarský	0 %	Pardubický	0 %	Zlínský	1 %
Plzeňský	0 %	Královohradecký	0 %		

*Zdroj: Vlastní zpracování autora*

Nejčastěji se v zařízeních Jihomoravského kraje vyskytují klienti právě z tohoto kraje, je to celých 92 %, tedy 231 dotazovaných. Dále jsou v zařízeních zastoupeni klienti z Vysočiny, Jihočeského, Moravskoslezského, Olomouckého a Zlínského kraje, to je ale převážně 1 % nebo 2 %. Je zde i 1 % klientů, kteří před nástupem bydleli v zahraničí.

**Obr. 1: Jste osobou s omezením?**



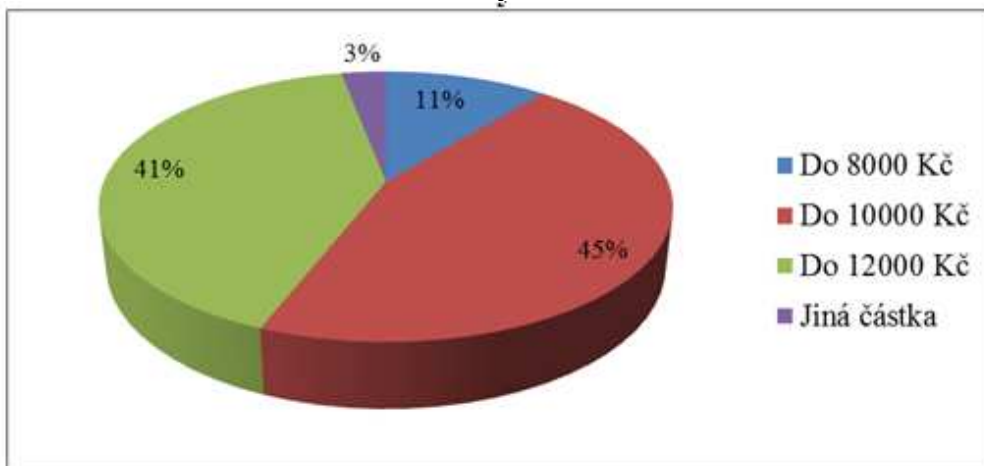
*Zdroj: Vlastní zpracování autora*

Téměř polovina dotazovaných, celkem 46 %, uvedla, že jsou osobou bez omezení. Podobný výsledek měly osoby se sluchovým omezením a zrakovým omezením, jednalo se o 6 % a 5 %. Celkem obsáhli kategorií byli lidé s omezením pohybovým, jednalo se o 31 % respondentů. Pro osoby s pohybovým omezením byla všechna zařízení zcela přizpůsobena a součástí jejich zařízení byl výtah.

Co se týče výběru zařízení, většina dotazovaných osob, tedy 60 %, uvedla, že zařízení vybíraly podle vzdálenosti od svého bydliště před nástupem do zařízení. Důležitá pro ně byla blízkost rodiny a známých, možnost s nimi zůstat co nejvíce v kontaktu. 27 % dalo na doporučení svých známých, 4 % dotazovaných lpěla na velikosti zařízení. Ve většině případů uváděli respondenti, že jim jsou milejší menší zařízení, kde mají neustálou péči a dostatečné soukromí a klid. Ze všech osob 10 % uvedlo, že zařízení vybírali podle jiných kritérií, než která byla na výběr. Jednalo se zde o situace, kdy se o klienta neměl kdo starat, o nepříznivou životní situaci nebo o nepříznivé vztahy v rodině.

Na otázku, jak jsou dotazovaní spokojeni s prostředím, ve kterém žijí, 93 % respondentů je s prostředím, ve kterém nyní žije, spokojena. Uváděli, že jsou spokojeni nejen s prostředím, ve kterém je příjemná atmosféra, ale také s kvalitou poskytovaných služeb, personálem či aktivním vyžitím v daných zařízeních. 7 % dotazovaných uvedlo, že spokojeni nejsou. Jednalo se především o osoby s handicapem, např. o osoby na vozíku.

**Obr. 2: Výše důchodu**



*Zdroj: Vlastní zpracování autora*

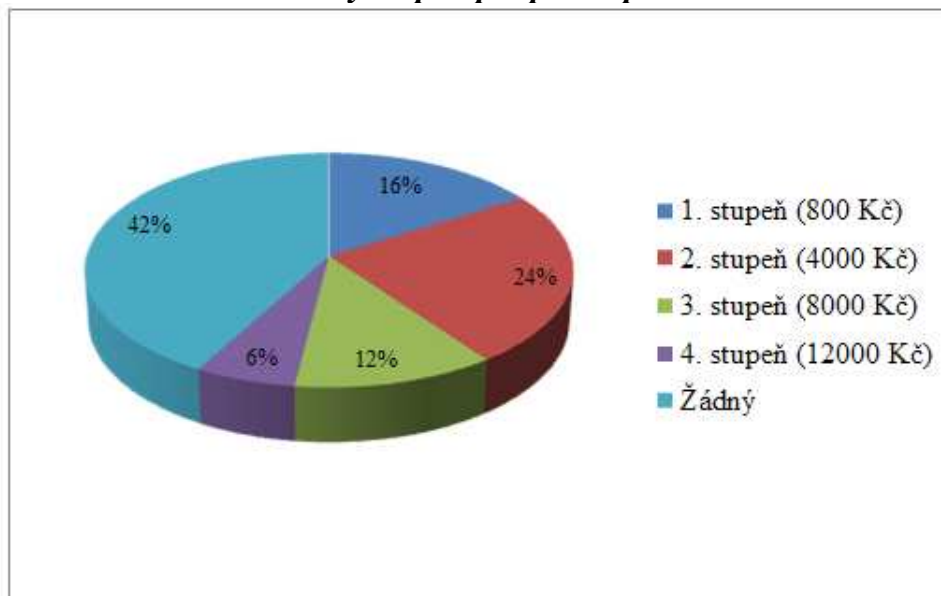
Co se týče výše důchodu, uvádí respondenti v 45 %, že mají důchod do 10000 Kč. Podobný výsledek, tedy 41 %, je u osob, které pobírají důchod do 12000 Kč. 11 % osob uvedlo výši důchodu do 8000 Kč. 3 % dotazovaných uvedla, že mají důchod v jiné výši, z vlastních poznatků mohu podotknout, že se jednalo především o respondenty s vysokoškolským vzděláním.

Z otázky, zda „zbývá respondentům měsíčně z důchodu více než 15 % daných zákonem na osobní potřebu“ vyplynulo, že 82 % dotazovaných, přesněji 206 osobám, zbývá měsíčně více než 15% daných ze zákona, zatímco 18 % dotazovaných, tedy 45 osobám, zbývá jen právě 15 % daných zákonem. Pokud tedy seniorům, kteří pobírají důchod 8000 Kč, zůstane jen 15 % ze zákona, jedná se o částku 1200 Kč měsíčně, jež seniorům zůstává. Pokud se jedná o seniory, kteří mají měsíční důchod 10000 Kč, 15 % ze zákona zde činí 1500 Kč měsíčně, které mají senioři k dispozici. Jestliže senioři pobírají důchod 12000 Kč, musí seniorům zůstat opět minimálně 15 % z důchodu, která jsou dána zákonem, v tomto případě se jedná o částku 1800 Kč měsíčně.

Příspěvek na péči byl uznán osobám v 57 % a neuznán osobám v 43 %. Následující graf ukazuje rozložení respondentů podle stupně přiděleného příspěvku.



**Obr. 3: Který stupeň příspěvku pobíráte?**



*Zdroj: Vlastní zpracování autora*

Z obrázku je patrné, že 42 % příspěvek na péči nepobírá, 16 % dotazovaných byl přiznán první stupeň, který je ve výši 800 Kč měsíčně. Druhý stupeň příspěvku, jehož výše je 4000 Kč, byl přiznán 24 % z dotazovaných. Třetí stupeň příspěvku na péči ve výši 8000 Kč přiznali 12 % respondentům. Nejvyšší, tedy čtvrtý stupeň, ve výši 12000 Kč byl přiznán pouze 6 % z 252 dotazovaných respondentů. Je důležité zmínit, že příspěvky na péči nejsou vypláceny klientům zařízení, ale přímo dané instituci. Peníze slouží organizacím jako příspěvky na různé služby, procedury či potřeby klienta. Velmi časté je, že klientovi je přiznán první stupeň, zatímco by mu měl být přiznán alespoň stupeň třetí, zařízení žádá o opakované projednání a zvýšení, ale v mnohých případech i osoby s velkým omezením mají nižší stupně příspěvku, než který by jim opravdu náležel.

Co se týče péče v zařízení, 48 % uvedlo, že mají neustálou a kvalitní péči, pro 46 % dotazovaných je péče dostačující a pouhých 6 % uvedlo, že je péče nedostačující. Co se týče zařízení, většina byla téměř nová nebo po rekonstrukci, tudíž vybavení bylo plně funkční a přizpůsobeno co nejvíce klientům. Právě 6 %, jež uvedlo, že péče je nedostačující, bydlelo ve starších zařízeních, kde neměli tak velké možnosti, které se týkají jak péče, tak třeba právě i rozvoje.

Na otázku, zda jsou zaměstnanci zařízení ochotní a vstřícní, celých 50 % respondentů uvedlo, že zaměstnanci zařízení jsou ochotní a starají se o osoby dobře. 42 % potom uvádí, že zaměstnanci se starají o osoby spíše dobře. Negativně odpovědělo 6 % dotazovaných, podle nich jsou zaměstnanci neochotní. Možnost, že se o ně nestarají dobře, uvedlo 1% osob. Negativně většinou odpovídali klienti, kteří do zařízení vůbec nechtěli nastoupit, nebo osoby, které si stěžovaly téměř na všechno.

Když byli respondenti dotazováni na aktivní vyžití, tak celých 44 % uvedlo, že aktivního vyžití mají mnoho, v rámci aktivizace pro ně byly připraveny různé terapie, hry či představení. V některých zařízeních měli klienti možnost bavit se podle toho, na co měli právě chuť, to uvedlo až 48 % osob. Pouhých 8 % pak uvedlo, že

dostatečné aktivní vyžití nemají a byli by pro jeho rozvoj, většinou se jednalo o klienty, kteří měli v zařízení velkou škálu aktivizačních programů, jen se nechtěli začleňovat.

Dalším okruhem dotazování bylo, zda by klienti chtěli více aktivního využití. Většina respondentů uvedla, a to v celých 81 %, že by více aktivního vyžití nechtěli, zbylých 19 % pak uvedlo, že by byli pro více aktivního vyžití. Právě u respondentů, kteří uváděli, že aktivního vyžití mají velké množství, se objevovala únava. Nechtěli jejich větší rozvoj z důvodu toho, že většinou šli z jednoho aktivizačního programu do druhého a neměli už čas na odpočinek. Programy měli po snídani až do oběda, po obědě do svačiny, od svačiny do večere, tudíž večer odcházeli na pokoj zcela znavení a je pochopitelné, že více aktivního vyžití by neuvítali.

Co se týče využití venkovních prostor zařízení, většina respondentů uvedla, že mají prostory zcela přizpůsobeny jejich potřebám a stavu. Tuto skutečnost potvrdilo 68 %. 28 % respondentů uvádí, že prostory sice mají, ale bez pomoci personálu je nemožné je využít. 4 % uvedla, že prostory k zařízení nenáleží. Ve většině zařízení patřil k objektu dvůr, u jednoho zařízení byl součástí dokonce park, v zařízeních, kde dvůr nebyl, měli vyřešenou situaci tak, že před zařízením byly lavičky, aby klienti mohli využívat i venkovních prostor, nebo měli klienti možnost navštěvovat blízký park.

K otázce využívání služeb mimo zařízení se respondenti vyjádřili následovně: služeb mimo zařízení využívá 35 % klientů. 58 % klientů uvedlo, že možnost služeb mimo zařízení sice mají, ale nevyužívají je. 7 % pak uvedlo, že ani nemají možnost využívat služeb mimo zařízení. Pokud klienti využívali služby mimo zařízení, jednalo se většinou o obchody, kadeřnické služby, pedikúru či manikúru. Klienti, kteří uváděli, že nemají možnost nebo nevyužívají možnosti služeb mimo zařízení, měli v některých případech výhodu, že součástí jejich zařízení byla třeba kantýna nebo mohli využívat kadeřnických služeb přímo v zařízení.

Z výzkumu vyplynulo, že 91 % respondentů je v zařízení spokojeno. Tito klienti vnímali zařízení, ve kterém žijí, jako svůj domov, v některých případech uváděli, že jediné, co jim zde chybí, je přítomnost rodiny. Zbylých 9 % pak uvedlo, že se službami v zařízení spokojeni nejsou, byly to většinou osoby, kterým chyběli blízcí, a nemohly se sžít s prostředím.

Na otázku, zda by uvítali ještě jiné služby ve svých zařízeních, respondenti odpovídali následovně: 23 % klientů by chtělo více výletů, 6 % klientů chtělo kadeřnické služby, 14 % osob by uvítalo v zařízení manikúru a pedikúru, stejně jako 27 % by uvítalo masáže, 30 % pak uvedlo, že by jiné služby v zařízení nechtěli a stačí jim stávající nabídka služeb.

#### **4 Diskuze**

Kvalita poskytované péče v domovech pro seniory, vyplývající z výzkumu, který byl v zařízeních prováděn, je na velmi dobré úrovni. Některá zařízení byla za účelem zlepšení poskytovaných služeb přestavěna, jiná prošla rekonstrukcí a rozšířila nabídky poskytovaných služeb. I přesto, že ve všech zařízeních se snaží zlepšovat a udržet si kvalitu poskytovaných služeb, doporučení bych směřovala k rozšíření aktivizačních

programů, které by vedly ke zlepšení paměti a mobility klienta. Dále z výzkumu jednoznačně vyplynulo, že rezidenční péči využívají méně příjmoví senioři, jejichž důchod je pod hranicí průměrného důchodu v ČR. Jelikož byl výzkum prováděn v zařízeních zřizovaných obcí, městem nebo krajem, není tento ukazatel překvapivý. Klienti, jejichž důchody se pohybují nad průměrem ČR, zůstávají v domácím prostředí a využívají především terénních pečovatelských služeb nebo využívají rezidenční péče neregistrovaných poskytovatelů (na komerční bázi).

V posledních letech byl prosazen program tzv. **deinstitucionalizace rezidenční péče**. V zásadě správné řešení udržet klienty v jejich přirozeném prostředí ovšem neznamená je do tohoto prostředí zpět vracet. Program vycházel z nesprávného hodnocení situace, neboť z celkového počtu osob ve věku 65+ žije v ČR v ústavní péči cca 2,6 % osob (Rakousko 4 %, Belgie 10 %, Dánsko 5 %, Francie 6 %, Německo 5 %, Nizozemsko 9 %, Švédsko 6 %). Ve všech těchto státech přitom deklarují a podporují program samostatného bydlení. Tyto podíly osob nad 65 let v ústavní péči tak zřejmě vyjadřují určitou objektivní potřebu. Česká republika se pohybuje v podstatě na poloviční úrovni a některé kraje pak ještě níže (Víšek, Průša, 2012).

Jednou z možností vyvázání se z rezidenční péče by mohl být projekt **společné domácnosti seniorů**, což je jednou z inovativních možností řešení bydlení pro seniory. Tento projekt je inovativní v tom, že senioři žijí společně v jedné domácnosti (bytě) a využívají terénní pečovatelské služby. Toto řešení představuje pro seniora zachovat si rodinné prostředí (formou pokojů v bytě) a zároveň čerpat pomoc v rámci pečovatelské služby. Tím také senior ušetří náklady jak na bydlení, tak na sociální služby.

## **Závěr**

V současné době se velmi dbá na zkvalitňování služeb a péče o seniory, k čemuž přispívá i zákon o sociálních službách. Tento článek se snažil na základě provedeného dotazníkového šetření zhodnotit kvalitu poskytovaných služeb a stav sociálních podmínek rezidenčních zařízení ve vztahu k seniorům.

Pokud se budeme zabývat poznatky, které vzešly z výzkumu, můžeme konstatovat, že kvalita poskytnutých služeb ve zkoumaných zařízeních vyšla pozitivně. Senioři nevnímají pobyt v rezidenční péči jako hrozbu, ale jako pokračování svého kvalitního života. Nejčastější příčinou nástupu do pobytového zařízení je samota a obavy seniorů, že se o sebe nebudou moci postarat. Osamocení také ve většině případů doprovází zdravotní komplikace ovlivňující především mobilitu klientů. Klienti odchází do rezidenční péče dobrovolně, často jim vhodné zařízení pomáhá vybrat rodina. Po finanční stránce nemají problém si zabezpečit financování svého pobytu z vlastních zdrojů. Zde je nutno upozornit, že dotazníkové šetření bylo prováděno v zařízeních, kde je zřizovatelem obec nebo kraj (nejednalo se o zařízení komerčního charakteru, kde příspěvky klientů jsou vyšší).

Hodnocení spokojenosti klientů se službami v pobytových zařízeních může rychle odhalit nedostatek nabízených služeb nebo jiný typ nedostatečného dodržování lidských práv klientů. Může odhalit i postupy, které klienty zbytečně zatěžují, nebo poskytované služby, které se klientům jeví jako nadbytečné nebo úplně zbytečné.

Z hodnocení výzkumu vyplynulo, že rezidenční péče není hrozbou pro kvalitu života seniorů, ale nabízí jim podmínky pro plnohodnotně strávený čas bez ztráty důstojnosti. Z toho také vyvozují doporučení, že jakákoliv finanční podpora obcím a krajům na zřízení rezidenčního bydlení pro seniory je na základě provedeného výzkumu správným doporučením pro budoucí koncepce programů bydlení ve stáří.

## Reference

DVOŘÁČKOVÁ, D. Kvalita života seniorů v domovech pro seniory. 1. vydání. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HALÁSKOVÁ, R. Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace. 1. vydání. Praha: VÚPSV, 2013. 137 s. ISBN 978-80-7416-118-6.

JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

LUX, Martin; KOSTELECKÝ, Tomáš. Bytová politika – teorie a inovace pro praxi. 1. SLON, 2011. 229 s. ISBN 978-80-7419-068-1.

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 382 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MÁTĽ, O. Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR. Praha: Galén, 2007. 176 s. ISBN 978-80-7262-499-7.

MATOUŠEK, O., a kol. Sociální služby. 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2011. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, O. Ústavní péče. 2. vydání. Praha: SLON, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990. 129 s. ISBN 80-201-0076-8

VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VÍŠEK, P., PRŮŠA, L. Optimalizace sociálních služeb. 1. vydání. Praha: VUPSV, 2012. 130 s. ISBN 978-80-7416-099-8.

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. 2010 [cit. 2013-01-04]. Dostupné na WWW: <: [http://www.nrzp.cz/dokumenty/Demograficky\\_vyvoj\\_CR.pdf](http://www.nrzp.cz/dokumenty/Demograficky_vyvoj_CR.pdf)>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

**Kontaktní adresa****Ing. Mirka Wildmannová, Ph.D.**

Masarykova univerzita Brno, Ekonomicko-správní fakulta

Lipová 41a, 602 00 Brno

E-mail: [mirkaw@econ.muni.cz](mailto:mirkaw@econ.muni.cz)

Tel. číslo: +420 549 49 8514

Přijato: 30. 12. 2013

Recenzováno: 18. 02. 2014, 05. 03. 2014

Schváleno: 22. 04. 2014