

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Mapování spokojenosti klientů s pečovatelskou  
službou na Plzni severu**

**Marie Kasalová**

Plzeň 2023

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie a sociální práce

**Studijní program Sociální práce**

**Bakalářská práce**

**Mapování spokojenosti klientů s pečovatelskou  
službou na Plzni severu**

**Marie Kasalová**

***Vedoucí práce:***

PhDr. Mgr. František Kalvas, Ph.D.

Katedra sociologie a sociální práce

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Mapování spokojenosti klientů s pečovatelskou službou na Plzni severu“ vypracovala samostatně a s použitím uvedené literatury a pramenů.

Plzeň, duben 2023

.....

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Mgr. Františku Kalvasovi, Ph.D za ochotu, cenné rady a připomínky, které mi pomohly při psaní mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem pracovnícím pečovatelských služeb a respondentům, kteří byli ochotní a pomohli mi při mém výzkumu. A v neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za obrovskou podporu při studiu.

## OBSAH

1	ÚVOD .....	1
I.	TEORETICKÁ ČÁST .....	4
2	Pečovatelská služba .....	4
3	Historie pečovatelské služby v České republice .....	6
3.1	Terénní pečovatelská služba v socialistickém Československu .....	6
3.2	Pečovatelská služba po roce 1989 .....	8
3.3	Pečovatelská služba do roku 2006 .....	9
4	Cílová skupina pečovatelské služby .....	10
4.1	Senioři .....	10
4.2	Lidé s chronickým onemocněním .....	13
4.3	Lidé se zdravotním postižením .....	15
5	Úkony poskytované pečovatelskou službou .....	17
5.1	Péče o vlastní osobu .....	17
5.2	Osobní hygiena .....	18
5.3	Zajištění stravy .....	18
5.4	Chod domácnosti .....	19
5.5	Kontakt se společenským prostředím .....	20
6	Pečovatelská služba v zahraničí .....	21
7	Kvalita v poskytovaných sociálních službách .....	23
II.	METODOLOGIE .....	25
8	Metoda .....	25
8.1	Výzkumná otázka .....	25
8.2	Doplňující podotázky .....	25
8.3	Výzkumný vzorek .....	26
8.4	Dotazníkové šetření .....	28

8.5	Polostrukturované rozhovory.....	28
8.6	Analýza dat.....	28
8.6.1	Dotazník .....	28
8.6.2	Rozhovory .....	29
8.7	Etické zásady výzkumu .....	29
III.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
9	Analýza a interpretace získaných dat.....	30
10	ZÁVĚR.....	45
11	RESUMÉ .....	46
12	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	47
13	SEZNAM GRAFŮ .....	52
14	SEZNAM OBRÁZKŮ .....	52
15	PŘÍLOHY.....	53

# 1 ÚVOD

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem, které je mi hodně blízké a tím je mapování spokojenosti klientů s terénní pečovatelskou službou konkrétně na Plzni-severu. Přijde mi velice zajímavé a důležité toto téma zmapovat z pohledu klienta. Jelikož každý pracovník nebo vedení organizace poskytující sociální služby bude vždy na svou organizaci pět samou chválu nebo mluvit za klienty, jak jsou všichni se vším spokojeni. Jenže někdy je opak pravdou. Proto se touto problematikou zabývám, aby klienti využívající pečovatelskou službu na severním Plzeňsku dostali možnost vyjádřit svůj pozitivní nebo i negativní názor na poskytování této sociální služby.

Hlavním cílem, jak již název bakalářské práce napovídá je zmapovat spokojenost klientů s pečovatelskou službou na Plzni-severu. Zjistit pozitivní aspekty poskytování pečovatelské služby, a naopak zjistit negativní aspekty nebo konstruktivní kritiku.

Bakalářská práce je rozdělena do tří částí, na teoretickou, metodologickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám charakteristikou pečovatelské služby, její historií, cílovou skupinou a úkony, které pečovatelská služba vykonává. Dále se v teoretické části nachází podoba toho, jak pečovatelská služba vypadá v zahraničních státech a kvalita v poskytovaných sociálních službách.

V metodologické části se zaměřím na popis vybrané metody, která bude využita při výzkumu. Popíši zde výzkumnou otázku a posléze další podotázky, které doplňují výzkumnou otázku. V neposlední řadě zde zmíním výzkumný vzorek a následnou analýzu získaných dat.

V praktické části představím výslednou analýzu a interpretaci získaných dat ze smíšeného výzkumu, který proběhne ve třech organizacích poskytující terénní pečovatelskou službu.

Všechny tři organizace jsou registrované jako terénní pečovatelská služba, proto se budu zabývat jen terénní formou pečovatelské služby. Tudíž se nebudu zabývat, jak definuje zákon o sociálních službách (viz kapitola 2) i formou ambulantní (MPSV, 2023).

Jak bylo výše zmíněno výzkum proběhne za pomoci kvantitativní a kvalitativní metody neboli za pomoci smíšeného výzkumu. Výzkum jsem se rozhodla, že provedu v domovech s pečovatelskou službou, jelikož si myslím, že nebudu mít dostatečnou časovou kapacitu na to, abych objížděla a dotazovala se respondentů z „terénu“. Jelikož se může zdát, že dům s pečovatelskou službou a pečovatelská služba je totéž, v následujícím odstavci vysvětlím rozdíl. Také bych chtěla říci, že budu mapovat spokojenost klientů s terénní pečovatelskou službou, a ne spokojenost klientů s domem s pečovatelskou službou.

Přestože dům s pečovatelskou službou v sobě nese samotný název pečovatelské služby, tak dům s pečovatelskou službou nespadá pod pečovatelskou službu ani ho nijak nezřizuje. Domy s pečovatelskou službou patří obcím či městům, které domy s pečovatelskou službou zřizují a zajišťují technickou způsobilost bytu. Bytům v domech s pečovatelskou službou se říká takzvaně byty zvláštního určení. Tyto byty slouží k řešení nežádoucí sociální situace obyvatel. Lidé v těchto bytech mají uzavřenou a podepsanou nájemní smlouvu s patřičnou obcí či městem. Někdy se stává, že lidé žijící v domě s pečovatelskou službou nejsou klienty pečovatelské služby. Tudíž dům s pečovatelskou službou nelze považovat za pečovatelskou službu. (Občanský zákoník, 2012; Institut sociální práce, 2022).

V domech s pečovatelskou službou mohou, ale nemusí být vyhrazeny prostory, které slouží jako zázemí pro pečovatelky organizace, která poskytuje pečovatelskou službu. Tím, že se jedná o terénní formu sociální služby nemusí mít poskytovatel pečovatelské služby sídlo v daném domě.



Pečovatelky smluvené úkony mohou a vykonávají tím, že přijedou nebo přijdou za klientem do domácího prostředí. Takže je jedno, jestli mají vyhrazené prostory v domě, pořád se jedná o terénní pečovatelskou službu (Pelíšková, 2010).

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 2 Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je jednou z mnoha sociálních služeb, které umožňují svým cílovým skupinám neboli klientům, zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí. Organizace, které se věnují terénní pečovatelské službě, se snaží poskytovat co nejvyšší míru podpory a pomoci tak, aby si klienti udrželi svou stávající soběstačnost a samostatnost v takové kvalitě, aby nadále mohli žít aktivní život ve svém domácím prostředí.

Samotná pečovatelská služba je definována v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Konkrétně je její popis pod § 40, který uvádí, že *„pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby“*. Je to sociální služba, která se zprostředkovává ve vyhrazeném čase a v domácím prostředí klientů.

Matoušek ve svém Slovníku sociální práce též vychází ze zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Uvádí, že pečovatelská služba provádí pomoc a podporu při přípravě a podávání stravy a chodu domácnosti, pomoc a podporu při zvládnutí péče o vlastní osobu, pomoc a podporu při osobní hygieně či zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Jedná se o sociální službu, která se poskytuje terénně nebo ambulantně a je docíleno toho, že je prodloužen aktivní a nezávislý život osob v jejich domácím sociálním a přirozeném prostředí (Matoušek, 2008).

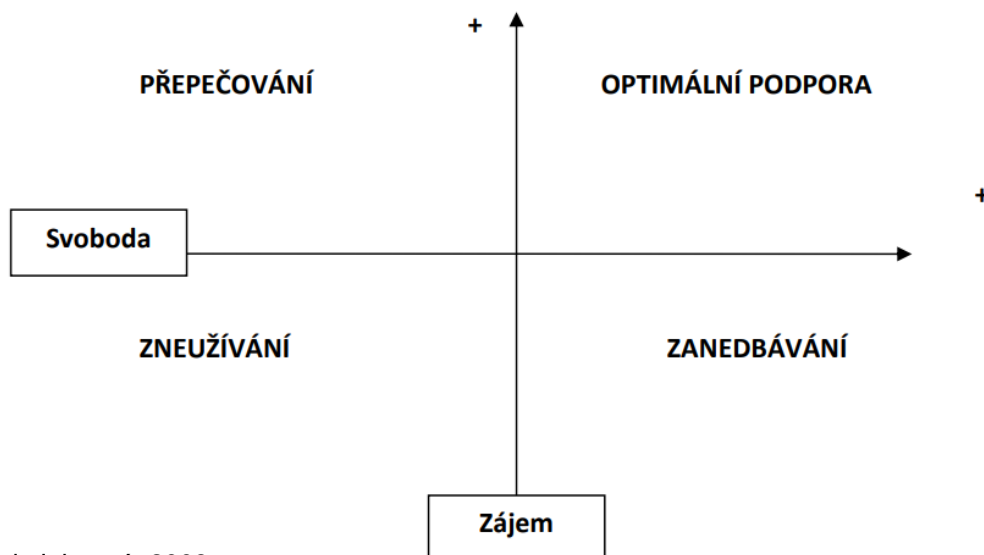
Z hlediska klasifikace pečovatelské služby jako terénní sociální služby, je zapotřebí, aby byla sociální práce mezi klientem a sociálním pracovníkem nebo pracovníkem v sociálních službách založena na vzájemné spolupráci a důvěře. Spolupráce a důvěra jsou velice důležité, jelikož pracovník

pečovatelské služby přichází za svými klienty přímo do jejich domácího prostředí, manipuluje s osobními věcmi klienta a pomáhá nebo podporuje klienta v dohodnutých úkonech spolupráce (Gulová, 2011).

Péče a podpora jsou dva pojmy se kterými se v pečovatelské službě můžeme setkat. Péči lze charakterizovat tak, že klient pasivně přijímá jednotlivé úkony a sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách vykonává dohodnuté úkony za klienta. Kdežto podporu lze popsat tak, že pracovník pečovatelské služby poskytne nezbytnou podporu aktivnímu klientovi tehdy, kdy klient daný úkol nebo jeho část skutečně individuálně nezvládne. Hauke ve své publikaci zmiňuje, že se o těchto dvou pojmech velmi často v sociální sféře diskutuje a měla by se spíše poskytovat podpora klienta než péče. Zároveň dále píše, že není důležité, jestli se využívá pojem podpora nebo péče, ale jak tyto pojmy sociální pracovníci vnímají a jaký mají vztah ke klientovi (Hauke, 2011).

Je ale velmi důležité, aby pracovník pečovatelské služby správně vyhodnotil optimální míru potřebné podpory. Při příliš velké míře poskytnuté podpory může docházet u klienta k takzvanému přepečování. A naopak, když není poskytnuta dostatečná podpora může docházet k zanedbávání klienta (Hauke, 2011).

**Obrázek 1 – Optimální podpora**



Zdroj: Johnová, 2008

Obrázek znázorňuje schéma, které vyjadřuje optimální míru poskytnuté podpory. Johnová uvádí, že optimální podpora bude výsledným jevem dvou směrů. A tím jsou projevení zájmu o člověka a zanechání jeho svobody. Pro dobré poskytování podpory je důležité, aby byly oba jevy dostatečné a vyvážené (viz pravá horní část obrázku). Protože, když se poskytuje klientovi pečovatelské služby příliš mnoho svobody a bez zájmu pracovníka, dojde k zanedbávání uživatele. Naopak málo poskytnuté svobody klienta a mnoho zájmu na straně sociálního pracovníka vytvoří přepečování. A malý zájem ze strany pracovníka pečovatelské služby o klienta a nedostatek svobody klienta vede k jeho zneužívání (Johnová, 2008).

### **3 Historie pečovatelské služby v České republice**

Tato kapitola se bude zabývat historií terénní pečovatelské služby na území České republiky. Nebude zde popsána historie ambulantní formy pečovatelské služby, jelikož se v bakalářské práci zabývám terénní pečovatelskou službou.

#### **3.1 Terénní pečovatelská služba v socialistickém Československu**

Po komunistickém převratu došlo k tomu, že se znárodnil majetek, došlo k rozsáhlým změnám ve společnosti a v sociální politice. Stát přebíral kontrolu nad privátními fondy sociálního, nemocenského, důchodového a úrazového pojištění. Tím se stalo to, že stát rozhodoval a převzal veškerou kontrolu nad sociální ochranou a nad sociálním zabezpečením (Vítová, 2010). Sociální služby byly svěřeny a spravovány několika odlišnými ministerstvy, která při řešení jednotlivých případů uplatňovala a využívala odlišná pravidla. Tento jev ve své publikaci Matoušek pojmenoval jako „rezortismus“ (Matoušek a kol., 2011).

V roce 1952 se pečovatelská služba starala a pomáhala hlavně o osamělé a nemocné občany, jelikož v tomto roce převzala nad pečovatelskou službou kontrolu státní zdravotní správa. Stát vnímal sociální služby jako

nepotřebné a jako okrajové, proto byla převážně sociální práce omezena na poskytování finančních dávek. Tím, že byla sociální práce a sociální péče utlačována a dávána do pozadí státu, bylo poskytování této sociální péče přesměrováno do resortu zdravotnictví. Tudíž se více dávala najevo ošetřovatelské nebo zdravotnická péče na úkor sociální práce (Vítová, 2010).

V šedesátých letech minulého století docházelo ke kritičnosti dobové podoby sociální politiky státu i ke kritičnosti stávajícího stavu sociální péče. Postupem času byla obnovena sociální péče, avšak stále byly sociální problémy chápány a představovány jako zdravotní nemoci, tudíž byly řešeny zdravotnictvím a zdravotníky, nikoliv sociální prací. Novým trendem bylo to, že se společnost začala více zajímat, starat a objevovat nové přístupy o staré občany. Tento nový přístup se začal projevovat i v pečovatelské službě, která se začala frekventovaněji využívat například rodinami, kde všichni členové pracovali, a tudíž by se neměl kdo postarat o jejich staré a méně samostatné rodiče (Vítová, 2010).

V sedmdesátých letech 20. století začalo sociální zabezpečení spadat pod ministerstvo práce a sociálních věcí, ale zároveň i partikulárně pod ministerstvo vnitra a spravedlnosti. Tudíž se pečovatelská služba řídila zákonem o sociálním zabezpečení a jeho vyplývající vyhláškou. Pečovatelská služba byla již řádně vymezena a bylo přesně definováno komu a za jakých podmínek se bude poskytovat. Měla své místo ve společnosti a stát jí hodnotil jako přínosnou, důležitou a jako velmi významnou. V této dekádě též začala výstavba domů s pečovatelskou službou (Vítová, 2010).

V osmdesátých letech minulého století zastánci komunistické strany vzali na vědomí, že i v socialistickém státě a společnosti je důležité zabývat se sociálními záležitostmi a otázkami. Sociální práce se tudíž pomalu začala rozvíjet a začaly fungovat sociálně – právní školy. Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvářelo metodické příručky, které byly vytvořeny a vydány

pro sociální práci a sociální služby (Vítová, 2010). Dále se rozvíjela a rozšiřovala pečovatelská služba a začaly vznikat takzvané domovinky, což bylo denní zařízení pro seniory, o které se v pracovní době nemohla postarat rodina (Matoušek a kol., 2011).

### **3.2 Pečovatelská služba po roce 1989**

Sametová revoluce přinesla rychlý návrat ke vzdělávání na vysokých školách a reformu středoškolského vzdělávání v oblasti sociální práce (Vítová, 2010). V tomto období byla také založena Asociace vzdělavatelů v sociální práci, konkrétně v roce 1992. Asociace vzdělavatelů v sociální práci se snažila poskytovat vyšší a kvalitnější vzdělávání v oboru sociální práce (ASVSP, 2022). Nastal rozkvět sociální práce a samozřejmě i pečovatelské služby (Vítová, 2010).

Sféra sociálních služeb zaznamenala po roce 1989 velký nárůst nestátních neziskových organizací, a to za velmi krátkou dobu. Tyto organizace se začaly zabývat poskytováním sociálních služeb. Pozadu nebyla ani církev, ta vybuodovala na našem území též specializované organizace za účelem poskytování sociálních služeb. Mezi tyto organizace se můžou zahrnout Charita nebo Diakonie (Matoušek a kol., 2011).

V devadesátých letech byla nejrozšířenější terénní sociální službou právě pečovatelská služba, kterou však po revoluci čekaly reorganizační změny. Například se mnohdy vyměňovali zřizovatelé a okresní ústavy sociálních služeb nefungovaly nebo se organizace poskytující pečovatelské služby vracely zpět k obecním či okresním zřizovatelům. (Vítová, 2010).

Podle platné legislativy, která platila v 90. letech, se pečovatelská služba poskytovala těžce zdravotně postiženým jedincům a seniorům, kteří nebyli kompetentní sami vykonat životní potřeby, obstarat domácí práce nebo kvůli zdravotnímu stavu potřebovali pomoc jiné druhé osoby. Nejčastějším

úkonem, který pečovatelská služba poskytovala, byl úkon dovoz nebo donáška obědů (Vítová, 2010).

### **3.3 Pečovatelská služba do roku 2006**

Pečovatelská služba po roce 2000 prošla dalším rozvojem a zkvalitněním poskytovaných služeb. Čekaly jí však i další změny v oblasti zřizovatelů. Díky tomu, že 31. 12. 2002 zanikly okresní úřady, docházelo i ke změnám zmíněných zřizovatelů. Tudíž organizace poskytující pečovatelské služby často zřizovaly obce, ale některé byly přenechány krajům. Kvůli tomuto často docházelo k rozdílům ve financování pečovatelských služeb (Vítová, 2010).

Poskytovatelé sociálních služeb včetně těch, co poskytovaly pečovatelské služby, netrpělivě čekali na vznik právních předpisů, které by upravovaly samotné financování a poskytování sociálních služeb. Tohoto se dočkali, když 1. 1. 2007 vstoupil v platnost zákon o sociálních službách, který upravuje veškeré financování a poskytování sociálních služeb (Vítová, 2010).

## 4 Cílová skupina pečovatelské služby

Jak už bylo v první kapitole zmíněno, tak klienti pečovatelské služby mohou být lidé, kteří trpí chronickým onemocněním, zdravotním postižením, mohou to být senioři i rodiny s dětmi, které potřebují pomoc druhé fyzické osoby. Charakteristika klienta může být taková, že je to jedinec využívající sociální služby, za účelem zlepšení jeho tíživé životní nebo sociální situace (Matoušek a kol., 2013).

### 4.1 Senioři

V publikaci Saka a Kolesárové lze najít jejich uvedenou definici seniora, která zní takto: „*Senior je člověk završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti*“ (Sak, Kolesárová, 2012:79). Člověk určitého vyššího věku se stává seniorem ve chvíli, kdy překročí střední věk generace. Tak se jeho sociální postavení ve společnosti stává platné, neodvolatelné a nezměnitelné. Identitu, kterou člověk statutem seniora získá, je opakovaně měnící se sociální konstrukt, který se stále mění na závislosti vývoje společnosti. Velký znak, který se řadí mezi identitu seniora, je samotný věk jedince (Sak, Kolesárová, 2012).

Světová zdravotnická organizace klasifikuje stáří na střední nebo zralý věk, který je od 45 do 59 roku života. Na vyšší věk nebo rané stáří, které je od 60 roku života do 74 let. Následuje stařecký věk, který je klasifikován od 75 do 89 let věku člověka a posledním klasifikačním bodem je dlouhověkost, kterým se značí člověk starší 90 let. Stáří a stárnutí je velmi osobitý proces, a to jak z pohledu rozsahu, času tak i ze závažnosti projevů. Každá lidská bytost v populaci stárne individuálním tempem, jelikož to závisí na věku funkčním, kam se řadí sociální, psychologický nebo i biologický věk, který nemusí neodpovídat věku kalendářnímu (Dvořáčková, 2012).

Matoušek též ve své publikaci souhlasí s tím, že stáří jako životní období u člověka začíná dosažením 60 až 65 roku života. Toto životní období



je velmi spojeno s odchodem do penze, kdy senior získává sociální statut důchodce. Je považován za nepotřebného, za neaktivního nebo neprospěšného či neproduktivního. Takovýto stereotypní pohled má společnost na stáří a na seniory obecně. Dále to společnost vnímá tak, že přibývá více seniorů, kteří potřebují větší zdravotní péči z důvodu ztráty soběstačnosti, a tím jsou pro společnost zátěží, a to z hlediska toho, že odčerpávají finanční zdroje na pokrytí zdravotní a sociální péče. Ale opak je pravdou. Je mnoho seniorů, kteří stále přispívají společnosti, ať v pracovním odvětví nebo tak, že naplňují svůj volný čas smysluplným programem. Hodně záleží na individualitě schopností a kompetencí každého člověka (Matoušek a kol., 2015). Je to velmi různorodá skupina, která se liší výše zmíněným věkem, tak i svými zájmy, svým sociálním statutem, svým vzděláním, zdravím, sociální a rodinou situací, svým životním postojem nebo finanční situací (Kalvach, 2010).

Dokonce i Hartl ve svém psychologickém slovníku má uvedenou charakteristiku seniora, která se ničím neliší od předešlých autorů. Charakteristika je taková, že senior je jedinec starší 60 let věku (Hartl, 2004).

Stáří je pozdní fází ontogeneze, kdy jde o poslední vývojovou etapu člověka. Jedná se o vývojovou etapu, kdy se završuje život jedince duševně, fyzicky, psychicky, osobnostně, emocionálně či spiritualisticky (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016). Každá životní etapa má mnoho potenciálních znaků, které budují kvalitní a nový přístup jak k samotnému životu člověka, tak i ke společnosti. A ani stáří není výjimkou. Senioři mají velkolepou zásobu životních zkušeností, které získali za svůj život ve společnosti, která nemusela být vždy přívětivá. Postupem času tedy každý senior získal nadhled nad veškerými událostmi ve společnosti a naučil se analyzovat, hodnotit a pochopit společenské dění. A proto jsou senioři pamětníky a vyprávěči naší historie (Sak, Kolesárová, 2012).

Stárnutí a stáří je celospolečenský fenomén, který je především a hlavně individuální. Toto období stárnutí a stáří provází řada regresivních změn, které mají vliv a ovlivňují skupinu sfér a oblastí života jedince. „*Stáří je obdobím bilancování uplynulého života a jeho přijetí se vším pozitivním i negativním*“ (Dvořáčková, 2012:9). A proto mají senioři právo na to být hodnoceni jako individuální bytosti podle svých potřeb a schopností stejně jako ostatní lidé v produktivním věku (Dvořáčková, 2012).

Dožít se vysokého věku už není v dnešní době nikterak tak výjimečné, jako to bylo v dřívějších dobách. Tento jev se může vnímat jako unikátní vítězství kultury a medicíny nad přírodou, jelikož se jedná o kvantitativní nárůst této věkové kategorie v celých dějinách lidstva. Nicméně je perspektiva náhledu společnosti na stárnutí taková, že ho společnost považuje za neproduktivní. Avšak i přesto se většina populace světa snaží své stáří prodloužit. Staří lidé jsou zdrojem pro dobrý rozvoj a vývoj společnosti, díky svým zkušenostem. Ale časem bude mnoho z nich potřebovat účinnou, dlouhodobou někdy i akutní, a hlavně dostupnou péči zdravotníků, sociálních pracovníků nebo pracovníků v sociálních službách. Stárnutí bylo, je a nadále bude celosvětovou komplikací. Lidský život se prodloužil díky pokrokům, které přináší moderní medicína, lepšímu zásobování kvalitnější vody a výživy nebo díky životní úrovni vyspělé společnosti (Matoušek a kol., 2013).

Od druhé poloviny 20. století se počet seniorů v České republice neustále zvyšuje. Celkový nárůst lidí starších více jak 65 let se zrychlil na konci prvního desetiletí, když tento věk začali přecházet populační ročníky narozené ve 40. letech minulého století. V letech 2001 až 2010 se stupeň počtů seniorů navýšil o 185 tisíc, kdežto v letech 2011 až 2020 se počet seniorů zvýšil o 521 tisíc (ČSÚ, 2022).

V roce 2020 až 2022 došlo k nižšímu nárůstu v počtu seniorů. V první řadě to bylo způsobeno tím, že už nebyly tak silné ročníky lidí překračující

věk 65 let. A v druhé řadě to byla vyšší úmrtnost starších lidí i lidí celkově, kvůli vypuknutí pandemie covid-19. Na konci roku 2021 byl nárůst seniorů v Česku o necelých 11 tisíc více, než v roce 2020, což byl nárůst jen o 0,5 %. Byl to nejnižší nárůst seniorů za celou poslední dekádu (ČSÚ, 2022).

**Obrázek 2 – Seniori podle věku ve vybraných letech**

Věková skupina (v letech)	2011	2013	2015	2017	2019	2021
65–69	595 116	657 256	692 992	684 548	678 927	659 696
70–74	402 749	452 772	495 189	569 661	602 974	615 177
75–79	307 188	303 467	323 695	358 552	408 629	443 093
80–84	234 820	237 196	232 005	226 588	234 495	252 668
85–89	124 404	128 160	135 023	141 839	142 589	134 175
90–94	31 495	42 044	47 086	49 852	52 981	53 591
95+	5 664	4 649	6 422	9 143	11 035	10 709
Celkem 65+	1 701 436	1 825 544	1 932 412	2 040 183	2 131 630	2 169 109
Podíl 65+ v populaci v %	16,2	17,4	18,3	19,2	19,9	20,6

Zdroj: Český statistický úřad, 2022

A to díky výše zmíněným ročníkům narozených ve 40. letech 20. století. Naopak počet lidí starších 65 až 69 let se snižoval od roku 2016. Ale společně tyto dvě věkové skupiny (senioři od 65 do 74 let) tvoří skoro tři pětiny veškeré seniorské populace. Zbýlé dvě pětiny vytváří skupiny seniorů ve věku 75 až 79 a senioři ve věku 80 a výše (ČSÚ, 2022).

#### **4.2 Lidé s chronickým onemocněním**

Chronické nemoci lze charakterizovat tak, že mají od samého počátku dlouhodobý charakter. Chronickou nemocí se může stát i nemoc akutní nebo nemoc dlouhodobě neléčená. Chronická nemoc se projevuje permanentní prezencí příznaků, které nemají tak prudký průběh jako mají například nemoci akutní. Jakákoliv chronická nemoc má nepříznivý a negativní dopad na psychickou stránku člověka (Hartl, 2004). Jsou to nemoci, které mají

postupný průběh, ale zato jsou dlouhodobé a většinou neléčitelné (Seychell, 2016).

Mezi chronické nemoci patří například chronické onemocnění ledvin, chronické srdeční selhání, diabetes, astma, chronická obstrukční plicní nemoc, neurodegenerativní onemocnění či nádorová onemocnění (NZIP, 2023). Přičemž Světová zdravotnická organizace informuje o čtyřech typech chronických nemocí, kterými jsou diabetes, rakovina, kardiovaskulární onemocnění a chronická respirační onemocnění (WHO, 2022). Též Bernell a Howard ve svém článku polemizují nad tím, zda do kategorie chronických onemocnění patří veškerá nádorová onemocnění. Poukazují na to, že jen některá nádorová onemocnění, jako jsou mnohočetné myelomy, se mohou považovat za chronické onemocnění. Jelikož jiné typy a formy rakoviny mají málo způsobů a možností léčby (Bernell, Howard, 2016). Na druhou stranu Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen a Zentner ve své publikaci zahrnují a doplňují další onemocnění, které lze chápat jako chronické nemoci. Patří sem duševní poruchy, jako jsou schizofrenie, deprese a demence, artróza kloubů, HIV či AIDS a také postižení, jako je zrakové znevýhodnění (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, Zentner, 2010).

Faktory, které mají vliv a ovlivňují chronické onemocnění jsou například nadměrná konzumace alkoholu, užívání nikotinových látek, nekontrolovaný vysoký krevní tlak, hyperlipidémie, nezdravý životní styl, špatné nebo nezdravé stravování, nedostatek pohybu nebo obezita (Bauer, Briss, Goodman, Bowman, 2014). Stejně faktory uvádí i Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen a Zentner, ale doplňují je ještě o sexuální chování a genetické predispozice (Busse, Blümel, Scheller-Kreinsen, Zentner, 2010).

Chronické onemocnění v člověku vyvolává rozsáhlou škálu psychických reakcí, které člověka ovlivňují a mají dopad na jeho budoucnost. Jedinec může procházet depresivními a úzkostnými stavy, které mohou mít

zároveň vliv na jeho fyzickou aktivitu. Psychické reakce mají velký vliv na zdraví člověka. Pozitivní dodržování adherence ke cvičení způsobuje v člověku motivaci „bojovat“ proti své nemoci, kdežto nízká, negativní nebo nedodržená adherence může způsobit únavu člověka nebo jeho nepříznivý funkční stav organismu. Tudiž psychické reakce člověka na chronické onemocnění mohou být pozitivní, prospěšné a mohou napomáhat k jeho lepšímu zdraví. Nebo mohou být negativní a škodlivé a tím mohou vést ke zhoršení jeho zdravotního stavu (Dekker, de Groot, 2018).

### **4.3 Lidé se zdravotním postižením**

Pohyb k člověku neodmyslitelně patří. Už v prenatálním stádiu života se jedinec hýbe a v postnatálním stádiu o sobě miminko dává vědět pohybem horních i dolních končetin. Samotný pohyb je základní potřebou člověka, která rozvíjí psychomotorický vývoj. Je podmínkou proto, aby jednatlivec dokázal vykonávat jednotlivé denní činnosti. Pohyb je známkou možností, jak být přínosem a k užitku sobě i druhým lidem. Většinou je pohyb i předpokladem pro uplatnění se na trhu práce. Tím, že je člověk zapojen do pracovního poměru a trhu, tím si uspokojuje nezbytnost společenského ocenění a uplatnění. Bez pohybu je uspokojení těchto potřeb omezené. Tudiž tělesné postižení značí obrovskou emocionální zátěž, jak pro samotné jedince trpící tímto postižením, tak pro jeho osoby blízké (Mlýnková, 2017).

Charakteristika tělesného postižení podle Luia a Huia je taková, že tělesně postižení jedinci jsou ti, kteří mají patologický dopad na buněčné úrovni, jako je poranění míchy. A tento patologický dopad vedl k fyziologickému či anatomickému poškození, jako je paralýza, a toto poškození způsobilo funkční omezení s chůzí nebo přesunem (Lui, Hui, 2009). Kořínková tělesné postižení pojala stejným způsobem jako výše uvedení autoři. Zmiňuje, že tělesné postižení je vada nebo nedostatek nosného a pohybového ústrojí. Je to insuficience svalů, kloubů, šlach,

nervového ústrojí či cévního zásobení. Řadí se sem i další anomálie od běžného tvaru končetin či těla (Kořínková, 2020).

Poruchy hybnosti mohou být primární nebo sekundární. Primární poruchy hybnosti jsou následkem bezprostředního narušení pohybového ústrojí. Kdežto sekundární poruchy hybnosti jsou takové poruchy, kdy je pohyb narušen jinou poruchou nebo nemocí. Tělesné postižení se odlišuje i podle toho, zda se jedná o postižení vrozené nebo postižení získané. Vrozené tělesné postižení bývá nejčastěji spojeno s dětskou mozkovou obrnou. Původ dětské mozkové obrny se nachází v poškození centrální mozkové soustavy, a to v prenatálním období nebo když nastanou vážné komplikace během porodu. Získané tělesné postižení může vzniknout těžkým úrazem, jako je poranění nebo poškození míchy a páteře, amputací horní nebo dolní končetiny nebo následkem závažné nemoci (Slowík, 2016).

Existuje spousta důvodů, které směřují k omezené hybnosti. Mlýnková je rozdělila do čtyř kategorií. První oblastí je onemocnění pohybového aparátu, kam se řadí zánětlivá onemocnění kloubů, artróza, osteoporóza nebo zánětlivá onemocnění obratlů. Druhou oblastí jsou neurologická onemocnění, kterými jsou Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza, demence nebo cévní mozková příhoda. Do třetí oblasti se řadí úrazy a poranění lebky, páteře, zlomeniny nebo úrazy břicha. Poslední oblast zahrnuje ostatní nemoci, kam se řadí nádorová onemocnění nebo duševní poruchy (Mlýnková, 2017).

Tělesné postižení vyvolává poruchu pohybové činnosti jedince, trpící tímto postižením. A tento jedinec se stává závislým na svém okolním prostředí, jako jsou jeho rodinní příslušníci, osoby blízké nebo samotná společnost. Proto má společnost povinnost pomáhat integrovat tyto jedince do aktivního, normálního a smysluplného života. Lidé s tělesným postižením

mají právo žít samostatný způsob svého života, který si dobrovolně sami zvolí (MPSV, 2023).

## **5 Úkony poskytované pečovatelskou službou**

Seznam poskytovaných úkonů pečovatelskou službou je stanoven vyhláškou č. 505/2006 Sb. Veškeré úkony, které jsou poskytovány klientovi pečovatelské služby, se dělí do pěti základních oblastí. A tyto oblasti se dále dělí na jednotlivé a určité úkony, které jsou vykonávány pracovníky pečovatelské služby.

### **5.1 Péče o vlastní osobu**

První oblast se zaměřuje na pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Je to oblast, kam se řadí čtyři poskytované úkony. Prvním úkonem je pomoc a podpora při podávání jídla a pití. Do tohoto úkonu se řadí například ohřátí stravy, nakrájení stravy, přendání jídla na talíř, dochucení jídla nebo nalití nápoje. Druhý úkon se zaměřuje na pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek. Při tomto úkonu pracovník připraví oblečení, které si klient oblékne, dále mu pomůže s jeho oblékáním nebo svlékáním, se zapínáním nebo rozepínáním zipů, knoflíků. Dále pracovník pomáhá s nazouváním a vyzouváním obuvi nebo dopomůže s nasazováním protéz. Do třetího úkonu se řadí pomoc při prostorové orientaci a pomoc v samostatném pohybu ve vnitřním prostoru. Během tohoto úkonu pracovník doprovází klienta po jeho domě či bytě za aktivního doprovodu. Pracovník poskytuje rámě klientovi a ten se pracovníka přímo drží nebo za pasivního doprovodu, kdy pracovník naviguje nebo jinak slovně podporuje klienta a zároveň pracovník otvírá a zavírá dveře v rámci bezpečnosti klienta. Do posledního úkonu této oblasti se řadí pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík. Pracovník pomáhá klientovi při vertikalizaci do stoje a dále při přistavení mechanického vozíku nebo při přidržení mechanického vozíku, když klient

přesedá z postele na mechanický vozík (Kainráthová, 2010; vyhláška č. 505/2006 Sb.).

## **5.2 Osobní hygiena**

Druhá oblast je orientovaná na pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Do této oblasti se řadí tři základní úkony. První úkon je zaměřen na pomoc při úkonech osobní hygieny. Tento úkon zahrnuje osprchování nebo vykoupání klienta, osušení klienta nebo pomoc při vstupu či výstupu do sprchového koutu nebo vany. Druhým úkonem je pomoc při péči o vlasy a nehty. Pracovník během tohoto úkonu provádí mytí vlasů, vysoušení vlasů a následně jejich učešání v případě, že klient poskytne své vlastní mycí prostředky, hřeben a svůj fén. V péči o nehty pracovník poskytuje úkony ostříhání či zapilování nehtů na horních končetinách klienta. Posledním úkonem v této oblasti je pomoc při použití WC. Pracovník pomáhá se stažením kalhot, spodního prádla nebo plenkových kalhot. Dále pomáhá vstávat či usedat na WC, napomáhá s oblékáním prádla, kalhot a plenkových kalhot. V případě, že má klient klozetové neboli hygienické křeslo, pracovník vynese a vydezinfikuje nádobu. Veškeré tyto úkony se provádějí v ochranných rukavicích (Kainráthová, 2010; vyhláška č. 505/2006 Sb.).

## **5.3 Zajištění stravy**

Třetí oblast se zaměřuje na poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy. Tato oblast poskytuje čtyři úkony. V prvním úkonu se zajišťuje strava odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování. V tomto úkonu pracovník pečovatelské služby klientovi zajistí a podá polévku, hlavní jídlo, pečivo, salát, zákusek a podobně. Ve druhém úkonu pracovníci vykonávají dovoz nebo donášku jídla. Tento úkon spočívá v tom, že pracovníci pečovatelské služby dovezou služebním automobilem klientovi oběd a následně mu ho donesou domů. Během předávání oběda proběhne mezi klientem a pracovníkem výměna jídlonosičů. Pracovník klientovi předá



plný jídlonosič s obědem a klient předá pracovníkovi prázdný jídlonosič na druhý den. Třetím úkonem je pomoc při přípravě jídla a pití, kdy pracovník pomáhá klientovi připravit jídlo z jeho vlastních surovin. Posledním úkonem je příprava a podání jídla a pití. Pracovník pečovatelské služby sám připraví jídlo ze surovin, které má klient v jeho domácnosti. Připravené jídlo pracovník podá klientovi a popřípadě mu dopomůže se sebe sycením (Kainráthová, 2010; vyhláška č. 505/2006 Sb.).

#### **5.4 Chod domácnosti**

Čtvrtá oblast je nejrozsáhlejší. Obsahuje osm úkonů, které zajišťují pomoc při chodu domácnosti. První úkon zaručí běžný úklid a údržbu domácnosti. Do tohoto úkonu spadá vytírání, zametání, vysávání, utření prachu, vymetení pavučin, umytí nádobí, umytí dřezu, vynesení odpadků, umytí WC, umytí sprchového koutu, zalévání květin a další. Další úkon je pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti. Pod tímto úkonem si lze představit třeba sezónní úklid, kdy se myjí okna, sundávají a perou záclony, uklízejí se skříně nebo to může být úklid po malování. Třetím úkonem je donáška vody. Tento úkon se provádí jen tehdy, když vznikne u klienta doma havárie vody. Pracovník donese klientovi jen takové množství vody, aby si klient mohl uvařit oběd, umýt nádobí, spláchnout WC nebo vykonat základní hygienu. Čtvrtý úkon zajišťuje topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva nebo údržbu topných zařízení. Pracovník přinese klientovi domů uhlí nebo dříví, které klient musí mít k dispozici. Popřípadě vyneseme a vymeteme popel z kamen. V pátém úkonu pracovníci pečovatelské služby zajišťují běžné nákupy a pochůzky. Běžným nákupem se rozumí takový nákup, který se vejde do jedné tašky a hmotnost nákupu nepřekročí hmotnost 10 kilogramů. Do pochůzek se zahrnují klientovi platby na poště, vyzvednutí receptu u lékaře a léků v lékárně nebo vyřizování záležitostí na úřadech. Šestý úkon poskytuje velký nákup. Do velkého nákupu se řadí i nákup ošacení pro klienta nebo nákup nezbytného vybavení do domácnosti klienta. V sedmém úkonu

se zajišťuje praní a žehlení osobního prádla klienta v prostorách pečovatelské služby. Do tohoto úkonu se řadí i jeho drobné úpravy, jako je třeba přišít knoflíku. Osmý úkon je obdobný, jen se pere a žehlí ložní prádlo klienta. Pracovník si od klienta převezme špinavé prádlo, v prostorách pečovatelské služby jej roztřídí, vypere, pověsí nebo usuší v sušičce na prádlo. Následně prádlo vyžehlí, složí a čisté předává zpět klientovi (Kainráthová, 2010; vyhláška č. 505/2006 Sb.).

### **5.5 Kontakt se společenským prostředím**

Pátá a poslední oblast z poskytovaných úkonů je zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Do této oblasti spadají dva úkony. První je doprovázení dětí do školních zařízení a samotné školy. Pracovník také může klienta doprovodit k lékaři. Následně klienta doprovází zpět domů. Druhý úkon zajišťuje doprovázení dospělých klientů k lékaři, do práce, na úřad nebo na poštu. Po vyřízení všech klientových pochůzek se klient v doprovodu pracovníka vrátí zpět do své domácnosti (Kainráthová, 2010; vyhláška č. 505/2006 Sb.).

## 6 Pečovatelská služba v zahraničí

Pečovatelská služba se využívá i v zahraničních státech, avšak existují rozdíly mezi pečovatelskou službou v České republice a podobou pečovatelské služby například v Rakousku nebo ve Slovinsku.

Rakouský model pečovatelské služby, který má formu 24hodinové přímé péče spočívá v tom, že pečovatelka je dostupná a přítomna 24 hodin v domácím prostředí klienta. Jedná se o takzvaně dvoutýdenní turnusy, kde se u klienta nebo v rodině střídají dvě pečovatelky. Jedna pečovatelka je přítomna přes den a druhá pečovatelka je k dispozici v noci. Takto je zajištěn bezproblémový chod domácnosti a případná pomoc klientovi při jeho každodenních sebeobslužných aktivitách (Procházková, 2010).

Stejně jako pečovatelská služba v České republice, tak i přímá péče v Rakousku usiluje především o podporu a pomoc lidem všech věkových kategorií, kteří si z důvodu vysokého věku, nepříznivé sociální situace, nedobrého zdravotního stavu nebo tělesného postižení nejsou sami schopni se o sebe postarat. Avšak chtějí i přes veškeré své nepříznivé a svízelné situace zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí (Procházková, 2010).

O klienty, kteří chtějí zůstat v domácím prostředí a zároveň chtějí využívat přímou péči, pečují Heimhelferin neboli pomocnice v domácnosti nebo Pflegehelferin neboli pomocnice v péči. Pomocnice v domácnosti vykonává úkony jako jsou například pomoc při osobní hygieně, podpora při kontaktu se společenským prostředím, podpora při podání stravy, pomoc při zařizování úředních činností mimo domov, vedení dokumentace nebo spolupráce se zdravotníky. Kdežto pomocnice v péči vykonává úkony jako jsou pomoc při vstávání, chůzi nebo posazení, dále pomoc při použití WC, pomoc a podporu při oblékání a vysvlékání, pomoc při osobní hygieně, pomoc při užívání léků, domácí práce, praní a žehlení osobního prádla klienta, zalévání květin, péče o domácí zvířata, poskytnutí společnosti nebo

podporu při přípravě stravy (Procházková, 2010). Zde můžeme vidět, že veškeré úkony, které jsou výše zmíněné jsou stejné nebo se podobají úkonům, které vykonávají pracovníci pečovatelské služby v České republice.

Sociální služba podobná terénní pečovatelské službě v České republice se nachází ve Slovinské Lublani. Jedná se o zařízení Ljubljana home care service. Toto Lublaňské zařízení poskytuje sociální službu, která se provádí v domácím prostředí klienta v časovém rozmezí mezi šestou hodinou ráno a dvaadvacátou hodinou večerní. Mohou ji využívat lidé starší 65 let s různorodým stupněm tělesného postižení (Koleňáková, Prchalová, 2020).

Celý tento Lublaňský model pečovatelské služby se skládá ze dvou rovin poskytované péče. První rovina se zabývá Domácí péčí a druhá rovina se zaměřuje na Sociální servis.

Rovina Domácí péče se skládá ze tří základních částí. První částí je pomoc při provádění základních denních činností klienta. Do této části spadají úkony jako jsou pomoc a podpora při svlékání a oblékání, pomoc při osobní hygieně, pomoc a podpora při stravování, pomoc při provádění základních fyziologických potřeb nebo údržba ortopedických pomůcek klienta.

Druhou úrovní je Sociální servis, který poskytuje podporu a péči při zachování co nejdelší soběstačnosti a nezávislosti klienta a udržení stávající kvality života v domácím prostředí klienta. Sociální servis má za úkol, aby nedocházelo k sociálnímu vyloučení klienta a aby klient necítil pocit osamělosti. Sociální servis napomáhá klientům při integraci do každodenního aktivního života například poskytuje doprovod na nakupování na trhu nebo v nákupních střediscích (Koleňáková, Prchalová, 2020).

Na těchto dvou zahraničních příkladech je vidět, že ačkoliv se forma nebo úkony poskytování pečovatelské služby liší od té České, tak jedno mají

společné. A to, že se každá služba snaží poskytovat takovou míru podpory, aby klient mohl zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí a žil plnohodnotný a aktivní život.

## **7 Kvalita v poskytovaných sociálních službách**

S pojmem kvalita se každý člověk setkává ve všech attributech svého lidského života. Kvalitu nelze úplně stoprocentně definovat, jelikož se tento pojem využívá rozdílnými způsoby, týká se různých fenoménů, závisí na vývoji a na politických a společenských změnách. Je to velmi rozsáhlý pojem, nejen v sociálních službách, který v sobě nese objektivní i subjektivní prvky. Objektivní kvalita závisí na přístupu a vyhodnocení poskytovatele služby a subjektivní kvalita je výsledek z pohledu posouzení a ohodnocení klienta (Malík Holasová, 2014).

Samotná kvalita sociálních služeb se začala aplikovat s nástupem a účinností zákona o sociálních službách, který stanovuje poskytovatelům sociálních služeb zajistit klientům kvalitní sociální službu. Společně se zákonem o sociálních službách nabyla účinnost i vyhláška č. 505/2006 Sb., kde jsou stanoveny Standardy kvality sociálních služeb. Tím, že se stanovily kritéria hodnocení kvality bylo klíčové, protože se tak umožnilo zhodnocení toho, zdali se naplňují znaky kvality při poskytování sociální péče (Malík Holasová, 2014).

Kvalita poskytovaných sociálních služeb je ukotvena ve čtvrté části zákona o sociálních službách, přesněji v § 97 a v § 99, a spadá pod inspekci sociálních služeb. Předmětem inspekce je zjistit, zda poskytovatelé plní svoje povinnosti, zda plní své povinnosti vést evidenci a samozřejmě kvalita poskytovaných sociálních služeb. Kvalita se při inspekci ověřuje za pomoci standardů kvality, kdy se jejich prostřednictvím definuje úroveň dosažené kvality poskytované sociální služby. Je to soubor kritérií, kde se formuluje stupeň kvality poskytování sociální služby v oblasti personálního a

provozního zabezpečení a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a klientem nebo dalšími osobami (zákon č. 108/2006 Sb.).

Kvalita sociální služby je často spojovaná se spokojeností klienta a jeho rodiny, včasnou reakcí na potřeby klienta, s vysokou odborností poskytované péče pracovníky, s cenovou dostupností, odpovídajícím prostředím, zajištěnou bezpečností, dobrou dostupností sociální služby či plynulost péče (Malíková, 2011).

Též Janečková ve své publikaci souhlasí, že „*ukazatelem kvalitní péče je spokojenost klientů*“ (Janečková, 2015:189). Jinak tomu není ani ve Slovníku sociální práce, kde je spokojenost klienta charakterizovaná jako „*subjektivní ukazatel kvality péče*“ (Matoušek, 2008:209).

Jak je vidět z této kapitoly, tak kvalita sociální služby a spokojenost klienta jde ruku v ruce. Ale jak už bylo výše zmíněno, někdy se může jednat pouze o subjektivní ukazatel nebo prvek, který nemusí definovat kvalitní sociální službu.

## II.METODOLOGIE

Cílem výzkumu je zmapovat spokojenost klientů s terénní pečovatelskou službou na severním Plzeňsku, kteří žijí v domě s pečovatelskou službou. Rozdíl mezi domem s pečovatelskou službou a pečovatelskou službu jsem již vysvětlila v úvodu bakalářské práce.

### 8 Metoda

K provedení výzkumu v mé bakalářské práci byla propojena kvantitativní metoda a kvalitativní metoda neboli byl využit smíšený výzkum. Bylo využito standardizované dotazníkové šetření a následně byly uskutečněny polostrukturované rozhovory s klienty pečovatelských služeb.

#### 8.1 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka se odvíjí od názvu bakalářské práce, tudíž výzkumná otázka zní: *„Jak jsou klienti spokojeni s pečovatelskou službou na Plzni severu?“*

#### 8.2 Doplnující podotázky

- 1) *„Jak se klienti dozvěděli o možnosti využít pečovatelskou službu?“*
- 2) *„Jak dlouho klienti čekali na vyřízení žádosti o poskytnutí pečovatelské služby?“*
- 3) *„Jak klienti hodnotí práci svých pečovatelek?“*
- 4) *„Jak jsou klienti spokojeni s tím, jak s nimi pečovatelky jednají a jak se k nim chovají?“*
- 5) *„Je časová dotace při poskytování pečovatelské služby podle klientů dostatečná?“*
- 6) *„Jak klienti hodnotí ochranu svého soukromí v rámci návštěv zaměstnanců pečovatelské služby ve svém přirozeném prostředí?“*
- 7) *„Byly klientům poskytnuty informace o možnosti obrátit se na soc. pracovníka v případě jakékoliv nespokojenosti s pečovatelskou službou?“*

8) „*Jak klienti hodnotí možnosti řešení podnětů, stížností a upozornění?*“

Veškeré doplňující výzkumné podotázky vyplývají nebo doplňují hlavní výzkumnou otázku.

### **8.3 Výzkumný vzorek**

Výzkumným vzorkem pro mou bakalářskou práci se stali klienti pečovatelských služeb na Plzni-severu, kteří žijí v domě s pečovatelskou službou. Plzeň-sever jsem si zvolila z toho důvodu, že se v tomto regionu nachází pět organizací poskytující pečovatelskou službu. Všech pět organizací jsem oslovila po e-mailové nebo telefonní komunikaci. Bohužel jen tři organizace mi povolily provést výzkum do bakalářské práce.

Po dohodnuté komunikaci mi byl povolen přístup do prostor pečovatelských služeb v domovech s pečovatelskou službou. Před mým příjezdem nebo těsně po mém příjezdu byly pracovnice klienty informovat o tom, že pokud budou souhlasit, mohou se zúčastnit výzkumu k bakalářské práci. Tímto se vyřešila obava u klientů z „cizího“ člověka.

Dále jsem se s vedoucími pracovníky nebo pečovatelkami poradila o tom, koho by bylo vhodné oslovit k vyplnění dotazníku a koho ne. Byla jsem za tento přístup vděčná, jelikož mi to usnadnilo oslovování respondentů. Mohla jsem se tím vyvarovat nepříjemným situacím, které by mohly nastat u klientů pečovatelské služby, kteří si nepřejí být rušeni nebo nechtějí mluvit s cizími lidmi, jak mi bylo řečeno.

Tudíž jsem po předešlé domluvě oslovovala všechny vytipované respondenty, ale zároveň jsem zkusila i pár respondentů, kteří mi nebyli doporučeni. Vytipovaní respondenti byli více vstřícní a ochotní mi vyplnit dotazník než ti, kteří mi nebyli doporučeni. Často se mi stávalo, že respondenti, kteří mi nebyli doporučeni mě odmítli s tím, že nemají čas nebo



nemají zájem něco vyplňovat. Naopak u respondentů, kteří mi byli doporučeni jsem jen málo kdy narazila na nějakou negaci nebo odmítnutí.

Tím, že mi pečovatelky doporučily respondenty, na které jsme se mohla obrátit, tím mohlo dojít k tomu, že mi vytypovaly pouze ty klienty, kteří jsou se službou spokojeni. Na základě svého oslovování doporučených i nedoporučených respondentů mohu říci, že pečovatelky mi pouze chtěly „ulehčit“ práci v tom, že ony samy vědí, s kým se lépe domlouvá a spolupracuje a s kým ne. To ony s klienty spolupracují a vědí jací jsou. Proto si myslím, že k žádné manipulaci ze strany pečovatelek nedošlo.

Celkový počet vyplněných dotazníků od respondentů činil 87. V jedné organizaci jsem vybrala celkem 35 vyplněných dotazníků, kde aktuální kapacita klientů služby je 71. Z druhé organizace jsem vybrala 22 dotazníků a celková kapacita této organizace činí 95 klientů. Z třetí organizace se mi podařilo vybrat 30 vyplněných dotazníků, kde počet klientů využívající pečovatelskou službu je 97.

Jediná kritéria, která jsem si před začátkem dotazníkového šetření stanovila byla, že respondent musí spadat do cílové skupiny pečovatelské služby, tudíž být jejím klientem a zároveň bydlet v domě s pečovatelskou službou. Jak jsem uváděla v úvodu ne každý nájemník domu s pečovatelskou službou je její klient. A vyplňovat dotazník na bázi dobrovolnosti a upřímnosti. Všechna mnou stanovená kritéria byla dodržena. Všichni dotázaní respondenti byli klienty pečovatelské služby, kteří bydleli v domě s pečovatelskou službou a dotazník vyplnili podle svého uvážení, názoru a dobrovolně.

## **8.4 Dotazníkové šetření**

Jak už bylo výše zmíněno dotazníkové šetření se uskutečnilo za pomoci standardizovaného dotazníku. Dotazník obsahuje 10 uzavřených otázek a byl pro všechny respondenty identický a anonymní. Celkově se dotazníkového šetření zúčastnilo 87 respondentů.

Respondenty jsem oslovovala osobně bez doprovodu pracovníků pečovatelských služeb. Chtěla jsem tak u respondentů předejít zaujatosti a strachu z přítomnosti pracovníka. V krátkosti jsem představila sebe a svůj výzkum a když nastala nějaká nejasnost, vše jsem vysvětlila a uvedla na pravou míru.

## **8.5 Polostrukturované rozhovory**

Z výsledků dotazníkového šetření jsem vytvořila strukturu polostrukturovaného rozhovoru. Během dotazníkového šetření jsem se zároveň respondentů ptala na možnost, zdali by mi byli ochotní poskytnout rozhovor na sebraná data z dotazníků.

Celkem jsem získala 5 respondentů, kteří mi byli ochotní poskytnout rozhovor. Rozhovory se uskutečnily během konce měsíce března a začátku měsíce dubna a jeden rozhovor trval v průměru 10 až 15 minut. Soustředila jsem se na rozvinutí a doplnění získaných odpovědí z dotazníků.

## **8.6 Analýza dat**

### **8.6.1 Dotazník**

Dotazníky byly rozdávány jen v papírové formě. Samotný dotazník jsem vytvořila v Microsoft Word, který jsem dále vytiskla a hotovou formu předala respondentům. Dále jsem do Microsoft Excel přepsala hodnoty z dotazníkového šetření a vytvořila pomocné grafy na znázornění a představení výsledků.

### **8.6.2 Rozhovory**

Při analýze dat z rozhovorů jsem nepoužila žádný počítačový software, jelikož už jsem k sebraným datům měla určitý vztah z uskutečněných dotazníků. Tudíž se mi zaznamenané odpovědi na otázky seřazovaly jednodušeji dle témat k dotazníkovým otázkám.

### **8.7 Etické zásady výzkumu**

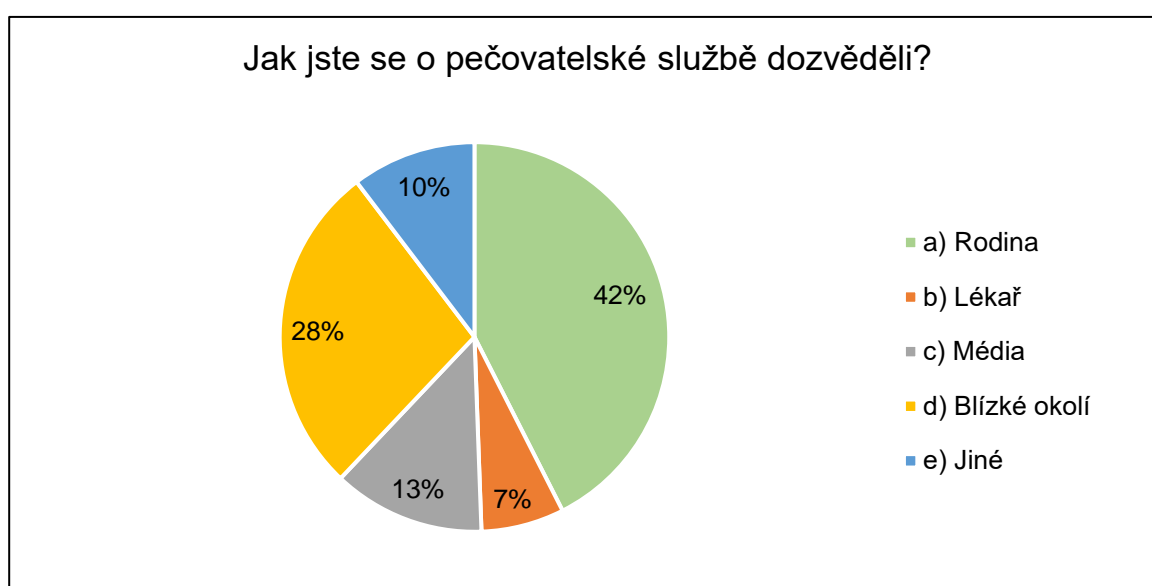
Během výzkumu nebyly porušeny žádné etické zásady. Jak už bylo výše zmíněno dotazníky i rozhovory byly provedeny anonymně. Vše bylo respondentům před začátkem výzkumu sděleno a všichni s anonymitou souhlasili. Také bylo respondentům sděleno, že veškerá získaná data budou využita jen pro výzkumný účel do bakalářské práce a jména budou změněna.

### III.PRAKTICKÁ ČÁST

V této části bakalářské práce se zaměřím na výsledky z vyplněných dotazníků a následně na jejich analýzu. Jelikož jsem prováděla smíšený výzkum budou se zde prolínat i kvalitativní data získaná z provedených rozhovorů. Výzkum se zaměřoval na mapování spokojenosti s terénní pečovatelskou službou, nikoliv na hodnocení domu s pečovatelskou službou.

## 9 Analýza a interpretace získaných dat

**Graf 1: Jak se klienti dozvěděli o pečovatelské službě**



Zdroj: Vlastní

První graf poukazuje na to, jak se respondenti pečovatelské služby dozvěděli o možnosti využívat pečovatelskou službu. Je zde vidět, že 37 (42 %) respondentů se o pečovatelské službě dozvědělo od rodinných příslušníků. To zmiňuje i paní Nováková, která se o pečovatelské službě dozvěděla od své sestry:

*„Já mám sestru jednu jedinou a je hrozně fajn, sice sme se občas pohádaly, ale to... když, je to největší kamarádka. A vona byla nemocná se srdcem a vona furt takhle šmejdila, kde by si šla do takovýdlehého ústavu nebo někam, kde by se vo ní postarali. No, a tak ta furt četla tyhle ty inzeráty, a to*

*všechno a přišla na to přesně, když já jsem chtěla taky. A přišla no to, že... (v místě kde respondentka bydlí) je dostavěnej Dům s pečovatelskou službou. A takže hned věděla, že bych to mohla použít, protože vona nechtěla jít z Plzně. Ale mě se to hodilo, já jsem chtěla právě ven. Tady to bylo úplně nový, hezký. Tady je to hezký. No mě se tu tak líbí.“*

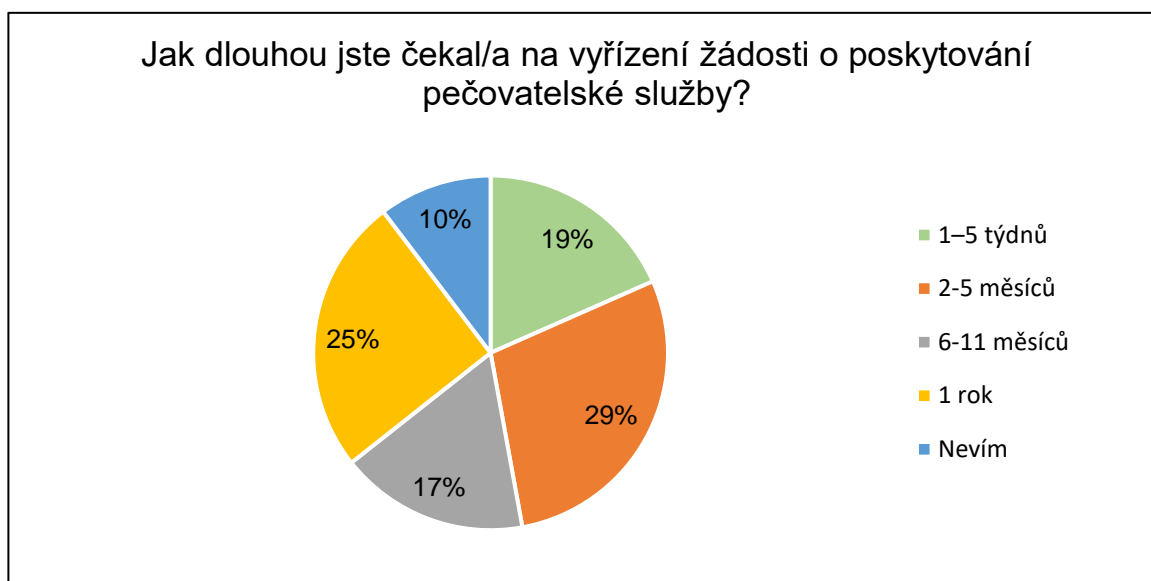
A rodinu, jako počáteční zdroj informací o pečovatelské službě považoval i pan Novák:

*„Tak já sem se o pečovatelský službě dozvěděl od mojí dcery. Myslím si, že udělala dobře, že mi vo tom řekla, protože už sem nezvládal bejt doma sám... A tak mi ukázala ten leták, kde byly ty všechny informace a já se rozhod, že to zkusim, sem jít... Myslim si, že rodina by si měla pomáhat, když jeden z rodiny už nemůže a nemůže se vo sebe postarat.“*

Velké zastoupení mělo i blízké okolí respondenta, kam se řadili přátelé nebo sousedi. Blízké okolí v dotazníkovém šetření označilo 24 (28 %) respondentů. Média označilo 11 (13 %) respondentů. Nejvíce se o možnosti využít pečovatelskou službu dozvěděli skrze informativní letáky nebo z rádiových reklam.

Odpověď „Jiné“ zakroužkovalo 9 (10 %) respondentů. Když si respondent vybral a zakroužkoval odpověď „Jiné“, bylo mu v dotazníku řečeno, aby uvedl, od koho se dozvěděl o pečovatelské službě. Většinové zastoupení bylo, že se o pečovatelské službě dozvěděli od Obecního úřadu. Nejméně zastoupenou kolonkou, kterou 6 (7 %) respondentů vyplnilo, byla, že se o pečovatelské službě dozvěděli od lékaře.

## Graf 2: Jak dlouho respondenti čekali na vyřízení žádosti



Zdroj: Vlastní

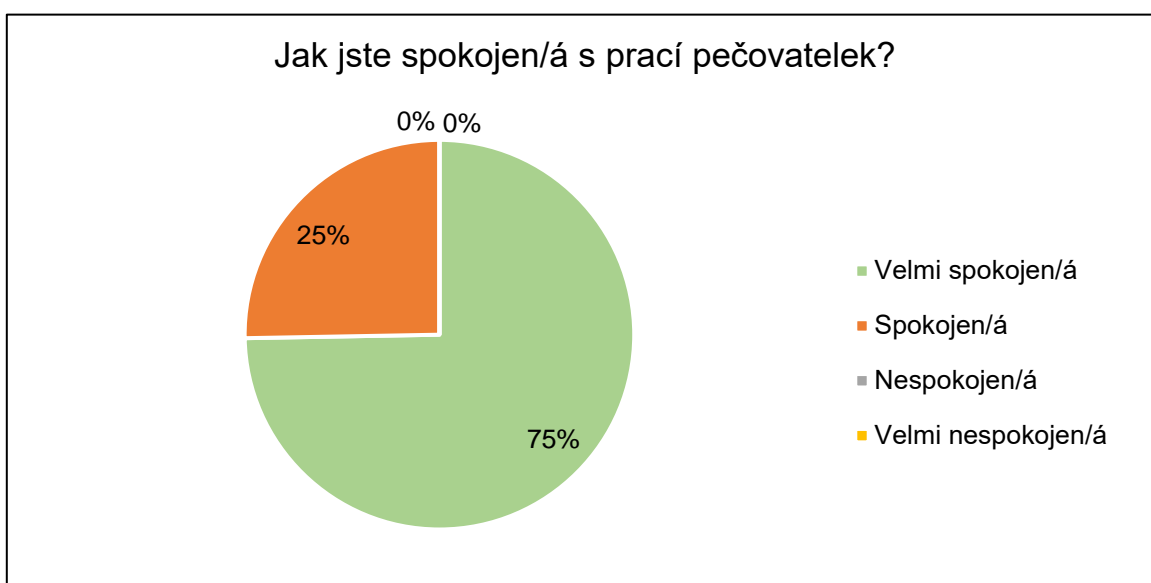
Zde lze vidět, jak dlouho trvalo, než se respondenti stali klienty pečovatelské služby. Největší zastoupení v dotazníkovém šetření měla podle respondentů odpověď 2-5 měsíců, tudíž tak dlouho čekali, než se stali klienty „své“ pečovatelské služby. Na tuhle otázku odpovědělo 25 (29 %) respondentů.

Další velké zastoupení v době čekání byl 1 rok. Tuhle odpověď zakroužkovalo 22 (25 %) respondentů. Při dotazování a vyplňování dotazníků mi mnoho klientů uvádělo, že čekali tak dlouhou dobu z důvodu plné kapacity služby. Čekali až některý klient zemře, aby se mohli nastěhovat do Domu s pečovatelskou službou a stát se klienty pečovatelské služby.

Objevily se i výjimky, kdy se respondenti stali klienty pečovatelské služby velice rychle. Konkrétně 16 (19 %) respondentů se stalo do jednoho měsíce klienty pečovatelské služby. Dalších 15 (17 %) respondentů uvedlo, že se klienty pečovatelské služby stali v rozmezí od půl roku do 11 kalendářních měsíců.

Ale zároveň byli i tací, kteří si už nepamatovali, jak dlouhá byla čekací doba, než se stali klienty pečovatelské služby. Tudiž 9 (10 %) respondentů v dotazníku uvedlo Nevím. To přisuzuji tomu, že byli klienty pečovatelské služby už dlouhou dobu. Byli i tací respondenti, kteří jsou klienty už 20 let, což si myslím, že je omluvitelná doba na to, aby nevěděli, jak dlouho trvalo, než se stali klienty.

**Graf 3: Jak jsou respondenti spokojeni s prací pečovatelek**



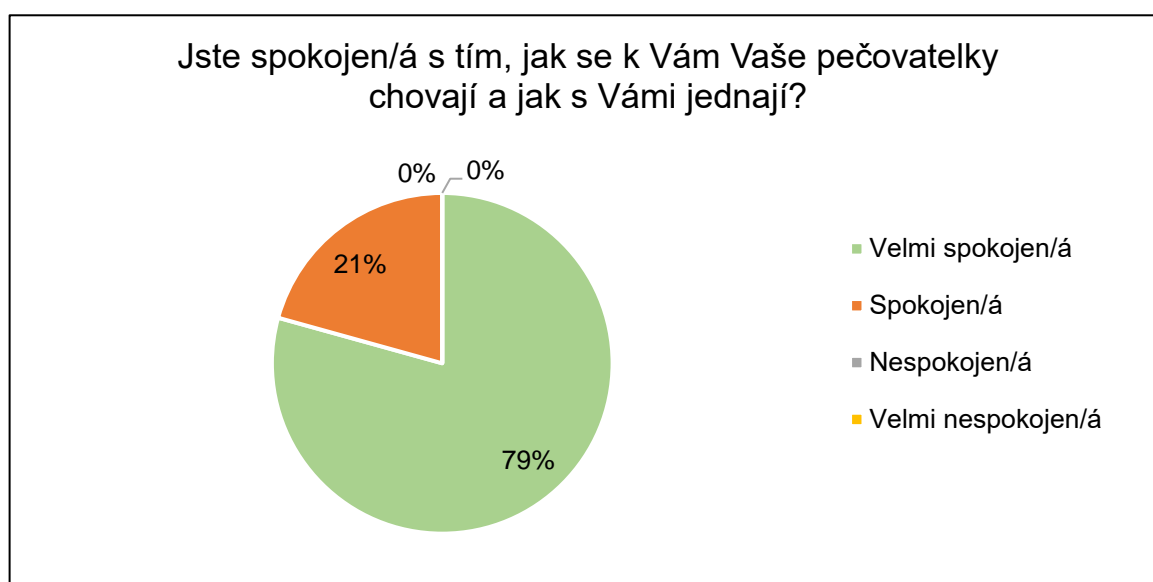
Zdroj: Vlastní

Tento graf ukazuje, jak jsou respondenti spokojeni s prací jejich pečovatelek. Jak je vidět, tak 65 (75 %) respondentů označilo, že jsou s prací pečovatelek velmi spokojeni. Zbýlých 22 (25 %) respondentů označilo, že jsou pouze spokojeni s prací pečovatelek. Žádný respondent neuvedl ani neoznačil žádnou negativní odpověď, tudíž všichni respondenti jsou spokojeni s vykonanou prací pečovatelek a s tím, jak pečovatelky svou práci provádí. Myslím si, že veškeré zaznamenané pozitivní odpovědi jsou objektivní, jelikož jsem z žádného respondenta neměla pocit, že by nad odpovědí váhal nebo zakroužkoval „lepší“ možnost.

Jako důkaz spokojenosti sdílí svůj názor paní Černá:

*„Já sem si tady vůbec nikdy, teda to můžu klidně říct, nemůžu postěžovat na nic. Já jsem tu opravdu spokojená. Poslechni...Já už jsem tu 20 let a teďka jsem měla takový malér, tady se mi udělalo špatně a bylo 4 hodiny v noci a to no, ale přišla ta Martina (pečovatelka) tady. Okamžitě... za 10 minut byla tady. Vona bydlí tady pod náma někde. Já nevím kde. A, tak přišla, a tak ochotně, ale mi tady pomohla a všechno vyprala, uklidila, mě vydrbala v koupelně a uvařila čaj, namazala chleba máslem a postel převlíkla, takže se mi to tady líbí.“*

**Graf 4: Jak jsou respondenti spokojení s chováním a jednáním pečovatelek**



Zdroj: Vlastní

Čtvrtý graf znázorňuje to, jak jsou respondenti spokojení s tím, jak se k nim chovají jejich pečovatelky a jak s nimi pečovatelky jednají. Na tuhle otázku odpovědělo 68 (79 %) respondentů tím, že jsou velmi spokojení, jak se k nim pečovatelky chovají a jak s nimi jednají. Dalších 18 (21 %) respondentů odpovědělo, že jsou spokojení s jednáním a chováním jejich pečovatelek. Stejně jako u zaznamenaných odpovědí výše (Graf 3) ani zde



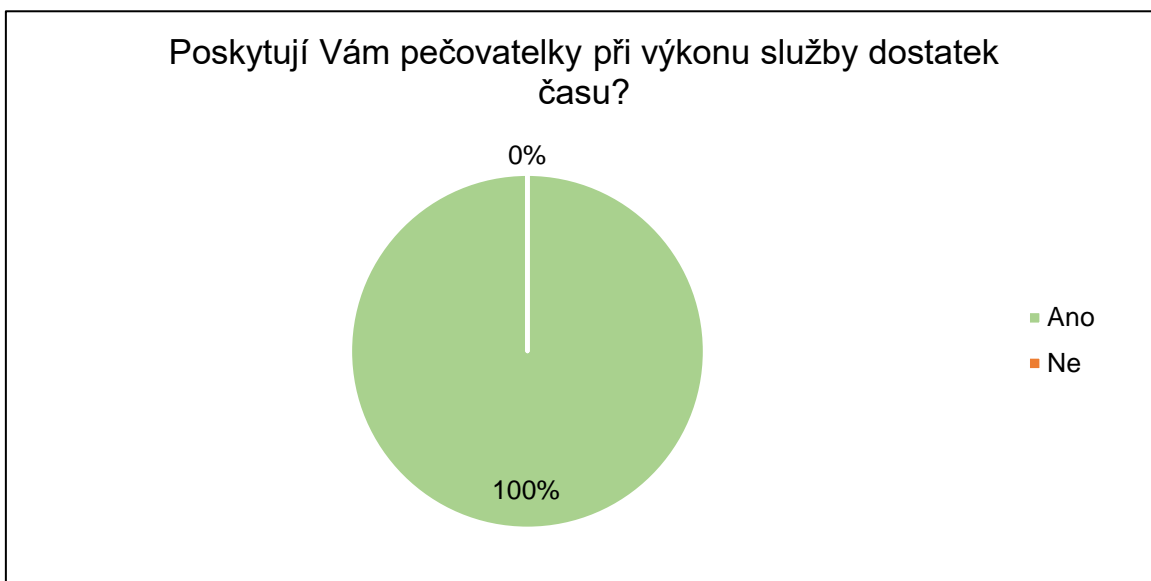
nebyla žádná negativní odpověď. A ani zde si nemyslím, že by nešlo o objektivní hodnocení ze strany respondentů.

Stejně jako u předešlého grafu (Graf 3), tak i v tomto grafu jsou zaznamenané jen pozitivní odpovědi. Vzhledem k velké podobnosti otázek, které se zaobírají, jak jsou respondenti spokojení s prací pečovatelek a jak jsou respondenti spokojení s jejich chováním a jednáním. Je dobré zmínit kolikrát se respondenti vyjádřili pozitivně. V těchto dvou grafech (Graf 2 a 3) je vidět, že na odpověď „Velmi spokojen/á“ bylo zaznamenáno 133 odpovědí. A na odpověď „Spokojen/á“ bylo zaznamenáno celkem 40 odpovědí. Celkově lze říci, že respondenti jsou spokojení, jak s prací pečovatelek, tak s jejich chováním a jednáním vůči respondentům.

Na otázku, zdali je pro respondenty důležité, aby se k nim pečovatelky chovali dobře a jednali s nimi s respektem odpověděla paní Křížová takto:

*„Hm... to jo. Je to hodně důležitý. Nechci, aby ze mě dělali vola no. To by mi mrzelo, aby se mi vysmívali nebo něco. Nebo když se ti něco stane, tak aby ses nebála no... To je takový blbý, protože za to nemůžeš, že jo.“*

**Graf 5: Časová dotace při smluvených úkonech**

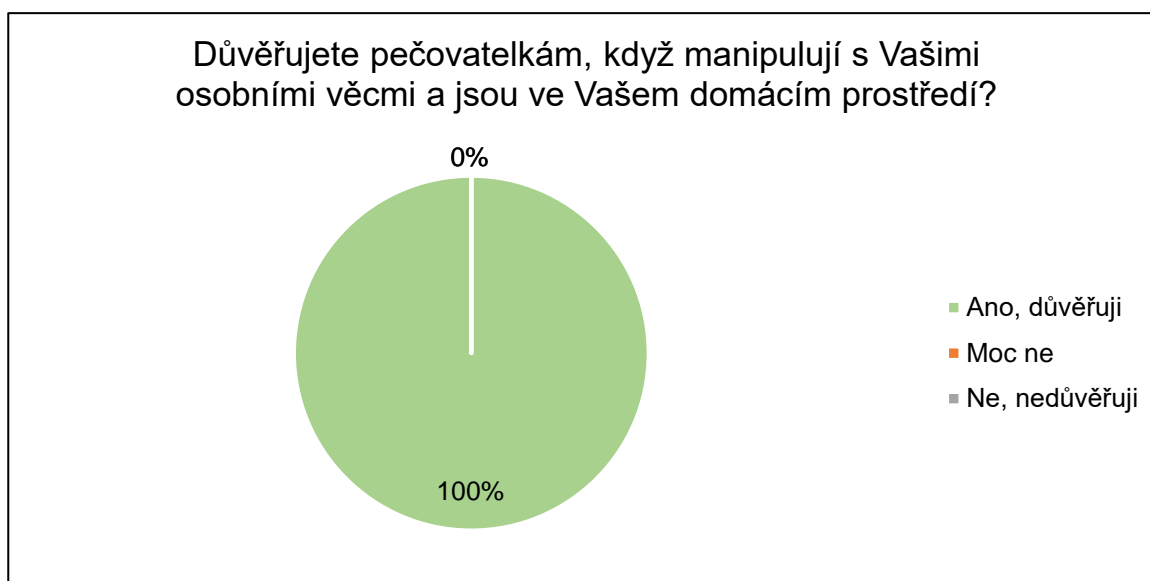


Zdroj: Vlastní

Tento graf poukazuje na to, zda pečovatelky poskytují respondentům dostatek času při vykonávání smluvených úkonů. Všichni respondenti se shodli a souhlasí, že pečovatelky jim při poskytování a provádění smluvených úkonů věnují dostatek času. Jak mi bylo řečeno, je jedno, zda se jedná o časově náročnější úkon, jako je provádění osobní hygieny nebo o časově nenáročný úkon jako je podpora při nazouvání bot. Všechny pečovatelky poskytují respondentům takové množství času, aby byl úkon provedený dobře, profesionálně a hlavně lidsky.

Tento ukazatel jako je dostatek času při provádění úkonů také mohl pozitivně ovlivnit respondenty v jejich hodnocení, zda jsou spokojeni s pečovatelskou službou. Mohl to být jeden z prvků na základě čeho se respondenti rozhodovali. Jelikož všichni respondenti odpověděli jednohlasně, že jim pečovatelky poskytují dostatek času, tak lze říci, že na základě tohoto zjištění jim pečovatelky poskytují dobrou a časově dostačující podporu a péči.

## Graf 6: Důvěra v pečovatelky

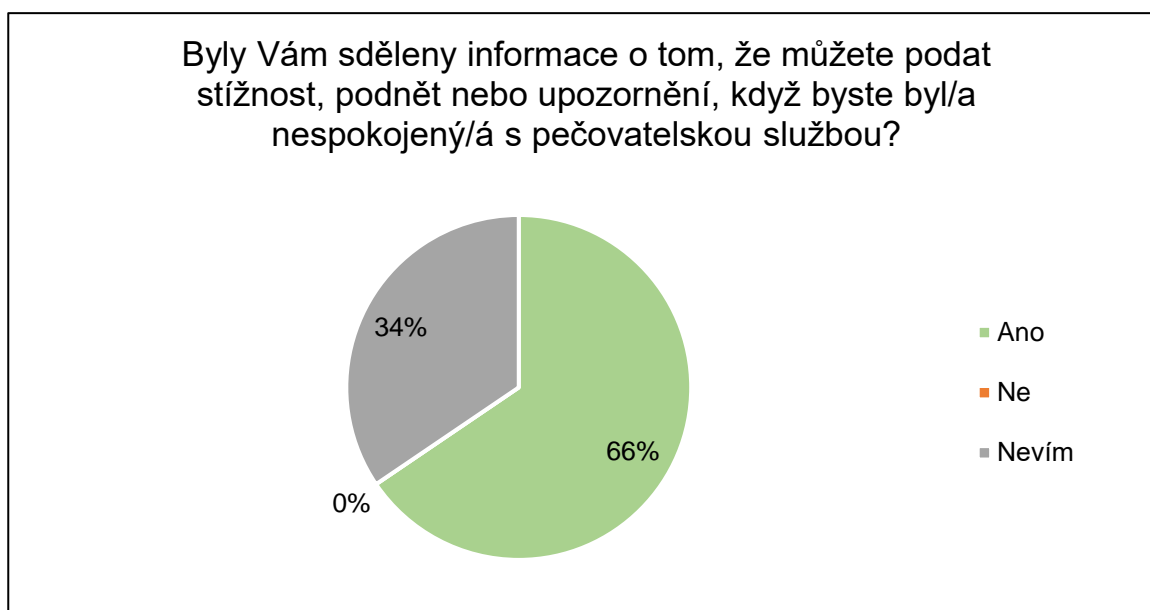


Zdroj: Vlastní

Tento graf je zaměřený na znázornění toho, jak respondenti důvěřují pečovatelkám, když manipulují s jejich osobními věcmi a jsou v jejich domácím prostředí. Opět jako v předešlém grafu (Graf 5), tak i v tomto všech 87 (100 %) respondentů označilo v dotazníku stejnou odpověď. Všichni respondenti důvěřují pečovatelkám, když manipulují s jejich osobními věcmi a jsou v jejich domácím prostředí. Mnoho respondentů mi při dotazníkovém šetření řeklo, že bez důvěry v pečovatelky, by nemohli využívat pečovatelskou službu.

Paní Mrázová na otázku, zda je důvěra mezi pečovatelkou a klientem důležitá odpověděla takto: „No to jo... Jo, je. Protože já klidně du k tomu stolu na chodbě, tam jak kecáme a jí tu nechám a věřím a myslím si, že by mi tu nic nevzala. To se mi... Já jim věřím všem. To si myslím, že by neudělali, aby něco vzali.“

## Graf 7: Sdělení informací o možnosti podat stížnost



Zdroj: Vlastní

Sedmý graf znázorňuje, zdali byli respondenti informováni o tom, že mohou podat stížnost na poskytování pečovatelské služby, když by byli s něčím nespokojeni. Jak lze na grafu vidět, tak 57 (66 %) respondentů odpovědělo, že jim byly poskytnuty informace o tom, že mohou kdykoliv podat stížnost. Kdežto 30 (34 %) respondentů odpovědělo, že neví, zdali jim byly poskytnuty tyto informace nebo si to už nepamatovali. Toto lze považovat za první získané negativum z provedeného výzkumu.

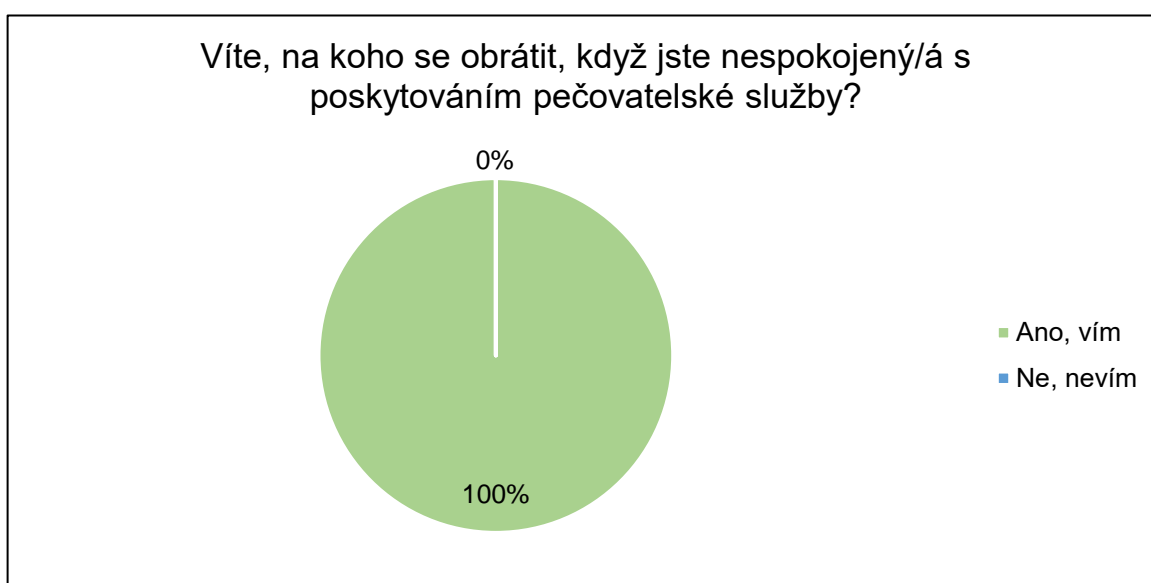
Je dobré zmínit, že ani jeden respondent doposud neoznačil v celém dotazníkovém šetření negativní odpověď. Nýbrž až v tomto grafu lze vidět první negativní odpovědi. Je to známka toho, což potvrdil i samotný výzkum, že jsou respondenti/klienti s pečovatelskou službou spokojeni. Také to ukazuje to, že tyto zkoumané organizace poskytující pečovatelskou službu provádějí službu a postupují podle standardů kvality sociálních služeb a podle zákona o sociálních službách.

Svůj názor sdílela i paní Černá: „*Mě o týchle možnosti řekli při podpisu smlouvy. Mám i takový ten papír, kde je to všechno napsaný, co bych měla*

*dělat a tak... Ale ještě nikdy sem si nebyla na nic stěžovat. Jsem spokojená... Ale zároveň sem ráda, že mi to řekli, protože vim, když se mi nebude něco líbit, tak můžu hodit papír se stížností dolů do té schránky co je dole.“*

Většina respondentů se o této možnosti dozvěděla při uzavírání smlouvy s pečovatelskou službou. Mnoho respondentů se zmínilo i o tom, že v průběhu roku pečovatelky poskytují respondentům dotazníky, kde se zjišťuje, s čím jsou respondenti spokojeni, s čím ne a co by bylo dobré změnit.

### **Graf 8: Na koho se při nespokojenosti obrátit**



Zdroj: Vlastní

Osmý graf ukazuje, zda respondenti vědí, na koho se obrátit v případě, že by byli nespokojeni s poskytováním pečovatelské služby. Tento graf doplňuje graf předešlý (Graf 7), jelikož se jedná o stejný standard kvality sociálních služeb. Konkrétně se jedná o 7. standard písmeno b), kdy poskytovatel informuje klienty o možnosti podat stížnost a na koho se v tomto případě mohou obracet.

A jak lze vidět, tak všech 87 (100 %) respondentů vědí na koho se mají v případě nespokojenosti s pečovatelskou službou obrátit. Bylo mi řečeno

od mnoho respondentů, že první, za kým jdou, když chtějí něco vyřešit nebo na něco upozornit, jsou jejich pečovatelky.

Paní Nováková souhlasí se stejným názorem: „*Jdu za pečovatelkama, protože vim, že to vykonají.... když chci něco mimořádně*“

Je zajímavé pozorovat to, že skoro jedna třetina dotázaných respondentů (viz Graf 7) nevědí, jestli jim byly sděleny informace o možnosti podat stížnost. Přesto všichni respondenti vědí, na koho se v tomto případě obrátit. Mnoho respondentů, jak je uvedeno výše, uvedlo, že první jejich kontaktní osoba je pečovatelka. Tudíž je logické, že jakmile by byli respondenti/klienti s něčím nespokojení obrátí se na pečovatelky.

V tomto případě zde také hraje velkou roli vzájemná důvěra. Jak lze vidět v Grafu 6, tak všichni respondenti důvěřují svým pečovatelkám. Jeden z důvodů může být i ten, že s nimi přijdou do kontaktu každý den a mají s nimi vytvořený určitý vztah. Kdežto s vedoucími pracovníky nebo s vedoucími organizace tak často do kontaktu nepřijdou, tudíž se na ně respondenti se stížnostmi neobrací.

### Graf 9: Řešení stížností, podnětů a upozornění



Zdroj: Vlastní

Tento graf znázorňuje, jak jsou respondenti spokojeni s tím, jak se jejich podané stížnosti, upozornění nebo podněty řeší. Lze vidět, že mnoho respondentů je velmi spokojených nebo spokojených s tím, jak se stížnosti řeší. Odpověď „Velmi spokojen/á“ vybralo 21 (24 %) respondentů a odpověď „Spokojen/á“ vybralo 17 (20 %) respondentů.

Podle tohoto výsledku lze říci, že více jak jedna třetina tázaných respondentů už někdy podala stížnost nebo upozornění na poskytování pečovatelské služby nebo když byli s něčím co se služby týče nespokojeni. Je zajímavé, že i přes podání stížnosti jsou všichni respondenti/klienti s pečovatelskou službou spokojeni. Toto tvrzení vyplývá z provedeného výzkum, kde nebyla zaznamenána ani jedna negativní odpověď.

Přisuzuji to tomu, což koneckonců potvrzuje i graf výše (Graf 9), že i když respondent podal stížnost, tak stížnost byla následně patřičně zaznamenána, evidována a vyřešena ve prospěch obou smluvních stran. Že se stížnost včas vyřešila mohlo napomoci tomu, že i ti respondenti, kteří podali stížnost jsou ve výsledku s pečovatelskou službou spokojeni.

Velké procento respondentů nepodalo žádnou stížnost, upozornění ani podnět na pečovatelskou službu ani na její poskytování. Takto odpovědělo 49 (56 %) respondentů. I paní Nováková sdílí stejný názor:

*„Já sem si stěžovat nikdy nebyla a ani bych si nešla stěžovat. Když by to bylo jó nějak důležitý nebo akutní... já nevím... to neumím říct to slovo. Tak třeba jo, když by to bylo k dobru, ale jinak abych chodila s nějakým vymáháním a hned to šla říct, to mi přide takový blbý, za to všechno, co holky (pečovatelky) pro mě dělají.“*

### Graf 10: Spokojenost s pečovatelskou službou



Zdroj: Vlastní

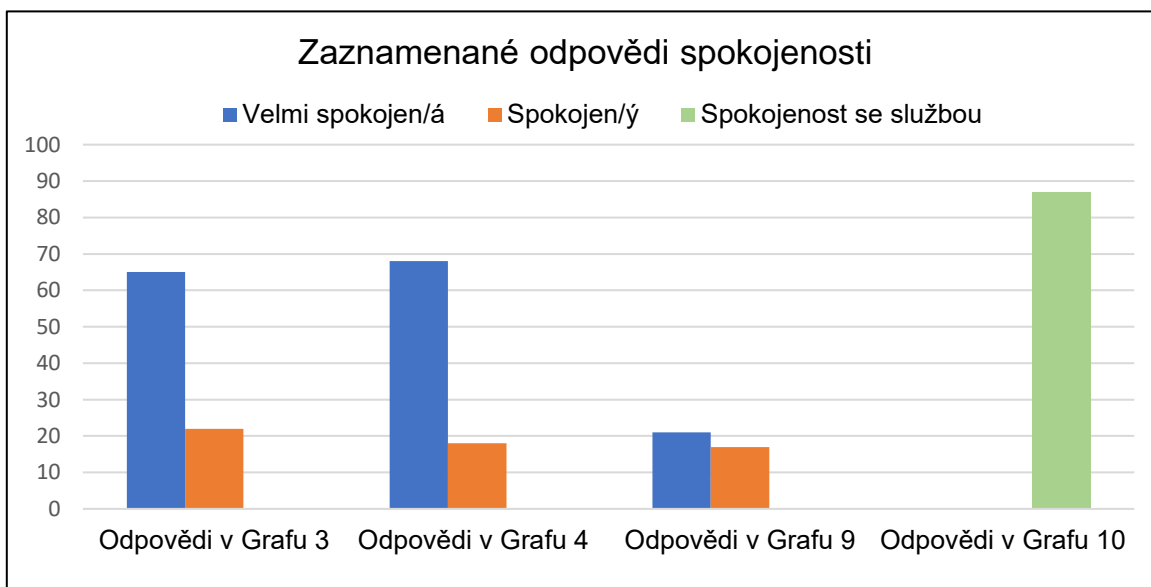
Poslední 10. graf znázorňuje názor na to, jak jsou respondenti spokojeni s jejich s pečovatelskou službou. Je zde vidět, že všech 87 (100 %) respondentů je spokojeno s jejich konkrétní pečovatelskou službou. Jak jsem uváděla u předešlých grafů (Graf 3, Graf 4), tak i zde si myslím, že zaznamenané odpovědi jsou objektivní. Všichni respondenti, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a vyplnili v mé přítomnosti dotazník na mě působili věrohodně, jelikož jejich verbální i neverbální komunikace neznačila žádnou faleš. I paní Křížová sdílela svůj názor na spokojenost s pečovatelskou službou:



„Jsem spokojená. Ehm... Nevim, jak to říct. Je fajn, když de už ode mě pryč (pečovatelka) a vše je vyřízeno a ještě u dveří se votočí a řekne: Nechcete něco ještě?, tak to třeba mi dává takový hezký pocit... to se mi líbí. Já jsem spokojená, mi opravdu nedělej nic, nikdo, co bych musela kritizovat.“

Celkové zhodnocení z dotazníkového šetření a z provedených rozhovorů ukazuje, že klienti na Plzni-severu jsou s pečovatelskou službou spokojeni. Vyplývá to z Grafů 3, 4, 9 a 10, které se zaměřovaly na spokojenost nebo nespokojenost s určitými prvky spojené s poskytováním pečovatelské služby. Veškerá získaná data nasvědčují tomu, že jsou klienti/respondenti spokojení, jelikož se zaznamenalo jen drobné negativní množství odpovědí, které ukazuje Graf 7.

#### Graf 11: Zaznamenané odpovědi spokojenosti v dotaznících



Zdroj: Vlastní

Jelikož se v bakalářské práci zabývám mapováním spokojenosti klientů přijde mi důležité znázornit zaznamenané pozitivní odpovědi, které se získaly z dotazníkového šetření na základě spokojenosti respondentů. Jsou to zaznamenané pozitivní odpovědi na otázky z dotazníků, kde jsem se ptala na to, jak jsou respondenti/klienti spokojení s pečovatelkami, se službou nebo

jak jsou spokojeni s tím, jak se řeší stížnosti (viz Graf 3, 4, 9, 10). Lze říci, že všechny odpovědi jsou na 100 % pozitivní.

Celkem se u odpovědí „Velmi spokojen/á“ v Grafech 3, 4, a 9 zaznamenalo 154 odpovědí a u odpovědí „Spokojen/á“ 57. Když by se k odpovědím „Spokojen/a“ přiřadily odpovědi z Grafu 10 od respondentů na to, zdali jsou spokojeni s pečovatelskou službou jednalo by se o celkový počet 144 odpovědí. Celkově zaznamenaných odpovědí na spokojenost je 298 a veškeré odpovědi jsou pozitivní.

Na základně provedeného výzkumu se objevily i neutrální odpovědi. Konkrétně je lze vidět v Grafech 2 a 9, kde respondenti odpovídali „Nevím“ nebo nepodalí žádnou stížnost. Dohromady se neutrálních odpovědí zaznamenalo 58.

Zároveň se i z provedeného výzkumu získalo 30 negativních odpovědí. Tyto negativní odpovědi lze vidět v Grafu 7, kde se zkoumala informovanost respondentů, zdali jim byly poskytnuty informace o možnosti podat stížnost.

Celkový počet všech zaznamenaných pozitivních odpovědí z dotazníkového šetření shrnutých v Grafech 3 až 10 činí 616 odpovědí. A jak je výše v práci uvedeno, tak bylo zaznamenáno více pozitivních odpovědí než těch negativních.

## 10 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala mapováním spokojenosti klientů pečovatelské služby na Plzni-severu. A cílem této práce bylo zmapovat spokojenost klientů s pečovatelskou službou v Plzeňském kraji, konkrétně na Plzni-severu. Výzkumu se celkem zúčastnilo 87 respondentů ze třech organizací poskytující pečovatelskou službu na Plzni severu.

Tento cíl se mi podařilo naplnit za pomoci smíšeného výzkumu. Díky dotazníkovému šetření a polostrukturovaným rozhovorům, jsem získala užitečná data, díky kterým jsem mohla zhodnotit, zadali jsou klienti pečovatelských služeb na Plzni-severu spokojeni.

Ze získaných dat lze říci, že klienti pečovatelských služeb jsou s poskytováním a se samotnou sociální službou spokojeni. Sice jsem získala ze smíšeného výzkumu nepatrný vzorek negativních odpovědí. Ale všichni oslovení respondenti byli a jsou velmi spokojeni, jak s pečovatelkami, tak i s jejich konkrétní pečovatelskou službou.

Z hlediska dotázaných klientů lze říci, že organizace poskytující pečovatelskou službu na Plzni-severu fungují na dobrém principu. Je zde vidět, že se organizace snaží naplňovat právní legislativu zákona o sociálních službách. Zároveň je zřetelné, že se organizace, a hlavně pečovatelky snaží spolupracovat s klienty na profesionální, přátelské a lidské bázi. Snaží se o to, aby si klienti udrželi svou stávající soběstačnost, nezávislost a navyklý životní styl v takové míře, aby mohli klienti zůstat v domácím prostředí.

I přesto, že někteří klienti/respondenti již někdy podali stížnost nebo upozornění, tak jsou s pečovatelskou službou spokojeni. Přisuzují to rychlému napravení a vyřešení nežádoucí situace, která ke stížnosti vedla.

## 11 RESUMÉ

The subject of the bachelor's thesis is the mapping client's satisfaction with the Nursing service in the region of northern Pilsen. The main goal, as the title of the bachelor's thesis suggests, is to map clients' satisfaction with the Nursing service in region of the northern Pilsen. To find out the positive aspects of providing a Nursing service, and conversely to find out the negative aspects or constructive criticism. I find it very interesting and important to map this topic from the client's point of view.

This thesis is divided into three parts, the theoretical, methodological and practical parts. The theoretical part deals with the characteristics of the Nursing service, its history, the target group and the actions that the Nursing service performs. The methodological part focuses on the description of the chosen method that will be used in the research. And the practical part is focused on the resulting analysis and interpretation of the obtained data

The research was carried out using the quantitative method and the qualitative method. A standardized questionnaire survey was used, followed by semi-structured interviews with clients of Nursing services.

## 12 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ASOCIACE VZDĚLAVATELŮ V SOCIÁLNÍ PRÁCI. 2022. *Kdo jsme [online]*. Brno: ASVSP. [Citace: 30. 12. 2022]. Dostupné z: <https://www.asvsp.org/kdo-jsme/>

BAUER, U. E. BRISS, P. A. GOODMAN, R. A. BOWMAN, B. A. 2014. Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet [online]*. 384(9937), 45-52. [Citace: 1. 2. 2023]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614606486>

BERNELL, S. HOWARD, S. W. 2016. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?. *Frontiers in Public Health [online]*. Švýcarsko: Frontiers Media SA. 4(159). [Citace: 31. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2016.00159/full>

BUSSE, R. BLÜMEL, M. SCHELLER-KREINSEN, D. ZENTNER, A. 2010. *Tackling chronic disease in Europe*. Strategies, interventions and challenges. Brusel: European Observatory on Health Systems and Policies. 978-92-890-4192-8.

ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z., ČEVELA, R. 2016. *Úvod do gerontologie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. 978-80-246-3404-3.

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2022. *Senioři v ČR v datech – 2022 [online]*. Praha: Český statistický úřad. [Citace: 20. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/165397788/31003422.pdf/7e1fd9c7-e5fb-4155-9e88-882ba3cb1712?version=1.5>

DEKKER, J. DE GROOT, V. 2018. Perspective in rehabilitation. Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation – an exploration. *Disability and Rehabilitation [online]*. 40(1), 116-120. [Citace: 1.

2. 2023]. Dostupné z:  
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2016.1247469>
- DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. Kvalita života seniorů. Praha: Grada. 978-80-247-4138-3.
- GULOVÁ, L. 2011. *Sociální práce*. Praha: Grada. 978-80-247-3379-1.
- HARTL, P. 2004. Stručný psychologický slovník. Praha: Portál. 80-7178-803-1.
- HAUKE, M. 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování. Praktický průvodce*. Praha: Grada. 978-80-247-3849-9.
- INSTITUT SOCIÁLNÍ PRÁCE. 2022. *Dům s pečovatelskou službou není totéž, co domov pro seniory*. [online]. [Citace: 26. 4. 2023]. Dostupné z: <https://zitdoma.cz/2021/02/15/dum-s-pecovatelskou-sluzbou-neni-totez-co-domov-pro-seniory/>
- JANEČKOVÁ, H. 2015. Sociální práce se starými lidmi. In: MATOUŠEK, O. KOLÁČKOVÁ, J. KODYMOVÁ, P. 2015. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 978-80-7367-818-0.
- JOHNOVÁ, MILENA. 2008. *Individuální plánování pro lidi se zdravotním postižením [online]*. Praha: Rytmus. [Citace: 10. 12. 2022]. Dostupné z: <https://old.kvalitavpraxi.cz/aktuality/planovani-zamerene-na-cloveka-nastroje/individualni-planovani-pro-lidi-se-zdravotnim-postizenim/>
- KAINRÁTHOVÁ, R. 2010. Přehled základních úkonů poskytovaných pečovatelskou službou. In: KOLEKTIV AKTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: APSS ČR. 263-272. 978-80-904668-0-7.
- KALVACH, Z. 2010. Bydlení seniorů z pohledu lékaře. In: KOLEKTIV AUTORŮ. 2010. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: APSS ČR. 307-314. 978-80-904668-0-7.

KOLEŇÁKOVÁ, L. PRCHALOVÁ, M. 2020. Sociální služby ve Slovinsku. *Odborný časopis Sociální služby*. 22(1), 18-21.

KOŘÍNKOVÁ, M. 2020. *Tělesné postižení [online]*. [Citace: 3. 2. 2023]. Dostupné z: [https://prirucky.ipk.nkp.cz/hf/telesne/telesne\\_postizeni](https://prirucky.ipk.nkp.cz/hf/telesne/telesne_postizeni)

LUI, K. C. HUI, S. S. C. 2009. Participation in and Adherence to Physical Activity in People With Physical Disability. *Hong Kong Physiotherapy Journal [online]*. 27(1), 30-38. [Citace: 3. 2. 2023]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1013702510700063>

MALÍK HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Praha: Grada. 978-80-247-4315-8.

MALÍKOVÁ, E. 2010. *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada. 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O. KOLÁČKOVÁ, J. KODYMOVÁ, P. 2015. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, O. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., rozšířené vydání. Praha: Portál. 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. 978-80-7367-368-0.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2023. *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [Citace: 26. 4. 2023]. Dostupné z: [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1682507576574\\_2](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1682507576574_2)

MLÝNKOVÁ, J. 2017. *Pečovatelsví 2. díl*. Učebnice pro obor sociální činnost. 2., doplněné vydání. Praha: Grada. 978-80-271-0132-0.

NÁRODNÍ ZRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL, 2023. *Chronické onemocnění [online]*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [Citace: 31.1.2023]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/160>

PELÍŠKOVÁ, V. 2010. Základní informace o dotačním programu na výstavbu domů s pečovatelskou službou. In: KOLEKTIV AKTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: APSS ČR. 263-272. 978-80-904668-0-7.

PROCHÁZKOVÁ, E. 2010. Pečovatelská služba v Rakousku. In: KOLEKTIV AKTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: APSS ČR. 263-272. 978-80-904668-0-7.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 978-80-247-3850-5.

SEYCHELL, M. 2016. *Towards better prevention and management of chronic diseases [online]*. Brusel: European Commission. [Citace: 31.1.2023]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus\\_newsletter\\_cs.htm](https://ec.europa.eu/health/newsletter/169/focus_newsletter_cs.htm)

SLOWÍK, J. 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 978-80-271-0095-8.

VÍTOVÁ, M. 2010. Milníky vývoje terénní péče v ČR do roku 2006. In: KOLEKTIV AKTORŮ. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: APSS ČR. 17-28. 978-80-904668-0-7.

VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., *kteřou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. *Noncommunicable diseases [online]*. [Citace: 31. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



ZÁKON č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

ZÁKON č. 108/2006 Sb., o *sociálních službách*.

## **13 SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Jak se klienti dozvěděli o pečovatelské službě

Graf 2: Jak dlouho respondenti čekali na vyřízení žádosti

Graf 3: Jak jsou respondenti spokojení s prací pečovatelek

Graf 4: Jak jsou respondenti spokojení s chováním a jednáním pečovatelek

Graf 5: Časová dotace při smluvených úkonech

Graf 6: Důvěra v pečovatelky

Graf 7: Sdělení informací o možnosti podat stížnost

Graf 8: Na koho se při nespokojenosti obrátit

Graf 9: Řešení stížností, podnětů a upozornění

Graf 10: Spokojenost s pečovatelskou službou

Graf 11: Zaznamenané odpovědi spokojenosti v dotaznících

## **14 SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1 – Optimální podpora

Obrázek 2 – Senioři podle věku ve vybraných letech

## 15 PŘÍLOHY

### Dotazník – „Mapování spokojenosti klientů s pečovatelskou službou na Plzni severu“

#### **1. Jak jste se o pečovatelské službě dozvěděli?**

- a) Rodina
- b) Lékař
- c) Média – TV, reklama, letáčky, rádio atd.
- d) Blízké okolí – přátelé, sousedi
- e) Jiné: (prosím napište) .....

#### **2. Jak dlouhou jste čekal/a na vyřízení žádosti o poskytování pečovatelské služby?**

- a) 1–5 týdnů
- b) 2-5 měsíců
- c) 6-11 měsíců
- d) 1 rok
- e) Nevím

#### **3. Jak jste spokojen/á s prací pečovatelek?**

- a) Velmi spokojen/á
- b) Spokojen/á
- c) Nespokojen/á
- d) Velmi nespokojen/á

#### **4. Jste spokojen/á s tím, jak se k Vám Vaše pečovatelky chovají a jak s Vámi jednají?**

- a) Velmi spokojen/á
- b) Spokojen/á
- c) Nespokojen/á
- d) Velmi nespokojen/á

**5. Poskytují Vám pečovatelky při výkonu služby dostatek času?**

- a) Ano
- b) Ne

**6. Důvěřujete pečovatelkám, když manipulují s Vašimi osobními věcmi a jsou ve Vašem domácím prostředí?**

- a) Ano, důvěřuji
- b) Moc ne
- c) Ne, nedůvěřuji

**7. Byly Vám sděleny informace o tom, že můžete podat stížnost, podnět nebo upozornění, když byste byl/a nespokojený/á s pečovatelskou službou?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**8. Víte, na koho se obrátit, když jste nespokojený/á s poskytováním pečovatelské služby?**

- a) Ano, vím
- b) Ne, nevím

**9. Jste spokojen/á s tím, jak se stížnosti, upozornění nebo podněty řeší?**

- a) Velmi spokojen/á
- b) Spokojen/á
- c) Nespokojen/á
- d) Velmi nespokojen/á
- e) Žádnou stížnost, upozornění nebo podnět jsem nepodal/a

**10. Jste spokojen/á s Vaší pečovatelskou službou?**

a) Ano

b) Ne