

# **Kvalita poskytované sociální péče v domově se zvláštním režimem a v nemocnici**

Ivana Matulíková

---

Bakalářská práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana Matulíková**

Osobní číslo: **H14018**

Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**

Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**

Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita poskytované sociální péče v domově se zvláštním režimem a v nemocnici**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality sociální péče v domově se zvláštním režimem a v nemocnici.**

**Příprava metodiky průzkumné části.**

**Realizace průzkumu kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření.**

**Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.**

**Prezentace výsledků šetření a jejich shrnutí.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**HORNER, Nigel. What is social work? London: SAGE Publications, 2012. 224 s. ISBN 978-0-85725-673-7.**

**HOLASOVÁ, Věra. Kvalita v sociální práci a v sociálních službách. Praha: Grada Publishing, 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.**

**KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.**

**KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.**

**MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby. Praha: Portál, 2011. 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.**

**Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.**

Vedoucí bakalářské práce:

**PhDr. Lucia Slobodová, PhD.**

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

**9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Heru na vědomí, že

- udevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>(1)</sup>;
- heru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejména § 35 odst. 3<sup>(2)</sup>;
- podle § 60<sup>(3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 1 autorského zákona;
- podle § 60<sup>(3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčním účelům), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně: 10.2.2019

Miloslav Kovář

(1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejněním školních prací;

(2) Právo šera nezřetělně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a státní práce, u kterých právní obhajoba, včetně posouzení opravě a splnění obhajoby prostřednictvím státního školního úřadu, je součástí zveřejnění. Právo šera je způsob zveřejnění státního školního úřadu.

(2) *Bezpečnost, důvěrnost, šifrování a rozvojem práce administrativní pracovníci kromě jiných mají být také schopni při práci vykonávat činnosti před danými obřízky bezpečně šifrování rozvojem i jiné oblasti, včetně provádění speciálních úkolů nebo vedení takového, včetně pracovních úkolů, což se na tomto obřízky práce. Každý z nich se zvláštní práce vyžadovat na své osobě, aby byl nebo stanovování.*

(3) *Měli by vykonávat práci nebo souhlasit se zvláštními a při práci podle tohoto odstavce, bez ohledu na zvláštní obřízky.*

2) *článek 6. 1216630 16. a práce administrativní a pracovní rozvojem i práci administrativní a zvláštní obřízky předem (zvláštní) ve zvláštní práci předem, § 13 odst. 1.*

(3) *Do práce administrativní činnosti pracovníci Město nebo Městský úřad mohou být zařazeni, když-li mají za sebou zvláštní nebo speciální úkony, včetně nebo administrativní pracovníci. K práci nebo k výkonu práce jako pracovníci Město nebo Městský úřad stanoveno že zvláštní Městský nebo zvláštní pracovníci mají být zařazeni jako pracovníci Město nebo Městský úřad v zvláštní práci předem (zvláštní).*

3) *článek 6. 1216630 16. a práce administrativní a pracovní rozvojem i práci administrativní a zvláštní obřízky předem (zvláštní) ve zvláštní práci předem, § 13 odst. 1.*

(1) *Škola nebo Městský úřad mohou být zařazeni k výkonu práce na pracovních místech, když-li mají za sebou zvláštní nebo speciální úkony, včetně nebo administrativní pracovníci. K práci nebo k výkonu práce jako pracovníci Město nebo Městský úřad stanoveno že zvláštní Městský nebo zvláštní pracovníci mají být zařazeni jako pracovníci Město nebo Městský úřad v zvláštní práci předem (zvláštní).*

(2) *Kromě zvláštní práce, může také Městský úřad nebo Město být zařazeni k výkonu práce předem (zvláštní) v rozvojem i provádění obřízky předem (zvláštní) a zvláštní práci předem.*

(3) *Škola nebo Městský úřad mohou být zařazeni k výkonu práce předem (zvláštní) v rozvojem i provádění obřízky předem (zvláštní) a zvláštní práci předem (zvláštní) a zvláštní práci předem (zvláštní). K práci nebo k výkonu práce jako pracovníci Město nebo Městský úřad stanoveno že zvláštní Městský nebo zvláštní pracovníci mají být zařazeni jako pracovníci Město nebo Městský úřad v zvláštní práci předem (zvláštní).*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá tematikou kvality poskytované sociální péče klientům v zařízeních pobytových a v nemocnici. Podstatným fenoménem teoretické části jsou kompetence zdravotně sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, jejich vliv na kvalitu prováděné péče vnímanou klienty sociálních služeb a samotnými pracovníky. Výstupem praktické části je získání uceleného pohledu na kvalitu poskytované péče v pobytové sociální službě a sociální službě v nemocnici. Cílem je porovnat spokojenost uživatelů v jednotlivých zařízeních.

Klíčová slova: zdravotně sociální práce, kompetence zdravotně sociálního pracovníka, sociální služby, kvalita služeb

## **ABSTRACT**

Bachelor thesis deals with theme of the quality in social care provided to clients in the facilities of accommodation and in hospital. A significant phenomenon of the theoretical part are competencies of health and social worker and the worker in social services, their impact on the quality of care perceived by clients for social services.

The outcome of the practical part is to obtain a comprehensive view of the quality of care provided in residential care services and social services at the hospital. The goal is to compare the user experience across devices.

Keywords: health and social work, competency health and social worker, social services, quality of services

Ráda bych poděkovala PhDr. Lucii Slobodové, PhD., za odborné a přínosné informace k vypracování bakalářské práce. Děkuji za její podnětné připomínky a odbornou pomoc, která pro mne byla oporou. Za velmi důležité si cením motivačních přístupů k empirické části, ochotných a pomocných rad pro zdárné vypracování.

Velký dík patří zástupcům jednotlivých zařízení, kteří mi umožnili realizaci výzkumu a navázání kontaktu s jejich svěřenými klienty služby.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

„Nejvýznamnějším ukazatelem při hodnocení služeb je to,  
jak se poskytovaná služba promítá do života lidí, kteří ji využívají.“

(Doležel, 2008, s. 32).

## **OBSAH**

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 VYMEZENÍ OBECNÝCH POJMŮ</b> .....	<b>11</b>
1.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	11
1.2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	11
1.3 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA A PRACOVNÍKA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH V SOUČASNÉM PROCESU POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE .....	13
1.3.1 Vzdělání pracovníků ve zdravotně sociální oblasti.....	14
1.3.2 Porovnání kompetencí u pracovníků poskytujících péči .....	15
1.4 ZÁKLADNÍ LIDSKÁ PRÁVA V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....	17
1.5 LIDSKÉ POTŘEBY JAKO VÝCHODISKA PRO PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	18
<b>2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM</b> .....	<b>21</b>
2.1 POSLÁNÍ A CÍL SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	21
2.2 CÍLOVÁ SKUPINA UŽIVATELŮ SLUŽBY .....	21
2.3 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ ZÁKONA O SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ.....	23
2.4 METODIKA POSKYTOVANÉ SLUŽBY .....	25
2.4.1 Individuální plánování průběhu sociální služby .....	25
2.4.2 Poskytovaná odborná péče.....	26
2.5 AKTIVIZACE A SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	27
<b>3 SOCIÁLNÍ LŮŽKO VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ</b> .....	<b>29</b>
3.1 ZÁSADY A SMĚRNICE POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY .....	29
3.2 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ ZÁKONA O SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ.....	31
3.3 LŮŽKA NÁSLEDNÉ PÉČE.....	32
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU</b> .....	<b>34</b>
4.1 CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ HYPOTÉZ .....	34
4.2 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	36
4.3 SESTAVENÍ DOTAZNÍKU.....	38
4.4 ČASOVÝ HARMONOGRAM VÝZKUMU.....	39
4.5 ZÍSKANÁ DATA A INTERPRETACE VÝZKUMU.....	40
<b>5 DISKUZE</b> .....	<b>55</b>
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>59</b>
<b>SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>61</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>62</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>65</b>



## ÚVOD

Důležitým kritériem hodnocením pro službu je zaměření na kvalitu života uživatelů a poskytované péče v pobytových službách. Život v sociálních zařízeních není v mnoha charakteristikách srovnatelný s životem běžných vrstevníků, i když poskytovatelé péče mají snahu vyhovět klientům v co nejširší formě a zabezpečit pokojné stáří. Snahou je dosáhnout nejkvalitnější péče a adekvátně motivovat k podpoře setrvání člověka v jeho přirozeném prostředí či komunitě.

V teoretické části práce se zaměřuji obecně na zdravotně sociální práci a roli sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, kteří jsou nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. Ti právě zajišťují odbornou péči o klienty v rezidenčních službách a ovlivňují kvalitu poskytované péče. Dále je práce zaměřena k okruhu služeb v domově se zvláštním režimem, kde pohledem samotných klientů je hodnocena poskytovaná péče a kvalita služeb.

Pozornost je věnována zdravotně sociálnímu lůžku, nepříliš známé oblasti zřízených sociálních lůžek ve zdravotnických zařízeních. V popředí zájmu jsou popisované problémy hospitalizovaných pacientů a jejich socioekonomická situace, která se odráží zejména v práci zdravotně sociálního pracovníka. Ten je prostředníkem, jak postupovat při řešení vzniklé nepříznivé životní situace a podílí se na realizaci pobytu hospitalizovaného pacienta ve zdravotnickém zařízení.

Empirická část se zabývá průzkumem cílové skupiny uživatelů domova se zvláštním režimem v Loučce a Sanatoria TOPAS, obě zařízení fungují v systému zvláštního režimu. Pozornost je věnována spokojenosti klientely s pobytem v zařízení a úrovni kvality dostupných služeb. Porovnávány jsou sociální služby v domovech a poskytované sociální služby v nemocnicích Slavičín, Uherský Brod a služby zdravotně sociálního střediska zřízeného v Uherskohradištské nemocnici.

V praktické části je pokládáno za důležité a výzkumem se předpokládá správnost tvrzení, že kvalita sociální péče je soustředěna na potřeby uživatelů služeb a jejich spokojenost. Samozřejmostí je, že služba se neobejde bez odborných pracovníků a jejich obětavé práce. Zakládá se na smluvním vztahu organizace s klientem a poskytovatel je podnikatelský subjekt provozující svou činnost za úhradu.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 VYMEZENÍ OBECNÝCH POJMŮ

Je zapotřebí zamyslet se, kam směřují moderní sociální služby, zda vyhovují požadavkům společnosti 21. století. Sociální služby v naší republice si prošly vývojem až do doby, kdy přišel v platnost Zákon o sociálních službách platný k 1. 1. 2007. Koncept sociálních služeb doplňují služby zdravotnické sféry. Každý člověk očekává od společnosti v případě ohrožení nemocí zvláště podporu v oblasti zdraví a nepochybně socioekonomickou pomoc, poněvadž v důsledku nemoci se mění jeho sociální role.

### 1.1 Sociální práce ve zdravotnictví

V moderní společnosti je takřka zapotřebí propojit sociální práci se zdravotnictvím. Dokazují to jak moderní studie, tak celkové potřeby v péči o člověka. Sociální práce ve zdravotnictví se podílí na koncepci kvalitní zdravotnické péče. Je důležité zajistit hodnocení kvality péče tak, aby fungovala pomocí kontrol, sociálních standardů a postupů. Standardy kvality jsou východiskem pro vytváření hodnot a měřitelných kritérií efektivnosti systému v sociálních nicméně i ve zdravotnických zařízeních. Dobrá organizace propojuje profesní jednání s lidským přístupem k pacientovi a projevuje vyšší zájem po stránce holistického pojetí ( Kuzníková, a kol., s. 164 – 166).

Zdravotně sociální práce je nedílnou součástí komplexní péče o nemocné. Pomoc je určena člověku a jejich blízkým, kteří se nacházejí v nepříznivé životní situaci. Nejsou schopni zvládat podmínky vlastními silami z důsledku působení nemoci, zdravotního postižení, věku, ztráty soběstačnosti, krizové situace, či jiného sociálně znevýhodněného prostředí. Nedovedou si sami zabezpečit z vážných důvodů své zdravotně sociální potřeby. Posláním pracovníků sociální práci je pomáhat klientům a jejich rodinám při zmírňování a odstraňování negativních sociálních důsledků nemoci v situacích, které nedokážou řešit vlastními silami ( Venglářová, 2007, s. 31).

### 1.2 Sociální služby

Systém sociálních služeb v naší republice upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí určitá ustanovení zákona o sociálních službách. Základní členění spočívá v kategorizaci za účelem poskytování druhů a forem služeb (zákon č.108/2006 Sb., § 32).

- sociální poradenství

- služby sociální péče
- služby sociální prevence.

Výše uvedené služby se rozdělují na pobytové, ambulantní či terénní. Zákonem jsou upraveny a popisují se jejich základní činnosti. Jsou přesně definovány již ve zmíněné Vyhlášce č. 505/2006 Sb., k ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění (Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách).

Odborníci zařazují sociální sféru do dvou úrovní. V první úrovni jako formu **sociální pomoci** úkolovanou státními, obecními nebo nestátní instituce ve prospěch jiné osoby. Druhou sféru jako sociální **práci ve prospěch lidí** v sociální nouzi.

Molek definuje služby jako „*nehmotné produkty směřované přímo mezi poskytovateli a zákazníkem bez uplatnění autorských práv. Obecně lze o službách hovořit jako o aktivitě, která naplňuje určitý cíl a může být orientována buď na člověka (zdraví a sociální služby) nebo na předmět (opravárenské služby)*“ (Molek, 2009, s. 8).

Zákon o sociálních službách a následné vyhlášky zohledňují skupiny přesněji, zde popisují skupinu, pro kterou je služba určena:

*„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společensky chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatelem, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství“* (Matoušek, 2011, s. 9).

V průběhu procesu sociální práce se řídí zdravotně sociální pracovník dále (ZSP) nejnovějšími metodami a používá nejnovější pracovní postupy při řešení problémové sociální situace včetně přístupu k pacientovi. ZSP při své činnosti dodržuje základní etické principy, respektuje základní lidská práva pacientů/klientů, obecně závazné právní normy a postupuje v souladu s respektováním základních lidských práv a svobod. V zájmu odpovědnosti k osobě klienta respektuje jeho rozhodnutí. V náplni práce je zabezpečit zdravotně sociální péči pacientům s širokou a specifickou sociální problematikou s ohledem na jejich zdravotní stav s využitím informací získaných ze zdravotnické dokumentace. Podle závažnosti a komplikovanosti problematiky sociální pracovník společně s pacientem stanovuje priority, postupy a cíle sociálního procesu. ZSP se podílí na řešení sociální situace pacienta v úzké spolupráci s multidisciplinárním týmem. Sociální

pracovník zapojuje do procesu sociální práce pacientovu rodinu, opatrovníky a osoby blízké (ČAS, © 2008, [online]).

Právě u sociálních služeb je prioritou poskytovat sociální poradenství, případně vykonávat konkrétní úkony související se sociální situací klienta. Zpracováním uvedených informací a rozhovorů se snaží pracovníci klienta navrátit do přirozeného prostředí, nicméně pracují i jako prostředníci k předání pacienta do jiné služby. Tady se právě otvírá dostatečný prostor pro práci ZSP. Postavení sociálních pracovníků oproti minulosti nabírá celkem jiný pohled na sociální práci. Současná koncepce klade důraz na poskytování takových služeb klientům, které umožňují dle aktuálního stavu klienta řešit problém. V systému zdravotní péče mají koordinovat spolupráci se všemi členy zdravotnického týmu a přispívat blahodárně na kvalitě života klienta.

Podle Havrdové se jedná o obor aplikované vědy, která zkoumá komplexní souvislosti mezi intrapsychickými, interpersonálními, skupinovými a společenskými procesy. Preferuje profesionální aktivitu a způsoby s cílem zlepšit životní pohodu všech lidí. Vytvářet podmínky pro rozvoj a lepší využití zdrojů jednotlivce, skupin a komunit. Předmětem je využívání prostředků analýzy a komunikace, profesionálním utvářením a usnadňováním vzájemné interakce (organizováním, vyjednáváním) a realizací a změnou legislativních a společenských podmínek, s cílem ochránit a posílit zejména znevýhodněné a ohrožené skupiny a jednotlivce ve společnosti. (Havrdová, 2010, s. 72 - 74).

### **1.3 Role sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách v současném procesu poskytování sociální péče**

Britská organizace NCVQ (National Council for Vocational Qualifications), která se rozsáhle zabývá rozvojem vzdělání a kompetencí v různých povoláních, definuje kompetenci takto: „*Kompetence je široký pojem, který zahrnuje schopnost přenášet znalosti a dovednosti do nových situací v dané oblasti povolání. Zahrnuje organizaci a plánování práce, inovaci a vyrovnání se s ne-rutinními činnostmi. Zahrnuje takové kvality jako osobní efektivitu, která je na pracovišti potřebná při zacházení se spolupracovníky, manažery a klienty.*“ (NCVQ, 2016). Aby mohli pracovníci svým klientům pomáhat, musí být na to dobře připraveni. V této době je kladen důraz na profesionalizaci sociální práce. Profesionalizaci prohlubují sociální pracovníci vyšší kvalifikaci pro pomoc klientům a výkon své profese. Podmínkou úspěšné profesionalizace je propracovaný systém

vzdělávání sociálních pracovníků. V současné době mají pracovníci v sociálních službách možnost získat či doplnit si vzdělání v oboru sociální práce v akreditovaných kurzech zaměřených na přímou obslužnou péči, výchovně nepedagogickou činnost nebo osobní asistenci.

Na univerzitách v České republice vzniklo mnoho bakalářských, magisterských a několik doktorských programů zdravotně sociální práce, ale i samotných programů v sociální práci. Studium je umožněno nejen v České republice, ale i mimo ni.

### 1.3.1 Vzdělání pracovníků ve zdravotně sociální oblasti

Profese ZSP podléhá zákonu o zdravotnických nelékařských oborech a lze si představit pod tímto názvem činnost pracovníka v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Nedílnou součástí ZSP je podílet se na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta (Zákon č. 96/2004 Sb., § 10, o nelékařských zdravotnických povoláních, 2004).

Cílem profesně zaměřeného oboru je získání kvalifikace ZSP k samostatnému výkonu přímé zdravotně sociální péče a služeb o jedince, rodinu, komunitu a to jak v oblasti preventivní, tak i v oblasti zdravotně sociální, napříč všemi věkovými kategoriemi. V neposlední míře se ZSP podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování zdravotně sociálních potřeb klienta.

Profesní kvalifikaci lze získat vysokoškolským studiem daného oboru, kde úspěšné ukončení studia dává absolventům systémový základ v oboru ZSP s možností získání další specializace v rámci celoživotního vzdělávání. ZSP zná základy práva ve vztahu ke zdravotnické legislativě, orientuje se v základních principech organizace a jejich řízení. Dovede uplatňovat nové trendy v péči o zdraví obyvatelstva a má základní znalosti klinických oborů a preventivní medicíny. V podstatě jde o základní rozdíl od ostatních profesí sociální práce, ale i v oboru sociální pedagogiky (Univerzita Pardubice, studijní program zdravotně sociální péče© 2013 [online]).

Systematickým vzděláváním pracovníků v pomáhajících profesích se zabývají kromě zdravotnických škol i komerční společnosti vystupující jako vzdělávací agentury. Vzdělání v této oblasti je celoživotním procesem k získávání teoretických vědomostí a praktických dovedností. Vzdělávací agentura pořádá rekvalifikační kurzy pro pracovníky v sociálních

službách a akreditované kvalifikační programy MPSV ČR v rámci dalšího vzdělávání pro odborníky v sociální práci a pracovníky v sociálních službách.

**Pracovník v sociálních službách** (PSS) nachází uplatnění v přímé obslužné péči, v ambulantních a pobytových zařízeních sociálních služeb. Jeho práce spočívá v nácviku uživatelů k jednoduchým denním činnostem a pomáhá při osobní hygieně i oblékání. Nedílnou součástí je i manipulace s přístroji, pomůckami a prádlem. Provádí základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků. Pracuje s klientem na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity. Podílí se v rámci interdisciplinárního týmu pod vedením sociálního pracovníka na poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizace. V charitních organizacích zabezpečuje komplexní pečovatelskou činnost a provádí osobní asistenci (MARLIN s.r.o. © 2010 [online]).

**Klíčový pracovník** sehrává nepostradatelnou úlohu v životě klienta. Prosazuje jeho práva, pomáhá mu uskutečňovat stanovené cíle. Stává se koordinátorem poskytovaných zdravotnických a sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Je jakýmsi „důvěrníkem“ klienta, který společně s klientem pracuje na jeho individuální zakázce a sestavuje s ním individuální plán, popřípadě plán péče (Havrdová, Štegmannová, 2010, s. 58).

### 1.3.2 Porovnání kompetencí u pracovníků poskytujících péči

Kompetence vybraných profesí v sociální oblasti dle Havrdové v praxi chápeme ve smyslu dobře zvládaných a uznávaných profesních rolí sociálního pracovníka, kde je schopnost adekvátně citlivě aplikovat hodnoty profese. Obecně jsou označovány za „*praktické kompetence*“. Určují směr konání práce s klienty v organizaci a realizaci v konkrétních situacích (Havrdová, 1999, s. 41).

Levická považuje za moudrost v rozvažování a konání sociálních pracovníků v nabitých zkušenostech již ve zmíněném odborném studiu, ale také vlivem dlouholeté praxe. Odbornost pracovníka se pozná podle toho, jakým dokáže být prostředníkem mezi stanovenými normami a samotným klientem. Pracovník vystupuje jako zástupce majoritní společnosti, je zástupcem státu, většiny a je reprezentantem normality. Na straně druhé je znalcem a pomocníkem z hlediska občanských práv klienta a prostředníkem působícím na obě strany. Tedy na klientovo chování i na společenské normy. Obecný cíl sociální práce,

lze také pochopit v soustavné koordinaci změn na straně norem i na straně klientových potřeb (Levická, 2009, s. 114).

V následující tabulce je znázorněno zastoupení jednotlivých vykonávaných činností. Role ZSP a PSS závisí především na schopnostech a dovednostech pracovníků v přímé péči, kteří jsou prvotní v individuální péči o klienta.

Tabulka č. 1 Výběr jednotlivých činností a jejich porovnání v závislosti na profesi

Zdravotně sociální pracovník	Pracovník v sociálních službách	Sdílené kompetence
Aktivizace klienta	Aktivizace klienta	Aktivizace klienta
Individuální plánování	Individuální plánování	Individuální plánování
Celoživotní vzdělávání	Celoživotní vzdělávání	Celoživotní vzdělávání
Depistáž		
Case manager-koordinátor		
Doprovod klienta	Doprovod klienta	Doprovod klienta
Kontakt s rodinou	Kontakt s rodinou	Kontakt s rodinou
Lektorská činnost		
Metodická a analytická činnost		
Povinné školení 24 h /rok	Povinné školení 24 h /rok	Povinné školení 24 h /rok
	Přímá obslužná péče	
Sociální intervence	Sociální intervence	Sociální intervence
Sociální šetření		
Správa finančních depozit		
Pomoc při uplatňování práv klientů	Pomoc při uplatňování práv	Pomoc při uplatňování práv
Terénní práce	Terénní práce	Terénní práce
Tvorba standardů kvality	Tvorba standardů kvality	Tvorba standardů kvality
Rozhovor s klientem	Rozhovor s klientem	Rozhovor s klientem
	Osobní asistence	

Zdroj: vlastní zpracování dle pracovních náplní profese, 108/2006 § 110, §116



## 1.4 Základní lidská práva v sociálních službách

Člověk, který chce pracovat s lidmi, si musí uvědomit, že každý jedinec má svou vlastní identitu a je svým způsobem výjimečný. Jedinečnost představuje pravou hodnotu této osoby. Snaha poskytnout právo na seberealizaci, pokud tím není porušováno stejné právo někoho jiného, je povinností a přispívá k obecnému blahu. Etika je neodmyslitelná součást profese sociálních pracovníků. V určitém smyslu se jedná o vnitřní přesvědčení a pokyny pro jednání a chování. Základním východiskem sociální práce je její etická dimenze. Sociální práce vychází z etických hodnot a legislativních norem, přičemž k základním hodnotám sociální práce patří lidská práva, humanismus a sociální spravedlnost. V základních hodnotách nalézáme etické principy profesionálního jednání sociálních pracovníků, včetně respektu ke klientovi a jeho práva na samostatné rozhodování (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 85). Tyto etické zásady napovídají, kdy vstupovat či zasahovat do života občana, jeho rodiny nebo skupiny. Jde o rozpoznání hledisek prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace. Etické zásady jednání sociálních pracovníků jsou ukotveny v etických kodexech. V souladu s nimi by měli sociální pracovníci činit svá etická rozhodnutí (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 85).

Provázející nástrahy v sociální práci zvyšují potenciál vzniku etických dilemat nebo také konfliktů. Etické dilema vzniká, když jsou osobní hodnoty sociálního pracovníka v rozporu s profesními a etickými povinnostmi. Většina pracovníků souhlasí, že by v popředí měl být nejlepší zájem klienta. Loajálnost a osobní hodnoty sociálních pracovníků v některých situacích mohou ovlivnit jejich profesionalitu, mluvíme o závažných etických rozhodnutích (Berg-Weger, 2013, s. 151 – 153, také Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s 87).

Pokud se klient rozhodne využít konkrétní sociální službu, neznamená to, že ztrácí svá lidská práva, svobodu nebo právo rozhodovat o vlastním životě. Podílí se na řešení situace, kterou nedokáže zvládnout sám. Právě poskytovatel dohlíží na dodržování jeho práv při průběhu sociální služby, zajišťuje a podporuje klienta při jejich prosazování. Mimo jiné vymezí situace, kdy by k porušování práv při poskytování sociální služby mohlo dojít. Má stanoveny směrnice takovým situacím předcházet a musí je řešit.

Respektování zásadních lidských práv jednotlivců i skupin jsou vyjádřena v univerzální Deklaraci lidských práv Spojených národů a od ní odvozených mezinárodních úmluvách. Sociální pracovníci jsou vázáni zásadami sociální spravedlnosti a nesou odpovědnost na

základě svých odborných vědomostí a dovedností. Podporovat rozvoj jednotlivce, skupin, obcí a společností, pomáhat řešit konflikt na úrovni osoba-společnost, nabídnou co nejlepší možnou podporu všem, kteří hledají radu a pomoc bez diskriminace. Každá společnost, a tu zdravotně sociální pracovník zastupuje, by měla bez ohledu na svou společenskou formu nabízet vysokou míru blahobytu pro všechny občany.

Sociální práce využívá mnoho nástrojů ke zlepšení nepříznivé sociální situace. Kromě etického ukotvení jednání sociálních pracovníků jsou i nezbytné, jak už je zmíněno v tabulce i odborné znalosti a jejich prováděné činnosti adekvátně aplikované v poskytované pomoci. Vhodné chování a osobnostní charakteristiky či odpovědnost, ovlivňuje osobnost sociálního pracovníka, jeho zkušenosti a schopnosti, které hrají v poskytování odborné pomoci klientům stěžejní roli (Havrdová, 1999, s. 73-74).

Matoušek vysvětluje **sociální ochranu** jako pojem popisující úsilí veřejnoprávního subjektu k řešení životních situací, poněvadž bývají pro občany obtížné a vedou k ekonomické a sociální nouzi. Občané nejsou schopni vlastními silami své situace řešit. Aktivita v oblasti zdravotní, sociální prevence a sociální péče jsou předmětem sociální roviny, kde je cílem sociální ochrana zajištění sociálních práv a důstojného života vůbec (Matoušek, 2011, s. 11).

## 1.5 Lidské potřeby jako východiska pro plánování sociální služby

Jedním z rysů moderního systému sociálních služeb je, že reaguje na aktuální potřeby. Ty ovlivňují, jaké druhy služeb a v jakém rozsahu jsou poskytovány určité cílové skupině. Služby nelze poskytovat na základě předem daných normativů, i když ty jsou důležitým aspektem pro hodnocení dlouhodobého trendu v sociální oblasti. Základním principem je, že služby by se měly přizpůsobovat potřebám lidí a být snadno dostupné.

Podle Levické by měly být služby klientům k dispozici 24 hodin denně, aby zvládly pokrýt veškeré nutné požadavky. Stává se, že situace u klienta se náhle změní a je zapotřebí rychlého jednání, reflektovat problém a reagovat na něj. Z důvodu neposkytnuté okamžité pomoci může být i následná péče náročnější po stránce ekonomické. Case manager v pozici vedoucího interdisciplinárního týmu zodpovídá, že v jeho týmu budou kvalifikovaní pracovníci, kteří jsou schopni poskytovat efektivní pomoc a kvalitní služby (Levická a kol. 2012 s. 96).

Zásadou je, aby pracovník zvládal rozvíjet účinnou komunikaci, neboť mluva je jeho hlavním a jediným pracovním nástrojem. Komunikační kompetence jsou nezbytné pro sociální práci. Znamená to znát a ovládat systém znaků, rozumět pravidlům kombinatoriky, umět znaky správně používat a poznat, kdy je nepoužít správně. Dovednosti samy o sobě neposkytují klientovi pomoc, jsou však základním prostředkem pro to, aby pracovník mohl navázat vztah s klientem a začít s řešením jeho problému. Nejdříve je zapotřebí získat z dostupných zdrojů co nejvíce informací o klientovi. Při zjišťování **potřeb** respektujeme vůli klienta, pozvolně získáváme jeho důvěru a snažíme se o spontánní změny jeho postoje (Malíková, 2011, s. 172 – 173).

**Sociální potřeby** jsou předmětem sociální politiky a zároveň východiskem současnosti pro uspokojování potřeb. Nezbytnou podmínkou kvalitní sociální služby je také podle Matouška průběžné hodnocení klientových potřeb, které vychází z plánu péče a z cílů reflektovaných klientem v dialogu (Matoušek, 2013 s. 222).

Pro přehlednost je uvedena jedna z nejznámějších lineárně sestavených pěti základních lidských potřeb. Autorem je Abraham Maslow.

V základním členění jsou definovány potřeby všeobecné, důležité pro všechny lidi a potřeby specifické, týkající se pouze omezeného okruhu lidí. Nejznámějším schématem selekce lidských potřeb je Maslowova pyramida potřeb. Jednotlivá patra jsou rozdělena na nižší potřeby, kde řadíme potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí. Horní patro zabírají potřeby vyšší, kde jsou vnímány potřeby sounáležitosti a lásky, úcty a sebeúcty včetně potřeby sebeaktualizace. Za nespokojenost považujeme nenaplněné potřeby a tento stav se odráží u jedince vnitřním psychickým neklidem s následkem možné společenské izolace. V sociálním prostředí je žádoucí dosahovat pravidelně a ve zvýšeném výskytu uznaných sociálních potřeb. Charakteristickým znakem životní úrovně je spokojenost po stránce fyzické, materiální a duchovní potřeby člověka (Duková a kol. at al Trachtová, 2013, s. 42-43 ).

Obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb



*Zdroj: text učebnice Sociální politika at. al. Trachtová, 2001, s. 14*

Střední příčky stupnice znázorňují vyšší psychické potřeby, kde láska a potřeba sounáležitosti vyslovují rozšířenou potřebou sebeaktualizace. Potřeba ocenění se týká klientů s těžkým a kombinovaným postižením. Řadíme zde psychické aspekty, týkající se pozitivního sebeobrazu, sebedůvěry a sebehodnoty jedince. Potřeba ocenění souvisí s uznáním, potřebou úspěchu a naplnění důležitosti vedoucí k osobní identitě. Klient dostává zpětnou vazbu i tím jak se k němu zaměstnanci chovají a jak mu předávají komunikační sdělení, zda jej akceptují i spolubydlíci a vnímají ho s respektem. Nejcitlivější je oblast intimity, součástí je sebepojetí a sebeúcta. Koncept fyzické intimity odkazuje k sociální blízkosti, která zasahuje do intimního prostoru těla (výkon hygienických úkonů u klienta), což je menší jak 30 cm (Ludíková a kol., 2015, s. 88).

Na vrcholu hierarchie se nachází potřeba seberealizace. Zde je kladen důraz nalézt sebe samotného, realizovat vlastní potenciál a obvykle uplatnit své vlastnosti a využít svých možností. Člověk by měl dělat to, na co stačí. Uspokojení těchto potřeb je založeno na individualitě. Může se projevit i touha malovat, být atletem, vynálezcem nebo dobrou matkou. Nemusí vždy jít o vlastní tvorbu, i když u lidí s kreativními schopnostmi tomu tak ve většině případů bývá. Je důležité dobře vnímat morální hodnoty a posléze lze úspěšně sklízet přiměřené aktivity i u osob, které jsou závislé na kvalitě sociální interakce jedince s druhými lidmi (Ludíková a kol., 2015, s. 90).

## 2 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domovy se zvláštním režimem (dále DZR) řadíme do pobytových sociálních služeb poskytující celoroční ubytovací službu. Uplatňuje se specializovaná péče pro lidi s různým typem onemocnění a přístupem péče.

### 2.1 Poslání a cíl sociální služby

Zákon přímo říká, že „sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“ (§ 3, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách). Jedním z podaných důkazů, že se daří naplňovat plány, označujeme posláním.

Poslání je základní stavební kámen služby. Mělo by zajišťovat průhlednost, něco jako orientační bod v prostředí pro poskytovatel existuje, kam směřuje a čeho chce dosáhnout. Poslání určuje dlouhodobé a krátkodobé cíle organizace a vyjasňuje její zaměření. Určuje směřování a společné hodnoty ve způsobu poskytování služeb.

Horner popisuje stávající služby, postupy a problémy takto. Definuje holistické pojetí chápání sociální práce, která vyžaduje reflexi a analýzu všech způsobů prováděných v praxi tak, jak to popisují sociální pracovníci: Je snadné vidět konkrétní snímek určité služby, ale je nutné vnímat službu z pohledu celistvosti. Zatím co stále funguje obecný koncept sociální práce jako ucelený soubor činností prováděných odlišnou skupinou běžně vyškolených a registrovaných odborníků (Horner, 2012, s. 114).

Aby mohly hodnoty a cíle být uplatňovány, je třeba si je nejdříve definovat smysl. Na tomto procesu se podílí jak pracovníci zařízení, tak i ti, kteří jeho služby užívají. Výhoda takového zřetelného zaměření spočívá v tom, že směřuje a podporuje pracovníky v rozhodování k jasnému cíli.

### Cílová skupina uživatelů služby

Cílová skupina uživatelů se obecně stanoví v souladu s ustanoveními zákona o sociálních službách jako: senioři, osoby se zdravotním postižením a osoby v momentální nepříznivé sociální situaci. Často se používá pojmu osoby, které jsou ohroženy sociálním vyloučením, nebo osoby, které potřebují pomoc a stálou podporu ve většině oblastí svého života. Obecné formulování cílové skupiny uživatelů však z praktických důvodů nepostačuje. Má se za to, že je nutné definovat cílovou skupinu přesněji, a to tak, aby byla představena

samotným uživatelům, jejich blízkým, rodinám a laické i odborné veřejnosti. Definování služby vychází z díkce zákona o sociálních službách, tak aby bylo zřejmé potencionálním partnerům, v jaké situaci se na službu mohou žadatelé obracet. Je možné upřesnit a doplnit charakteristikou obsahující například spádovou oblast.

Hlavním záměrem je představit službu veřejnosti, tak jak je služba zaregistrována v registru poskytovatelů. V základních dokumentech poskytovatele je formulována cílová skupina přesně. Popis cílové skupiny naznačuje, komu je služba určena. Měla by být v souladu s odborností personálu, potřebami a zadáním zřizovatele. Cílovou skupinu se doporučuje definovat v souladu s technickými a prostorovými parametry zařízení. Popis cílové skupiny slouží i jako ochrana organizace před rizikem, že je služba poskytována uživatelům, pro které není vhodná, například osobám, jejichž stav vyžaduje nepřetržitý dohled. Zásadou je splňovat individuální potřeby uživatelů pro dosažení důstojného, aktivního a hodnotného způsobu života.

Poskytovatel sociální služby se stará o zajištění, aby jeho forma péče nejlépe odpovídala individuálním potřebám jedince po stránce zdravotní, sociální i psychické. Zohledňuje jeho ekonomické a materiální zdroje. Cílem adekvátní sociálně - zdravotní péče by mělo být přispívání k samostatnosti, nezávislosti a seberealizaci člověka. Zařízení se zavazuje klientovi umožnit důstojné stáří a umírání, odpovídající zdravotní a sociální péči v této přirozené fázi života. Samozřejmostí je i přístup v rámci individuálního a humánního soužití a docílit se co nejvíce přiblížení k obvyklým životním podmínkám.

Ve smlouvě o poskytování služeb je uvedeno, jaké služby (co) bude zařízení klientovi poskytovat. V plánu péče je dále rozvedeno, jakým způsobem budou služby poskytovány v konkrétním případě. Popis by měl být vždy stručný, jasný a srozumitelný všem osobám, které budou plán využívat včetně klienta, popřípadě dalších osob, které se pečovatelským plánem řídí. V případě, že uživatel má specifické potřeby v komunikaci nebo komunikuje omezeně, probíhá plánování formou pozorování a sběru informací. Zde se využívá přístupu ke klientovi jako ke klientovi se specifickými potřebami ve vyjadřování. Pomocníkem je augmentativní a alternativní komunikace ( AAK ), dorozumívání formou piktogramů, obrázkovou technikou zvanou Makaton nebo Bliss ( SAAK, © 2011 [online]).

## 2.2 Legislativní ukotvení zákona o sociální službě

Tabulka č. 2 Specifika sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. § 50

Sociální služby	Způsob hodnocení a rozsah úkonů
Druh sociální služby	Služby sociální péče
Forma zařazení	Pobytová služba
Typ zařízení	Domov se zvláštním režimem
Cílová skupina	Osoby se sníženou soběstačností, z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osoby se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění. Režim těchto domovů je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.
Základní činnosti	Cílem je rozvíjet a udržovat stávající soběstačnost uživatelů služby s poskytnutím ubytování s celodenní stravou. Zabránit stigmatizaci lidem s duševním onemocněním a zapojit je do socializace a přiblížit obvyklý způsob života. Pomáhat při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Nabízet aktivizační činnosti včetně terapeutické pomoci. Hájit práva a zájmy uživatelů, obstarávat osobní záležitosti se správou finančních depozit.
Rozsah služby	Nepřetržitý provoz
Úhrada za službu	Smlouva. Maximální výše úhrady za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu dle smlouvy.
Cíle služby	Podporovat rozvoj a zároveň udržovat stávající soběstačnosti uživatele, vést k návratu do vlastního prostředí. Rozvíjet schopnosti uživatele a umožnit mu vést samostatný život. Motivovat k zachování co nejvyšší kvality života a důstojnosti.

*Zdroj: vlastní vypracování dle vyhlášky č. 505/2006 § 16 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*

DZR jsou zřízeny pro občany se specifickými potřebami, u nichž se projevuje snížená soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislost na návykových látkách. Jsou určeny taktéž osobám se stařeckou Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Zde se poskytuje taková péče, kdy situace si vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim a povaha v daných zařízeních sociálních služeb jsou přizpůsobeny požadavkům a potřebám těchto osob. Přihlíží se k většímu počtu obslužného personálu včetně bezbariérového přístupu ubytovacího prostředí.

Oblast kvality patří mezi základní povinnosti poskytovatele včetně dodržování standardů kvality sociálních služeb. Závazné dílčí kritéria se řídí vyhláškou 505/2006 Sb. Zákona o sociálních službách. Na povinnosti se v pojetí kvality často zapomíná. Jsou však vázány se správními delikty. Nové pojetí zdůrazňuje individuální práci s klientem. Podle jeho nepříznivé sociální situace, která je podstatným východiskem pro poskytování sociální služby se bere v úvahu i míra závislosti klienta a výše příspěvku na péči (Matoušek, 2011, s. 67-70).

Kvalita je o procesu poskytování sociální služby s důrazem na dodržování lidských práv v návaznosti na kontrolu a prověřování plnění jednotlivých kroků stanovených ve standardech kvality.

Povinnosti a kritéria kvality sociálních služeb se opírají v 5 oblastech kvality:

- garance služby
- proces poskytování sociální služby
- lidsko-právní pojetí
- vedení dokumentace
- spolupráce

Garance kvality sociální služby je zajištěna pomocí měřitelných parametrů, kde **standardy kvality** zajišťují metodický nástroj. Indikátory měření kvality jsou předmětem shody v hodnocení inspekce kvality péče. Kvalita sociálních služeb spočívá ve správně nastavených standardech kvality. Zároveň orientují uživatele služby o organizaci a jsou využívány i v rámci sebeposuzování poskytovatele.

**Procesem poskytování služby** se rozumí celý proces práce s klientem od jednání se zájemcem o službu přes plánování a hodnocení sociální služby až po naplnění služeb podle



uzavřené smlouvy. **Lidsko-právní oblast** tvoří systém, který má předcházet situacím ohrožení lidských práv a nápravy situací v případě porušení lidských práv včetně možnosti podat stížnost.

## 2.3 Metodika poskytované služby

Vedení dokumentace spočívá ve vytvoření pravidel pro správu dokumentace sociální služby a klienta. Metodika obsahuje soubor směrnic pro jednotlivé úseky domova se zvláštním režimem. Jsou to tzv. postupy výkonu práce oddělení sociálního, zdravotního a personálně technického úseku. Komplet metodických pokynů doplňuje domácí a návštěvní řád. Domovy se zvláštním režimem jsou přizpůsobeny specifickým potřebám těchto osob a metodika musí splňovat popis úkonů zahrnutých v § 16 citované vyhlášky č. 505/2006 Sb. Zařízení má možnost i rozšířit základní nabídku, povinnou podle platné legislativní normy, a může poskytovat klientům další služby. Jedná se o spolupráci s ostatními poskytovateli dalších služeb. Mluvíme o rozvoji a podpoře využívání služeb dle potřeb klienta, kde je kladen důraz na využití přirozeného sociálního prostředí. Provozování a zprostředkování podpůrných služeb pro osoby s postižením v těch adaptačních oblastech, které jsou nezbytné pro začlenění osob s postižením do obce či komunity.

### 2.3.1 Individuální plánování průběhu sociální služby

O individuálním plánování lze říci, že je to dialog mezi klientem a klíčovým pracovníkem o potřebách klienta. Souvisí s vyjednáváním o tom, jaké jsou jeho potřeby a zda mu může organizace pomoci uskutečnit přání. Individuální plánování podporuje běžný způsob života uživatele a má se za to, že vychází ze skutečných potřeb a osobních cílů klienta. Plánování probíhá společně s uživatelem s ohledem na schopnosti a možnosti klienta dle jeho volby. Součástí plánu je osobní cíl, který lze měnit a taktéž ho pravidelně přehodnocovat. Existují kritéria a termíny pro jejich hodnocení, za což jsou zodpovědní klíčoví pracovníci. Podle Havrdové disponuje klíčový pracovník vlastnostmi pomáhajícího profesionála, který zaujímá osobnostní postoj, znalosti a dovednosti. Věnuje se klientovi nejenom jednorázově, ale opakovaně a průběžně. Je jakýmsi nositelem míry individualizace péče v zařízení (Havrdová, 2010, s. 58).

Proces individuálního plánování (IP) realizovaných služeb začíná již ve fázi jednání se zájemcem o službu, kdy jsou zjišťovány potřeby a osobní cíle klienta a je sestavena

první verze **individuálního plánu**. Plánuje se průběh poskytování služeb, který vede k naplnění osobních cílů klienta a k řešení jeho nepříznivé situace. Součástí IP bývá obvykle rozhovor nebo pozorování. Každý plán prochází hodnocením, kde klíčový pracovník s klientem provádí shrnutí, rekapitulaci a ukotvení důležitých bodů v realizaci plánu a současně motivuje klienta k určení sledu menších a dosažitelných kroků v rámci hlavního cíle.

U klientů s rizikovým a problémovým chováním, týká se hlavně klientů DZR, se vedle IP sestavuje i **plán krizový**. Jedná se o plán nadčasový, kdy jsou předem vyselektovány spouštěče krize. Klíčový pracovník zapracuje do plánu faktory chování při incidentu a stanoví varovné signály, kterým je zapotřebí se vyhýbat. Předchází úrazům, chrání tím zdraví klienta a ostatních pracovníků. Forma a struktura krizového plánu stanoví popisy jednotlivých incidentů, kde patří fyzická agrese, manipulační chování či jiná bezpráví. V případě, že se incidenty vzájemně shodují, je provedena analýza problémového chování klienta a sestaven krizový plán.

### 2.3.2 Poskytovaná odborná péče

Odborná péče se dělí na zdravotní složku a sociálně terapeutickou. Zdravotní péče v pobytovém zařízení, jakož je i domov se zvláštním režimem, probíhá formou zvláštní ambulantní péče podle zákona č 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění. V tomto případě zajišťují ošetrovatelskou a rehabilitační péči samotní zaměstnanci, všeobecné sestry, jejichž kompetence podléhá zákonu 96/2004 o nelékařských profesích. Rozumí se tím činnost všeobecné sestry s registrací, která je nezbytností pro výkon profese. Zabezpečuje odbornou způsobilost k ošetrovatelským úkonům včetně podávání medikace v rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (Matoušek, 2011, s. 79).

Sociálně terapeutickou pomocí se rozumí adaptovat a integrovat, zároveň vést k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností včetně dovedností podporující sociální začleňování osob. Nedílnou součástí je zprostředkování odborné pomoci při řešení problému uživatele služby (vyslechnutí, zorientování, nalezení cesty řešení). Základní metodou je **individuální rozhovor**. Probírají se běžné záležitosti, aktuální starosti, spokojenosti, nespokojenosti apod. Pracovník neprojevuje v kontaktu s uživatelem netrpělivost, ale naopak je ve snaze o navázání vztahu založeného na empatii. Skrze tyto krátké rozhovory dochází ke společnému poznávání obou zúčastněných stran a vytváří se předpoklad pro vzájemnou spolupráci.

## 2.4 Aktivizace a sociální rehabilitace

Volnočasové a zájmové aktivity jsou nedílnou součástí poskytovaných služeb v zařízení. Jsou nápomocny při obnovení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Počítáme mezi ně nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Většina lidí s vážným duševním onemocněním se stává neschopna práce, ztrácí tím sebedůvěru a závěrem tak dochází k invalidizaci. Cílem podpory zaměstnání je, aby se klient mohl co nejvíce zapojit do činností a neměl pocit, že je na svůj problém sám a nedokáže zvládat tempo. Podmínkou úspěchu je nejen dostatečné spektrum nabídky pracovně rehabilitačních aktivit, ale i existence nabídky v psychoterapii.

Všeobecně je považováno, že od skupinové terapie je očekáváno odstranění problému a má za cíl zlepšit psychickou vyrovnanost, což se promítne i do lepšího vztahu se společností. Kolektivní terapie působí na jednotlivce a na jeho sociální vazby a situace, které odrážejí vztahy s okolím. Klient se dostává do společenských rolí a pozic, které mohou ukázat, kde vznikl jeho problém, kde vyvolává problémy naopak on okolí, a opět se učí s pomocí kolektivu problémy řešit. Terapie nemá za účel pouze zvnějšku napravit, ale porozumět a vcítit se, pracovat s řešením nebo s kompenzací.

Každému je umožněno zapojení do odpolední odpočinkové činnosti a nezůstávat sám. Je dovoleno v kruhu si zazpívat, bez znalosti textů písní. Texty se sledují na obrazovce a terapeut předzpívává. Naopak u klientů, kteří nechtějí a nemají zájem o vzájemnou komunikaci, spíše v nás vyvolává pocit, že je obtěžujeme verbální řečí. Takoví klienti se zrovna rádi zúčastňují společného sezení i v případě, že by byli v roli aktivního mlčení, jen tak pozorují ostatní. Muzikoterapie je nějakým způsobem naplňuje a je pro ně dostatečnou formou kontaktu s okolím. Klienti se navzájem doplňují a každý z nich prosazuje svoje pocity a snaží se projevit různými výtvarnými technikami k docílení příjemného uvolnění. **Kreslení, malování, grafické techniky** patří k nejčastějším užívaným činnostem v rámci arteterapie. **Práce s papírem** se dá nazvat hrou s papírem. Pracovní postupy se zakládají na skládání papíru, vystřihování, koláž, prostorové práce (modely), kartonáž (obal na knihu). Netradiční způsoby: papírová batika, papírové tkaní, kusudami, oryami. **Ruční práce s textilem** je velmi rozmanitá, lze ji provádět ve speciálních dílnách, ale také na nemocničním lůžku v jednoduchých podmínkách. **Keramika** se provozuje za doprovodu trainingového specialisty, vyškoleného keramika, pouze v keramické dílně – nástroje vypalovací pec, keramická hlína, glazury. Umění může člověka určitým způsobem

zasáhnout. Může ho integrovat, intelektuálně a fyzicky rozvíjet, podporovat v sociálních dovednostech, rozvíjet estetiku a kreativitu. Výtvarné prostředí je nástrojem neverbální komunikace (Mlýnková, 2011, s. 175).

Terapie zahradničením, také ergoterapie, stanovuje způsob léčby působící příznivě na tělo, mysl a duši. Je vhodná pro starší lidi, neboť je dobrou motivací pro fyzickou aktivitu a člověk je donucen k fyzické námaze a též pro klienty, kteří odmítají cvičit. Tato terapie poskytuje příležitost k tvoření a sebevyjádření, uspokojuje individuální potřeby se o něco starat a pečovat. Je dobrým způsobem, kdy klient má možnost opuštění místa působnosti a poznat veřejný život. Vede k uspokojování a udržování včetně navazování společenských vztahů mimo zařízení (Jelínková, 2009, s. 26).

**Rehabilitace** znamená návrat k původnímu funkčnímu stavu, v doslovném překladu se jedná o „znovuuschopnění“ jedince s tělesným postižením. „*Ucelenou rehabilitací se tedy rozumí léčba osob s postižením se zapojením interdisciplinárních terapeutických přístupů, zahrnujících nejen péči zdravotnickou, ale také sociálněprávní a pedagogicko-psychologickou.*“ (Arnoldová, 2015, s. 84).

Nejčastěji uplatnitelná bývá rehabilitace **sociální**, protože je důležitá v každém věku. Rozumí se tak poskytování materiálních předpokladů pro samostatný život. Terapie má za cíl podpořit u klienta přijetí vlastní svobody a zodpovědnosti. Reflexivně-terapeutické pojetí sociální práce je snahou pomoci zabezpečit jednotlivci či skupině psychosociální pohodu. Důraz je kladen na komunikaci a proces interakce. Sociální práce je reflexivní proces, jehož prostřednictvím mohou lidé získat kontrolu nad vlastním způsobem života (Payne, 2014, s. 187).

### 3 SOCIÁLNÍ LŮŽKO VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Dlouhodobě špatný zdravotní stav a s ním spojená hospitalizace zpravidla dopadají na sociální postavení pacientů. V neposlední míře v důsledku nemoci může pacient ztratit soběstačnost, schopnost finančně zabezpečit sebe a svou rodinu a může být ohrožen sociálním vyloučením. V takových situacích je na místě, aby byla součástí péče o pacienta i péče sociální.

#### 3.1 Zásady a směrnice poskytování služby

Sociální služby jsou poskytované ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče lidem, kteří již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby. Nevládají péči o svou osobu a nemohou být tudíž propuštěny ze zdravotnického zařízení do doby, než jim je zabezpečena pomoc jinou sociální službou v místě bydliště nebo vyhledána služba pobytová. ZSP je nápomocen zajistit poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb, v lepším případě pobytovou sociální službu v zařízeních sociálních služeb. Sociální lůžka neposkytují trvalou sociální službu. Tato služba je poskytována na dobu přechodnou, a to do doby, než se bude uživatel moci vrátit do domácího prostředí. V praxi se setkáváme s péčí do jednoho roku, kde ZSP pracuje i zároveň jako klíčový pracovník.

Posláním sociálního lůžka je zabezpečovat péči a podporu dospělým osobám, které jsou propuštěny ze zdravotnického zařízení a nevyžadují již ústavní zdravotní péči. Ocitli se v neutěšené sociální situaci, která jim nedovoluje žít v domácím prostředí do doby, než jim bude zabezpečena pomoc osobou blízkou, popřípadě terénní nebo ambulantní služba (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách §92).

**Služba obsahuje tyto základní činnosti v souladu se zákonem 108/2006 Sb.**

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti

- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., § 52, o sociálních službách).

Svou podporou ZSP přispívá ke zkrácení doby hospitalizace v nemocnici, kde je cílem snižovat riziko rehospitalizace a zároveň motivovat pacienta k řešení vlastních problémů. Napomáhá k zabezpečení a uspokojování jeho biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb.

ZSP zaštiťuje využívání materiálních a finančních prostředků hospodárně z fondu sociální péče a přispívá k prevenci patologických sociálních jevů. I nadále po skončení pobytu v nemocnici ZSP s pacientem účelně intervenuje. Snaží se nabízet možnosti využití jiných druhů služeb a to osobní asistenci, pečovatelskou službu, pobytovou rezidenční službu. ZSP poradenskou činností usnadňuje orientaci v systému druhů a forem sociálních služeb.

Během pobytu uživatele je vyžadována aktivní spoluúčast rodinných příslušníků a blízkých při řešení situace klienta. Kontext života klientů vždy vychází z rodiny, ať už je rodina funkční či nikoliv. Pro fungující rodinu je podstatné vědět, kdo a jak se stará o jejich blízkého. ZSP je tu od toho, aby jim to sdělil a vysvětlil, ujal se role v řešení problému klienta. Je zapotřebí vést dialog s rodinou od samého prvopočátku při sjednávání služby, osvětlit standardy kvality, postoje zařízení, principy a metody práce a předcházet případným nedorozuměním. Především je zapotřebí pracovat se sociálním prostorem klienta a řešit problematiku situaci v jeho prospěch. Motivovat k samostatnosti a sebepěči je důležité pro něj samotného. Obnovu sociálního prostoru klienta nelze opomíjet, jinak by se prohlubovala závislost na sociální službě.

### 3.2 Legislativní ukotvení zákona o sociální službě

Tabulka č. 3 Specifika sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. § 52

Sociální služby	Způsob hodnocení a rozsah úkonů
Druh sociální služby	Služba sociální péče
Forma zařazení	Pobytová služba
Typ zařízení	Zdravotnické zařízení lůžkové péče
Cílová skupina	Osoby, které již nevyžadují akutní zdravotní lůžkovou péči a nejsou současně natolik soběstační, potřebují pomoc druhých při každodenních úkonech, kde tuto pomoc není možné aktuálně zajistit v jejich domácím prostředí.
Základní činnosti	Poskytnutí ubytování, celodenní stravování, pomoc při osobní hygieně včetně poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu a zároveň zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Je nabízeno sociálně terapeutická činnost, aktivizační činnost, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Motivovat k překonání nepříznivé situace.
Rozsah služby	Nepřetržitý provoz
Úhrada za službu na základě smluvního ujednání	Smlouva. Maximální výše úhrady Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb Zdravotnické úkony - jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.
Cíle služby	Zajištění péče nesoběstačnému uživateli do doby, než mu bude zajištěna pomoc osobou blízkou nebo jiná forma sociální služby. Zajištění fyzické a psychické soběstačnosti uživatelů, zachovat důstojné zacházení, obstarávat osobní záležitosti a realizovat následnou podporu.

*Zdroj: vlastní vypracování dle vyhlášky č. 505/2006 § 18 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*

### 3.3 Lůžka následné péče

Dlouhodobá péče je spektrem kombinovaných zdravotních a sociálních služeb, které potřebují osoby se zhoršením soběstačnosti, mobility s cílem určité pro ně důležité sebeobnovy. Je často označována též jako péče zdravotně-sociální. Tuto péči potřebují někteří jedinci v průběhu celého života, zejména v důsledku vrozených postižení nebo nemocí. Většina obyvatelstva potom ve vyšším věku i opakovaně.

Do oblasti dlouhodobé péče lidé vstupují buď po pobytu ve zdravotnickém zařízení, nebo přímo z domova. Mnoho pacientů zůstává v dlouhodobé péči ZSP i nadále. Zabezpečování sociálních potřeb pacientů musí probíhat v součinnosti s léčebnou a ošetrovatelskou péčí. Jak už bylo řečeno, sociální práce je prací týmovou a kvalitní sociální péči je možné zajistit právě jen ve spolupráci s ostatními odborníky, kteří se na komplexní péči o pacienta podílejí. Délka hospitalizace pacientů a jejich možné následné propuštění je závislé na závažnosti onemocnění a na jejich následné rehabilitaci. Kvalitní odbornou zdravotní péči v oblasti medicínské, ošetrovatelské a rehabilitační, poskytuje kvalifikovaný personál ve složení lékařů, všeobecných sester, fyzioterapeutů, pomocných rehabilitačních pracovníků a ošetrovatelů.

Cílem pobytu je doléčení a stabilizace stavu, rehabilitace, nácvik soběstačnosti a navracení původní kondice včetně obsluhy a nácviku používání kompenzačních pomůcek. Pacienti na lůžkách následné péče potřebují intenzivní rehabilitaci určenou k léčbě pooperačních stavů, vertebrogenních onemocnění a amputacích končetin. Probíhá každodenní individuální program pod stálým vedením fyzioterapeuta tzv. cílená terapie. Náplň práce ZSP v zařízení následné a dlouhodobé lůžkové péče setrvává v provádění sociálního šetření, dále sestavuje plán psychosociální intervence a pomáhá ve vztahu k onemocnění a jeho následkům v sociálně právním poradenství. Podílí se na přípravě propuštění pacienta a zajišťuje další péči a činnost s ní spojenou. Pozornost zejména věnuje pacientům obzvláště zranitelným, u kterých je nutností sociální péči nabízet, aniž by si o to řekli. Mluvíme o pacientech geriatrických, pacientech s demencí nebo bezpřístřeší a s tělesným či duševním handicapem. Proto musí být pacientům dostupný a náležitě být k dispozici, nejlépe v každodenním kontaktu. Nemocnice se potýkají s nedostatkem finančních prostředků a pracovní zařazení ZSP zatím stále zůstává na okraji zájmu. Věřme, že i tato pozice posílí řady a stane se tak velmi potřebnou pro samotné pacienty, v neposlední míře i nepostradatelným prvkem nemocniční péče.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Díky poznatkům získaných studiem odborné literatury, jež jsou uvedeny v teoretické části bakalářské práce, je pro průzkumné šetření zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Jako zásadu pro kvantitativní výzkum je práce s daty z výstupu dotazníkového šetření. Nabízí se možnost zahrnout do dotazníkového šetření větší počet respondentů a lze jej provádět anonymně s náhodným výběrem, aniž by byl zveřejněn portrét respondenta.

Obecně je známo, že dotazníky jsou sice vysoce frekvenčně používány, ale podle Chrástka jen zdánlivě snadnou konstrukcí. Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, lze taktéž říci, že se jedná o metodu dotazování a systematicky seřazené promyšlené šetření. Respondent odpovídá právě písemnou formou, kde je předpoklad dobře promyšlených odpovědí. Nespornou výhodou bývá poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů (Chrástek, 2016, s. 158).

Cílem empirické části je testovat hypotézy a analyzovat vybrané sociální skupiny. Otázky jsou formulovány do sféry hledisek pro hodnocení, zda jsou naplňována kritéria obsahu standardů kvality sociálních služeb a podmínky vyhlášky č. 505/2006 Sb. Zásadou obsahové formy otázek v dotazníku je preferovat i možnost vzájemné komparace jednotlivých služeb, byť už v domovech nebo v nemocnicích., *Metoda komparace (srovnávání) – je nejjednodušší metodou, která umožňuje, poznat v čem se zkoumaný jev liší od jiných, nebo v čem se shoduje*“ (Vévodová, Ivanová, 2015, s. 14).

Důraz je kladen na sociální péči z pohledu uživatelů a samotný přístup chování sociálních pracovníků k nim. Důležité bylo správné pochopení klientů ve významu položené otázky, zda rozumí náležitostem ve smluvním vztahu, který uzavřeli se zařízením a zda jsou body smlouvy naplňovány. Záměrem je získat názory uživatelů na jednotlivé úseky péče. Vyselektovat spokojenost klientů s poskytovanými službami a vyhodnotit porovnatelnost mezi službami.

### 4.1 Cíl výzkumu a stanovení hypotéz

Cílem praktické části této bakalářské práce je prozkoumat do jaké míry je stávající spokojenost uživatelů sociální služby s kvalitou poskytované péče ve vybraných zařízeních

Zlínského kraje. Záměrem výstupu je shrnout maximální poznatky získané z dotazníkového šetření a navázat pro další výzkum v této problematice. Stávající výsledky je možné použít pro motivaci zaměstnanců v zařízení a navázat ke zvyšování kvality poskytované péče v daném objektu. K dosažení výše uvedeného cíle praktické části jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku ve znění:

**Je kvalita poskytované sociální péče v DZR srovnatelná s poskytovanou péčí v nemocnici?**

K dosažení výše uvedeného cíle praktické části této bakalářské práce je nutné ověřit tyto stanovené hypotézy:

H1 Kvalita poskytované péče je na vysoké úrovni v návaznosti na spokojenost klientů při plnění podmínek sjednané zakázky.

H2 Kvalita poskytované sociální péče v domovech je lepší, než kvalita poskytované sociální péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

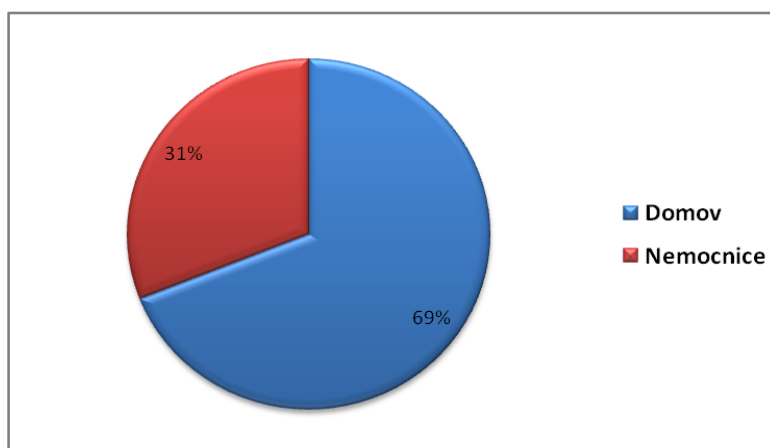
H3 Spokojenost s péčí roste s počtem kvalifikovaných pracovníků v zařízení.

## 4.2 Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem pro předmět průzkumu osob jsou lidé se sníženou soběstačností, chronicky duševně nemocní nebo jinak zdravotně znevýhodnění. Osloveny byly dva domovy registrované dle zákona 108/2006 o sociálních službách, jakožto pobytové služby poskytující kromě ubytování i péči o zdraví s ošetrovatelským procesem. Průzkum probíhal v domovech se zvláštním režimem a ve třech na sobě nezávislých nemocnicích poskytující jak péči sociální, tak péči následnou.

Účast na dotazníkovém šetření převyšují respondenti z DZR, poněvadž sociální lůžko v nemocnici nemá tak početnou obložnost. Účast respondentů v nemocnicích se zakládala na počtu 32 dotázaných tj. (31%). V domovech odpovídalo 71 respondentů (69%).

Graf č. 1 Počty účastníků v zařízení



*Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků*

Domov se zvláštním režimem Loučka (domov). Zřizovatelem tohoto objektu je Zlínský kraj, veden v registru poskytovatelů služeb jako státní zařízení s přímou platbou od uživatelů a poskytovanou dotací státu. Objekt je součástí domova pro seniory v Loučce a tím i spojené financování služeb. Jedná se o ryze sociální službu s celkovým počtem lůžek 47.

Sanatorium TOPAS (domov) seřadí mezi nestátní zdravotnické zařízení poskytující sociální službu za úplatu. Objekt je nově zrekonstruován za městem Vizovice a velmi lehce dostupný k místním navazujícím službám. Řadí se do sítě domovů se zvláštním režimem,

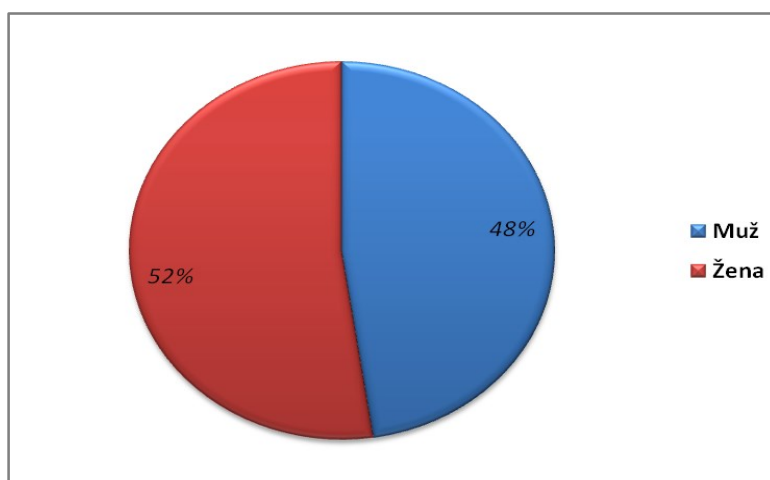
kde je poskytována odborná, zdravotnická a sociální péče. Celkový počet lůžek se pohybuje kolem 200 míst.

Předpoklad je, že skladba respondentů, až na nepatrné výjimky, bude totožná s předchozím domovem. Oba dva domovy mají společné indikátory (prvky) využití sociální služby a ošetrovatelské péče.

Do průzkumu dále byly zapojeny tři sociální služby provozované v nemocnicích Zlínského regionu. Nemocnice jsou od sebe vzdáleny přibližně 20 km. Jedná se o spádová zdravotnická zařízení poskytující zdravotnické služby placené ze zdravotního pojištění. Sociální služba je zde poskytována za úplatu, úhrady se zakládají na placení ubytování a celodenní stravy. Jednotné označení (nemocnice).

- Nemocnice Uherské Hradiště, počet sociálních lůžek 25
- Nemocnice Uherský Brod, počet sociálních lůžek 4
- Nemocnice Slavičín, počet sociálních lůžek 4

Graf č. 2 Sociodemografické údaje



*Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků*

Z průzkumného šetření vyplynulo, že z celkového počtu dotázaných 103 respondentů, převyšuje pohlaví ženské v počtu 54 žen (52%). Napříč pohlaví mužskému 49 mužů (48%), které má nepatrně nižší zastoupení.

V sociální službě městské nemocnice Slavičín využívá možnosti sociálního lůžka 2 muži a 2 ženy. V nemocnici Uherský Brod je hospitalizováno na sociálních lůžcích celkem 4

ženy. Na zdravotně sociálním středisku uherskohradištské nemocnice momentálně pobývá 12 mužů a 13 žen.

Skladba respondentů v DZR je téměř vyrovnaná. V Loučce je ubytováno 32 mužů a 15 žen.

### 4.3 Sestavení dotazníku

Hlavním úkolem kvantitativního výzkumu je systematicky shromažďovat a analyzovat numerické informace, pod záštitou statistické postupů a vyhodnocovat za předpokladu kontroly podmínek – hypotéz. Pro účely získání odpovědi na stanovený výzkumný cíl jsem zvolila techniku dotazníku, kde jsem následný sběr dat (čísel) sestavila do tabulek a grafů. Výsledky jsou vyjádřeny v absolutních a relativních četnostech v závislosti mezi stanovenými jevy (Kutnohorská, 2009, s. 20-22).

Nestandardizovaný dotazník je specifikován do 17 otázek směřovaných k potvrzení hypotéz v souvislosti s verifikací. V úvodním oslovení dotazníku představuji respondentům záměr průzkumného šetření a zdůrazňuji anonymitu. Výběrem otázek mapuji přístupy v oblasti péče. Ke složení mne inspirovalo několik faktorů zahrnující jednotlivá kritéria poskytovaných služeb. Soustředila jsem se na podmínky vycházející z uzavřených smluv mezi klientem a poskytovatelem. Položky jsou seřazeny do oblasti poskytování péče uživateli, intervence ve volnočasových aktivitách, přístupu pracovníků ke klientele, vzájemné vztahy a spolupráce na řešení nepříznivé sociální situace (viz P1 Dotazník).

První dvě otázky jsou dichotomické. Přináší jen základní demografické informace (1,2). Další otázky navazují formou uzavřených odpovědí, kde je čtenější výskyt označení jevu: ano – spíše ano – ne - spíše ne – nedokážu odpovědět (3,4,5,8,9,10,12,14). Sedmá položka se vyhodnocuje škálou. Znamená to, že číselným vyjádření respondent odstupňuje hodnocení jevu, kde je zapotřebí označit položku, resp. odpovědět školním známkováním 1,2,3,4 a 5.

Ostatní hodnotící škály jsou sestaveny od pozitivní varianty hodnocení až po negativní. Vyjádření k upřesnění jevu (určitě ano – spíše ano – spíše ne – určitě ne), nebo intenzita: velmi obětavý, dobrý, uspokojivý, nejevil zájem (6, 13, 15, 16,17).

#### 4.4 Časový harmonogram výzkumu

Průzkum probíhal formou sezení v jednotlivých zařízeních a dotazováním u klientů, kde dotazník sloužil jako předloha pro zápis odpovědí. Časově byl výzkum rozložen od poloviny února až do konce měsíce března 2017.

Celkem se průzkumu účastnilo 103 respondentů z pěti zařízení. Návratnost byla 100% díky osobnímu kontaktu tazatele a respondenta. Bohužel nebylo možné docílit vyrovnanosti v počtu respondentů. Obložnost sociálních lůžek závisí na počtu registrovaných lůžek pro danou nemocnici. Z vybraných nemocnic je tedy celkový počet sociálních lůžek 33. Pro průzkum bylo využito 32 respondentů.

V polovině měsíce března 2017 proběhla návštěva v domovech se zvláštním režimem. Tady situaci lze klarifikovat následovně. V Loučce bylo dotazováno 25 klientů a ve Vizovicích se na průzkumu podílelo 46 klientů. Průzkum probíhal v přirozeném prostředí klienta se zárukou anonymity a nenarušoval denní program recipientů. Sociální pracovnice byla nápomocna a vytipovala vhodné kandidáty.

Do konce měsíce března probíhalo sčítání dat a následné vyhodnocení. Sesbíraná data jsou sečtena a graficky znázorněny jednotlivé počty odpovědí se slovním popisem a interpretací výsledů. V měsíci dubnu probíhal zápis a analýza výsledků. Zpracované analýzy všech zkoumaných sociálních zařízení jsou porovnávány spolu a některé zkoumané okruhy i otázky z jednotlivých oblastí jsou podle vzájemné souvislosti a návaznosti mezi sebou propojeny (např. viz graf 10, 11 a 14).

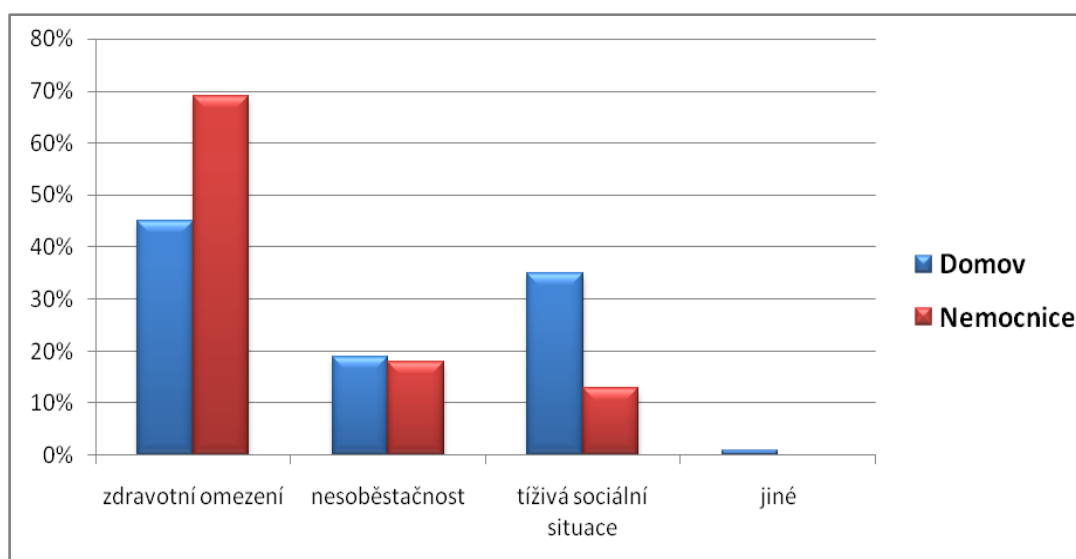
## 4.5 Získaná data a interpretace výzkumu

Otázka č. 3: Vyberte jeden z důvodů umístění?

Tabulka č. 4 Umístění respondentů v zařízeních

Uvedení důvodu umístění do zařízení	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
zdravotní omezení	32	22	45	69
nesoběstačnost	13	6	19	18
těživá sociální situace	25	4	35	13
jiné	1	0	1	0
celkem	71	32	100	100

Graf č. 3 Umístění respondentů v zařízeních



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

Předložený graf s tabulkou znázorňuje důvody umístění uživatelů v porovnávaných zařízeních. Z grafu je jasné, že na sociálních lůžcích v nemocnici dominují důvody z pozice zdravotního omezení až 69%. V domovech je to 45%. Z důvodu nesoběstačnosti osoby - 18% v nemocnicích a v domovech 19%. Těživá sociální situace zabírá v domovech druhou příčku 35% až třetí příčku v nemocnici 13%. Jiné důvody se v nemocnici prakticky nevyskytují vůbec, v domově uvádí 1 respondent důvod jiný, připravuje se na přechod do chráněného bydlení.

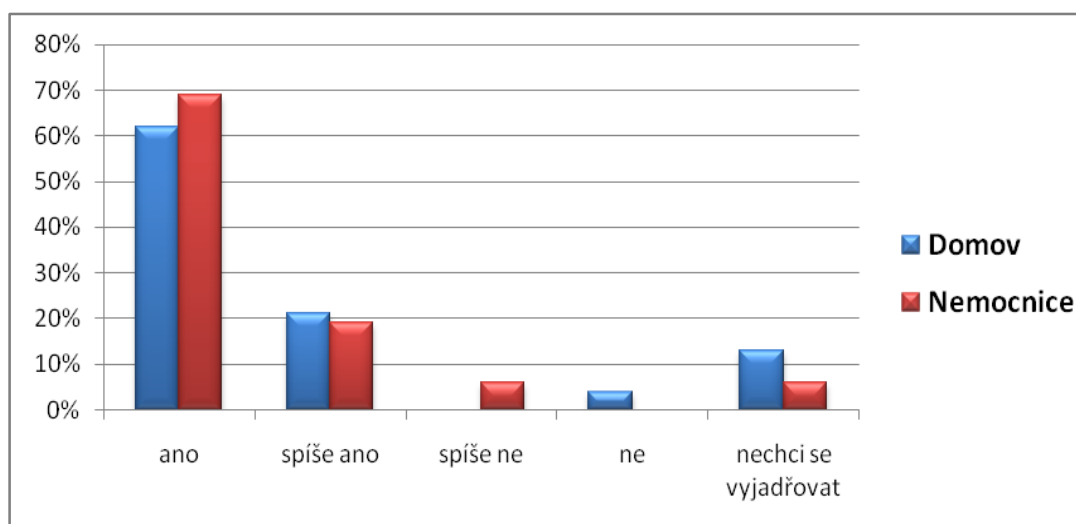


Otázka č. 4: Při řešení Vašich zdravotních záležitostí nebo v případě zhoršení zdravotního stavu: personál přistupuje bezodkladně

Tabulka č. 5 Řešení zdravotních záležitostí při zhoršení zdravotního stavu

Bezodkladného přístup v situaci při zhoršení zdravotního stavu	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
ano	44	22	62	69
spíše ano	15	6	21	19
spíše ne	0	2	0	6
ne	3	0	4	0
nechci se vyjadřovat	9	2	13	6
celkem	71	32	100	100

Graf č. 4 Řešení zdravotních záležitostí při zhoršení zdravotního stavu



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

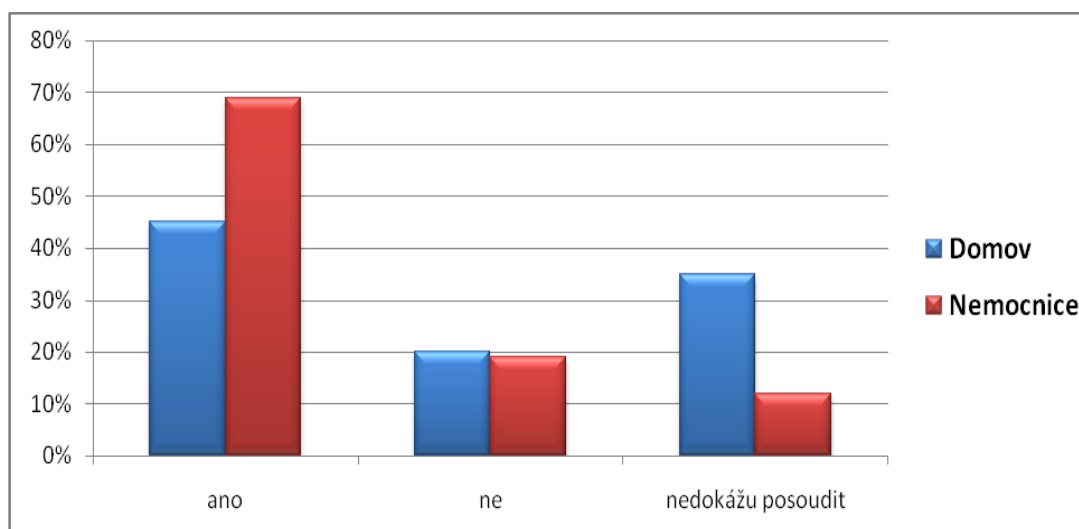
Výsledkem grafu a tabulky je, že přístup v řešení zhoršení zdravotního stavu v domovech je v procentuálním vyjádření na 62% a v nemocnici 69%. Spíše ano v domovech 21% a v nemocnici 19%. Je zaznamenán názor, kdyse respondenti vyjadřují i negativně až ve 4% v domovech. Dokonce se nechce k situaci vyjadřovat až 13% respondentů z domova. Pochopitelně, poněvadž v nemocnicích je stálá zdravotní služba, leč domovy se obrací v naléhavých případech na zdravotní záchranou službu.

Otázka č. 5: Byli jste dostatečně seznámeni při uzavírání smlouvy o podmínkách poskytování sociální služby?

Tabulka č. 6 Seznámení s podmínkami smlouvy

Seznámení s podmínkami smlouvy	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
Ano	32	22	45	69
Ne	14	6	20	19
nedokážu posoudit	25	4	35	12
Celkem	71	32	100	100

Graf č. 5 Seznámení s podmínkami smlouvy



*Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků*

Se smlouvou se seznámilo v domově 45% a v nemocnici 69%, nerozumělo podmínkám v domově 20%, v nemocnici 19% a nedokázalo pochopit podmínky smlouvy v domově až 35% a v nemocnici 12%.

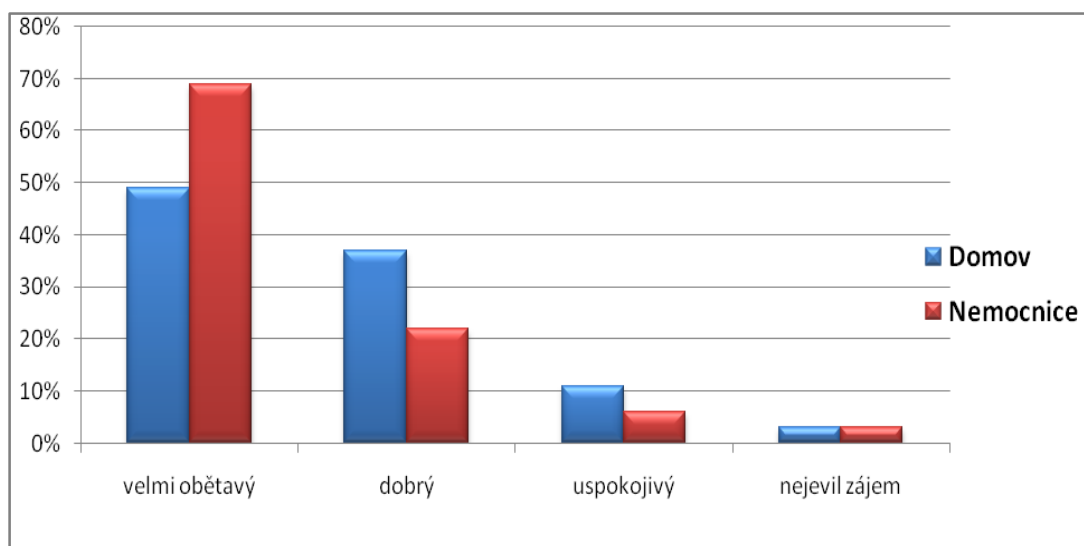
Z takového výsledku vyplývá, že i když klient smlouvu stvrdil svým podpisem, přesto má subjektivní pocit, že podmínky smlouvy mu nebyly jednoznačně srozumitelné. Z administrativního hlediska je pro poskytovatele situace uzavřena, ale u klienta převládá nejistota a pochybení.

Otázka č. 6: Jak hodnotíte vstřícnost personálu při řešení Vaší nepříznivé sociální situace?

Tabulka č. 7 Vstřícnost personálu při řešení nepříznivé sociální situace

Vstřícnost personálu	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
velmi obětavý	35	22	49	69
Dobrý	26	7	37	22
Uspokojivý	8	2	11	6
nejevil zájem	2	1	3	3
Celkem	71	32	100	100

Graf č. 6 Vstřícnost personálu při řešení nepříznivé sociální situace



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

Následující údaje porovnávají oblasti přístupu při řešení nepříznivé sociální situace klienta. V domově tak i v nemocnici převyšuje přístup obětavosti - domov 49%, nemocnice 69%. S přístupem dobrým se setkala v domově 37%, taktéž v nemocnici zabírá druhou pozici s hodnocením 22%. Stav uspokojivý v domově 11%, v nemocnici taktéž 6% a situaci, kdy personál nejevil zájem se objevuje ve 3% shodně v domově i v nemocnici.

Otázka č. 7: Ohodnoťte škálou níže uvedené aspekty:

Laskavost personálu, spokojenost se stravou, pocit bezpečí, bezbariérový přístup a ochrana soukromí.

1 velmi dobrý

2 chvalitebný

3 dobrý

4 uspokojivý

5 neuspokojivý

Tabulka č. 8 Vybraná kritéria k hodnocení

Kritéria	DOMOV					průměr známky
	1	2	3	4	5	
laskavost personálu	37	16	15	3	0	1,7
spokojenost se stravou	22	14	28	5	2	2,0
pocit bezpečí	26	18	16	8	3	2,2
bezbariérový přístup	43	13	8	4	3	1,7
ochrana soukromí	34	18	11	7	1	1,9
Kritéria	NEMOCNICE					průměr známky
	1	2	3	4	5	
laskavost personálu	26	3	3	0	0	1,3
spokojenost se stravou	12	4	14	2	0	2,2
pocit bezpečí	17	10	3	2	8	1,7
bezbariérový přístup	16	4	8	4	0	2,0
ochrana soukromí	18	4	6	0	4	1,9

*Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků*

U respondentů v domovech jsou na stejné úrovni kritéria: laskavost personálu a bezbariérový přístup - (průměrná známka 1,7). Ochrana soukromí zaujala druhé místo se známkou (1,9). Poté se následně řadí položky: spokojenost se stravou (2,0) a nejhůře byly hodnoceny pocity bezpečí s průměrnou známkou (2,2).

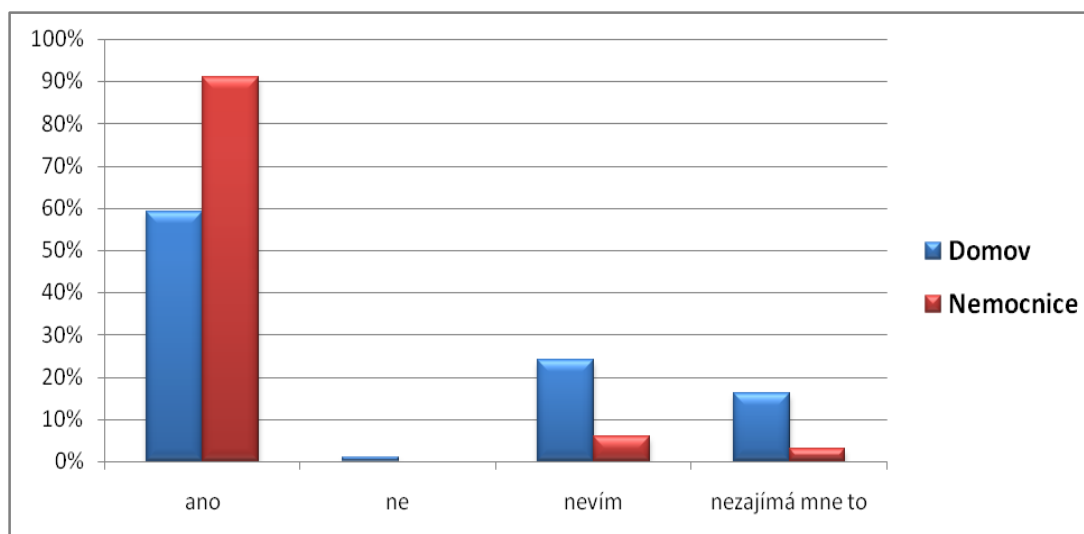
Respondenti v nemocnici nejlépe ohodnotili položku – laskavost personálu (průměrná známka 1,3). Poté následovaly položky v pořadí: pocit bezpečí (1,7), ochrana soukromí (1,9) a bezbariérový přístup známkou (2). Nejhůře byla ohodnocena položka spokojenost se stravou s průměrným hodnocením (2,2). Tento názor je ovlivněn skladbou stravy v nemocničním zařízení, poněvadž v nemocnici se večeře podávají formou studené kuchyně a ne každý tuto variantu preferuje.

Otázka č. 8: Domníváte se, že personál, který se o Vás stará, má dostatečné vzdělání?

Tabulka č. 9 Názor na vzdělání zaměstnanců

Názor na vzdělání zaměstnanců	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
Ano	42	29	59	91
ne	1	0	1	0
nevím	17	2	24	6
nezajímá mne to	11	1	16	3
celkem	71	32	100	100

Graf č. 7 Názor na vzdělání zaměstnanců



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

Respondenti ve většině případů mají přehled o vzdělání pečujícího personálu. V domovech tvrdí (ano) 59%, (ne) 1%, (nevím) 24% a 16% respondentů se o problematiku nezajímá.

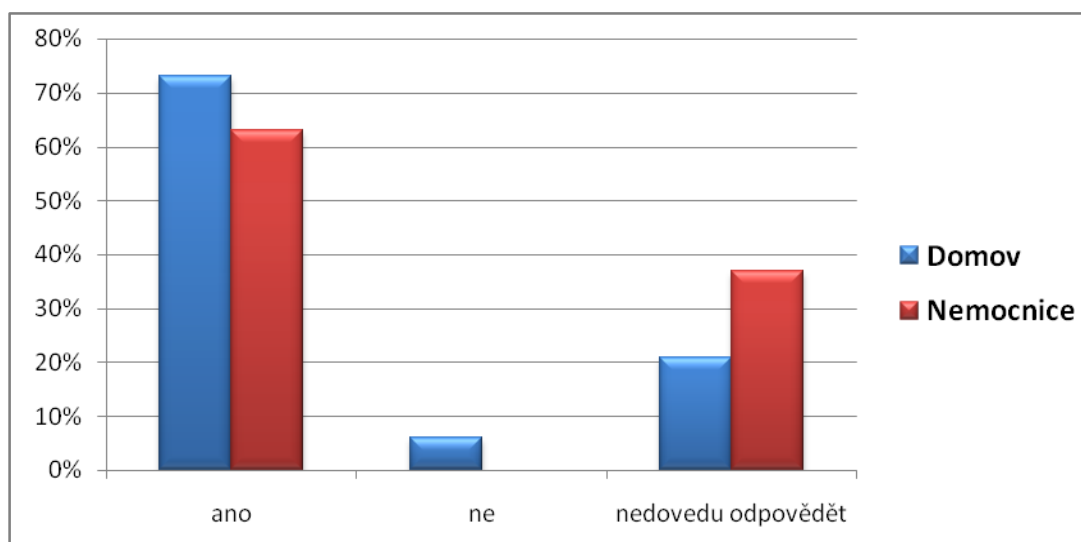
V domovech se setkáváme s hojnou fluktuací pracovníků v sociálních službách a tím je výsledek ovlivněn. V nemocnici mají jasnější přehled, (ano) tvrdí 91%, (ne) 0% , (neví) 6% a 3% se nezajímá. Respondent očekává v nemocnici vysokou profesionalitu, neboť zdravotnické profese si drží horní příčku prestiže v povoláních.

Otázka č. 9: Jsou dostatečně chráněna Vaše práva ze strany zařízení?

Tabulka č. 10 Ochrana práv

Ochrana práv	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
ano	52	20	73	63
ne	4	0	6	0
nedovedu odpovědět	15	12	21	37
celkem	71	32	100	100

Graf č. 8 Ochrana práv



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

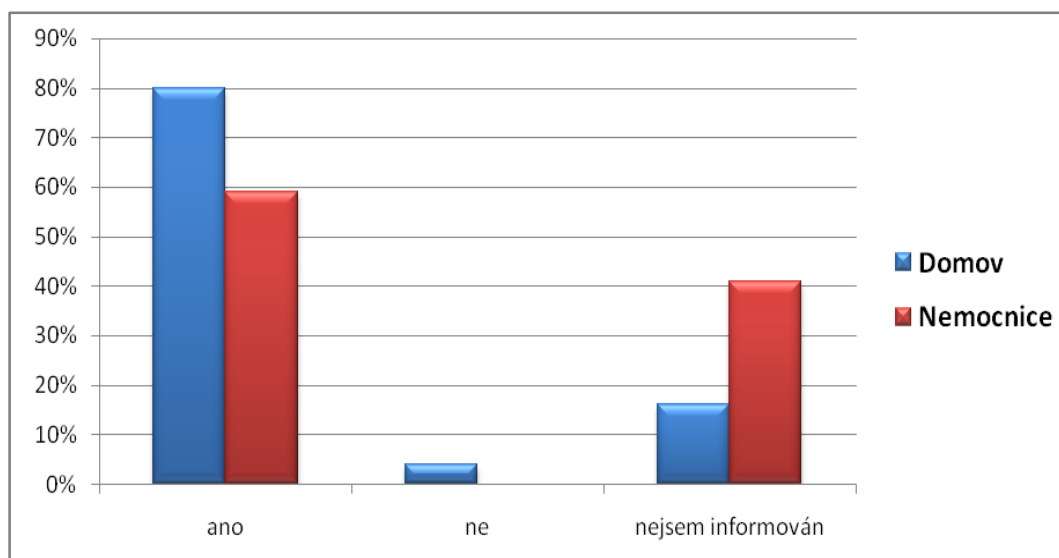
Tento graf znázorňuje výčet názorů v atributu ochrany práv, kde v domovech převyšuje odpověď (ano)73%, (ne) pouze 6% a 21% respondentů nedokázalo odpovědět. V nemocnici je situace obdobná. Odpověď (ano)63%, názor (ne) se nevyskytuje vůbec a 37% respondentů zaškrtnulo, že nedokáže odpovědět.

Otázka č. 10: Je dostatečně zabezpečena správa Vašich finančních záležitostí?

Tabulka č. 11 Správa financí

Správa finančních depozit	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
ano	57	19	80	59
ne	3	0	4	0
nejsem informován	11	13	16	41
celkem	71	32	100	100

Graf č. 9 Správa financí



*Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků*

Z výsledků lze rozpoznat, že sociální pracovníci vedou finanční konta klientů ve všech zařízeních. Graf znázorňuje vnímání samotných klientů v domově (ano) 80%, (ne) pouze 4% a probléms peněžmi nevnímá 16% respondentů. V nemocnici nadpolovina klientů tvrdí

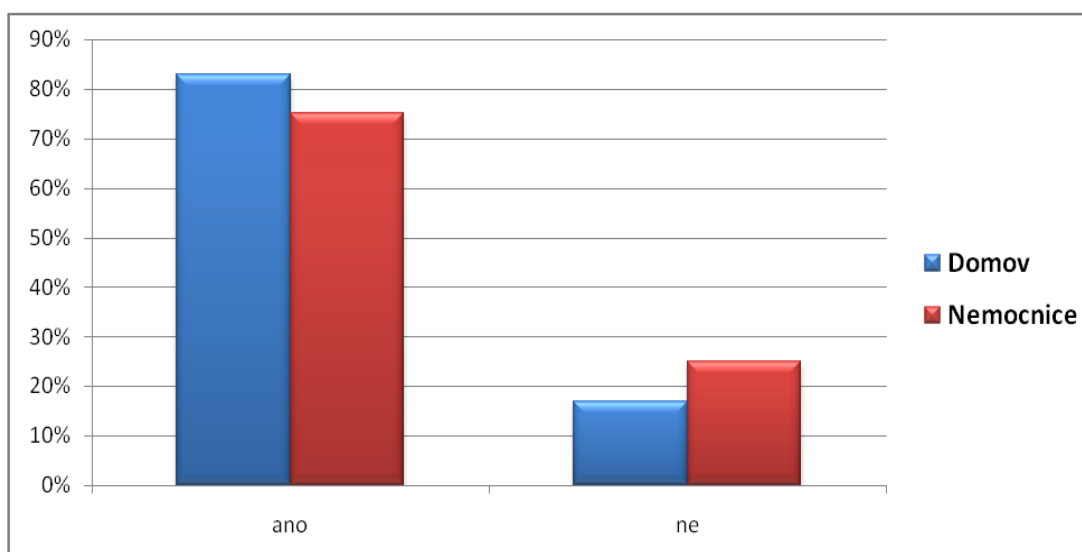
(ano) 59% a 41% respondentů počas pobytu na sociálním lůžku v nemocnici ponechává správu financí rodině. Položka (ne) se v nemocnici nezobrazuje.

Otázka č. 11: Jsou Vám nabízeny volnočasové aktivity v zařízení?

Tabulka č. 12 Nabídka volnočasových aktivit

Nabídka volnočasových aktivit	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
ano	59	24	83	75
ne	12	8	17	25
celkem	71	32	100	100

Graf č. 10 Nabídka volnočasových aktivit



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

Z odpovědí vyplynulo, že nadpoloviční většina respondentů volnočasových aktivit využívá. Uváděná četnost vypovídá, že v domovech se účastní aktivit 83% respondentů, nechce 17% a v nemocnici (ano) 75% a nechce 25%. Z celkového počtu 103 respondentů se aktivit účastní v zařízení celkem 83 klientů. Na tuto otázku navazuje otázka č. 12, v případě že respondent odpověděl (ano).

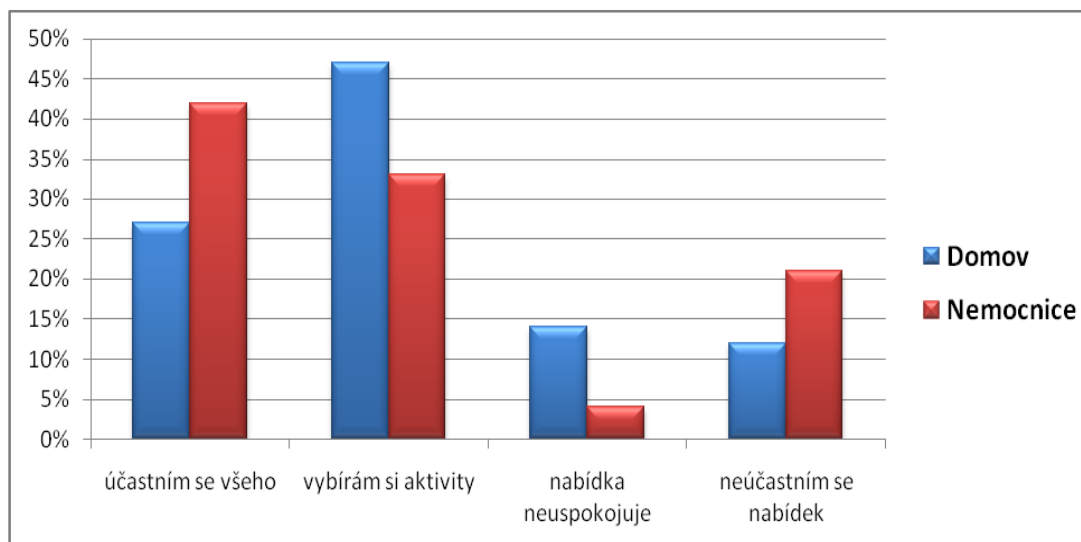
Otázka č. 12: Využíváte aktivizačních programů?



Tabulka č. 13 Využití aktivizačních programů

Využití aktivizačních programů	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
účastním se všeho, co nabízí	16	10	27	42
vybírám si aktivity	28	8	47	33
nabídka mne neuspokojuje	8	1	14	4
neúčastním se nabízeného	7	5	12	21
celkem	59	24	100	100

Graf č. 11 Využití aktivizačních programů



*Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků*

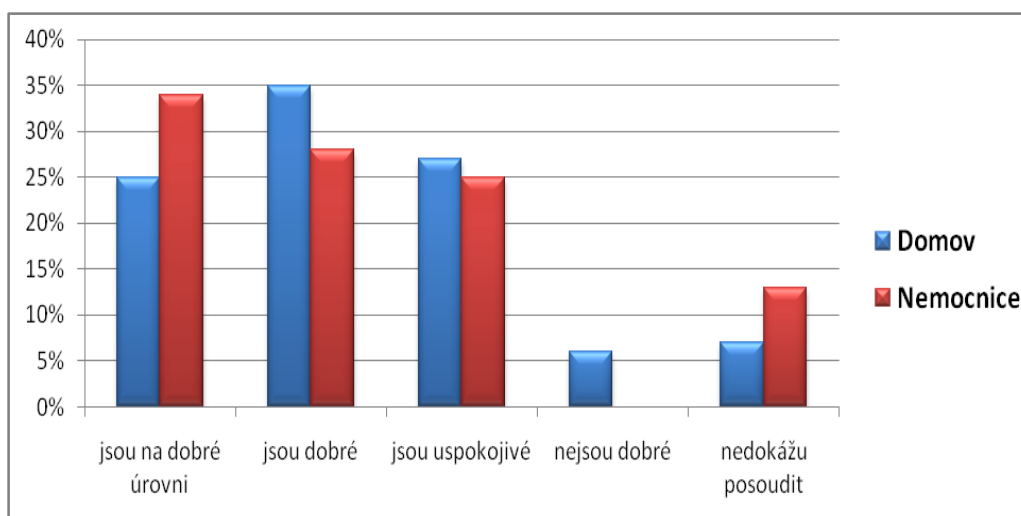
Z dotazníkového šetření 83 respondentů odpovědělo (ano). Z výsledku vyplývá, že v zařízeních se účastní všech aktivit 81% dotázaných lidí. V domově na každou aktivitu chodí 27% respondentů, vybírá si činnost 47%, nabídka neuspokojuje 14% a vlastní aktivitu má v domově 12% respondentů. V nemocnici přijímá účast každé aktivity 42%, vybírá si 33%, nabídka neuspokojuje 4% a vlastní aktivitu vyvíjí 21% respondentů.

Otázka č. 13: Jak hodnotíte mezilidské vztahy s ostatními obyvateli zařízení a personálem?

Tabulka č. 14 Mezilidské vztahy

Mezilidské vztahy	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
jsou na dobré úrovni	18	11	25	34
jsou dobré	25	9	35	28
jsou uspokojivé	19	8	27	25
nejsou dobré	4	0	6	0
nedokážu posoudit	5	4	7	13
celkem	71	32	100	100

Graf č. 12 Mezilidské vztahy



*Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků*

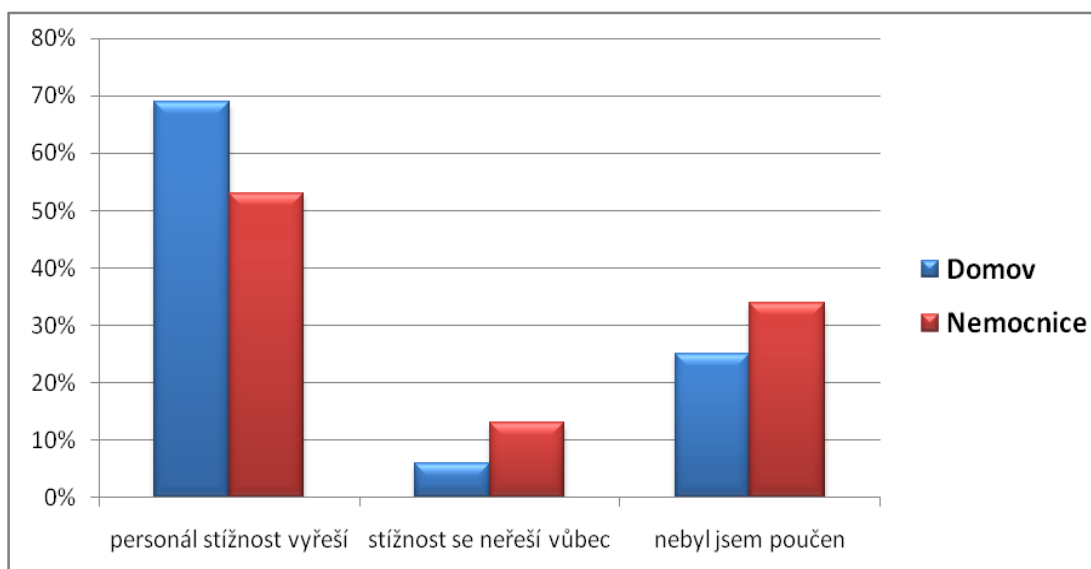
Výsledky mezilidských vztahů v domovech jsou vcelku na dobré úrovni, tvrdí 25% respondentů. Jsou dobré 35%, jsou uspokojivé 27% a nejsou dobré 6%. Situaci nedokáže posoudit 7% respondentů. Což v nemocnici jsou velmi dobré vztahy mezi 34% respondenty, dobré 28%, uspokojivé 25% a nedokáže posoudit 13% respondentů. Položku nejsou dobré, neuvědl v nemocnici žádný z respondentů.

Otázka č. 14: Při podání stížností, je personál při řešení aktivní?

Tabulka č. 15 Řešení stížností

Řešení stížností	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
personál stížnost vyřeší	49	17	69	53
stížnost se neřeší vůbec	4	4	6	13
o stížnosti jsem nebyl poučen	18	11	25	34
celkem	71	32	100	100

Graf č. 13 Řešení stížností



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

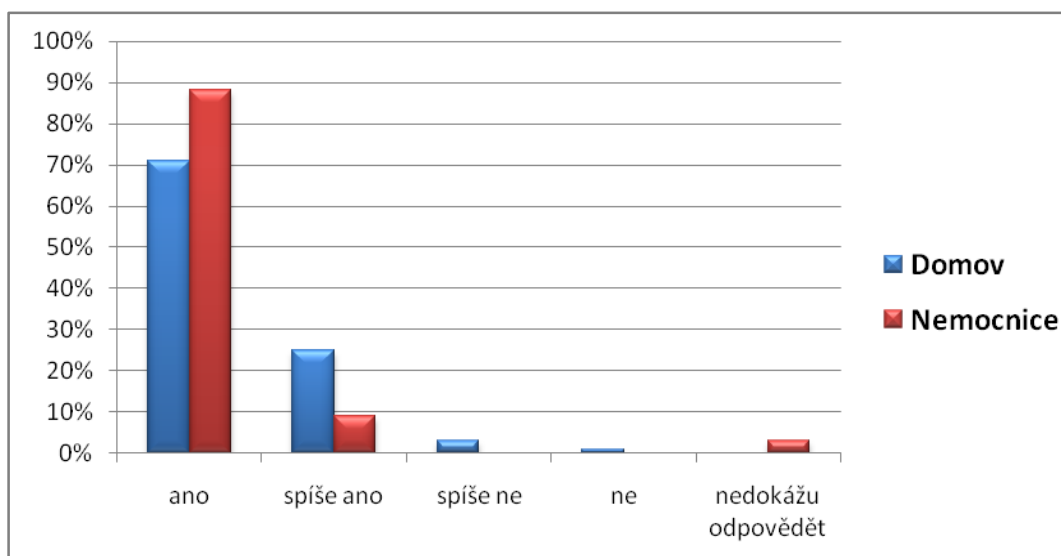
Domovy stížnost řeší v 69%. Dle respondentů 25% dotázaných o stížnosti nejsou poučeni a stížnosti nemusí řešit v domově 6% respondentů. Nemocnice řeší stížnost v 53% a 34% respondentů nejsou o podání stížností poučeni. Stížnost nemá zapotřebí v nemocnici řešit 13% respondentů.

Otázka č. 15: Jste spokojen s péčí a poskytovanými službami?

Tabulka č.16 Spokojenost s péčí a poskytovanými službami

Spokojenost s péčí a službami	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
ano	50	28	71	88
spíše ano	18	3	25	9
spíše ne	2	0	3	0
ne	1	0	1	0
nedokážu odpovědět	0	1	0	3
celkem	71	32	100	100

Graf č.14 Spokojenost s péčí a poskytovanými službami



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

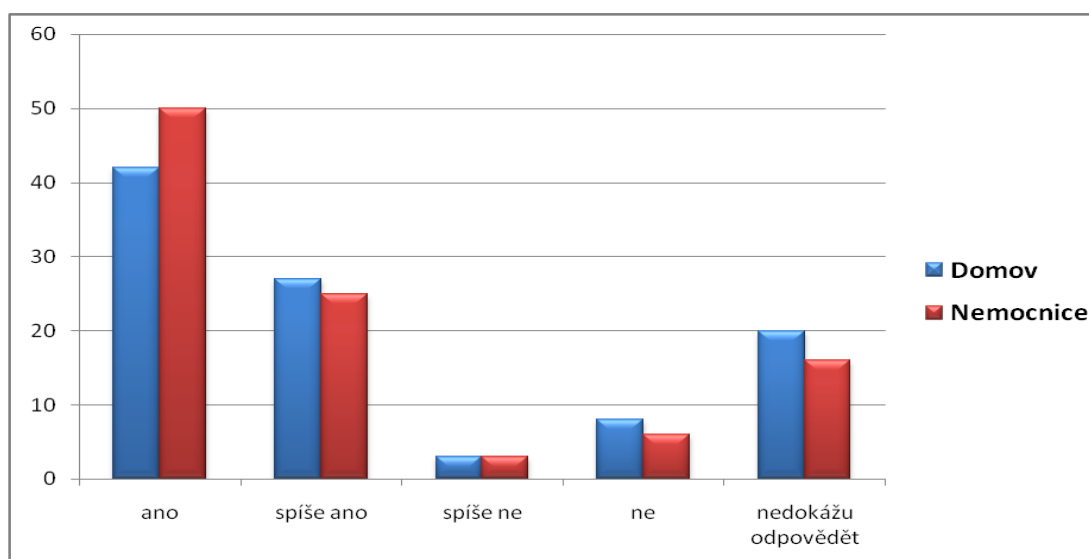
Většina respondentů je s péčí a službami spokojena. V domovech je spokojenost 71%, (spíše ano) 25%, (spíše ne) 3% a 1% je v domově nespokojeno s péčí a službami. V nemocnici je spokojenost 88% a (spíše ano) 9%. Nespokojenost se v nemocnici prakticky neobjevuje, ale s odpovědí si nevědělo rady 3% respondentů v nemocnici.

Otázka č. 16: Jsou Vám informace poskytovány srozumitelnou formou ( např. brožury, letáčky, videa, besedy).

Tabulka č. 17 Poskytování informací

Poskytování informací srozumitelnou formou	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
ano	30	16	42	50
spíše ano	19	8	27	25
spíše ne	2	1	3	3
ne	6	2	8	6
nedokážu odpovědět	14	5	20	16
respondentů celkem	71	32	100	100

Graf č. 15 Poskytování informací



*Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků*

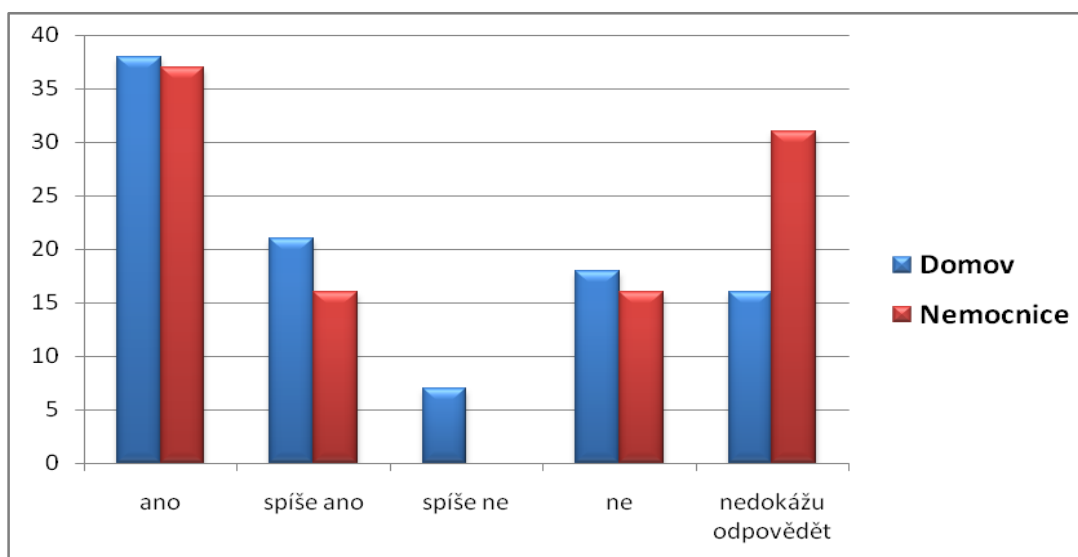
O podávání informací srozumitelnou cestou vypovídají respondenti následovně: domovy (ano) 42%, (spíše ano) 27%, (spíše ne) 3%, (ne) 8% (nedokážu odpovědět) 20%. V nemocnici je informovanost následující: polovina respondentů (ano) 50%, (spíše ano) 25%, (spíše ne) 3%, (ne) 6%, a (nedokázalo odpovědět) 16%.

Otázka č. 17: Podílíte se na procesu individuálního plánování průběhu sociální služby, kde jsou zohledňovány Vaše cíle a přání?

Tabulka č. 18 Individuální plánování služby

Individuální plánování průběhu sociální služby	Absolutní četnost		Četnost v %	
	Domov	Nemocnice	Domov	Nemocnice
ano	27	12	38	37
spíše ano	15	5	21	16
spíše ne	5	0	7	0
ne	13	5	18	16
nedokážu odpovědět	11	10	16	31
respondentů celkem	71	32	100	100

Graf č. 16 Individuální plánování služby



Zdroj: Vlastní zpracování ze získaných výsledků dotazníků

Otázka, zda se respondent podílí na IP, odpověděli následovně: z domovů (ano) 38%, (spíše ano) 21%, (spíše ne) 7%, (ne) 18% a 16% (nedokázalo odpovědět). V nemocnicích je povědomí následující (ano) 37%, (spíše ano) 16% a (ne) 16%, 31% odpovědět nedokázalo.

## 5 DISKUZE

V praktické části práce je základní cílovou otázkou zjistit, zda je kvalita poskytované péče v DZR srovnatelná s kvalitou poskytované sociální péče v nemocnici. K naplnění daného cíle je použita kvantitativní metoda zkoumání formou dotazníkového šetření. Empirický oddíl je ukotven na verifikaci tří hypotéz ověřených prostřednictvím položek v dotazníkovém šetření a výslednou porovnávací metodou analyzován stav mezi domovem a nemocnicí.

Porovnávané subjekty se liší v ustanovených posláních už tím, že respondenti ve zdravotnickém zařízení sociálních služeb počítají s pobytem na kratší dobu, kdežto uživatelé služeb v domově předpokládají v těchto zařízeních vlastní dožití. Tady se odráží odpovědi respondentů na otázku v dotazníku č. 3. Graf k této otázce znázorňuje četnější odpovědi z důvodu zdravotního omezení. V nemocnici se tato odpověď vyskytuje v 69%, kdežto v domovech pouze 45%. Zajímavá byla odpověď jednoho klienta domova, který uvádí jiné hledisko umístění. Tento klient se rozhodl odejít do chráněného bydlení. Poslání služby je směřované i v případě otázky č. 4. Možnost rychlého zásahu při zhoršení zdravotního stavu mají respondenti v nemocnicích, poněvadž je tu stálá zdravotní služba. Oproti tomu u respondentů v domovech řeší náhlé zhoršení zdravotního stavu ve většině případů přivolaná zdravotnická záchranná služba.

### **H1 Kvalita poskytované péče je na vysoké úrovni v návaznosti na spokojenost klientů při plnění podmínek sjednané zakázky.**

Tato hypotéza se jednoznačně potvrdila hned v několika zodpovězených položkách. Na otázku č. 9, která zohledňuje aspekty ochrany údajů a práv klientů, odpovědělo (ano) 73% respondentů v domově a 63% respondentů v nemocnici. Analyzovat pocit klienta z hlediska jeho práv a utvrzovat ho v jistotě, že i on je osobou žádoucí dostát svých nároků, potvrzuje výše uvedenou hypotézu. Vnímání potřeb duševně nemocného či jedince sociálně znevýhodněného, je do značné míry důležité pro ošetřující personál z hlediska podpory a nabízené pomoci. Zákonné povinnosti si vyžadují „srozumitelnost pro všechny osoby“, což je u některých cílových skupin těžko splnitelné v důsledku chronického duševního onemocnění, jež podráždí jejich mentalitu osobnosti. Shoda odpovědí se vyskytuje i v otázce č. 13 ve srovnání mezilidského soužití. Opět je tu vidět odraz diagnózy u klientů z domovů (úzkostlivý a nedůvěřivý klient). Toto tvrzení v dotazníku objasňuje otázka

č. 16. Informace jsou samozřejmě poskytovány všem uživatelům sociálních služeb. Zůstává však otázka, jakým způsobem klient informaci zpracuje.

Otázka č. 10 – své finanční záležitosti svěřuje pověřenému sociálnímu pracovníkovi v domovech až 80% respondentů. V nemocnici věří ve správu finančních záležitostí 59% klientů a ti co uvádějí, že informace nemají, patří ke skupině respondentů, kteří finanční otázku ponechávají po čas pobytu rodinným příslušníkům.

K této hypotéze se vztahuje i otázka v dotazníku č. 5 a 6, která je taktéž cílená na klienta v rámci uzavírání smluv o poskytování sociální služby. Tady převyšují shodně pozitivní reakce blížící se až k 80% kladných odpovědí.

## **H2 Kvalita poskytované sociální péče v domovech je lepší, než kvalita poskytované sociální péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.**

Výše uvedená hypotéza potvrzena nebyla. Z výsledků šetření vyplývá, že sociální péče je ve všech směrech na srovnatelné úrovni. Viditelné porovnání lze spatřit u škálové otázky č. 7, kde respondent známkoval jednotlivé atributy. Zpracovaná tabulka vykazuje spokojenost na straně domovů a shodu spokojenosti i na straně nemocnic. Nad hodnotu 2 se dostává položka v domovech bezpečí. To lze vysvětlit tím, že chronicky duševně nemocný klient má pocit ohroženého bezpečí vzhledem ke své diagnóze. V nemocnicích se nejhůře umístila položka spokojenosti se stravou. Obvykle totiž nemocniční strava nenabízí volby menu a zakládá se z velké části na dietním stravování.

Tato hypotéza nebyla potvrzena i z dalších odpovědí. Otázka v dotazníku č. 15 vypovídá pravý opak. Spokojenost s péčí je na velmi dobré úrovni, jelikož odpovědi vykazují společným posouzením úspěšnost až 90%. U jednotlivých zařízení jsou negativní varianty téměř nulové.

Položka dotazníku u otázky č. 17. udává, že někteří klienti nejsou schopni naplňovat jednotlivé části standardů kvality, například průběh individuálního plánování služby. Sociální pracovník poskytuje některé služby sám. Jedná se o administrativní činnost, kterou je často přetěžován. Podstatou je zpracování anamnestických dat a informací od klienta a jeho příbuzných. Poté přikračuje k vypracování plánu péče, který je zpočátku pouhým testem, zda budou konkrétní body potřebné nebo zda bude nutné další úkony přidat. Klient obecně a klient s psychiatrickou diagnózou obzvláště nemusí být informován



o všech možnostech pomoci. Výsledky studie naznačují, že překážkou u klientů bývá ostych, stud jít o něco požádat a nepřekonatelný strach. U psychiatricky determinovaných klientů se tyto dispozice ještě násobí. Úzkostný, depresivní klient se bojí okolí a nedůvěřivý klient má kolem sebe ulitu, do které nikoho nepustí.

### **H3 Spokojenost s péčí roste s počtem kvalifikovaných pracovníků v zařízení.**

Můžeme konstatovat, že i tato hypotéza byla potvrzena. Dle výsledků šetření je v nemocnicích přesvědčeno až 91% respondentů, že zaměstnanci mají adekvátní kvalifikaci (graf č. 7). Na rozdíl od toho u sociálních zařízení (domovů), kde sociální pracovníci pracují s lidmi, v našem případě duševně nemocnými, sociálně slabými, či jinak znevýhodněnými osobami, je nutné pochopit, že sociální práce je po osobnostní a psychologické stránce bezpochyby jednou z nejnáročnějších činností. Samozřejmě i zde pracují kvalifikovaní lidé. To klienti dokládají až 59%. Práce může ovšem probíhat týmově a u psychiatrických klientů více než jinde. Tuto hypotézu lze propojit i s otázkami zaměřenými na volnočasové aktivity a jejich realizaci (graf č. 10,11). V multidisciplinárním týmu funguje zdravotnický odborník, který řeší případné změny zdravotního stavu. V případě aktivizace klienta je přítomen psycholog, ergoterapeut, aktivizační pracovníci běžně zastávající práci v přímé péči a další osoby přispívající k duševní pohodě klienta prostřednictvím terapií. Terapií v zařízeních se účastní zhruba 80% klientely. V nemocnicích uvádí respondenti 25% neúčast. Tato čísla jsou ovlivněna zdravotním stavem, který jim nedovoluje se aktivit účastnit.

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky: **Je kvalita poskytované sociální péče v DZR srovnatelná s poskytovanou péčí v nemocnici?**

Poskytovaná péče v zařízeních sociálních služeb je srovnatelná s poskytovanými sociálními službami ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče. Klienti jsou spokojeni s poskytovanými službami, kvalitu lze hodnotit ve stejných dimenzích, jelikož grafy výsledků nevykazují výrazné výkyvy ve spokojenosti klientely.

## ZÁVĚR

V závěru bakalářské práce lze konstatovat, že kvalitou nerozumíme jenom standardy kvality a povinnosti, ale celý soubor aktivit, který se projevuje ve spokojenosti klientů. Ve všech ohledech je prioritou poskytovatelů klást větší důraz na nepříznivou sociální situaci uživatele či nepříznivý zdravotní stav a jak ji daná služba umí řešit. Tyto aspekty včetně aktivizace klienta je zapotřebí zohledňovat a budou mít patřičný pozitivní dopad na kvalitu poskytované péče. V průzkumu byly znatelné indikátory srozumitelnosti a podávání informací. Problém stále zůstává, co je „srozumitelné pro všechny?“ Je možné ošetřit změnu formulace na „komunikovat takovým způsobem, který umožní aktuální schopnosti klienta.“

V rámci transformace dochází ke snižování počtu lůžek stávajících kapacit v domovech. Demografický vývoj jde zcela opačným směrem. Při umisťování žadatelů do těchto zařízení je kladen důraz, aby měli příspěvek na péči třetího nebo čtvrtého stupně. Naproti tomu je obecným trendem snižování odborného zdravotnického personálu v sociálních službách. Právě ty neregistrované služby jsou veřejností vnímány jako neprůhledná oblast, u které nelze dohlížet na oblast kvality poskytování sociálních služeb, a často se tu setkáváme s omezeným počtem personálu s nepříznivým dopadem na samotného klienta.

Sociální pracovníci, potažmo pracovníci v sociálních službách, sehrávají zásadní roli v naplňování kvality v sociálních službách, a proto je nutná péče o ně samotné. Výzkumný problém lze vhodně doplnit všemi aktéry systému služeb. Otázkou zůstává názor pracovníků v přímé péči. Jejich pohled je důležitý pro celkové zhodnocení kvality a posouzení celkové podstaty výzkumu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ARNOLDOVÁ, Anna, 2015. *Sociální péče 1. díl.* Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 240 s., ISBN 978-80-247-5147-4
- [2] BERG-WEGER, Maria, 2013. *Social Work and Social Welfare: An Invitation.* 3rd Ed. New York: Routledge 432 s. ISBN 978-02-031-1931-0.
- [3] DUKOVÁ, I., DUKA, M., KOHOUTOVÁ, I., 2013. *Sociální politika.* Vyd. 1, Praha: Grada Publishing, 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.
- [4] HAVRDOVÁ, Zuzana a kol., 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotnických služeb.* Vyd. 1. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, 208 s. ISBN: 978-80-87398-06-7.
- [5] HAVRDOVÁ, Zuzana, 1999. *Kompetence v praxi sociální práce.* Vyd. 1. Praha: Osmium, 165 s., ISBN 80-902081-8-5.
- [6] HOLASOVÁ, Malík, Věra. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách.* Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 160 s., ISBN 978-80-247-4315-8
- [7] HORNER, Nigel, 2012. *What is social work?* 4th Ed. Thousand Oaks CA: SAGE Publications, 224 s., ISBN 978-0-85725-673-7.
- [8] CHRÁSTKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu. Základy kvantitativního výzkumu.* Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, 256 s., ISBN 978-80-271-9225-0
- [9] JELÍNKOVÁ, J. Krivošíková, M. & Šajtarová, L. 2009. *Ergoterapie.* Praha: Portál, s.r.o., 272 s., ISBN 978-80-7367-583-7
- [10] KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství.* Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 176 s., ISBN 978-80-247-2713-4.
- [11] KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky.* Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 192 s., ISBN 987-80247-3843-7.
- [12] KUZNÍKOVÁ, Iva, 2011. *Pracovní náplň sociálních pracovníků ve zdravotnictví.* In KUZNÍKOVÁ, Iva et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví.* Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 224 s., ISBN 987-80-247-3676-1.

- [13] LEVICKÁ, J., LEVICKÁ, K., HANZALÍKOVÁ, V., BÁNOVČINOVÁ, A., 2012. *Ekosociálne prístupy v sociálnej práci*. Vyd. 1, Trnava: Vydavateľství Oliva, 237 s., ISBN 978-80-89332-14-4.
- [14] LEVICKÁ, J. a kol., 2007. *Sociálna práca I*. Vyd. 1. Trnava: OLIVA, 168 s. ISBN: 978-80-969454-2-9.
- [15] LUDÍKOVÁ, L. a kol., 2015. *Výzkum kvality života u vybraných skupin se speciálními potřebami*. Vyd. 1. Olomouc: UPOL, 172 s. ISBN 978-80-244-4296-9.
- [16] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, vyd. 1, Praha: Grada Publishing, a.s., 328 s., ISBN 978-80-247-3148-3.
- [17] MATOUŠEK, Oldřich, a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 576 s., ISBN 978-80-262-0366-7.
- [18] MATOUŠEK, Oldřich, a kol., 2011. *Sociální služby*, vyd. 2, Praha: Portál, 200 s., ISBN 978-80-262-0041-3.
- [19] MLÝNKOVÁ, Jana, 2011, *Péče o staré občany*, Praha: Grada, 192 s., ISBN 978-80-247-3872-7
- [20] MOLEK, Jan, 2009. *Marketing sociálních služeb*, vyd. 1, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 163 s., ISBN 978-80-7416-026-4.
- [21] PAYNE, M. 2014. *Modern Social Work Theory*. 4th Ed., Basingstoke: Palgrave Macmillan, 401 s. ISBN 978-0-230-24960-8.
- [22] POLIAKOVÁ, Nikoleta a Iveta MATIŠÁKOVÁ, 2015. *Metodika písania záverečnej práce pre nelekárske zdravotnícke odbory Ošetrovatelstvo a Fyzioterapia*, Vyd. 1, UTB ve Zlíně, Trenčianska univerzita, SEVT, 126 s., ISBN 978-80-7454-486-6.
- [23] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, Praha: Grada Publishing, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [24] VÉVODOVÁ, Šárka, Kateřina IVANOVÁ a kol., 2015. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*, Vyd. 1, Olomouc: UPOL cz, 215 s., ISBN 978-80-244-4770-4.

**SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ**

- [1] DOLEŽEL, Jakub, 2008. *Praktické zkušenosti poskytovatelů*. In. Kol. Zvyšování kvality sociálních služeb na území statutárního města Ostrava: Sborník příspěvků závěrečné konference projektu Q Ostrava. Ostrava, s. 31-35. Dostupné také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/18026/Rizeni\\_kvality.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/18026/Rizeni_kvality.pdf)
- [2] ČAS, Česká asociace sester, [online], © 2008,[cit. 2016-09-16]. [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0003\\_revize\\_1.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_1.pdf)
- [3] Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice, [online],[cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <http://www.upce.cz/fzs/studium/bakalarske.html>
- [3] MARLIN s.r.o. [online], © 2010,[cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.socialni-vzdelavani.cz/legislativni-podklady-pro-vzdelavani-pracovniku-v-socialnich-sluzbach>
- [4] ČESKO: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů, Česká republika. 2006, 37/2006, [online] [cit. 2017-11-01]. Dostupný také na [www: <www.mpsv.cz>](http://www.mpsv.cz).
- [5] ČESKO: Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách;[online][cit. 2016-13-10]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast2>
- [6] ČESKO: Zákon č. 96/2004 Sb., § 10 zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: Sbíрка zákonů, Česká republika.2004 30/2004, [online] [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- [7] ČESKO: Zákon č. 372/2011 Sb., § 10 zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: Sbíрка zákonů, Česká republika.2004 30/2004, [online] [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- [8] SAAK, společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci,[online], © 2011,[cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.saak-os.cz/>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

AAK Augmentativní alternativní komunikace

DZR Domov se zvláštním režimem

IP Individuální plánování

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

PSS Pracovník v sociálních službách

Sb. Sběrka

ZSP Zdravotně sociální pracovník

## SEZNAM OBRÁZKŮ A GRAFŮ

Obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb, s. 21.

Graf č. 1 Počty účastníků v zařízení, s. 37

Graf č. 2 Sociodemografické údaje, s. 38

Graf č. 3 Umístění respondentů v zařízeních, s. 41

Graf č. 4 Řešení zdravotních záležitostí při zhoršení zdravotního stavu, s. 42

Graf č. 5 Seznámení s podmínkami smlouvy, s. 43

Graf č. 6 Vstřícnost personálu při řešení nepříznivé sociální situace, s. 44

Graf č. 7 Názor na vzdělání zaměstnanců, s. 46

Graf č. 8 Ochrana práv, s. 47

Graf č. 9 Správa financí, s. 48

Graf č. 10 Nabídka volnočasových aktivit, s. 49

Graf č. 11 Využití aktivizačních programů, s. 50

Graf č. 12 Mezilidské vztahy, s. 51

Graf č. 13 Řešení stížností, s. 52

Graf č. 14 Spokojenost s péčí a poskytovanými službami, s. 53

Graf č. 15 Poskytování informací, s. 54

Graf č. 16 Individuální plánování služby, s. 55

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka č. 1 Výběr jednotlivých činností a jejich porovnání v závislosti na profesi, s. 17

Tabulka č. 2 Specifika sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. § 50, s. 24

Tabulka č. 3 Specifika sociální služby dle zákona 108/2006 Sb. § 52, s. 32

Tabulka č. 4 Umístění respondentů v zařízeních, s. 41

Tabulka č. 5 Řešení zdravotních záležitostí při zhoršení zdravotního stavu, s. 42

Tabulka č. 6 Seznámení s podmínkami smlouvy, s. 43

Tabulka č. 7 Vstřícnost personálu při řešení nepříznivé sociální situace, s. 44

Tabulka č. 8 Vybraná kritéria k hodnocení, s. 45

Tabulka č. 9 Názor na vzdělání zaměstnanců, s. 46

Tabulka č. 10 Ochrana práv, s. 47

Tabulka č. 11 Správa financí, s. 48

Tabulka č. 12 Nabídka volnočasových aktivit, s. 49

Tabulka č. 13 Využití aktivizačních programů, s. 50

Tabulka č. 14 Mezilidské vztahy, s. 51

Tabulka č. 15 Řešení stížností, s. 52

Tabulka č. 16 Spokojenost s péčí a poskytovanými službami, s. 53

Tabulka č. 17 Poskytování informací, s. 54

Tabulka č. 18 Individuální plánování služby, s. 55



**SEZNAM PŘÍLOH**

- PI Dotazník pro uživatele
- PII Žádost o umožnění výzkumného šetření v nemocnici Uherský Brod
- PIII Žádost o umožnění výzkumného šetření v nemocnici Uherské Hradiště
- PIV Žádost o umožnění výzkumného šetření v nemocnici Slavičín
- PV Žádost o umožnění výzkumného šetření v Sanatoriu TOPAS Vizovice
- PVI Žádost o umožnění výzkumného šetření v DZR Loučka

## **PŘÍLOHA P I: HODNOCENÍ KVALITY POSKYTOVANÉ PÉČE / DOTAZNÍK PRO UŽIVATELE**

Vážená paní, vážený pane,

předkládám Vám k vyplnění dotazník k hodnocení Vámi užívané služby. Tento dotazník je zcela anonymní a je součástí bakalářské práce, která je zaměřena na kvalitu poskytované sociální péče. Prosim Vás laskavě o jeho vyplnění, neboť bez Vaší pomoci by nebylo možné průzkum vyhodnotit. Pokud není uvedeno jinak, označte křížkem jednu odpověď, která odpovídá Vašemu názoru.

Děkuji za Vaši pomoc a čas, který jste tomuto dotazníku věnovali.

Ivana Matulíková, studentka 3. ročníku, obor zdravotně sociální pracovník na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně.

---

1. Jste muž nebo žena?

- muž
- žena

2. Které ze zařízení sociálních služeb využíváte?

- domov se zvláštním režimem
- nemocnice

3. Vyberte jeden z důvodů umístění?

- zdravotní omezení
- nesoběstačnost v péči o svou osobu
- tíživá sociální situace
- jiné

4. Při řešení Vašich zdravotních záležitostí nebo v případě zhoršení zdravotního stavu: personál přistupuje bezodkladně

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nechci se vyjadřovat

5. Byli jste dostatečně seznámeni při uzavírání smlouvy o podmínkách poskytování sociální služby?

- ano
- ne
- nedokážu posoudit

6. Jak hodnotíte vstřícnost personálu při řešení Vaší nepříznivé sociální situace?

- velmi obětavý
- dobrý
- uspokojivý
- nejevil zájem

7. Ohodnoťte škálou níže uvedené aspekty: možnosti zakroužkujte

1 velmi dobrý   2 chvalitebný   3 dobrý   4 uspokojivý   5 neuspokojivý

Laskavost personálu	1	2	3	4	5
Spokojenost se stravou	1	2	3	4	5
Pocit bezpečí	1	2	3	4	5
Bezbariérový přístup	1	2	3	4	5
Ochrana soukromí	1	2	3	4	5

8. Domníváte se, že personál, který se o Vás stará, má dostatečné vzdělání?

- ano
- ne
- nevím
- nezajímá mne to

9. Jsou dostatečně chráněna Vaše práva ze strany zařízení?

- ano
- ne
- nedovedu odpovědět

10. Je dostatečně zabezpečena správa Vašich finančních záležitostí

- ano
- ne
- nejsem informován

11. Jsou vám nabízeny volnočasové aktivity v zařízení?

- ano
- ne

12. Pokud jste odpověděl na otázku 11 „ano“, odpovězte na následující otázku. Využíváte aktivizačních programů?

- účastním se rád všeho, co nabízí
- vybírám si aktivity
- nabídka mne neuspokojuje
- neúčastním se vůbec

13. Jak hodnotíte mezilidské vztahy s ostatními obyvateli zařízení a personálem?

- jsou na dobré úrovni
- jsou dobré
- jsou uspokojivé
- nejsou dobré
- nedokážu posoudit

14. Při podání stížností, je personál při řešení aktivní?

- personál stížnost vyřeší
- stížnost se neřeší vůbec
- o stížnostech jsem nebyl poučen

15. Jste spokojen s péčí a poskytovanými službami?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nedokážu odpovědět

16. Jsou vám informace poskytovány srozumitelnou formou (např. brožury, letáčky, videa, besedy)?

- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nedokážu odpovědět

17. Podílíte se na procesu individuálního plánování průběhu sociální služby, kde jsou zohledňovány Vaše cíle a přání?

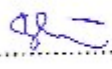
- ano
- spíše ano
- ne
- spíše ne
- nedokážu odpovědět

# PŘÍLOHA P II. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

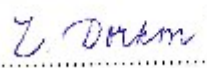
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (kombinovaná forma studia).

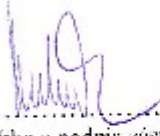
Jméno a příjmení studenta	Ivana Maulíková	
Téma bakalářské práce	Kvalita poskytované péče v domově se zvláštním režimem a v nemocnici	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Slobodová, PaD.	
	 ..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvantitativní metoda dotazníkového šetření	
Skupina respondentů	Uživatelé sociální služby a zaměstnanci zařízení	
Pracoviště	Vyhodnocení vedoucího pracoviště (přechází se škrtněte)	Podpis
Nemocnice s poliklinikou Uherský Brod.	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.2.2017

  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

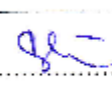



# PŘÍLOHA P III. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Ivana Matulíková		
Téma bakalářské práce	Kvalita poskytované péče v domově se zvláštním režimem a v nemocnici		
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Šlobová, Ph.D.		
	 ..... podpis		
Metoda výzkumu	Kvantitativní metoda dotazníkového šetření		
Skupina respondentů	Uživatelé sociální služby a zaměstnanci zařízení		
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nebojí se škrtněte)		Podpis
Zdravotně sociální středisko nemocnice Uherské Hradiště	<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím	<input type="checkbox"/> Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.2.2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Uherskohradištská nemocnice a.s.  
J. E. Purkyně 265  
602 00 Uherské Hradiště  
hlavní sestra


.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA P IV. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

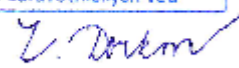
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Ivana Matulíková	
Téma bakalářské práce	Kvalita poskytované péče v domově se zvláštním režimem a v nemocnici	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Slobodová, Ph.D.	
	 ..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvantitativní metoda dotazníkového šetření	
Skupina respondentů	Uživatelé sociální služby a zaměstnanci zařízení	
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (nehodí-li se škrtněte)	Podpis
Městská nemocnice Slavičín	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	


Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.2.2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

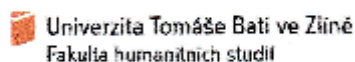
  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

MĚSTSKÁ NEMOCNICE SLAVIČÍN  
Kotvinského 1  
763 21 Slavičín  
IČ: 621 61 378

  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení




# PŘÍLOHA P V. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ


Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Ivana Matulíková
Téma bakalářské práce	Kvalita poskytované péče v domově se zvláštním režimem a v nemocnici
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Šlobodová, Ph.D.
	 ..... podpis
Metoda výzkumu	Kvantitativní metoda dotazníkového šetření
Skupina respondentů	Uživatelé sociální služby a zaměstnanci zařízení
Pracoviště	Vyjádření vedoucího pracoviště (něchodí se škrtněte) <span style="float: right;">Podpis</span>
Sanatorium TOPAS Vizovice	Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

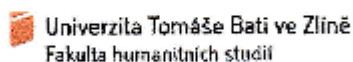
Ve Zlíně dne 10.2.2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
.....  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

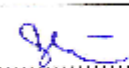
SANATORIUM TOPAS Vizovice  
Mákovského nám. 116, 761 01 Vizovice  
Pracoviště  
.....  
razítko a podpis zástupce zařízení

# PŘÍLOHA P VI. ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ



## ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče, studijního oboru Zdravotně sociální pracovník (kombinovaná forma studia).

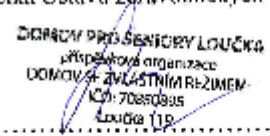
Jméno a příjmení studenta	Ivana Matulíková	
Téma bakalářské práce	Kvalita poskytované péče v domově se zvláštním režimem a v nemocnici	
Vedoucí bakalářské práce	PhDr. Lucia Šlobová, PhD.	
	 ..... podpis	
Metoda výzkumu	Kvantitativní metoda dotazníkového šetření	
Skupina respondentů	Uživatelé sociální služby a zaměstnanci zařízení	
Pracoviště	Vyjednání vedoucího pracoviště (nebo dle se škrtněte)	Podpis
Domov se zvláštním režimem v Loučce	Souhlasím <input checked="" type="checkbox"/> Nesouhlasím <input type="checkbox"/>	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10.2.2017

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav zdravotnických věd

  
 .....  
 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

  
 .....  
 razítko a podpis zástupce zařízení