

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2014–2015

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Adéla Zapletalová**

**Rozvoj péče o seniory**

Praha 2015

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Michaela Melicharová

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED FULL-TIME STUDIES**

2014-2015

**BACHELOR THESIS**

**Adéla Zapletalová**

**Development care for the elderly**

Prague 2015

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Ing. Michaela Melicharová

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 11.3.2015

*Adéla Zapletalová*

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Ing. Michaele Melicharové za odborné vedení bakalářské práce, rady a připomínky, ochotu a veškerý věnovaný čas.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá rozvojem péče o seniory. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsou vysvětleny pojmy stáří, dělení stáří, jednotlivé změny spojené se stárnutím a definice lidských potřeb. Následuje definice pojmu ageismus a vysvětlení pojmu týrání seniorů. V bakalářské práci je dále definován důležitý faktor a to aktivizace seniorů. Poté jsou vyjmenovány jednotlivé druhy vzdělávacích aktivit seniorů. Poslední kapitola teoretické části obsahuje rozdělení, definování rodinné, zdravotní a sociální péče.

Praktická část bakalářské práce obsahuje výzkumné šetření a průzkum informovanosti péče o seniory, analýzu hypotéz a závěr výzkumného šetření.

## **Klíčová slova**

Stárnutí, stáří, potřeby, ageismus, aktivizace, sociální péče, zdravotní péče

## **Annotation**

Bachelor thesis deals with the development of elderly care. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part explains the concepts of age , age division , individual changes associated with aging and definition of human needs . Following the definition of ageism and explanation of elderly abuse. The work is further defined an important factor and activation of seniors . They are then enumerated the different types of educational activities seniors . The last chapter contains the division , the definition of family , health and social care.

The practical part contains the research and survey information eldercare analysis of hypotheses and conclusions of the research .

## **Keywords**

Age, aging, ageism, activation, health care, needs, social care

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....</b>	<b>11</b>
2.1 Stárnutí .....	11
2.2 Stáří.....	12
2.2.1 Dělení stáří .....	12
2.2.2 Obory zabývající se stárnutím a stářím .....	13
<b>3 ZMĚNY SPOJENÉ SE STÁRNUTÍM A STÁŘÍM .....</b>	<b>14</b>
3.1 Tělesné projevy .....	14
3.2 Psychické změny .....	15
3.3 Sociální změny .....	16
<b>4 POTŘEBY SENIORŮ .....</b>	<b>17</b>
4.1 Lidské potřeby .....	17
4.2 Potřeby seniorů .....	18
<b>5 POHLED NA STÁŘÍ Z POHLEDU DNEŠNÍ SPOLEČNOSTI.....</b>	<b>21</b>
5.1 Penzionování.....	22
4.3 Týrání seniorů .....	24
<b>6 AKTIVIZACE SENIORŮ .....</b>	<b>26</b>
6.1 Vzdělávací aktivity seniorů .....	27
6.1.1 Akademie třetího věku .....	27
6.1.2 Univerzity třetího věku .....	27
6.1.3 Univerzita volného času .....	28
6.1.4 Různé kluby aktivního stáří .....	28
6.1.5 Seniorské kluby a kluby důchodců .....	28
6.2 Techniky práce se seniory .....	28
6.2.1 Ergoterapie .....	28
6.2.2 Arteterapie.....	29
6.2.3 Muzikoterapie .....	29
6.2.4 Aromaterapie .....	29
6.2.5 Canisterapie .....	30
6.2.6 Relaxační techniky.....	30
6.2.7 Tréninky paměti .....	30

<b>6.1 Historie péče o seniory .....</b>	<b>31</b>
<b>6.2 Rodinná péče.....</b>	<b>32</b>
<b>6.3 Zdravotní péče .....</b>	<b>33</b>
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>39</b>
<b>7 METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>39</b>
7.1 Cíle výzkumného šetření.....	39
7.4 Postup při analýze dat získaných dotazníkem .....	42
7.4.1 Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku.....	43
7.5 Specifikace výzkumného vzorku .....	44
<b>8 ANALÝZY ZÍSKANÝCH DAT .....</b>	<b>45</b>
Demografické údaje.....	45
Otázka č. 5: Máte zkušenosti s péčí o nesoběstačného seniora ve Vaší rodině? .....	48
Otázka č. 6: Víte, na koho se obrátit s žádostí v případě nutnosti využití služeb agentur domácí péče?.....	49
Otázka č. 7: V případě nutnosti péče o nesoběstačného seniora byste dal/a přednost...? .....	50
Otázka č. 8: Jaká forma péče je dle Vašeho názoru zpravidla finančně nákladnější? .....	51
Otázka č. 9: Jak vysokou částku státního příspěvku byste považoval/a za přijatelnou za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora? .....	52
Otázka č. 10: Kde byste hledal/a informace o sociálních dávkách?.....	53
Otázka č. 11: Dle Vašeho názoru by se měl na úhradě poskytovaných služeb nesoběstačným seniorům podílet? .....	54
Otázka č. 12: Víte, jaká je maximální výše příspěvku, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby? .....	55
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>76</b>



## ÚVOD

Problematika seniorů je v dnešní společnosti velmi diskutované téma. Je důležité si uvědomit, že staří s sebou provází sociálně-ekonomické, zdravotní a psychické problémy. Aktuálně se často setkáváme s mezigeneračními problémy, nepochopením a osamělostí v populaci seniorů. Z důvodu celosvětového stárnutí populace je potřeba věnovat mnohem větší pozornost poskytované péči o seniory. Sktruktura společnosti se mění, starých lidí přibývá. Proto je důležité se zaměřit na komplexní péči a dbát na prožití důstojného stáří. S postupem času dochází u starých lidí ke snížení soběstačnosti a na řadu přichází odkázání se na pomoc druhých. Na prvním místě to bývá rodina.

Žijeme dnes v uspěchané době a lidské zaneprázdněnosti. Z tohoto důvodu, čím dál tím častěji přibývá případů, kdy se rodina není schopná starat a poskytovat potřebnou péči. A to zejména v případech, kdy senior začíná být nesoběstačný nebo ho provází zdravotní problémy. Až v této situaci by bylo ideální přistoupit k takzvané institucionální péči. Jedná se o krajní řešení a řada seniorů to nesnáší dobře.

Pracuji pro obecně prospěšnou společnost Domov Sue Ryder o. p. s. Sue Ryder, je příkladem jak by podle mě péče správně měla v dnešní době vypadat. Domov vytváří především zaměstnanci, dobrovolníci a všichni ostatní, kteří jsou ochotni pomoci. Hlavní motto je "Šance pro důstojné stáří". Stojí za tím velký kus práce celého týmu Domova. Domov razí základní hodnoty, které jsou hlavním pilířem a dělají Sue Ryder společností s poskytováním kvalitní péče seniorům. Důvěra, důstojnost, odpovědnost, kvalita, hospodárnost, začlenění do společnosti. To jsou naše základní hodnoty.

Bakalářská práce je zaměřena na vymezení základních pojmů spojených se stářím, stárnutím, na systém poskytované pomoci a péči seniorům u nás.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V první části teoretické práce vysvětluji pojmy, jako jsou stáří, proces stárnutí a jednotlivé obory, které se jimi zabývají. Dále popisuji změny spojené se stářím a vymezuji základní lidské potřeby, které jsou nedílnou součástí. Dále se zabývám pohledem na stáří v dnešní společnosti a s tím spojený ageismus či týrání seniorů. V závěru teoretické části pak popisuji jednotlivé druhy poskytované péče v České republice, především základní zdravotní a sociální péče.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na výzkumné šetření a průzkum informovanosti veřejnosti o problematice spojené se stářím. Zjištění informovanosti veřejnosti k dané problematice.

Bakalářskou práci jsem zpracovala na základě dostupné odborné literatury, dále pak na analýze dat z dostupného dotazníkového šetření.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

### 1.1 Stárnutí

Již narozením začínáme stárnout. Jedná se tedy o celoživotní proces, během kterého dochází k řadě změn v oblasti biologické, psychické i sociální. Tyto změny probíhají u každého specifickou rychlostí, nastupují v různém věku a jsou bohužel ireverzibilní. O vlastním stárnutí a stáří začneme uvažovat tehdy, uvědomíme-li si jeho projevy na sobě samém.

V literatuře se setkáváme s mnoha výklady stárnutí. Langmeier a Krejčířová označují stárnutí jako: „*Souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.*“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 202). „*Podle Prchlika je stárnutí plynulý a pozvolný a přirozený zákonitý fyziologický proces, ve kterém dochází ke změnám v organismu i v psychice člověka*“ (in Malíková, 2011).

Znaky stárnutí lze dělit na univerzální a probabilistické. Mezi univerzální známku stárnutí řadíme například vrásčitou kůži. Znaky probabilistické jsou znaky pravděpodobné. Mezi ně bychom mohli zařadit artrózu či kataraktu, kterou v určitém věku u člověka očekáváme.

Jiní autoři popisují znaky stárnutí jako primární, sekundární a terciální. Znaky primární se projevují v tělesné oblasti (dermatologické změny), sekundární znaky se u člověka mohou, ale také nemusí, projevit. Do této skupiny lze zařadit již zmíněný šedý zákal či onemocnění kloubů. Terciální znak je popisován jako náhlý pokles tělesných aktivit končící smrtí.

Rychlost stárnutí jedince je dána především genetikou, ale ovlivňuje ji i životní styl člověka – dostatečný spánek, častá fyzická aktivita, zdravá výživa, prostředí, stresové faktory a sociálně-ekonomické podmínky. Proces stárnutí významně urychluje nadměrný příjem potravy, dlouhodobý stres, vysoký krevní tlak, alkohol, cigarety, drogy, sedavý způsob života, malá fyzická aktivita, ale i malé společensko-pracovní zapojení (Bušková, 2012).

## 1.2 Stáří

Většina lidí si pod pojmem stáří představí nesoběstačnost a neschopnost postarat se sám o sebe, proto společnost zaujímá k tomuto období převážně negativní postoj. Toto období však může být pro některé seniory jedním z nejkrásnějších období, ve kterém může realizovat své životní přání a touhy, které do této chvíle nemohly být z různých důvodů naplněny (Malíková, 2011; bakalářky).

Stejně jako u stárnutí není v naší společnosti pro stáří definován jednotný výklad. *„Pod pojmem stáří se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 202).* Mühlpachrova interpretace zní: *„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou ztráta soběstačnosti.“ (Mühlpachr, 2004, s. 39).*

### 1.2.1 Dělení stáří

Stáří lze rozdělit na stáří kalendářní, biologické a sociální. Kalendářní stáří je ohraničené časovým úsekem dle věku seniora. Haškovcová člení stáří do věkových kategorií na stáří rané (60 – 75 let), pokročilý věk neboli vlastní stáří (75 – 90 let) a vysoký věk čili dlouhověkost (90 a více let). Biologické stáří ukazuje míru involučních změn jedince, které nelze jednoznačně rozdělit. Stáří sociální je především ovlivněno odchodem do důchodu. Mění se sociální postavení, role, dochází ke ztrátě

postavení, přátel a mění se i ekonomická situace. V tuto chvíli mají velmi pozitivní vliv na seniora funkční vztahy v rodině (Haškovcová, 2010; Informovanost seniorů o dostupnosti sociální péče, 2013; 2014).

### 1.2.2 Obory zabývající se stárnutím a stářím

Oblastí a problematikou stárnutí a stáří se zabývá vědní obor gerontologie, charakterizovaný jako obor zabývající se procesy stárnutí a problematikou vyššího věku, který se dále člení na další podobory. Patří mezi ně:

- **Geriatricie**, také označována jako klinická gerontologie, je od roku 1982 v České republice samostatným lékařským oborem zabývající se fyziologií a patologií stáří. Věnuje se především zvláštnostem chorob ve stáří, léčbě a prevenci onemocnění. Zabývá se tedy nejen interní problematikou klienta, ale i problémy neurologickými, rehabilitačními, psychiatrickými.
- **Gerontologie experimentální** je zaměřena na biologické procesy stárnutí organismu a taktéž na psychologické procesy stárnutí člověka.
- **Gerontologie sociální** řeší vzájemný vztah starých lidí a společnosti, podílí se na vytváření programů zdravého stárnutí a udržování soběstačnosti.
- **Gerontopsychologie** se věnuje psychickým změnám projevujícím se u stárnoucího člověka.
- **Gerontopedagogika** se obor podporující a pomáhající při uspokojování potřeb seniorů. Měla by na geronty působit výchovně a učit je zdravému a spokojenému stárnutí (Malíková, 2011; Bušková, 2012; Informovanost seniorů o dostupnosti sociální péče, 2013, Mühlpachr, 2009, s. 11).

## 2 ZMĚNY SPOJENÉ SE STÁRNUTÍM A STÁŘÍM

Stárnutí se na člověku projevuje ve složce tělesné, psychické i sociální. Jak se s těmito změnami člověk vyrovná, velmi ovlivňuje jeho osobnost, životní zkušenosti, prostředí, ve kterém se pohybuje, a reakce jeho okolí. Všechny změny se prolínají a ovlivňují se navzájem.

Všeobecným projevem stárnutí je ubývání fyzických sil, snížení výkonnosti, potřeba zvýšené koncentrace, odpočinku a relaxace, více času na přípravu a celková změna žebříčku hodnot. Často také dochází k psychickým změnám, které mohou mít na osobnost seniora negativní dopad (Malíková, 2011; 2014).

### 2.1 Tělesné projevy

Ve stáří dochází k řadě biologických změn, které se projevují velmi individuálně. Mezi fyziologické změny tohoto období patří změny v oblasti zrakové percepce v podobě zúženého zorného pole, glaukomu, katarakty a horší adaptaci na tmu. Změny nastávají i v oblasti sluchového ústrojí. Zhoršení funkce těchto ústrojí velmi negativně seniora ovlivňuje. Ten ztrácí pocit jistoty a bezpečí.

Změny pohybového aparátu se projevují atrofii meziobratlových plotének, ochabováním svalové hmoty a tím i snížení tělesné výšky. Pohyb je pomalejší, dochází k řídnutí kostí, jehož důsledkem je častější výskyt úrazů. Změny hlubokého cití se projevují hlavně poruchami rovnováhy a chůze. Také klesá tvorba hormonů a obranného mechanismu. Mění se délka a kvalita spánku, senioři přes den spí, v noci se budí a špatně usínají.

Změny nastávají i v kardiopulmonálním systému, kdy je snížena funkce plic, přičemž klesá vitální kapacita plic. Mj. dochází ke ztrátě chrupu, úbytku hmotnosti, snížené motilitě střev projevující se chronickou zácpou. Močový měchýř má menší kapacitu a je méně pružný. Pohlavní činnost bývá s prodlužujícím se věkem postupně ukončena. Senior nepocítuje žížeň, často tedy dochází k dehydrataci.

Kůže je suchá, vrásčitá s nižší elasticitou a flexibilitou. Všechny výše uvedené změny mají vliv nejenom na vzhled seniora. Biologické změny velmi těsně souvisí i se změnami v psychickém vývoji jedince (Malíková, 2011; Králíková, 2014; Brendlová, 2014; Vendlerová, 2011; Veverková, 2013; Morongová, 2014).

Změny nastávají i v kardiopulmonálním systému, kdy je snížena funkce plic, přičemž klesá vitální kapacita plic.

Prohlubují se vrásky, objevuje se nápadná pigmentace kůže, šedivění vlasů a jejich řidnutí. Rychlost a proměna zevnějšku není u všech stejná. Postupem času dochází ke ztrátě rysů, člověk začíná vypadat jinak než dříve.

## **2.2 Psychické změny**

Během procesu stárnutí dochází kromě tělesných změn i ke změnám psychickým. Člověk se potýká se zdravotními problémy a sociálními změnami, což ovlivňuje změny v oblasti myšlení, paměti, pozorování, emocí i sebevědomí.

Již v raném stáří se zhoršuje krátkodobá paměť, naopak zážitky prožité v minulosti si vybavují velmi dobře. Mechanická paměť zůstává zachována i přes snížení celkové kapacity paměti.

Senior často zapomíná, je nepozorný, neschopný se soustředit. Změny v psychomotorické a smyslové oblasti mají zapříčinění snížení sebevědomí. Jedinec se uzavírá do sebe a ztrácí zájem o okolí. Střídají se u něho nálady, je plačtivý se sklonem k úzkostem a depresím. Senioři se rádi upínají ke starým událostem, novým věcem se záměrně vyhýbají. Hlavním zdrojem strachu je hrozba pádu, samoty a nových věcí.

V průběhu stárnutí dochází ke změnám v hierarchii potřeb. Do popředí zájmu se dostává zájem o vlastní zdraví a potřeba bezpečí a jistoty. Většina činností seniora bývá pomalejší, nelze však tvrdit, že méně kvalitní.

Odchodem do starobního důchodu nemusí jedinec čelit pracovní stresorům, přičemž senior zahajuje klidnější životní období. Žije přítomností, nikoliv budoucností. Senioři

bývají společností označováni jako moudří lidé, mající zkušenost s řešením řady situací (Králíková, 2014; Veverková, 2013; Malíková, 2011; Brendlová, 2014).

### **2.3 Sociální změny**

Mezi významné aspekty mající negativní sociální dopad na jedince lze zajisté zařadit odchod do důchodu. Lépe vnímají starobní důchod ženy než muži, protože mají zpravidla více zájmů a koníčků, kterým mohou nyní věnovat mnohem více času. Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, dochází k omezení společenských a kulturních aktivit a vzniku strachu z osamělosti. Změny nastávají i po stránce ekonomické. Odchodem do penze může člověk zaznamenat pokles životní úrovně. Člověk je zvyklý na svůj životní standard a nyní se se musí často finančně omezit.

Bezesporu jednou z nejtěžších životních zkoušek nejen ve stáří je smrt životního partnera. Partner, který zůstává, pociťuje nenahraditelnou ztrátu ponechávající v jeho srdci těžko hojící se ránu. Ztrácí motivační sílu k běžným každodenním činnostem, protože je nemá pro koho vykonávat.

Nezvratný zlom nastává ve chvíli, kdy se senior stává fyzicky či psychicky závislý na druhé osobě, přičemž může zažívat pocity, že je rodině ostatním osobám, podílející na ošetrovatelské péči, na obtíž.

Stáří přináší ale i pozitivní aspekty. Senior má možnost dostatečného plánování volnočasových aktivit, odpočinku a spánku. Plní si přání a touhy, na které dříve neměl z důvodu pracovních povinností čas.

Mezi nejvýznamnější pozitivní aspekty v této oblasti je fungující a podporující rodina, ekonomická příprava na stáří, plánování volnočasových aktivit a možnost uspokojení potřeb člověka (Malíková, 2011; Sedláková, 2014; Minibergerová, 2006; Bušková, 2012).



## 3 POTŘEBY SENIORŮ

„Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo jeho přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální a duchovní“ (Šamánková, 2006, s 53).

### 3.1 Lidské potřeby

Lidské potřeby se v průběhu života vyvíjejí a mění. Při naplnění jedné potřeby dochází k motivaci dosažení uspokojení potřeby jiné. Touha po uspokojení potřeby aktivizuje člověka k činnosti. Tato aktivizace trvá po dobu, než dojde k uspokojení dané potřeby, nebo do doby, kdy si jedinec nesmíří s faktem, že tuto potřebu uspokojit nelze. Při narušení rovnováhy mezi potřebami může vzniknout choroba.

Mezi faktory modifikující uspokojování potřeb se zahrnuje individualita člověka, vývojové stádia jedince, kulturní, společenské i životní prostředí a zdravotní stav jedince.

Lidskými potřebami se zabývá mnoho autorů, je tedy možné potřeby třídit do mnoha škál či stupnic. Mezi nejvýznamnější stupnici patří Maslowova hierarchie potřeb, dělící potřeby na 5 základních skupin. Základnu pyramidy tvoří **potřeby fyziologické**, které jsou pro seniory nejdůležitější. Do těchto potřeb řadíme potřebu jídla, spánku, dýchání, fyzické aktivity. Druhým stupněm je **potřeba bezpečí a jistoty**. Cílem těchto potřeb je vyvarovat se určitému nebezpečí. Tato potřeba se objevuje ve chvíli, kdy se člověk dostává do situace, kdy ztrácí životní jistotu například v době nemoci jedince či jeho blízké osoby. Třetím stupněm pyramidy jsou **potřeby sociální** neboli **společenské** vyjadřující potřebu pocitu sounáležitosti a lásky, projevující se u seniorů závislostí na vztazích s nejbližšími lidmi. Mít možnost s někým mluvit, konverzovat, vyjádřit svůj názor a sdělit své myšlenky. Čtvrtým stupněm pyramidy je **potřeba uznání** vyjadřující touhu po respektu druhých lidí, prestiži ve společnosti a vlastní sebeúctě. Hlavním smyslem této potřeby je však být svobodný. Vrchol pyramidy tvoří

*potřeba seberealizace či sebeaktualizace*, která přichází na řadu až při uspokojení potřeb základních. Jedná se o metapotřebu vyjadřující schopnost realizovat své záměry. Tato potřeba je produktem zralosti a celoživotního procesu. Uspokojení této potřeby není pravidlem pro spokojený a šťastný život (Sedláková, 2014; Skčelová, 2014).

### **3.2 Potřeby seniorů**

Uspokojovat potřeby je nezbytné i u seniorů, což může být zajisté velmi náročné po stránce fyzické, psychické, ale i sociální.

Mezi nedůležitější potřeby seniorů patří uspokojení fyziologických potřeb. Základní potřebou seniorů je potřeba dýchání, chůze, správné teploty, tišení bolesti, smíchu a pláče. Pokud u někoho nedojde alespoň k částečnému uspokojení fyziologických potřeb, nelze uspokojovat potřeby vyššího stupně. Nenaplněné základní fyziologické potřeby mohou zcela ovládnout naše prožívání a jednání, vedou k nemoci nebo až ke smrti (Veverková, 2013).

V seniorském období se objevují poruchy spánku, v jejichž důsledku senioři pospávají i během dne. Měli bychom tedy jedincům vytvořit vhodné prostředí, zajišťující klidný odpočinek v kteroukoliv denní i noční hodinu. Dále se objevují problémy s vyprazdňováním, je tedy třeba zaměřit se na uspokojování této potřeby prostřednictvím vhodné stravy. S postupem věku je také snížena potřeba hygienické péče, péče o zevnějšek a často i potřeba sexuální.

Ve vyšších potřebách je nutné se pozastavit u potřeby bezpečí a jistoty, které lze dělit na fyzické, psychické a ekonomické. Potřeba fyzického bezpečí zahrnuje strach z pádu. Tuto potřebu lze naplnit poskytnutím kompenzačních pomůcek či dopomocí jiné osoby při výkonu různých činností. Potřeba psychického bezpečí zahrnuje jistotu, pocity klidu bez strachu a napětí. Tyto pocity posílí pravidelná návštěva rodinných příslušníků, pečovatelky, sledování televize aj.

Senioři potřebují vědět, že někam patří, rádi se fixují na svou fungující rodinu. Potřeby citové jistoty mohou být ohroženy umístěním člověka do institucionální péče.

Tento přesun je často vnímán jako blížící se konec života nebo nezájem ze strany rodiny. Následují pocity frustrace přecházející do apatie, deprese a rezignace seniora.

K neuspokojení potřeby ekonomické může dojít při nedostatečných finančních prostředcích a finanční závislosti na podpoře druhých.

Potřeba sociálního kontaktu je důležitá v každém stadiu života člověka. Pro seniora je velmi důležitý kontakt s vrstevníky a rodinou, pokud není tato potřeba satureována, senior se uzavírá, je izolován a pociťuje pocity osamělosti a zbytečnosti (Kalivodová, 2014).

Některý ze seniorů má velkou potřebu mluvit, jiný naopak raději naslouchá a získává nové poznatky. Důležité je mít možnost promluvit si, konverzovat, vyjádřit svůj názor a myšlenky.

U seniora je nezbytné také uspokojovat potřebu informovanosti a to o tom, co se děje, mít zprávy o svých blízkých, ale i o situaci ve světě.

Předposledním stupněm pyramidy dle Maslowa je potřeba autonomie ve smyslu být svobodný a mít možnost rozhodovat sám za sebe. Senior prezentuje své pojetí autonomie jako samostatné zvládání každodenních činností, které je podmíněno zdravím, které umožňuje fyzickou soběstačnost. Dále se sem řadí pocity úcty, sebeúcty a pocit užitečnosti.

Vágnerová (2007) se zaměřuje a zdůrazňuje ve stáří především tyto lidské potřeby:

*Potřeba stimulace* – bývá u seniorů snížena. Ve stáří klesá potřeba nových zážitků, senioři mají rádi spíše svůj stereotyp. Pokud jsou zahaleni novými informacemi nebo změnami, na které musí reagovat, spíše je to frustruje a navozuje pocit nejistoty. Starší lidé preferují setrvání ve svém světě, který je již minulostí, ale rádi na něj vzpomínají. Na druhou stranu převládá důležitost kontaktu s okolím a dostatečný přísun podnětů. Potřeby stimulace jsou nejvíce ohroženy v souvislosti s onemocněním fyzického rázu nebo narušení zrakové či sluchové percepce.

*Potřeba seberealizace* – tyto potřeby ve stáří mohou být hůře satureovány. Pokud se jedinec těší na odchod do důchodu, také lépe akceptuje změnu sociální role. Naopak

u seniorů, kteří jsou fyzicky zdraví, sociální role starobního důchodce vyvolává pocity beznaděje, méněcennosti. Nepříjemné pocity mohou kompenzovat jinými aktivitami, ale také zdůrazňováním minulých výkonů. Potřeba seberealizace je v takovémto případě saturována alespoň symbolicky na základě vzpomínek.

*Potřeba otevřené budoucnosti a naděje* – staří lidé se obecně obávají nemoci a důsledků, které z ní vyplývají. V saturaci těchto potřeb klademe důraz na zachování soběstačnosti, sebeúcty založené na určitém kompromisu.

## 4 POHLED NA STÁŘÍ Z POHLEDU DNEŠNÍ SPOLEČNOSTI

Stáří ve společnosti mělo, má a bude mít vždy své místo. Lze konstatovat, že stáří bylo v historii a je i v dnešní současné moderní společnosti spojováno s hodnotami jako je moudrost, úcta, pokora a respekt. Nastiňuji zde ale takové období života člověka, kdy starý člověk je stále soběstačný a finančně, fyzicky a psychicky nezávislý na pomoci druhých. Dnešní doba je zaměřená na výkonnost, aktivitu a zdraví. Většina dnešní společnosti jen nerada vidí, jaký neúprosný úděl nás v souvislosti se stárnutím čeká. Většinu z nás dříve či později čeká etapa života, kdy přestane chápat svět mladých, stejně jak je tomu u dnešních seniorů. Srovnáváme-li současnou věkovou skupinu, je vidět diametrální posun v pohledu na to, koho označíme za seniora. Dnešní senior je jiný než senioři minulých generací. Doba se postupně zrychlila. Délka života se oproti minulým časům prodloužila, změnil se životní styl, nutně se také změnili senioři a pohled na ně. Už jen samotný věk, ve kterém označujeme člověka za seniora, se změnil.

Významným mezníkem v životě většiny seniorů nastává v době nástupu do penze. Ve většině případů znamená odchod do penze pád ze společenského a pracovního vrcholu. S těmito změnami se také mění postavení seniorů ve společnosti. Dnešní moderní společnost směřuje člověka k nezávislosti a vysokým životním tempem nastoluje takové podmínky, které není starší člověk schopen dříve či později plně ustát. Nehovoříme o individuálních případech, ale o všeobecném pohledu na seniorskou populaci. Každý člověk, stejně tak i senior, je individualitou. Někteří se ke svému „stárnutí“ staví pozitivně a chápou ho jako určitou etapu života, žijí aktivně, ale někteří senioři se svému věku poddávají, objevují se u nich depresivní stavy, pocity marnosti a samoty. I když se hranice seniorského věku posouvá, stále a v dnešní uspěchané době tím spíše, se setkáváme s negativním pohledem na seniory, a to nejen z hlediska pracovního uplatnění.

## 4.1 Penzionování

Pojmem penzionování, který se ve společnosti objevil až ve 20. století (mluvíme tedy o novodobém jevu současné společnosti), rozumíme takovou etapu života, kdy člověk ukončuje svoji výdělečnou činnost. Člověk po ukončení výdělečné činnosti odchází na „odpočinek“, ale on sám často není takovou roli akceptovat, a to zejména je-li stále v dobré psychické a fyzické kondici. Penzionovaný člověk se dostává do role „nemít roli (Pacovský, 1990).

Za důležité považuji zmínit zvyšující se tendenci posouvání věkové hranice odchodu do důchodů. Stárnutí populace sebou jistě nese řadu ekonomických, sociálních a zdravotních problémů, ale stárnutí by mělo být populací oslavováno, neboť „...je velkým úspěchem naší společnosti, že lidé mohou žít zdravěji a déle.“ (Ferry; Baker, 2006).

S ohledem na soudobé požadavky na výkonnost a ekonomickou samostatnost ve společnosti způsobuje, že lidé se obávají penze. Nejedná se tak o snižování příjmů, ale především o ztrátu společenské role. Hovoříme o termínech, jako jsou „penzijní kolaps“ nebo „penzijní smrt“. Na starobní důchodce je někdy hleděno jako na přítěž společnosti (Haškovcová, 2002).

Společností je na seniory nahlíženo z pohledu, co konkrétního by mohl takový jednotlivec společnosti přinést. Nastane-li situace, kdy senior i přes svůj důchodový věk chce nalézt pracovní uplatnění, často naráží. Na staršího člověka často bývá nahlíženo jako na někoho, kdo zabírá místo mladším, kdo se nepřizpůsobuje. Zaměstnavatelé svým způsobem diskriminují seniory, pohlíží na ně jako na neproduktivní, nepřizpůsobivé k novým změnám a také jako na ekonomicky nevýhodné (např. vyšší platy než u mladších zaměstnanců).

V souvislosti s pojmem penzionování je třeba zmínit i psychické „proměny“ seniora. Vždy se jedná o rozdíly v individuálních případech, ale často se u penzionovaných seniorů objevují stavy depresivní stavy a pocity nedůležitosti, marnosti a nepotřebnosti.

## 4.2 Ageismus

Samotný význam slova pochází z anglického *age* znamenající věk či stáří. Obecně lze pojem ageismus definovat jako proces vyřazování lidí vyššího věku z různých činností či procesů společnosti. Vidovičová (2008) k významu pojmu uvádí: „*Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu, manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku anebo na jejich příslušnosti k určité kohortě/generaci.*“

Období stáří lze z pohledu ageismu chápat jako období ztrát a zhoršené kvality života. Dnešní společnost se k seniorům staví odmítavě, v některých případech až kriticky a objevuje se i faktická diskriminace pouze na základě stáří. Často nejsou brány ohledy na individuální rozdíly mezi lidmi a společnost má tendenci seniory v častých případech izolovat, aby „nepřekáželi“. Pokud hovoříme o diskriminaci v souvislosti se staršími lidmi, nelze tuto skupinu zcela jednoznačně považovat za menšinu. Vztah k nim bývá spojován s předsudky a diskriminací, ovšem ti se do této skupiny nenarodili a většina z nich ani nemá pocit skupinové identity nebo politické jednoty (Palmore 1999)

I když nelze odhlédnout od toho, že určité předsudky společnosti jsou v tomto směru opodstatněné a někdy mají i pravdivý základ, není na místě se k tomuto tématu stavět kriticky a vnímat stáří jako jednotvárnou etapu života. Je spousta seniorů, kteří se i po překročení určité věkové hranice nemusí cítit staří. Ve společnosti se sice objevují názory o duševních schopnostech, které mají tendenci od středního věku klesat, avšak v mladším seniorském věku jsou většinou stále na velice slušné úrovni. Může nastat situace, kdy člověk, který je stále aktivní, hledá ve společnosti uplatnění, ale tento stereotyp pro něj může být velkou překážkou v uplatnění se.

Je třeba, aby byl ageismus ze společnosti postupně odstraňován, a dle Tošnerové (2002) je nutné, aby každý člověk začal sám u sebe, a aby každý rozeznal ageismus ve svých postojích. Je pochopitelné, že toto je poněkud těžký proces, neboť málokdo z nás si je svého ageistického postoje vědom. Lepším prostředkem pro zmiňované odstraňování ageismu se tak může jevit nastolování prevence takového jednání. Již od

útlého věku by měly být děti vedeny k úctě ke stáří, stejně tak by jim měl být vštěpován reálný obraz stáří. Jednou z dalších možností je i častější osobní kontakt mladých lidí se starými lidmi.

Podle Palmorea (1999) může mít ageismus mnoho negativních psychických dopadů na samotné seniory, jakými jsou demoralizace, ztráta sebeúcty a celkový fyzický i mentální úpadek.

### 4.3 Týrání seniorů

Mezi extrémní formy ageismu řadíme týrání a zanedbávání starých lidí. V průběhu několika let jsme svědky dílčích útoků na seniory. K týrání může docházet na veřejných místech, v institucionální péči a bohužel i v rodinném prostředí.

Co se týče naposled zmiňovaného rodinného prostředí, jedná se o jeden z „nejhorších“ projevů týrání seniorů, a to především pro citovou závislost na agresorovi. Protože se senior obává ztráty blízké osoby, odhalení takového druhu týrání je jen velmi obtížné. Senior v těchto případech často pociťuje stud a hanbu nad tím, jak např. své vlastní děti špatně vychoval. Všechny tyto překážky vedou ve svém důsledku k tomu, že senior nenahlásí příslušným institucím, že je s ním špatně nakládáno, naopak, často týrání zapírá a sám se vědomě či nevědomě znemožňuje pomoc, která by mu mohla být poskytnuta. Například fyzické násilí se jen těžko dokazuje i z toho důvodu, že staří lidé často trpí úrazy a projevy těchto zranění se dají lehce zaměnit s možnými následky fyzického týrání. Nelze nezmínit i další projevy „rodinného“ týrání a tím je psychické týrání. V těchto případech blízké osoby seniora využívají závislosti, jeho lásky a obavy ze samoty ke svému prospěchu. Tito tyraní vlastně na „blízkém“ seniorovi parazitují, mluvíme např. o vymáhání peněz, sjednávání úvěrových půjček, odevzdávání důchodů, nucení k převodu nemovitosti, majetku apod.

Mezi další způsoby týrání bohužel řadíme i takové, ke kterému dochází v některých sociálních zařízeních zaměřených na péči o seniory, kde se očekává profesionální zacházení s takovými klienty. Matouška (2008) ve své publikaci píše: „V institucionálním prostředí může jít o hrubé zacházení, bití, tresty, vystavování



*chladu, mytí studenou vodou, o nedostatečné množství stravy a tekutin nebo podávání nekvalitní stravy, o odpojování signalizačního zařízení, nedostatečnou péči o trvale ležící klienty, užívání nepřiměřených omezení (včetně psychofarmak), o nedostatečnou aktivizaci, nedostatek soukromí, finanční zneužívání, omezování sociálních kontaktů.“* Takové jednání může mít mnoho příčin, avšak důvody jsou jen velmi málo pochopitelné. Jako jedna z možných pohnutek se nabízí pracovní „vyhoření“ sociálních pracovníků, další např. jednání psychicky narušené osoby, která má potřebu svou agresi reprodukovat na osoby slabší – v tomto případě seniory.

Častými jevy, se kterými se můžeme v současné společnosti setkat, jsou trestné činy páchané na seniorech. Agresoři si mohou oběti - seniory vybírat buď náhodně, nebo cíleně. Čírtková (2007) uvádí jako nejčastější trestné činy páchané na seniorech loupeže, kapesní krádeže, podvody, vydírání, úmyslné ublížení na zdraví.

Pachatelé trestných činů si seniory vybírají k útoku především proto, že předpokládají, že se jim senior s ohledem na své fyzické indispozice neubrání, využívají také jejich osamělosti, a to především v případě podvodného jednání nebo vykrádání jejich nemovitostí.

Dle Haškovcové (2010) jsou starší lidé snadnou kořistí pro zneužívání, jelikož jsou důvěřiví, lehce ovlivnitelní a tudíž spoléhat na prevenci takového jednání je velmi obtížné.

## 5 AKTIVIZACE SENIORŮ

Aktivizace seniorů je jedním z nejdůležitějších faktorů pro udržení kvalitního a plnohodnotného podzimu života. Podporuje růst a udržení schopností a dovedností v rámci stávajících možností seniora. Aby bylo stáří plnohodnotné, mělo by mít především nějakou náplň. Stáří je obdobím zaslouženého odpočinku, ale odpočinek může být i aktivní. Důraz na aktivitu vychází z názoru, že jestliže má stárnoucí člověk stále určité funkční předpoklady, měl by mít i možnost zachovat si své dosavadní role a aktivity (Pacovský, 1997). Nutno však podotknout, že každá aktivita by měla být podmíněna tím, aby člověk chtěl, uměl a mohl činnost provádět.

Ve fázi pozdního stáří aktivizace plní především úlohu při udržení případně znovuzískání nezávislosti a soběstačnosti. *„Každodenní kompetence, které umožňují udržení nezávislosti v běžném životě, jsou z kognitivního hlediska komplexem mnoha různých schopností a dovedností“* (Vágnerová, 2007, s. 409).

Podle Rheinwaldové (1999) aktivizace nabízí seniorům fyzickou činnost, přiměřenou mentální stimulaci a příležitost pro vzájemné sblížení a udržování společenského života, které je pro psychiku člověka zásadní.

Většině z nás, kteří jsme ještě nedosáhli seniorského věku, připadá, že senioři mají spoustu volného času. Tak tomu ve skutečnosti může být, avšak oproti většině z nás, velká část seniorů má jinou představu o aktivním trávení svého volného času a má jiné možnosti a schopnosti naplnění těchto představ. V období raného seniorského věku jsou senioři schopni spousty aktivit. Mezi aktivity těchto seniorů můžeme řadit návštěvy různých kulturních zařízení, zahradničení, cestování, navštěvování univerzity třetího věku a v neposlední řadě pomoc při péči o vnoučata. Tito senioři jsou soběstační a nezávislí. Intervence v těchto případech není až tak nutná.

Bavíme-li se o období „pravého“ stáří, situace se poněkud liší. Takový senior je více či méně odkázán na pomoc jiných lidí, přitom pro něho může být problém obstarávání základních potřeb, vše jim zabírá mnohem víc času, často je takové činnosti rychleji unaví. Z těchto důvodů je nutná především vhodná motivace seniorů k aktivizaci, jelikož pomalu, ale jistě budou spolu se ztrátou fyzických sil plně odkázáni

na pomoc sociálních služeb případně rodiny. Máme za to, že v případě vhodné motivace se alespoň oddaluje ztráta schopností a dovedností seniorů. Podle Hamiltona (1999) může za ztrátu motivace u seniorů především zhoršením psychických a pohybových funkcí, kterou si senior uvědomuje, ale nemá kompetence a síly samostatně nastalou situaci změnit. Za podstatné považujeme nastínit seniorům jak na to, pomoci jim ukázat cestu. Jako praxí osvědčené může mnohdy postačit, když seniorovi věnujeme čas, promluvíme s ním a probereme jeho problém.

Při hledání vhodné aktivizace je třeba vždy zohlednit momentální psychické a fyzické možnosti seniora, jeho dosažené vzdělání, sociální zázemí, stejně tak i jeho finanční možnosti. K zachování duševní rovnováhy je třeba přiměřený příliv informací. V souvislosti s tím mluvíme o různých vzdělávacích programech pro seniory. Prvně zmíníme rozvíjení vzdělávání seniorů. Vzdělávací aktivity pomáhají k udržení pocitu důstojnosti, k začlenění do společnosti a prospívají k fyzickému, ale i psychickému zdraví (Pokorná, 2008).

## **5.1 VZDĚLÁVACÍ AKTIVITY SENIORŮ**

### **5.1.1 AKADEMIE TŘETÍHO VĚKU**

Tyto akademie nabízejí příležitost vzdělávání v místech, kde není možné vzdělávání seniorů v rámci vysoké školy. Fungují pod záštitou nějaké organizace. Výuka probíhá formou různých setkání, nabízeny jsou např. i týdenní studijní pobyty. Akademie třetího věku se vyznačují přizpůsobením se individuálním potřebám zájmům studentů v seniorském věku.

### **5.1.2 UNIVERZITY TŘETÍHO VĚKU**

Univerzity třetího věku bývají nejnáročnějším typem studia pro seniory. Hovoříme o oficiálně uznaných institucích, které dávají seniorům možnost studia na vysokoškolské úrovni. I když tyto typy studia probíhají na vysokých školách, nenahrazují vysokoškolské vzdělání, mluvíme o celoživotních vzdělávacích programech.

### **5.1.3 UNIVERZITA VOLNÉHO ČASU**

Patří mezi jednu z otevřených forem vzdělávání. Tento typ univerzity může navštěvovat každý, kdo má o studium zájem, tedy nezávisle na věku a předchozím vzdělání. Obory, které jsou na nich přednášeny, bývají ve většině případů atraktivní a těší se velkému zájmu. Jedná se například o dějiny umění, hudby a literatury, světové i české dějiny, o psychologii a další obory (Petříková, 2004).

### **5.1.4 RŮZNÉ KLUBY AKTIVNÍHO STÁŘÍ**

Kluby aktivního stáří nabízejí nepřehledné množství kulturních akcí, vytvářejí kompetence pro seznamování a setkávání seniorů. Od shora jmenovaných se vyznačují určitou neformálností, rozvíjením osobních zájmů i uspokojováním potřeby vzájemného kontaktu (Petříková, A. 2004).

### **5.1.5 SENIORSKÉ KLUBY A KLUBY DŮCHODCŮ**

Jako nejčastější forma společenského života seniorů jsou kluby. Senioři je navštěvují dobrovolně, mají stejné cíle společenského zájmu a vyznačují se rozmanitostí jednotlivých zaměření. Tyto kluby nabízejí zajímavé programy, jako jsou např. výuka jazyků, práce s počítačem, taneční kurzy, různé druhy vzdělávacích přednášek a kurzů na zajímavá témata týkající se třeba prevence onemocnění a podpory zdraví v seniorském věku. Hlavním pozitivem těchto setkávání je kontakt a interakce s dalšími lidmi.

## **5.2 TECHNIKY PRÁCE SE SENIORY**

### **5.2.1 ERGOTERAPIE**

Ergoterapie je profese, která se zabývá podporou zdraví a duševní pohody prostřednictvím smysluplné aktivity. Hlavním cílem ergoterapie je dát seniorům

možnost zachovat si soběstačnost v každodenních činnostech. Základním terapeutickým prostředkem této terapie je pomoc procvičovat činnosti, které jsou významné v péči o svou osobu a soběstačnost. Hovoříme o procvičování jemné i hrubé motoriku, pohybů celého těla, koordinaci, stejně tak i běžné činnosti jakými jsou oblékání a svlékání apod. S ohledem na možnou motivaci mohou být tato procvičování zábavná. Ergoterapeutické postupy přispívají k navození pocitů jistoty, klidu, spokojenosti a řádné kvality života seniorů.

### **5.2.2 ARTETERAPIE**

Význam slova napovídá už samotný název, jedná se o terapii produkovanou použitím uměleckých prostředků. Tato terapie usnadňuje pacientům komunikovat s terapeutem prostřednictvím svého výtvoru. Pro spoustu pacientů je snadnější komunikace prostřednictvím výtvarného média než přímo, verbálně. Arteterapeutické výtvary odrážejí pacientovu minulost, současnost i budoucnost (Liebmanová, 2005).

### **5.2.3 MUZIKOTERAPIE**

Hudba byla již v dobách dávných spojena s působením na člověka. Jedná se o využití specifických vlastností a možností hudby k terapeutickým účelům. Muzikoterapie využívá k léčbě hudbu, a to jak jejího poslechu, tak i aktivní provozování. Hudba podněcuje tvořivost, fyzické, psychické, emocionální, rozumové a duchovní síly člověka.

### **5.2.4 AROMATERAPIE**

Aromaterapie je jedním z oborů rostlinného lékařství. Laický výklad slova může znít jako léčba pomocí vůní. Základními nástroji této terapie jsou čisté esenciální oleje. Těchto olejů se užívá nejčastěji při masážích, koupelích, inhalacích, sprchování, obkladech a v aromalampách.

### **5.2.5 CANISTERAPIE**

Canisterapie je novější formou psychoterapie, která se zabývá uplatněním psů v psychoterapii různých klientů včetně seniorů. Zvíře bývá vycvičeno tak, aby člověku pomáhalo tam, kde to potřebuje. Zvíře napomáhá stimulaci jedince, zlepšuje verbální komunikaci, dodává pocit bezpečí a zvyšuje sebejistotu.

### **5.2.6 RELAXAČNÍ TECHNIKY**

Jednou z dalších metod navození psychické pohody a vyrovnanosti seniorů jsou relaxační metody. Tyto metody jsou uplatňovány především v domovech pro seniory či v klubech seniorů. Mezi nejčastěji využívané metody patří autogenní trénink, dechová cvičení, Jacobsonova relaxace a další.

### **5.2.7 TRÉNINKY PAMĚTI**

Tréninky paměti jsou velmi oblíbené kurzy, z jejichž samotného názvu je jasná jejich náplň. Na těchto kurzech terapeuti pomáhají seniorům s trénováním jejich paměti a sociálních dovedností. Z výzkumných činností plyne, že při přiměřené aktivizaci (i po jen krátkém tréninku myšlení a řešení nových problémů) dosahují mnozí starší lidé výkonů srovnatelných s výkony mladých lidí (Langmeier, 2006).

Mezi další druhy terapií řadíme reminiscenční terapii, různá dechová cvičení, systém bazální stimulace, taneční večery a další.

## 6. Péče o seniory v ČR

V druhé polovině minulého století u nás došlo k zásadní změně, poskytovaná péče byla rozdělena na péči zdravotní a sociální. Později se však ukázalo, že toto rozdělení nebylo příliš dobrým řešením. Absence ošetrovatelských lůžek zapříčinila vznik specializovaných, rehabilitačních zařízení a také vznik léčeben pro dlouhodobě nemocné. Velkým trendem v dnešní době je poskytování služeb pro člověka v jeho domácím prostředí, které se zaměřuje na přání a potřeby. Poskytování zdravotní péče úzce souvisí i se sociální pomocí, tudíž nelze tyto dvě od sebe zcela oddělit. Pojem zdravotně sociální péče není považována za zvláštní typ péče, jedná se jen o průnik zdravotního a sociálního resortu. V dnešní společnosti, je zaznamenán nejrychlejší nárůst staré populace, ale i přes to zde převládá vysoký počet soběstačných osob, kteří žijí v domácím prostředí. Sociální péče a s ní spojené náklady a potřeby jsou přes to stále nedostačující. Pokud chceme v péči o seniory dosáhnout efektivity, musíme především změnit strukturu jednotlivých zařízení. Zajištění dostatečné kapacity lůžkového fondu, provázanost nabídky služeb s poptávkou je zde zcela nezbytné.

### 6.1 Historie péče o seniory

Během historie byl zásadním způsobem změněn postoj k seniorům. Dožití se vysokého věku, bylo v minulosti spíše výjimkou. Rozvoj medicíny umožňoval zvýšení dožití se vysoké věku a stáří se začínalo stávat sociálním jevem. Migrace, inovace a technologický rozvoj zapříčinili, že senioři danému tempu nestačí a musí být penziováni. Zásadní nebezpečí této rozvinuté společnosti spočívá ve změně jejich společenských rolích.

V průběhu let se péče o staré a nemocné postupně měnila. I zde, ale stále hrála velkou roli rodina. Je nutno říci, že péče poskytovaná rodinou nebyla vždy idylická. Spousta starých lidí pocházela z dysfunkčního prostředí rodiny, mnozí rodinu vůbec neměli. Postupem času nastal rozvoj v charitativní pomoci. Charitativní pomocí si lze představit pomoc bližnímu svému a prožití důstojného stáří, které je v dnešní době jedním z hlavních cílů poskytované pomoci.

V naší zemi nastali výrazné proměny situace po roce 1989. Začalo se diskutovat také o této problematice a prosazování pojmu deinstitutionalizace. Implementací prvků služeb tak napomáhat zůstat seniorům nebo jiným znevýhodněným skupinám v domácím prostředí.(Malíková , 2011).

Ideální vizí je ponechat seniora pokud co možná nejdéle v domácím prostředí za pomoci a podpory své rodiny. S domácí péčí by rodina spolupracovala v případě zdravotní intervence. V případě, kdy by nastaly vážnější problémy, jako špatný zdravotní stav, osamělost seniora, teprve pak by na řadu mohla přijít institucionální péče.

Formy poskytované péče mohou být:

- Rodinná péče
- Zdravotní péče
- Sociální péče

## **6.2 Rodinná péče**

V minulosti bylo zcela běžné, že rodina si automaticky rozdělovala pečovatelské role. Není pochyb, že každý člověk se cítí nejlépe v okruhu svojí vlastní rodiny. Rodina ovládala a znala laické ošetrovatelské úkony, které byly zcela automaticky předávány dalším generacím. Díky pospolitosti rodiny, se staří lidé ve svých posledních chvílích nemuseli cítit opuštěně (Haškovcová, 2000).

V současné společnosti se můžeme setkat s variabilním uspořádáním rodiny, kdy může být dvougeneračního, ale také čtyřgeneračního řádu. V dnešní době nejčastěji zaznamenáváme typ nukleární rodiny. Pro ní je specifické oddělené bydlení a vysoká zaměstnanost žen. Tyto aspekty mají negativní vliv na život seniora v té dané rodině (Pacovský, 1990).



Péče o nesoběstačného seniora se jeví jako nejnáročnější. Nepřetržitá přítomnost s touto osobou je velmi náročná časově, fyzicky a psychicky. Neustále se opakující aktivity, např. osobní hygiena, podávání léku, pravidelná strava, ukládání. Takto se opakující péče, může zapříčinit úplnou sociální izolaci, do které se pečovatel dostane. To může vést k psychickému a fyzickému vyčerpání, které se následně může projevit nebo vyústit do skryté formy násilí na seniorovi. Komplikací v rodinné péči je také nedostatek finančních prostředků a neinformovanost. I přes všechny tyto nástrahy je rodina důležitým informačním zdrojem zdravotním i sociálním pracovníkům. Velkým pozitivem v rodinné péči o nesoběstačného seniora je posílení vzájemných vztahů, pocit lásky a sounáležitosti.

### **6.3 Zdravotní péče**

V kompetenci praktického lékaře je primární a základní zdravotní péče. Jeho důležitými úkoly je primární, sekundární a terciální prevence a nedílnou součástí je spolupráce praktického lékaře s rodinou a dalšími složkami primární péče jako např. pečovatelská služba, charita, neziskové organizace, domácí pečovatelská služba aj.

#### **Dělení zdravotnických služeb:**

*Geriatrické ambulance* – je součástí nemocničních oddělení, kde hlavním úkolem je komplexní přístup k seniorům. Toto oddělení se zabývá diagnostikou, samotnou léčbou, hodnocením funkčního zdraví, zanedbáním rizikových faktorů, prevencí a zamezením týrání. Důležitou rolí je poskytující poradenství v gerontologické problematice s jinými odděleními, zdravotníky, sociálními pracovníky, rodinou, charitou aj. Na zlepšení nebo pozitivní vliv na kvalitu života seniora se klade velký důraz.

*Geriatrická oddělení* – jsou akutním oddělením nemocničního typu. Hospitalizují se zde senioři, kteří nemohou být přijati na jiná nemocniční oddělení a u kterých dochází k nesoběstačnosti nebo zhoršení zdravotního stavu. Geriatrické oddělení má k seniorovi specifický přístup v podobě přiměřené diagnostiky a má rehabilitační charakter, jehož délka nepřesahuje 21 dní.

*Geriatrické denní centrum* – je bráno za alternativní formu péče o seniory. Hlavní náplní těchto center jsou léčebné, rehabilitační a ošetrovatelské úkony. Pobyt zahrnuje 6-12 hodin s možností se opakovat.

*Zařízení následné péče* – v tomto typu zařízení jsou pacienti z nemocničních zařízení, kteří jsou ve stabilizovaném stavu. Zařízení se zaměřuje na zlepšení soběstačnosti seniora. Jejich hlavní náplní je cvičení běžných denních činností, zlepšení soběstačnosti, logopedie, ergoterapie. V současnosti se v zařízeních následné péče zavádí pojem návratná péče. Tým tvoří profesionálové, kteří především hodnotí, do jakých podmínek se senior bude z hospitalizace vracet. Situace je řešena individuálně. Řízené návštěvy jsou službou, kde dochází k vzájemné komunikaci s členy rodiny, řeší se zde jakým způsobem zvládat péči po návratu seniora domů. Součástí je též zacvičení rodiny základními ošetrovatelskými úkony a postupy.

*Ošetrovatelská oddělení* – v tomto typu oddělení je převážně poskytována ošetrovatelská péče, která má krátkodobý, dlouhodobý či trvalý ráz. Hospitalizují se zde senioři, kteří jsou ve stabilizovaném stavu, avšak ošetrovatelská péče vyžaduje více jak 3 hodiny denně. Hlavním cílem oddělení je udržet a zlepšit soběstačnost seniora a nebo kvality jeho života.

*Hospic* – jedná se o poměrně nový ústavní typ péče, který poskytuje péči nevyлéčitelným uživatelům a zároveň pečuje o rodinné příslušníky, formou respitní péče. Úlevová péče umožňuje rodinám odlehčovací pobyt seniora. Během pobytu je poskytována seniorovi komplexní péče. Další formou je hospicová domácí péče. Tento typ je možný tehdy, pokud není nutná hospitalizace a účelem je důstojné prožití stáří v kruhu rodiny.

*Domácí péče* – je ošetrovatelská služba poskytovaná kvalifikovanými sestrami v domácím prostředí. Hlavní filozofií je oddálit hospitalizaci na lůžkovém oddělení. Péče je hrazena z prostředků zdravotního pojištění v rozsahu 3krát denně po 1 hodině. Domácí péče v České republice je úzce provázána zdravotními a sociálními složkami. V dnešní společnosti je domácí péče součástí moderního systému v péči o seniory. Tato péče je zajišťována různými státními, městskými, charitativními či soukromými agenturami. Pro domácí péči je typické ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, rehabilitace, poradenství. Další možností je zapůjčení kompenzačních pomůcek včetně polohovacích lůžek (Jarošová, 2006).

#### **Domácí péče má několik forem:**

*Domácí hospitalizace* – je poskytována v rozsahu několika dnů až týdnů uživatelům v poúrazovém či pooperačním stavu. Služba je vhodná pro uživatele s neurologickým nebo kardiovaskulárním onemocněním.

*Dlouhodobá domácí péče* – je určena chronicky nemocným uživatelům, jejichž zdravotní stav a duševní stav potřebuje dlouhodobou a pravidelnou péči. Poskytuje se v řádech několika měsíců až let uživatelům po mozkových příhodách, s plným či částečným ochrnutím či závažným duševním onemocněním.

*Preventivní domácí péče* – v pravidelných intervalech kontrolovat a monitorovat zdravotní a duševní stav uživatele. Služba se provádí v týdenních či měsíčních frekvencích, které určuje lékař.

*Hospicová, paliativní péče* – se poskytuje umírajícím klientům.

## 6.4 Sociální péče

Ve 20. století byla formulována nová skupina lidských práv, a to práva sociální. Toto právo nám říká, že každý občan má nárok na ochranu při sociálních událostech. Sociální formy a dané služby definuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Sociální služby jsou poskytovány společensky znevýhodněným lidem, s cílem zlepšit kvalitu jejich života a v maximální míře začlenit do společnosti. Dále jsou tyto sociální služby poskytovány v různých institucích, které dělíme na ústavní, terénní a komunitní.

*Ústavní péče o seniory* – zahrnuje množství nabízených služeb, které jsou buď pobytové, nebo ambulantní. Pobytovými službami se rozumí služby, spojené s ubytováním v zařízení. Oproti tomu ambulantní jsou takové služby, kdy se k uživateli dochází nebo je doprovázen, přičemž není součástí ubytování. Důležité je, aby zařízení zůstalo v kontaktu s vnějším prostředím a senior byl nadále v kontaktu s rodinnými příslušníky.

### **Do ústavní péče patří:**

*Domovy pro seniory* – přesná definice je uvedena v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Konkrétně §49 zákona. V podvědomí lidí jsou domovy pro seniory nejrozšířenější formou ústavní péče. Poskytují ubytovací a stravovací služby. Senioři jsou zde umístěni v případě, že jejich zdravotní stav neumožňuje zůstat v domácím prostředí nebo pokud rodina nadále nemůže zajistit komplexní péči. Uživatelé jsou přijímáni na základně podání žádosti.

*Domovy penziony pro důchodce* – jedná se o zařízení určené seniorům, kde není potřeba komplexní péče. Senioři zde vedou poměrně samostatný život a služby jsou poskytovány s ohledem na jejich zdravotní stav a věk.

*Pečovatelská služba* – služba poskytována seniorům v domácím prostředí. Službu zajišťují střediska pečovatelské služby. Klient si tuto službu hradí sám. Zahrnuje péči o domácnost, sociální ošetřovatelství, asistenční služby, pomoc s hygienou, příprava pokrmů. Další možností zahrnuje rozvoz obědů. Zřizovateli jsou nejčastěji obce, výjimečně pak nestátní neziskové organizace. V České republice hlavní problém

představuje absence snahy o komplexní zhodnocení životní situace klienta a realizace jednoduchých úkonů.

### **Základní zásady pečovatelské služby zahrnují:**

- Prožití důstojného stáří a úcta ke starému člověku
- Dodržování individuálního přístupu dle potřeb uživatele
- Vytváření vhodných podmínek pro udržení duševních a tělesných schopností
- Dostupnost služeb a rovný přístup k uživatelům
- Podpora samostatnosti, respekt a sociální začleňování

*Zařízení pro denní pobyt (domovinky)* – poskytují zdravotně sociální péči o seniora, který je jinak v domácím prostředí.

*Domy s pečovatelskou službou* – tato zařízení jsou určena pro relativně zdravé seniory, kteří žijí v přirozeném prostředí. Zároveň však rádi využijí různých forem pečovatelské služby.

*Kluby důchodců* – jedná se o typ služeb s otevřenými zařízeními. Senioři zde využívají služeb s dalšími osobami stejných zájmů nebo potřeb.

*Osobní asistence* – umožňuje klientovi zajištění nezávislosti ve své vlastní domácnosti. Je poskytována formou pomoci v běžných životních úkonech a vytváří podmínky v domácím prostředí na vlastní specifické podmínky klienta.

*Terénní služby* – sem patří respitní péče, domovinky a pečovatelská služba. Tyto služby by měli především uspokojovat specifické potřeby seniorů a navíc sloužit a podporovat ošetřující rodině. Zde jen nezbytně nutná informovanost o možnostech a podmínkách těchto poskytovaných služeb laické veřejnosti.

*Komunitní péče o seniory* – zahrnuje podporu sociálního a chráněného bydlení pro seniory. Spadá sem sociální poradenství, podpora vzdělávání pracovníků, půjčování kompenzačních pomůcek, supervize, prevence syndromu vyhoření (Jarošová,2006).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 7 METODIKA VÝZKUMU

V následujících kapitolách je popsána metodika výzkumu – výběr a popis výzkumného vzorku, specifikaci výběrového vzorku, analýzu a interpretaci výzkumu.

Při zpracovávání teoretické části předkládané bakalářské práce vyplynula řada problémů a témat, které mě zaujali. Celosvětový trend apeluje na nutnost věnovat stále více pozornosti stárnoucí populaci. Důvodem je odraz problematiky do oblasti zdravotnické, sociální i ekonomické. Z důvodu rostoucí délky naděje na dožití, přibývá seniorů odkázaných na pomoc druhých. Většina seniorů si přeje setrvat co nejdéle ve svém rodinném prostředí. Z aspektu tělesné, psychické a sociální oblasti vyššího věku se ukazuje nutnost hledat nový způsob života. Změny v úrovni soběstačnosti, ale i vysoké nároky na pomoc okolí vedou seniora, resp. jeho blízké k hledání vhodného místa pro život.

### 7.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem bakalářské práce bylo přispět k řešení problematiky stáří. Zmíněné téma je nesmírně široké a obsáhlé. Nebylo možné v rozsahu bakalářské práce postihnout celou problematiku, neboť oblastí a možností výzkumu je mnoho. **Cílem práce bylo zjistit:**

- **postoj veřejnosti k případné péči o nesoběstačné seniory,**
- **informovanost veřejnosti o možnostech péče o seniory.**

Jedná se o reflexi respondentů, ve které by se měly odrazit názory na život ve stáří.

K dosažení stanovených cílů bylo nezbytné nabýt dostatečnou oporu ve vlastních vědomostech, které byly načerpány z odborné literatury, a příležitostí v podobě spolupráce s obecně prospěšnou společností - Domovem Sue Ryder, jehož hlavní činností je poskytování sociálních služeb pro seniory,

## 7.2 Výzkumné otázky, hypotézy výzkumu

Na základě dosavadních zkušeností a poznatků z odborné literatury byl stanoven hlavní **výzkumný problém**. Ten vystihuje otázka: **Jak se staví veřejnost k problematice péče o nesoběstačné seniory?**

Její řešení se nabízí prostřednictvím dále **specifikovaných výzkumných otázek**, na něž byly adekvátní odpovědi získány prostřednictvím zvolených a níže uvedených výzkumných technik.

Výzkumné otázky jsou dvojího charakteru. První okruh výzkumných otázek se vztahuje k **postoji veřejnosti k případné péči o nesoběstačné seniory**.

- Jaké jsou rozdíly v názorech na výši státního příspěvku, kterou respondenti považují za přijatelnou za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora vzhledem k pohlaví respondentů?
- Existuje rozdíl v preferenci péče o seniora vzhledem k dosaženému vzdělání respondentů?

Druhý okruh otázek se vztahuje k zjištění **informovanosti veřejnosti o možnostech péče o seniory**. Výzkumné otázky jsou tohoto charakteru:

- Ovlivňuje věk respondentů znalost finančně nejnákladnější formy péče o nesoběstačného seniora?
- Odráží se v informovanosti o maximální výši příspěvku, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, pohlaví respondentů?

Po sestavení výzkumných otázek následovalo stanovení předpokladů.

Na základě literárních zdrojů i na základě zkušenosti práce se seniory byly vysloveny následující hypotézy:

- **H1: Ženy stanovují významně vyšší přijatelnou výši příspěvku za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora než muži.**



- **H2: Respondenti s vysokým vzděláním preferují institucionální péči častěji** než respondenti s nižším vzděláním.
- **H3: Skupina respondentů věkově nejstarší uvádí častěji správnou finančně nejnákladnější formu péče** o nesoběstačného senior než věkově mladší respondenti.
- **H4: Ženy jsou více informované o maximální výši příspěvku,** který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, než muži.

Výzkumnou strategií byla zvolena analýza dotazníku. Cesta vzniku analýzy dotazníku je popsána níže.

### 7.3 Charakteristika zvolené strategie výzkumu

Za nejvhodnější přístup k dosažení stanoveného cíle formulovaného do výzkumných otázek považuji využití dotazníkového šetření. Pro analýzu výzkumu byl vytvořen dotazník.

Každý dotazník byl uveden vysvětlením podstaty výzkumného šetření a jednotnými pokyny k vyplňování. Zdůrazňována byla anonymita respondentů a význam výzkumu. Celkový počet otázek v dotazníku je 12, což považuji z hlediska výpovědní hodnoty dotazníku za dostatečné. Uvedené otázky zjišťují fakta nebo postoje, která jsou potřebná pro splnění výzkumného záměru. V úvodu dotazníku jsou zařazeny otázky demografické, v nichž respondenti uváděli např. pohlaví, věk, nejvyšší ukončené vzdělání. Demografické položky slouží v dotazníku zejména k popisu specifického výběrového vzorku.

Z hlediska formy požadované odpovědi jde o otevřené (nestrukturované), uzavřené (strukturované) položky. U otázek zjišťujících fakta bylo použito otázek uzavřených, které se vyznačují tím, že se u nich respondentům předkládá určitý počet předem připravených odpovědí. Za hlavní výhodu při vyhodnocování dotazníku s uzavřenými položkami je považována časová efektivita, která pramení v podstatně

zjednodušeném vyhodnocování odpovědí. Je třeba zmínit i negativa této formy položky – odpovědi jsou vtěsnány do schématu připravených odpovědí.

Podle počtu předkládaných odpovědí lze uzavřené otázky rozdělit na dichotomické (předkládají se právě dvě možné odpovědi) a polytomické (více než dvě odpovědi). V mém dotazníku hovořím o nepravé dichotomii (odpovědi se vzájemně nevylučují, tak jak je tomu u pravé dichotomie). U polytomických otázek byly použity výběrové položky. Ve výběrových položkách se respondentům předkládá několik odpovědí, z nichž jednu mají vybrat. U uzavřených položek je důležité, aby kategorie odpovědí byly vyčerpávající, avšak ne příliš početné.

Abychom se vyhnula nebezpečí, že respondentovi nebude vyhovovat ani jedna uvedená možnost odpovědi, zařadila jsem u některých položek i nabídku „jiná odpověď“. Položky tohoto typu bývají označovány jako položky polouzavřené.

Respondenti se k jednotlivým položkám dotazníku vyjadřovali vždy pod danou položku. Případná oprava u uzavřených a polouzavřených otázek se prováděla přeškrtnutím chybného údaje a zakroužkováním druhé možnosti. V případě, že se respondenti z různých důvodů k otázce nevyjádřili, nechali položku nevyplněnou (Chráska, 2007).

## **7.4 Postup při analýze dat získaných dotazníkem**

Údaje získané dotazníkovým šetřením byly zpracovány několika způsoby. Nejprve jsem ze zjištěných údajů stanovila základní popisné statistiky pomocí charakteristiky polohy (třídění prvního stupně). U všech položek byla vyhodnocena relativní ( $f_i$ ) a absolutní četnost ( $n_i$ ), u demografických položek, bylo-li to možné, byl zjištěn aritmetický průměr ( $\bar{x}$ ). Tímto způsobem jsem získala údaje o tom, kolik respondentů odpovídalo u určité položky vybraným způsobem.

Ověřování vztahu mezi dvěma proměnnými bylo provedeno prostřednictvím **testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku** na hladině významnosti 0,05 (interpretace výsledků třídění druhého stupně).

### 7.4.1 Test nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku

Tohoto testu významovosti je možné využít v případech, kdy se rozhoduje, zda existuje souvislost mezi dvěma pedagogickými jevy, které byly zachyceny pomocí nominálního (popř. ordinálního) měření.

Výsledky získané v dotazníkovém šetření byly zapsány pomocí kontingenční tabulky. Čísla v kontingenční tabulce (bez závorek) vyjadřují četnosti respondentů, kteří odpověděli určitým způsobem na první otázku a zároveň určitým způsobem na druhou otázku.

Čísla uváděná vpravo od tabulky a pod tabulkou jsou tzv. marginální četnosti, tj. součty četností v řádcích a sloupcích tabulky.

Pro analýzu hypotéz je nutné stanovit nulovou a alternativní hypotézu.

$H_0$ : Mezi četnostmi odpovědí na obě uvedené otázky není souvislost.

$H_A$ : Mezi četnostmi odpovědí na obě uvedené otázky je souvislost.

Testování významovosti jsem provedla na hladině významovosti  $\alpha = 0,05$ .

Dalším krokem bylo vypočítání očekávané četnosti  $O$  pro každé pole kontingenční tabulky. Očekávané četnosti jsou „teoretické“ četnosti, které by odpovídaly platnosti nulové hypotézy. Očekávané četnosti jsou v tabulce uvedeny jako čísla v závorkách. Očekávanou četnost pro jednotlivá pole v tabulkách jsem odvodila tak, že jsem vždy násobila marginální četnosti v tabulce a tento součin pak dělila celkovou četností.

Pro každé pole kontingenční tabulky byla vypočítána hodnota:

$$\frac{(P - O)^2}{O}$$

Testové kritérium  $\chi^2$  jsem potom vypočítala jako součet hodnot  $\frac{(P - O)^2}{O}$  pro všechny pole kontingenční tabulky.

Vypočítaná hodnota  $\chi^2$  je ukazatelem velikosti rozdílu mezi skutečností a vyslovenou nulovou hypotézou. Pro posouzení vypočítané hodnoty  $\chi^2$  bylo dále třeba určit počet stupňů volnosti. Pro tabulku o  $r$  řádcích a  $s$  sloupcích, se počet stupňů volnosti určí prostřednictvím vztahu:

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1)$$

Pro vypočítaný počet stupňů volnosti a pro zvolenou hladinu významovosti 0,05 jsem našla ve statistických tabulkách kritickou hodnotu testového kritéria. Kritickou hodnotu testového kritéria jsem porovnála s vypočítanou hodnotou. Byla-li vypočítaná hodnota testového kritéria vyšší, než kritická hodnota, odmítla jsem nulovou hypotézu a konstatovala, že mezi odpověďmi na uvedené otázky byla prokázána statisticky významná závislost (Chráška, 2007).

## 7.5 Specifikace výzkumného vzorku

Výzkum byl realizován v říjnu 2014. Výzkumný vzorek představují rodinní příslušníci a známí seniorů trvale žijící v seniorských zařízeních.

Rozsah výběrového souboru v počtu 100 respondentů se obvykle u dotazníkové metody považuje za postačující (Gavora, 2010). Jelikož podskupiny základního souboru toto kritérium splňují, je možné výběrový soubor považovat za vyhovující.

Respondenti byli osloveni prostřednictvím recepčních ve dvou domech s pečovatelskou službou v Pardubickém kraji a v hlavním městě Praha.

Jsem si vědoma nedostatků výzkumu, na jejichž základě může docházet i ke zkreslení výsledků výzkumu. Získané údaje se mohou odchylovat od základního souboru. Závěry výzkumu tak budou platit jen pro zkoumané respondenty, a není možné je bezpečně zobecňovat na celou Českou republiku.

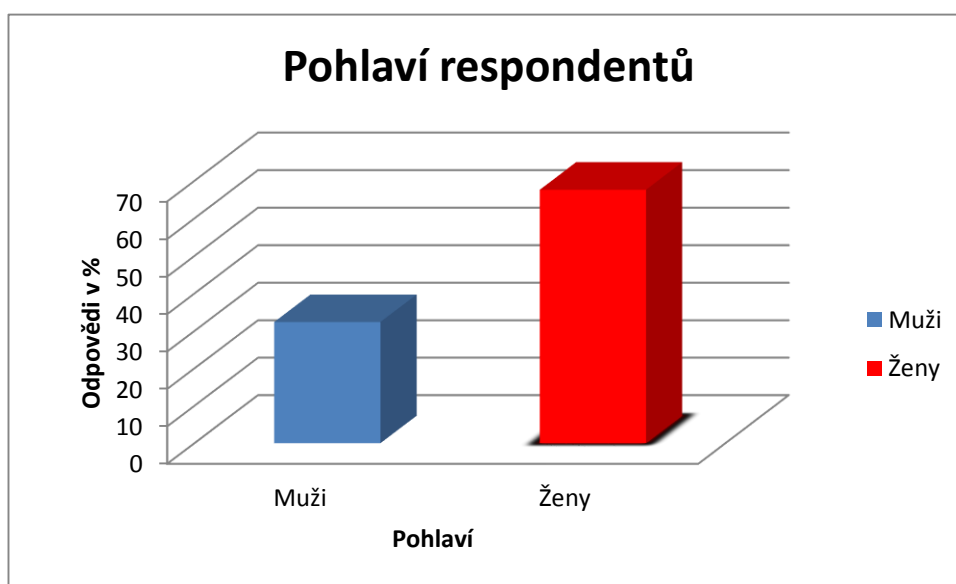
Výběrový soubor zahrnul celkem 105 respondentů. Návratnost dotazníků byla 87,5 % (tzn., že zpět nebylo vráceno 15 dotazníků).

## 8 ANALÝZY ZÍSKANÝCH DAT

### DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

#### ➤ Pohlaví

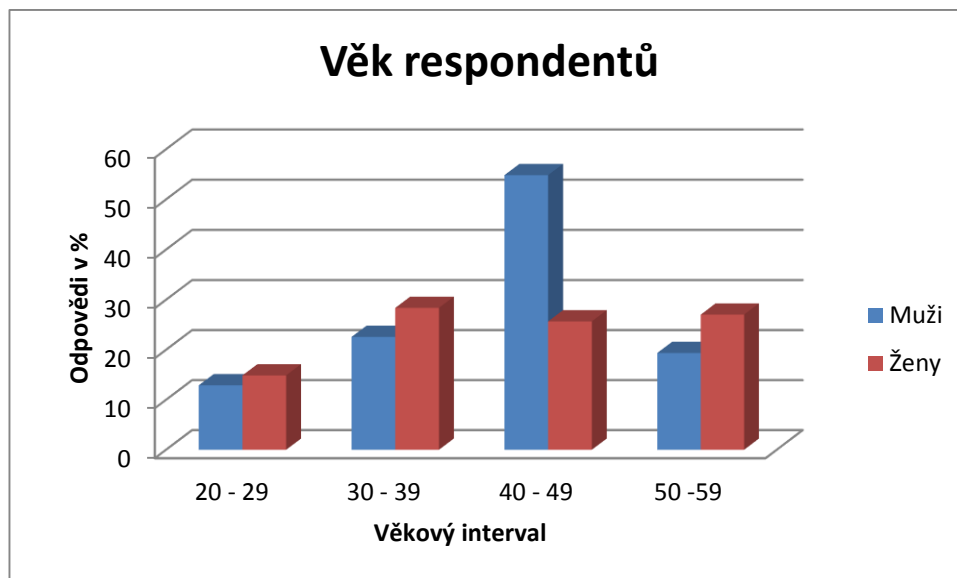
Výzkumu se zúčastnila převážná většina žen - **71 žen (68 % respondentů)** a **34 mužů** (tj. **32 % respondentů**), viz **Obrázek 1**.



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

#### ➤ Věk respondentů

**Průměrný věk** respondentů je **35,7 let**. Nejnižší uvedený věk je 20 let, nejvyšší uvedený věk je 59 let. Z uvedených věků, prostřednictvím hloubky intervalů pro větší přehlednost byly vytvořeny věkové intervaly, které charakterizuje **Obrázek 2**. Nejvíce se výzkumu účastnili respondenti z věkového intervalu 40 – 49 let.



Obrázek 2 Věk respondentů

#### ➤ Nejvyšší dosažené vzdělání

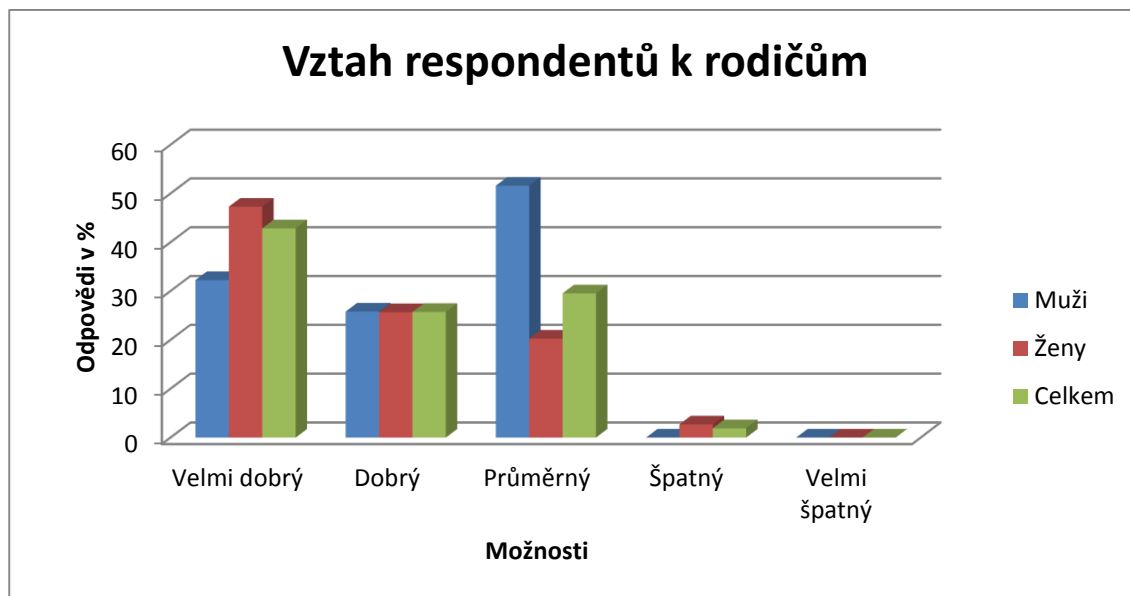
Respondenti mají nejčastěji ukončené **středoškolské vzdělání s maturitou**. Tuto možnost uvedlo **52,40 %**. Druhé nejčastěji dosažené vzdělání respondentů je **středoškolské s výučním listem**, které zakroužkovalo **20,00 %** oslovených respondentů. Dosažené **vysokoškolské vzdělání** uvedlo **14,30 %** respondentů. Studijní období zakončilo **základním vzděláním 7,60 %** respondentů. Nejmenší zastoupení měli respondenti s **vyšším odborným vzděláním**, tj. **5,70 %** oslovených respondentů. Analýzu dosaženého vzdělání reprodukuje Obrázek 3.



Obrázek 3 Dosažené vzdělání respondentů

#### ➤ Vztah respondentů k rodičům

Nejčastěji respondenti hodnotili vztah ke svým rodičům jako **velmi dobrý**. Tuto možnost uvedlo **42,90 %** respondentů (z toho **32,30 % mužů** a **47,30 % žen**). Druhou nejčastější odpovědí byla možnost neutrálního – **průměrného vztahu**, kterou označilo celkem **29,50 %** respondentů (z toho **51,60 %** oslovených **mužů** a **20,30 %** oslovených **žen**). **Dobrý vztah** ke svým rodičům označilo **25,70 %** respondentů (tj. **25,80 % mužů** a **25,70 % žen**). Nabídku **Špatný vztah** zakroužkovalo **1,90 %** respondentů (resp. **2,70 % žen**). Poslední možnost – **Velmi špatný vztah**, neoznačil **žádný respondent**, viz Obrázek 4.



Obrázek 4 Vztah respondentů k rodičům

#### OTÁZKA Č. 5: MÁTE ZKUŠENOSTI S PÉČÍ O NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA VE VAŠÍ RODINĚ?

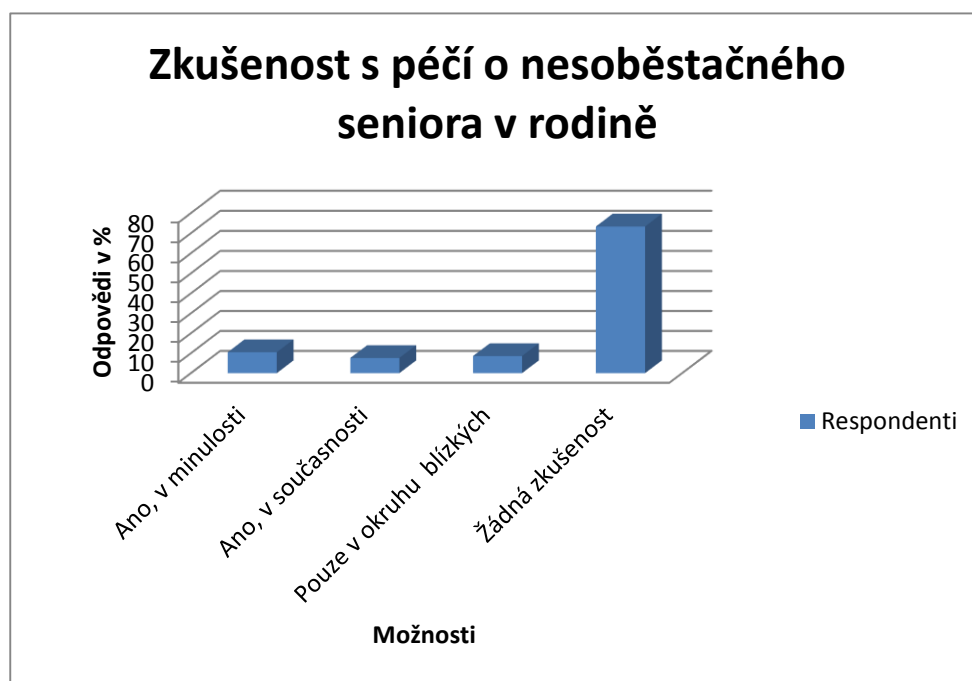
Možnosti:

- a) ano, pečoval/a jsem v minulosti
- b) ano, v současné době pečuji
- c) ne, nepečoval/a jsem, ale s touto péčí jsem se setkal/a v mém okruhu blízkých
- d) ne, nemám

V pořadí 5. otázka zjišťovala zkušenosti respondentů s péčí o nesoběstačného seniora v rodině. Z výzkumu vyplývá, že převážná většina respondentů nemá **žádnou zkušenost** s touto formou péče o seniora – **73,30 %** oslovených respondentů. **V minulosti** se o nesoběstačného seniora v rodině staralo **10,50 %** respondentů, **v současné době** pečuje o nesoběstačného seniora v rodině **7,60 %** respondentů. Zkušenost s péčí o nesoběstačného seniora v rodině **z okruhu svých blízkých** (tj.



rodinní příslušníci) uvedlo **8,60 %** respondentů. Analýzu odpovědí představuje **Obrázek 5**.



**Obrázek 5** Zkušenost s péčí o nesoběstačného seniora v rodině

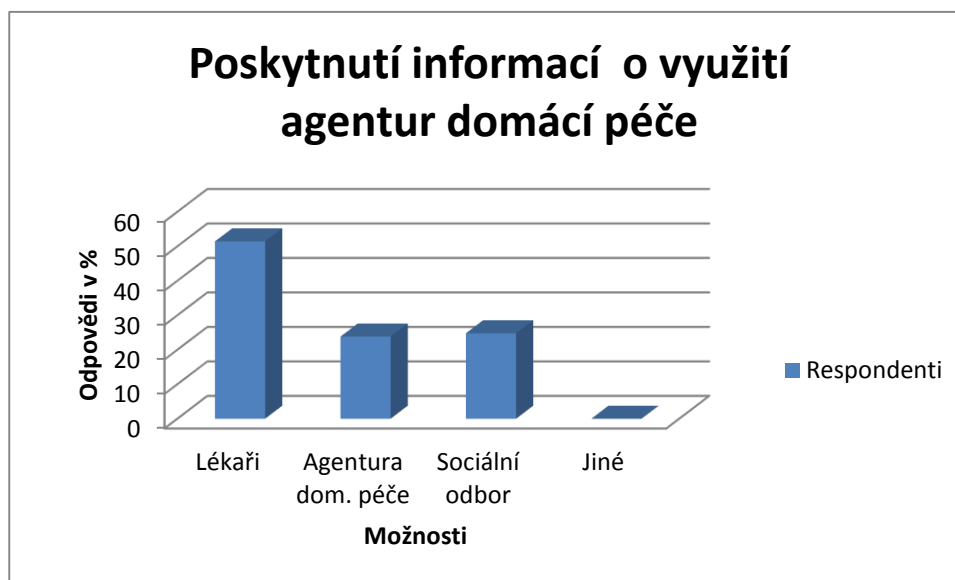
### **OTÁZKA Č. 6: VÍTE, NA KOHO SE OBRÁTIT S ŽÁDOSTÍ V PŘÍPADĚ NUTNOSTI VYUŽITÍ SLUŽEB AGENTUR DOMÁCÍ PÉČE?**

Možnosti:

- a) na praktického nebo ošetřujícího lékaře
- b) na agenturu domácí péče
- c) na sociální odbor
- d) jiné (prosím, dopište).....

Otázka zjišťující znalost respondentů, na koho se obrátit v případě potřeby s žádostí o využití služeb agentur domácí péče. Z analýzy výzkumu vyplývá, že více jak polovina respondentů – **51,40 %** dotázaných, ví, že by se měli obrátit s žádostí o poskytování služeb agentur domácí péče **na praktického či ošetřujícího lékaře seniora**. Z celkového počtu respondentů by se obrátilo na příslušný **sociální odbor** -

24,80 % dotázaných. Obdobný počet respondentů – 23,80 %, by se s žádostí obrátilo přímo na **agentury domácí péče**. **Jiné možnosti** nezvolil žádný respondent (viz **Obrázek 6**).



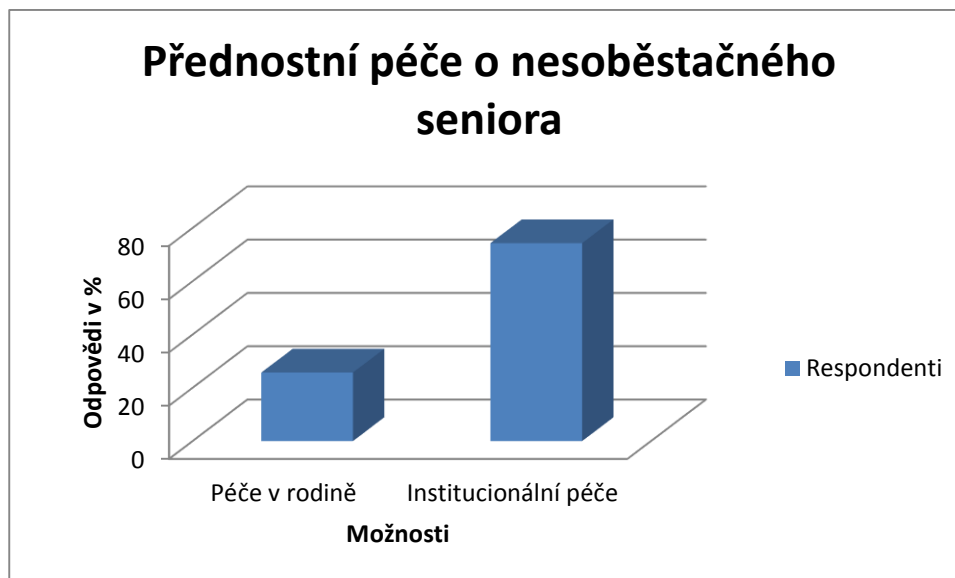
Obrázek 6 Poskytnutí informací o využití agentur domácí péče

## OTÁZKA Č. 7: V PŘÍPADĚ NUTNOSTI PÉČE O NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA BYSTE DAL/A PŘEDNOST...?

Možnosti:

- a) péči v rodině
- b) institucionální péči (domov pro seniory, ošetrovatelská zařízení...)

Odpověď na položku zjišťující, jakou formu péče o nesoběstačného seniora by respondenti upřednostňovali, byla jednoznačná. Z výzkumu vyplývá, že **74,30 %** oslovených respondentů by se rozhodlo pro **institucionální péči**. Péči v rodině volilo **25,70 %** respondentů. Analýzu položky představuje **Obrázek 7**.



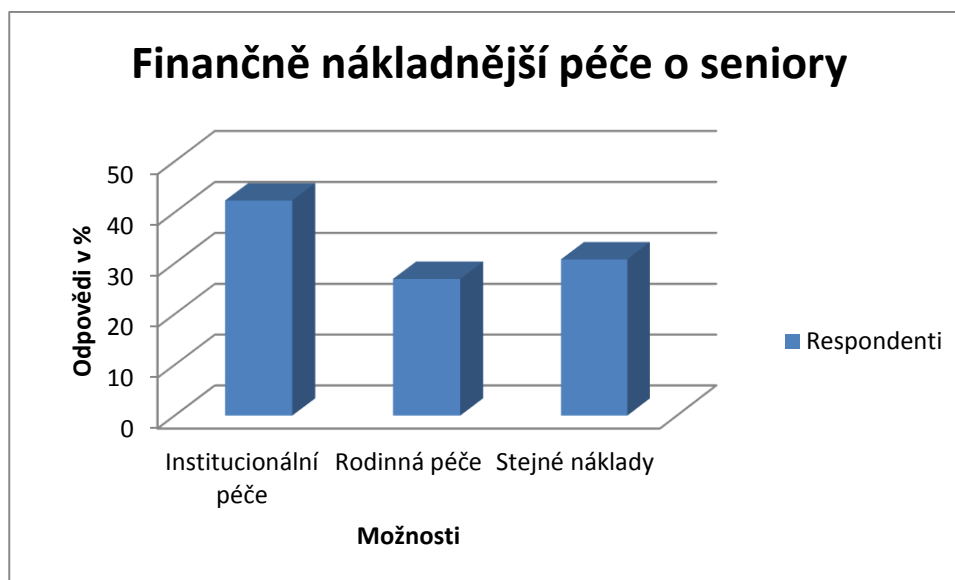
Obrázek 7 Přednostní péče o nesoběstačného seniora

### OTÁZKA Č. 8: JAKÁ FORMA PÉČE JE DLE VAŠEHO NÁZORU ZPRAVIDLA FINANČNĚ NÁKLADNĚJŠÍ?

Možnosti:

- a) institucionální péče (domov pro seniory, ošetrovatelská zařízení - LDN, doléčovací ústavy...)
- b) rodinná péče za pomoci zdravotně-sociální služby (agentura domácí péče, pečovatelská služba...)
- c) obě formy péče jsou po finanční stránce téměř stejně nákladné

Otázka č. 8 zjišťuje názor respondentů na finančně nákladnější formu péče o seniora. Respondenti se mohli rozhodovat mezi třemi variantami. První variantu (správná odpověď), která tvrdí, že finančně nákladnější je **institucionální péče**, označilo **42,30 %** respondentů. Druhou variantu, která se přiklání k názoru, že finančně náročnější je **rodinná péče za pomoci zdravotně-speciální služby**, upřednostnilo **26,90 %** respondentů. Finanční **rozdíly neshledalo 30,80 %** respondentů (viz Obrázek 8).



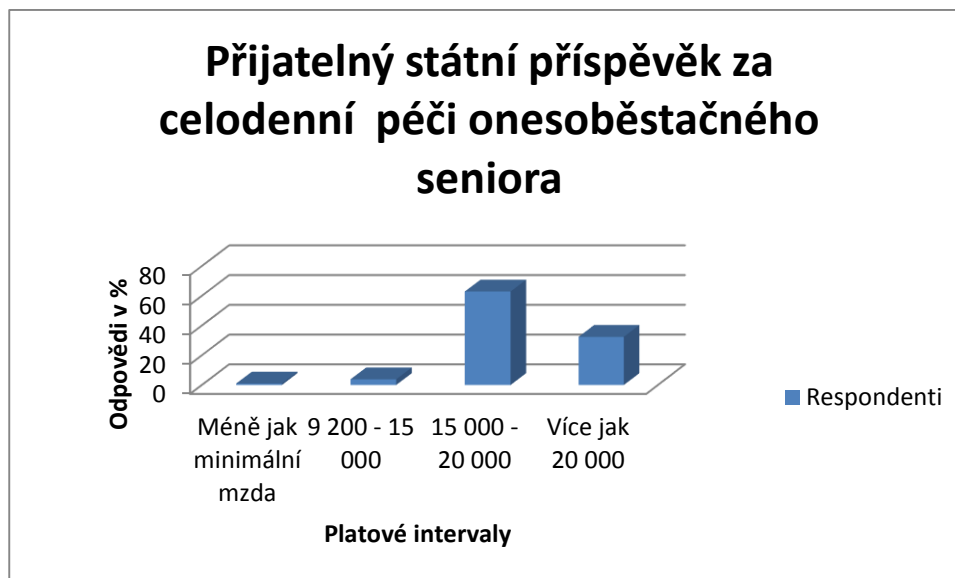
Obrázek 8 Finančně nákladnější péče o seniory

#### OTÁZKA Č. 9: JAK VYSOKOU ČÁSTKU STÁTNÍHO PŘÍSPĚVKU BYSTE POVAŽOVAL/A ZA PŘIJATELNOU ZA CELODENNÍ PÉČI O SVÉHO NESOBĚSTAČNÉHO SENIORA?

Tato položka byla otevřená. Respondenti měli uvést pro ně přijatelnou částku za celodenní péči o nesoběstačného seniora za měsíc. Z uvedených částek byly vytvořeny platové intervaly.

Nejvíce respondentů, a to **62,90 %**, uvedlo částku v rozmezí **15 000 Kč – 20 000 Kč**, **32,40 %** oslovených respondentů by celodenní péči ohodnotilo příspěvkem **vyšším jak 20 000 Kč**. Pouze **3,80 %** respondentů by pro tuto náročnou práci vymezilo částku v rozmezí **9 200 – 15 000 Kč**. Vyskytl se rovněž jeden respondent – **0,90 %**, který se domnívá, že by pečovatelé za celodenní péči měli dostávat **nižší částku** než je stanovena **minimální mzda**. Přehled uvedených částek zobrazuje **Obrázek 9**.

Aritmetický průměr uvedených částek byl 17 215 Kč.



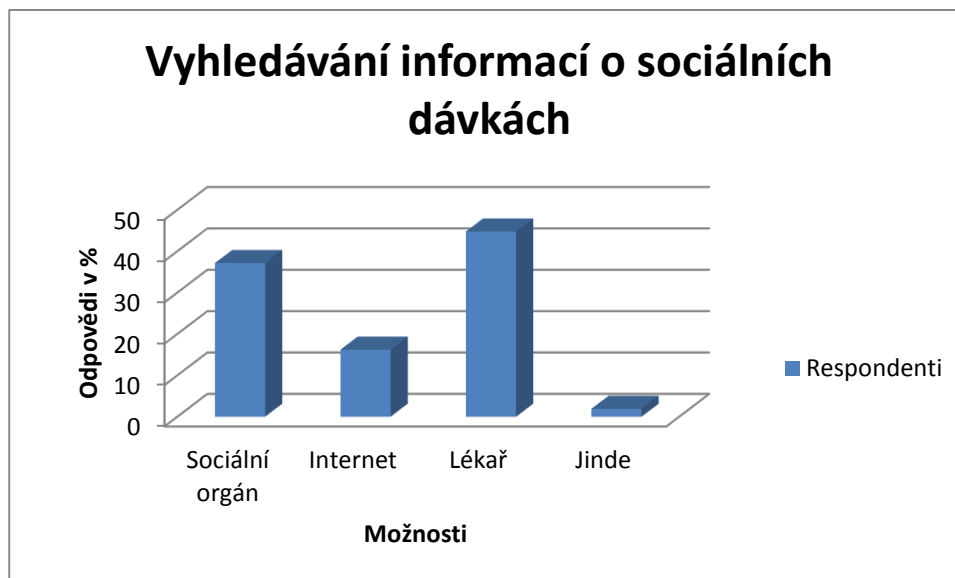
Obrázek 9 Přijatelný státní příspěvek za celodenní péči o nesoběstačného seniora

## OTÁZKA Č. 10: KDE BYSTE HLEDAL/A INFORMACE O SOCIÁLNÍCH DÁVKÁCH?

Možnosti:

- a) na příslušném sociálním orgánu
- b) na internetu
- c) u lékaře
- d) jinde

Uzavřená položka č. 10 zjišťovala, kde by respondenti hledali informace o sociálních dávkách. Nejvíce respondentů (**44,80 %** respondentů) by se obrátilo na **lékaře**, **37,10 %** by informace o sociálních dávkách zjišťovala na příslušném **sociálním orgánu**. Možnost vyhledávání informací na **internetu** zvolilo **16,20 %**. Vyskytlo se rovněž **1,90 %** respondentů, kteří uvedli variantu **jinou**, resp. hledání informací o sociálních dávkách ve **zdravotní pojišťovně** (viz Obrázek 10).



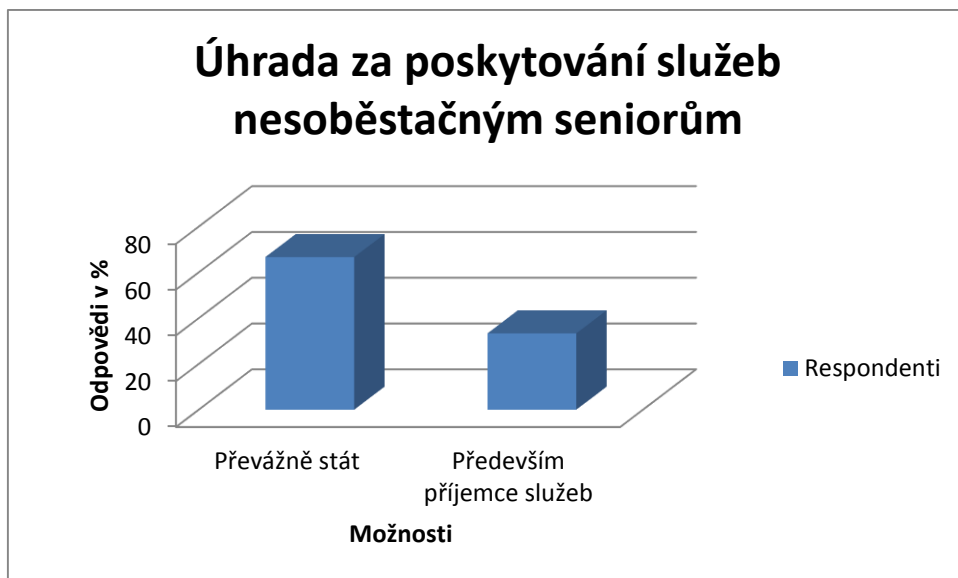
Obrázek 10 Vyhledávání informací o sociálních dávkách

### OTÁZKA Č. 11: DLE VAŠEHO NÁZORU BY SE MĚL NA ÚHRADĚ POSKYTOVANÝCH SLUŽEB NESOBĚSTAČNÝM SENIORŮM PODÍLET?

Možnosti:

- a) převážně stát
- b) především příjemce těchto služeb (nesoběstačný senior)

Dvě třetiny respondentů - **66,70 %** dotazovaných, se domnívá, že by úhrady za služby seniorů měl hradit **převážně stát**. Zbýlá třetina respondentů - **33,30 %**, preferuje názor, že by si úhrady spojené za služby měli hradit **především příjemci** těchto služeb. Názory respondentů reflektuje **Obrázek 11**.



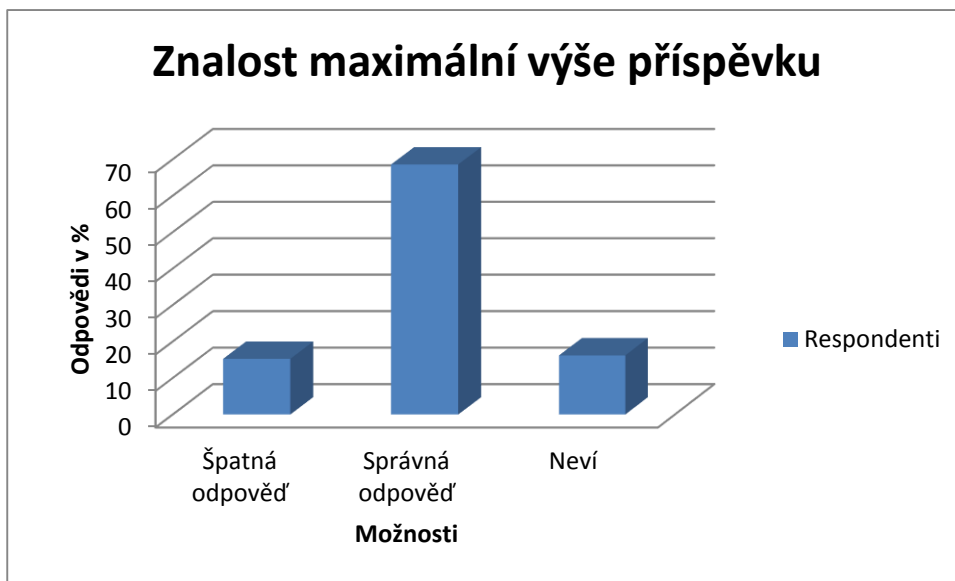
Obrázek 11 Úhrada za poskytování služeb nesoběstačným seniorům

#### OTÁZKA Č. 12: VÍTE, JAKÁ JE MAXIMÁLNÍ VÝŠE PŘÍSPĚVKU, KTERÝ JE POSKYTOVÁN OSOBÁM ZÁVISLÝM NA POMOCI JINÉ FYZICKÉ OSOBY?

Možnosti:

- a) ano - prosím, dopište.....Kč/měsíc
- b) ne

Na tuto dichotomickou otázku mohli respondenti odpovědět ano, a pak uvést přesnou výši příspěvku, nebo zvolit odpověď ne. Většina oslovených respondentů (**83,80 %**) se domnívala, že momentálně nejvyšší příspěvek na péči o nesoběstačného seniora **zná**. Z toho však **15,20 %** odpovědí bylo **špatných**, tzn., že **68,60 %** uvedlo **přesnou** částku maximální výše příspěvku. Z oslovených respondentů **16,20 %** **respondentů** přiznalo, že maximální výši příspěvku **nezná**.



Obrázek 12 Znalost maximální výše příspěvku



## Statistické vyhodnocení hypotéz

**H1: Ženy stanovují významně vyšší přijatelnou výši příspěvku za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora než muži.**

Statistické hypotézy:

- $H_0$ : Mezi četnostmi odpovědí u žen a mužů na uvedenou otázku týkající se přijatelné výši příspěvku za celodenní péči o nesoběstačného seniora není souvislost.
- $H_A$ : Mezi četnostmi odpovědí u žen a mužů na uvedenou otázku týkající se přijatelné výši příspěvku za celodenní péči o nesoběstačného seniora je souvislost

Testování významovosti jsme provedli na hladině významovosti  $\alpha = 0,05$ .

**Tabulka 1 Kontingenční tabulka**

		Pohlaví		$\Sigma$
		Muži	Ženy	
Požadavek na příspěvek	Méně jak minimální mzda	1 (0,32)	0 (0,68)	<b>1</b>
	9 200 - 15 000	3 (1,30)	1 (2,71)	<b>4</b>
	15 000 - 20 000	19 (31,37)	47 (44,63)	<b>66</b>
	Více jak 20 000	11 (11,01)	23 (22,99)	<b>34</b>
	$\Sigma$	<b>34</b>	<b>71</b>	<b>105</b>

➤ Výpočet hodnoty testového kritéria  $\chi^2$  (viz **Tabulka 28**):

$$\chi^2 = 1,455 + 2,223 + 4,768 + 0,001 + 0,68 + 1,080 + 0,126 + 0,001 = 10,208$$

➤ Výpočet stupňů volnosti:

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1) = (4 - 1) \cdot (2 - 1) = 3$$

➤ Zjištěná kritická hodnota testového kritéria:

$$\chi^2_{0,05} = 7,815$$

Kritickou hodnotu testového kritéria jsme porovnali s vypočítanou hodnotou.

Platí, že  $7,815 < 10,208$

Protože je kritická hodnota testového kritéria nižší než vypočítaná hodnota testového kritéria, přijímám alternativní hypotézu. A můžu tedy konstatovat, že mezi odpověďmi na uvedené položky byla prokázána statisticky významná souvislost. To tedy znamená, že ženy stanovují významně vyšší přijatelnou výši příspěvku za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora než muži.

**Hypotéza H1 byla potvrzena.**

**H2:** Respondenti s vysokým vzděláním preferují institucionální péči častěji než respondenti s nižším vzděláním.

Statistické hypotézy:

- $H_0$ : Mezi četnostmi odpovědí u respondentů s vysokým vzděláním a respondentů s nižším vzděláním na uvedenou otázku týkající se preference péče o nesoběstačného seniora není souvislost.
- $H_A$ : Mezi četnostmi odpovědí u respondentů s vysokým vzděláním a respondentů s nižším vzděláním na uvedenou otázku týkající se preference péče o nesoběstačného seniora je souvislost.

Testování významovosti bylo provedeno na hladině významovosti  $\alpha = 0,05$ .

**Tabulka 2 Kontingenční tabulka I.**

		Vzdělání respondentů		$\Sigma$
		Jiné vzdělání	Vysokoškolské	
Preferovaný druh péče	Péče v rodině	25 (23,14)	2 (3,86)	27
	Institucionální péče	65 (66,86)	13 (11,14)	78
$\Sigma$		90	15	105

Pozn. Absolutní hodnoty respondentů s jiným vzděláním byly vypočítány jako součty respondentů s jiným než vysokoškolským vzděláním.

➤ Výpočet hodnoty testového kritéria  $\chi^2$  (viz Tabulka 28):

$$\chi^2 = 0,15 + 0,90 + 0,05 + 0,31 = 1,41$$

➤ Výpočet stupňů volnosti:

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1) = (2 - 1) \cdot (2 - 1) = 1$$

➤ Zjištěná kritická hodnota testového kritéria:

$$\chi^2_{0,05} = 6,635$$

Kritickou hodnotu testového kritéria jsem porovnávala s vypočítanou hodnotou.

Platí, že  $6,635 > 1,41$ .

Protože je kritická hodnota testového kritéria vyšší než vypočítaná hodnota testového kritéria, přijímám nulovou hypotézu. A můžu tedy konstatovat, že mezi odpověďmi na uvedené položky nebyla prokázána statisticky významná souvislost. To tedy znamená, že vysokoškolsky vzdělaní lidé oproti lidem s nižším vzděláním významně více nepreferují institucionální péči.

**Hypotéza H2 nebyla potvrzena.**

**H3:** Skupina **respondentů věkově nejstarší** uvádí **častěji správnou finančně nejnákladnější formu péče** o nesoběstačného senior než věkově mladší respondenti.

Statistické hypotézy:

- $H_0$ : Mezi četnostmi odpovědí u respondentů starších padesáti let a respondentů mladších na uvedenou otázku týkající se finančně nejnákladnější formy péče o nesoběstačného seniora není souvislost.
- $H_A$ : Mezi četnostmi odpovědí u respondentů starších padesáti let a respondentů mladších na uvedenou otázku týkající se finančně nejnákladnější formy péče o nesoběstačného seniora není souvislost.

Testování významnosti byla provedena na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ .

**Tabulka 3 Kontingenční tabulka I.**

		Věk		$\Sigma$
		Do padesáti let	Více jak padesát let	
Náklady	Správná odpověď	55 (49,66)	11 (16,34)	6 6
	Nesprávná odpověď	24 (29,34)	15 (9,66)	3 9
$\Sigma$		79	26	1 05

Pozn. Absolutní hodnota u správné odpovědi zahrnuje respondenty, kteří jako nejnákladnější formu označili institucionální péči. Absolutní hodnota u nesprávné odpovědi označuje respondenty, kteří se rozhodli pro domácí péči či respondenty, kteří se domnívají, že náklady jsou u obou forem stejné.

➤ Výpočet hodnoty testového kritéria  $\chi^2$  (viz **Tabulka 28**):

$$\chi^2 = 0,574 + 0,972 + 1,745 + 2,952 = 6,243$$

- Výpočet stupňů volnosti:

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1) = (3 - 1) \cdot (2 - 1) = 2$$

- Zjištěná kritická hodnota testového kritéria:

$$\chi^2_{0,05} = 5,991$$

Kritickou hodnotu testového kritéria jsem porovnála s vypočítanou hodnotou.

Platí, že  $5,991 < 6,243$ .

Protože je kritická hodnota testového kritéria nižší než vypočítaná hodnota testového kritéria, přijímám alternativní hypotézu. A můžu tedy konstatovat, že mezi odpověďmi na uvedené položky byla prokázána statisticky významná souvislost. Bylo však zjištěno, že **respondenti věkově nejstarší** uvádějí **častěji nesprávnou finančně nejnákladnější formu péče** o nesoběstačného seniora než věkově mladší respondenti.

**Hypotéza H3 nebyla potvrzena.**

**H4: Ženy jsou více informované o maximální výši příspěvku, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, než muži.**

Statistické hypotézy:

- $H_0$ : Mezi četnostmi odpovědí u žen a mužů na uvedenou otázku týkající se maximální výši příspěvku pro nesoběstačného seniora není souvislost.
- $H_A$ : Mezi četnostmi odpovědí u žen a mužů na uvedenou otázku týkající se maximální výši příspěvku pro nesoběstačného seniora není souvislost.

Testování významovosti bylo provedeno na hladině významovosti  $\alpha = 0,05$ .

**Tabulka 4**

		Pohlaví		$\Sigma$
		Muži	Ženy	
Odpověď	Správná odpověď	21 (23,31)	51 (48,69)	72
	Špatná odpověď	13 (10,69)	20 (22,31)	33
$\Sigma$		34	71	105

➤ Výpočet hodnoty testového kritéria  $\chi^2$  (viz **Tabulka 28**):

$$\chi^2 = 0,229 + 0,501 + 0,110 + 0,239 = 1,079$$

➤ Výpočet stupňů volnosti:

$$f = (r - 1) \cdot (s - 1) = (3 - 1) \cdot (2 - 1) = 2$$

➤ Zjištěná kritická hodnota testového kritéria:

$$\chi^2_{0,05} = 5,991$$

Kritickou hodnotu testového kritéria jsem porovnála s vypočítanou hodnotou.

Platí, že  $5,991 > 1,079$ .

Protože je kritická hodnota testového kritéria vyšší než vypočítaná hodnota testového kritéria, přijímám nulovou hypotézu. A můžu tedy konstatovat, že mezi



odpověďmi na uvedené položky nebyla prokázána statisticky významná souvislost. To tedy znamená, že ženy nejsou více informované o maximální výši příspěvku, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, než muži.

**Hypotéza H4 nebyla potvrzena.**

## Diskuse

V kapitole, která nese název Diskuse, budu prostřednictvím zjištěných výsledků výzkumu odpovídat na stanovené výzkumné otázky.

***O1: Jaké jsou rozdíly v názorech na výši státního příspěvku, kterou respondenti považují za přijatelnou za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora vzhledem k pohlaví respondentů?***

Tato položka byla otevřená. Z částek, které respondenti uváděli, jsem vytvořila platové intervaly. Výzkum poukázal na fakt, že 62,90 % respondentů by celodenní práci o nesoběstačného seniora ohodnotilo finanční odměnou v rozmezí 15 000 Kč – 20 000 Kč. Dále následovala skupina respondentů (32,40 %), kteří by vyplatili mzdu za celodenní péči o seniora částkou vyšší jak 20 000 Kč. Do ostatních skupin spadá velmi málo respondentů, ba dokonce by se dali označit za zanedbatelné. Je potěšující, že respondenti spatřují smysl v péči o seniory a náležitě by je za to ohodnotili.

Z hlubší analýzy výzkumu bylo zjištěno, že ženy stanovují významně vyšší přijatelnou výši příspěvku za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora než muži. Aritmetický průměr přijatelné částky byl u žen vypočítán na 18 935 Kč, u mužů na 15 495 Kč.

***O2: Existuje rozdíl v preferenci péče o seniora vzhledem k dosaženému vzdělání respondentů?***

Uzavřená dichotomická otázka byla analyzovaná nejprve souhrnně. Bylo zjištěno, že respondenti jednoznačně upřednostňují institucionální péči (74,30 %). Péči v rodině volilo 25,70 % respondentů.

V rámci diagnostiky, zda existuje rozdíl v preferenci péče o seniora vzhledem k dosaženému, mezi respondenty vysokoškolsky vzdělanými a ostatními respondenty,

nebyly zjištěny významné rozdíly. Došla jsem tedy k názoru, že vzdělání nemá vliv na preferenci péče o nesoběstačného seniora.

***O3: Ovlivňuje věk respondentů znalost finančně nejnákladnější formy péče o nesoběstačného seniora?***

Následující výzkumnou otázku jsem vyhodnocovala prostřednictvím otázky č. 8, která nabízela tři varianty odpovědí. Správnou odpověď, tj. že finančně nákladnější je institucionální péče, označilo 42,30 % respondentů. Za finančně náročnější formu péče považuje 26,90 % respondentů zdravotně-speciální služby. Finanční rozdíly neshledalo 30, 80 % respondentů.

Na základě hlubší analýzy byly zjištěny statisticky významné rozdíly ve znalosti finančně nejnákladnější formy péče o nesoběstačného seniora. Došla jsem k závěru, že respondenti věkově nejstarší uvádějí častěji neodpovídající finančně nejnákladnější formu péče o nesoběstačného seniora než věkově mladší respondenti.

***O4: Odráží se v informovanosti o maximální výši příspěvku, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, pohlaví respondentů?***

Položka, která analyzovala tuto výzkumnou otázku, měla dichotomický charakter. V případě, že respondenti označili možnost, že ví, jaká je maximální výše příspěvku na péči o nesoběstačného seniora, museli uvést přesnou výši příspěvku. Převážná většina oslovených respondentů (83,80 %) se domnívala, že současně nejvyšší příspěvek na péči o soběstačného seniora zná, avšak 15,20 % odpovědí bylo špatných. Tzn., že 68,60 % uvedlo přesnou částku maximální výše příspěvku. Necelá  $\frac{1}{5}$  respondentů (16,20 %) přiznala, že maximální výši příspěvku nezná.

V rámci rozboru otázky, zda se odráží v informovanosti o maximální výši příspěvku, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, pohlaví respondentů, nebyla prokázána statisticky významná souvislost, což tedy znamená, že

ženy nejsou více informované o maximální výši příspěvku, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, než muži.

## Závěr

V samém závěru zhodnotím obsah bakalářské práce. Předložená bakalářská práce se zabývala přístupem veřejnosti k problematice zajištění péče o nesoběstačné seniory. Strukturálně je práce rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

Domnívám se, že se mi v teoretické části podařilo srozumitelně předložit ucelenou analýzu řešené problematiky. Zaměřila se témata, která se zvolenou problematikou úzce souvisí. V první kapitole prostřednictvím načtené literatury definuji pojmy stárnutí a stáří, přičemž upozorňuji na absenci jednotné definice těchto pojmů. Druhá kapitola pojednává o změnách spojených se stárnutím a stářím, zaměřuji se na změny v tělesných projevech, psychické a sociální změny. Třetí kapitola představuje komparaci lidských potřeb s potřebami seniorů. Za velmi důležitou kapitolu považuji kapitolu čtvrtou, jejíž podstatou je pohled na stáří z pohledu dnešní společnosti. V této kapitole se zabývám penzionováním, ageismem a týráním seniorů. Předposlední pátá kapitola představuje možné aktivizační procesy a metody pro seniory.

Závěr empirické části, šestá kapitola, obsahuje poskytovanou péči seniorům v České republice. Její základní rozdělení na zdravotní a sociální péči a jejich jednotlivé druhy jsou zde nastíněny.

Hlavní přínos své práce spatřuji v praktické části, která byla zaměřena na postoj veřejnosti k případné péči o nesoběstačné seniory a informovanosti veřejnosti o možnostech péče o seniory.

K získání potřebných informací jsem využila metodu dotazníku. Sestavila jsem dotazník o 12 otázkách. V dotaznících jsem zjišťovala názory, postoje, ale i znalosti, které respondenti k problematice mají.

Na základě vyhodnocených hypotéz jsem dospěla k závěru, že respondenti nemají diametrálně rozdílné názory. Při ověřování hypotéz jsem užila statistického testu nezávislosti chí-kvadrát pro kontingenční tabulku na hladině významnosti 0,05. Pouze jedna mnou stanovená hypotéza byla naplněna, a to ta, že ženy stanovují významně vyšší přijatelnou výši příspěvku za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora než muži. Ze statistického testu významnosti dále vyplynulo, že respondenti s vysokým vzděláním nepreferují institucionální péči častěji než respondenti nižším vzděláním. Rovněž se neprokázalo, že by skupina respondentů věkově nejstarší uváděla častěji

správnou finančně nejnákladnější formu péče o nesoběstačného senior než věkově mladší respondenti. Z poslední analýzy stanovené hypotézy vyplynulo, že ženy nejsou více informované o maximální výši příspěvku, který je poskytován osobám závislé na pomoci jiné fyzické osoby, než muži.

Je ovšem nutné přihlížet k faktu, že se výzkumu zúčastnil malý reprezentativní vzorek základního souboru. Závěry výzkumu tak platí jen pro zkoumaný vzorek respondentů a není možné je zobecnit pro Českou republiku.

Věřím, že jsem svou prací alespoň v malé míře přispěla k rozšíření informací týkající se zkoumané problematiky, a že jsem přiměla dotazované respondenty zamyslet se nad touto problematikou.

## Seznam použitých zdrojů

1. BRENDLOVÁ, H. *Hodnocení současné společnosti pohledem seniorů*, Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.
2. BUŠKOVÁ, R. *Hodnocení smyslu života u seniorů*, Zlín, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanistických studií. Vedoucí práce PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.
3. ČÍRTKOVÁ, L.; VITOUŠOVÁ, P. a kol. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. Příručka pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.
4. FERRY, M.; BAKER, R. Regionální strategie a demografické stárnutí. Age Proofing Toolkit – Příručka ke strategii pro demografické stárnutí, 2006.
5. HAMILTON, S., I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *České ošetřovatelství 10: Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2002. ISBN 80-7013-363-5.
7. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, c2000, 191 p. ISBN 807262034.
9. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
10. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
11. KALIVODOVÁ, L. *Potřeby seniorů využívajících služeb osobní asistence pohledem klientů a jejich osobních asistentů*, Brno, 2014. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Dipl.-Theol. Univ. Stanislava Ševčíková, Ph.D.
12. KRÁLÍKOVÁ, M. *Specifika sociální práce se seniory*, Pardubice, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.

13. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
14. LIEBMANNOVÁ, M. *Skupinová arteterapie. Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7178-864-3.
15. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
16. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
17. MINIBERGEROVÁ, L.; DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
18. MORONGOVÁ, K. *Psychosociální potřeby seniorů z pohledu všeobecných sester*, Brno, 2014. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.
19. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerantopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 978-80-210-5029-7.
20. PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990.
21. PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku?: Úvahy o stárnutí a stáří*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-486-1.
22. PALMORE, ERDMAN B. *Ageism: negative and positive*. New York: Springer, 1999.
23. PETŘÍKOVÁ, A.; ČORNAČIČOVÁ, R. *Gerontagogika: Úvod do teorie a praxe edukace seniorů. 1. Vyd.* Olomouc: Univerzita Palackého, Filosofická fakulta, 2004. 92 s. ISBN 80-244-0879-1.
24. POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
25. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
26. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8.
27. SEDLÁKOVÁ, L. *Hodnocení kvality poskytované sociální služby uživateli v Domově pro seniory ve Znojmě*, Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Univerzita



Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Pavlína Valouchová, Ph.D.

28. SKÁCELOVÁ, P. *Programy a terapie pro seniory zaměřené na aktivizaci seniorů realizované pobytovými a ambulantními sociálními službami*, Olomouc, 2014. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Vojtěch Herentin.
29. ŠAMÁNKOVÁ, M. *Základy ošetrovatelství*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
30. TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1. vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV Praha, 2002. 48 s. ISBN 80-238-9506-0.
31. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
32. VENDLEROVÁ, L. *Hodnocení potřeb klientů v léčebnách dlouhodobě nemocných a domovech pro seniory*, Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.
33. VEVERKOVÁ, M. *Informovanost seniorů o dostupnosti sociální péče*, Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.
34. VIDOVIČOVÁ, L. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. 1. vyd. Brno: MPÚ MU, 2008. ISBN 9788021046276.

## **SEZNAM ZKRATEK**

ATIC - Asociace turistických informačních center

# SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Organizační struktura .....  
**Chyba! Záložka není definována.**

## Seznam tabulek

Tabulka 1: .....  
**Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 2: .....  
**Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 3: .....  
**Chyba! Záložka není definována.**

Tabulka 4: .....  
**Chyba! Záložka není definována.**

## Seznam grafů

Graf 1: .....  
**Chyba! Záložka není definována.**

Graf 2: .....  
**Chyba! Záložka není definována.**

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha A - Dotazník.....I**

**Příloha B – Kritické hodnoty testového kritéria CHÍ KVADRÁT.....II**

## **Příloha A - Dotazník**

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jsem studentkou závěrečného ročníku bakalářského studia v oboru Bezpečnostní studia na Univerzitě Jana Amose Komenského Praha, s.r.o. Ve své bakalářské práci se zabývám pohledem laické veřejnosti na péči o nesoběstačné seniory.

Dotazník je anonymní, slouží pouze pro účely tohoto výběrového šetření. Zaškrtněte, prosím, jednu z variant odpovědí. Popřípadě dopište odpověď, je-li to požadováno.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který věnujete čtení a vyplnění dotazníku.

Adéla Zapletalová

### **1. Jaké je Vaše pohlaví?**

a) muž

b) žena

### **2. Jaký je Váš věk?**

.....roků (prosím, dopište)

### **3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

a) základní

b) středoškolské s výučním listem

c) středoškolské s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

### **4. Jak hodnotíte vztah s Vašimi rodiči?**

a) velmi dobrý

b) dobrý

c) průměrný

d) špatný

e) velmi špatný

**5. Máte zkušenosti s péčí o nesoběstačného seniora ve Vaší rodině?**

- a) ano, pečoval/a jsem v minulosti
- b) ano, v současné době pečuji
- c) ne, nepečoval/a jsem, ale s touto péčí jsem se setkal/a v mém okruhu blízkých
- d) ne, nemám

**6. Víte, na koho se obrátit s žádostí v případě nutnosti využití služeb agentur domácí péče?**

- a) na praktického nebo ošetřujícího lékaře
- b) na agenturu domácí péče
- c) na sociální odbor
- d) jiné (prosím, dopište).....

**7. V případě nutnosti péče o nesoběstačného seniora byste dal/a přednost:**

- a) péči v rodině
- b) institucionální péči (domov pro seniory, ošetřovatelská zařízení...)

**8. Jaká forma péče je dle Vašeho názoru zpravidla finančně nákladnější?**

- a) institucionální péče (domov pro seniory, ošetřovatelská zařízení - LDN, doléčovací ústavy...)
- b) rodinná péče za pomoci zdravotně-sociální služby (agentura domácí péče, pečovatelská služba...)
- c) obě formy péče jsou po finanční stránce téměř stejně nákladné

**9. Jak vysokou částku státního příspěvku byste považoval/a za přijatelnou za celodenní péči o svého nesoběstačného seniora?**

(prosím, dopište): .....Kč/měsíc

**10. Kde byste hledal/a informace o sociálních dávkách?**

- a) na příslušném sociálním orgánu
- b) na internetu
- c) u lékaře
- d) jinde

**11. Dle Vašeho názoru by se měl na úhradě poskytovaných služeb nesoběstačným seniorům podílet:**

- a) převážně stát
- b) především příjemce těchto služeb (nesoběstačný senior)

**12. Víte, jaká je maximální výše příspěvku, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby?**

- a) ano - prosím, dopište.....Kč/měsíc
- b) ne

## Příloha B - Kritické hodnoty testového kritéria CHÍ-KVADRÁT

(Chráska, 2007)

Stupně volnosti	Hladina významosti	
	0,05	0,01
1	3,841	6,635
2	5,991	9,210
3	7,815	11,341
4	9,483	13,277
5	11,070	15,086
6	12,592	16,812
7	14,067	18,475
8	15,507	20,090
9	16,919	21,666
10	18,307	23,209
11	19,675	24,725
12	21,026	26,217
13	22,362	27,688
14	23,685	29,141
15	24,996	30,578
16	26,296	32,000
17	27,587	33,409
18	28,868	34,805
19	30,144	36,191
20	31,410	37,566



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

<b>Jméno autora:</b>	<b>Zapletalová Adéla</b>
<b>Obor:</b>	<b>Bezpečnosti studia</b>
<b>Forma studia:</b>	<b>Kombinované</b>
<b>Název práce:</b>	<b>Rozvoj péče o seniory</b>
<b>Rok:</b>	<b>2015</b>
<b>Počet stran textu bez příloh:</b>	<b>60</b>
<b>Celkový počet stran příloh:</b>	<b>2</b>
<b>Počet titulů českých použitých zdrojů:</b>	<b>32</b>
<b>Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:</b>	<b>0</b>
<b>Počet internetových zdrojů:</b>	<b>0</b>
<b>Vedoucí práce:</b>	<b>Ing. Melicharová Michaela</b>