

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

Marie Voštová

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

Vliv sociální opory na kvalitu života seniorů

Autor: Marie Voštová

Vedoucí práce: PhDr. Olga Vaněčková

Studijní program: Sociální pedagogika, specializace Výchova a vzdělávací praxe

Datum odevzdání: 31. 3. 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma
„Vliv sociální opory na kvalitu života seniorů“
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály
uvádím v příloženém seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění
souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě,
elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované
Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

České Budějovice, 30. březen 2010

podpis studenta

Anotace

Vliv sociální opory na kvalitu života seniorů

Klíčová slova: senior, stáří, sociální opora, kvalita života, soběstačnost, spokojenost, rodina

Práce se zabývá sociální oporou a jejím vlivem na seniory. V teoretické části jsou popsány pojmy stáří, ageismus, sociální opora – její druhy, funkce a působení. Definována je i kvalita života, její složky a možnosti hodnocení. Dále jsou uvedeny různé zdroje pomoci a péče pro seniory. Praktická část mapuje, jak je sociální opora seniory vnímaná, jak ji přijímají a jak dalece ovlivňuje kvalitu jejich života.

Březen 2010

Abstract

Influence of social support on the quality of senior's life

Key words: senior, old age, social support, quality of life, self-sufficiency, satisfaction, family

The work deals with social support and its influence on the seniors. In the theoretical part there are described the ideas such as age, ageism, social support - its characters, function and effects. Quality of life, its components and evaluation possibilities are defined, too. Further, several sources of help and care about seniors are introduced. The practical part shows the way how seniors perceive and accept this social support and how far it influences their quality of life.

March 2010

Poděkování

Za cenné rady, náměty, připomínky a metodické vedení
děkuji vedoucí bakalářské práce PhDr. Olze Vaněčkové.

OBSAH:

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Fenomén stáří.....	9
1.1 Časové vymezení stáří.....	9
1.2 Změny ve stáří.....	11
1.2.1 Kognitivní změny ve stáří.....	12
1.2.2 Emoční změny ve stáří.....	12
1.2.3 Biologické změny ve stáří.....	13
1.3 Mezní události v životě seniorů.....	14
1.4 Ageismus.....	15
2 Sociální opora.....	17
2.1 Sociální síť a rozsah pojetí sociální opory.....	18
2.2 Přijímání a dostupnost sociální opory.....	19
2.3 Druhy a funkce sociální opory.....	20
2.4 Působení sociální opory na zdravotní stav.....	21
2.5 Negativní stránky sociální opory.....	22
3 Kvalita života.....	24
3.1 Psychologické pojetí kvality života.....	25
3.1.1 Životní spokojenost a smysluplnost.....	25
3.1.2 Osobní pohoda a štěstí.....	26
3.2 Kvalita života a zdraví.....	27
3.3 Měření a hodnocení kvality života.....	28
3.4 Kvalita života a příprava společnosti na stárnutí.....	29
4 Péče o seniory.....	31
4.1 Péče poskytovaná rodinou.....	31
4.2 Sociální služby a příspěvek na péči.....	33
4.2.1 Příspěvek na péči.....	35
4.2.2 Sociální služby.....	37
4.3 Další zdroje finanční pomoci.....	39
4.3.1 Dávky sociální péče pro občany se zdravotním postižením.....	40
4.3.2 Dávky pomoci v hmotné nouzi.....	40
4.3.3 Dávky státní sociální podpory.....	41
5 Shrnutí teoretické části.....	42
PRAKTICKÁ ČÁST	44
6 Projekt, cíl práce a metodika výzkumu.....	44
6.1 Projekt a východiska výzkumu.....	44
6.2 Cíl práce a formulace výzkumných otázek.....	44
6.3 Metodika výzkumu.....	45
6.4 Charakteristika výzkumného vzorku a realizace výzkumu.....	46
6.5 Výsledky výzkumu.....	50
7 Shrnutí praktické části a interpretace výsledků.....	61
ZÁVĚR	64
SEZNAM LITERATURY	67
PŘÍLOHY	70

ÚVOD

„Každému životnímu období je přidělen vhodný a pravý čas.“

Cicero

Stáří je součástí života každého člověka a je nevyhnutelnou budoucností každého z nás. Na prahu 21. století lze konstatovat, že v posledních dvou desetiletích došlo v rámci Evropy i v jiných částech světa k zásadním demografickým změnám, které s sebou přinesly takové trendy, jež mají za následek postupné stárnutí populace. K hlavním příčinám stárnutí společnosti patří klesající porodnost, kvalitní zdravotnická péče, nové medicínské poznatky, stárnutí silných populačních ročníků i prodlužující se věk obyvatel. V kontextu stárnutí populace je nutno zaměřit se na některé zásadní problémy, které vznikají a jsou potřeba řešit. Jedná se např. o zajištění zdravotní péče, zabezpečení důchodového systému, vybudování dostupné sítě služeb, zajištění bezpečného bydlení atd. Stáří a stárnutí je prostě fenomén, který máme všichni před sebou a k němuž bychom se neměli stavět zády.

Při úvahách o možném tématu jsem vycházela ze své dlouholeté praxe sociální pracovnice, kdy se denně setkávám se seniory rozdílného věku, s odlišným zdravotním stavem, s různou mírou soběstačnosti i závislosti na pomoci a s rozdílnými osobními problémy. Odlišné je i chování a jednání seniorů. Někteří vystupují sebevědomě a odhodlaně, jiní se projevují velmi nenápadně, dobrovolně ustupují v životě do pozadí, což má někdy za následek i odstrkování jedince až jeho diskriminaci. Mnozí své problémy otevřeně přiznávají, další si je odmítají připustit, nebo o nich nechtějí hovořit, někteří na svůj handicap nepřijdou včas a jiní svůj problém neodhalí vůbec. Většinou jsou však odhodláni vyhledat jakoukoliv formu pomoci a svoji situaci řešit. Pomoc jsem v daném případě pojala obecně jako sociální oporu. Následně jsem si uvědomila, co vše tento pojem zahrnuje, a že se se skutečnou sociální oporou v různých rovinách denně setkávám. V základním měřítku jsem já sama příjemkyní sociální opory v rámci rodiny, oporou jsou mi kamarádi a přátelé ve volném čase. A naopak, tak jako jsou oporou oni pro mne, dovoluje si předpokládat, že ve chvílích potřeby poskytnu oporu já jim. Po zralé úvaze jsem si tedy zvolila téma, kde se prolíná zaměření na věkovou kategorii seniorů, na možnosti a formy jim dostupné pomoci a na kvalitu života, kterou prožívají. Ke zpracování tématu přistupuji s vědomím, že své dosud získané znalosti mohu dále rozšířit a nabyté zkušenosti uplatnit hlavně při zkoumání cíle své práce.

Bakalářská práce je koncipována do dvou částí – teoretické a praktické. Cílem práce je ověřit, jaká je dostupnost sociální opory a jaký význam mají různé formy sociální opory pro seniory v různých podmínkách a v různém sociálním prostředí.

Po prostudování dostupné odborné literatury budou ve čtyřech jednotlivých kapitolách teoretické části bakalářské práce vymezeny základní pojmy jako je stáří, sociální opora, kvalita života a sociální služby. V první kapitole se zaměřím na časové vymezení stáří, na kognitivní, emoční i biologické změny probíhající ve stáří, na mezní události, které podstatně ovlivňují další vývoj života seniorů, a na problém ageismu. Ve druhé kapitole bude charakterizována sociální opora, sociální síť, rozsah pojetí sociální opory, přijímání a dostupnost sociální opory, druhy a funkce sociální opory i působení sociální opory na zdravotní stav seniora. Zároveň bude poukázáno na negativní stránky sociální opory. Ve třetí kapitole bude definována kvalita života, psychologické pojetí kvality života a jejích složek, vzájemné působení mezi kvalitou života a zdravím. V krátkosti se zaměřím i na kvalitu života a přípravu společnosti na stárnutí. Ve čtvrté kapitole se budu zabývat péčí o seniory, a to formou péče poskytované v rámci rodiny nebo péče zajišťované poskytovateli sociálních služeb. V souvislosti se sociálními službami bude vysvětlen i nově koncipovaný příspěvek na péči.

V praktické části své bakalářské práce se budu snažit za pomoci výzkumné metody strukturovaného rozhovoru s použitím záznamového archu zjistit některé skutečnosti, na které povedou k objasnění cíle práce. Cílem práce bude ověřit, jak dalece ovlivňuje přijímaná sociální opora kvalitu života současných seniorů.

Ve své práci vycházím z předpokladu, že stáří může být prožíváno relativně spokojeně, pokud možno aktivně a smysluplně. V přístupu ke starým lidem si musíme uvědomit, že i senioři baží především po lidské přítomnosti svých nejbližších, touží být milováni, chápáni a respektováni. Důležitý je pro ně i pocit, že jsou potřební jak pro svou rodinu, tak pro společnost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Fenomén stáří

Stáří je obecným označením pozdních fází přirozeného průběhu života člověka. Zároveň se jedná o úsek života, který bývá nazýván fází postvývojovou, jelikož již byly všechny latentní schopnosti rozvoje realizovány. Období evoluce postupně střídá nastupující přirozená involuce. Člověk v této etapě života hodnotí své dosud ukončené dílo, bilancuje, není již tolik zaměřen na výkon a pokud se nevyskytne závažný důvod, nemá tendenci něco měnit. V této době člověk také hledá smysl zbývajících života, zaměřuje se na to, co je pro něho skutečně významné, učí se těšit z toho, co zůstalo zachováno, a snaží se akceptovat to, co nemůže změnit.

Stárnutí je v podstatě proces, při němž člověk postupně stárne. Stářím proto označujeme výsledný stav, který vznikl postupným procesem stárnutí. Stáří by nemělo být automaticky spojováno s koncem života.

Podle názoru Langmeiera a Krejčířové *„Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí 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.“*¹

Klevetová, Dlabalová uvádí ve své knize následující definici: *„Stárnutí je velmi individuální záležitost, ovlivňují jej aspekty biologické, genetické, výchovné i sebevýchovné a vzájemné vztahy v konkrétním sociálním prostředí.“*²

Stárnutí je proces zcela individuální. U každého jedince má individuální variabilitu, každý stárne do určité míry svým tempem podle svých podmínek.

1.1 Časové vymezení stáří

Existuje celá řada definic, teorií a členění stáří, avšak odborníci se stále ještě nedohodli na obecně přijatelné definici ani na tom, co je vlastně prvořadou příčinou stáří. V literatuře a odborných studiích týkajících se problematiky stáří se můžeme setkat s různým členěním stáří. V praxi je jednoznačně rozhodujícím limitem věk.

¹ Langmeier, J., Krejčířová, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 202

² Klevetová, D., Dlabalová, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 24

Věk kalendářní, matriční, chronologický - gerontologové na celém světě přijali na půdě OSN v roce 1980 na základě doporučení Světové zdravotnické organizace dohodu o tzv. věkové kategorizaci. Opírá se o patnáctileté periody lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let.

Členění kalendářního věku dle WHO:

45-59 let: střední věk

60-74 let: vyšší věk, starší věk, rané stáří, mladší stáří

75-89 let: pravé stáří

90 let a výše: dlouhověkost³

V současné době se uplatňuje i následující členění:

65-74 let: mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)

75-84 let: staří senioři (mění se funkční zdatnost, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)

85 a více: velmi staří senioři (na významu nabývá postupně ubývající soběstačnost a nárůst potřeby zabezpečení)⁴

Další varianta rozděluje lidi starší 65 let na kategorie:

- „třetího věku“ – označuje aktivní a nezávislý život ve stáří

- „čtvrtého věku“ – znamená období, kdy je člověk při uspokojování svých potřeb již závislý na pomoci druhé osoby⁵

Je zjevné, že klinické zvláštnosti jsou nejvýraznější u osob starších 75i let, proto je tato věková hranice nazývána uzlovým ontogenetickým bodem. Jelikož nejvíce klinických problémů je v séniu, mluví se o této části života jako o křehkém vulnerabilním, zranitelném stáří.

Pokročilý věk nad 90 let bývá označován jako dlouhověkost. Dlouhověcí lidé tvoří jen malé procento z populace, ale jejich počet postupně stoupá. Příčinou je mimo jiné

³ Pacovský, V.: *Geriatrická diagnostika*. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1994. s. 13.

⁴ Kalvach, Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s. 22

⁵ Stuart-Hamilton, I.: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. s.20-21

zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost, pokrok v medicíně a ve zdravotnictví atd.

Věk funkční odpovídá skutečnému funkčnímu potencionálu člověka. Velmi často není totožný s věkem kalendářním. Je dán souhrnem charakteristik biologických, psychologických a sociálních.

Biologický věk (biologické stáří) je důsledkem:

- a) geneticky řízeného programu biologického stárnutí, především involučních fyziologických dějů
- b) celoživotním působením zevního prostředí a způsobem života
- c) chorobnými situacemi v průběhu života

Psychologický věk (psychické stáří) je podmíněn mnoha faktory, především přirozenými funkčními změnami v průběhu stárnutí, individuálními osobnostními rysy, reakcí jedince na stáří. Pro lékařskou praxi je důležitý také tzv. věk subjektivní – jak se starý člověk sám cítí (stále ještě cítí); nemusí být v souladu s objektivními skutečnostmi a s reálnými možnostmi geronta.

Sociální věk (sociální stáří) zahrnuje rozmanité stránky sociálního života člověka. Gerontologové velmi neradi vidí, že stáří se často nesprávně ztotožňuje se zákonným nárokem na starobní důchod, respektive s odchodem do starobního důchodu (důchodový věk). Důchodci mají ještě podstatnou část života před sebou („třetí věk“).⁶

1.2 Změny ve stáří

Přestože je stáří čím dál více zkoumáno, stále o něm víme málo a není řádně popisně a fakticky přesně vymezeno a ohraničeno, jelikož změny probíhající v procesu stárnutí vznikají u jednotlivců individuálně a asynchronně – i jednotlivé systémy a funkce organismů stárnou nerovnoměrně, u někoho více, u jiného méně, u někoho dříve u jiného později. Je běžné, že lidé stejného věku nevyhlízejí stejně. Viditelné rozdíly mohou být jak ve vzhledu, tak v zachovaných schopnostech či v celkovém zdravotním stavu. Do stáří se promítá celý předchozí vývoj a život člověka.

⁶ Pacovský, V.: *Geriatrická diagnostika*. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1994. s 13.

1.2.1 Kognitivní změny ve stáří

Ve stáří dochází k řadě kognitivním změnám, které výrazně ovlivňují život seniora. Jedná se hlavně o níže uvedené změny:

- a) **zhoršení smyslového vnímání** – u značné části seniorů dochází po 60. roku věku k výraznému zhoršení zrakové percepce a k zhoršení sluchu. To je častou příčinou poklesu jejich výkonu v některých pracovních činnostech, v možnostech zájmového vyžití (četba, poslech hudby), v komunikaci s druhými lidmi. Nedostatečná komunikace může vést seniora k podezřívavosti, nejistotě, úzkosti nebo hněvivosti. Může ale být i příčinou úrazů. Zlepšení je možné vhodně volenými kompenzačními pomůckami (brýle, lupy, naslouchadla apod.).
- b) **zhoršení paměti** – a to především krátkodobé paměti pro nové události. Zážitky z minulosti bývají dobře zachovány, při vybavování mohou být obsahově i emočně zkresleny. Minulost je hodnocena pozitivně s odkazy na to, čím jedinec byl, co měl a co dokázal.
- c) **pokles tvořivosti** – tvořivost klesá již od střední dospělosti. Proto je zde důležitá motivace, vytrvalost a entuziasmus.⁷
- d) **snižování schopnosti učení** – u starších osob se nutná doba pro učení oproti mladším osobám prodlužuje. Senior si některé věci těžko zapamatuje, spíše má tendenci začleňovat nové prvky do svých schémat.
- e) **snižování koncentrace pozornosti** – koncentrace je nutná pro dosažení výsledků v činnosti, při orientaci v dopravní situaci i k udržení daného tématu během rozhovoru.⁸

1.2.2 Emoční změny ve stáří

K výrazným změnám dochází i v emocích a to v mnoha směrech.

- a) **afektivní prožívání** – nabývá ve stáří jiné kvality. Citové prožívání je méně bezprostřední a snižuje se intenzita emocí. Člověk je emočně stabilnější, řadu situací hodnotí klidněji a racionálněji. Méně snadno se nadchne pro nové, někdy se stává až lhostejným.
- b) **osobnost starého člověka** – se i ve stáří dále vyvíjí. Lidé se s přibývajícím věkem stávají spíše introvertovanějšími. Původní struktura osobnosti se však u většiny lidí nemění. Osobnost člověka je výslednicí celého dosavadního

⁷ Langmeier, J., Krejčířová, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 204 - 205

⁸ Kalvach, Z. a kol. : *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s. 62 - 63

vývoje a současné adaptace na obtíže vyššího věku. Důležité pak je, jak se člověk nutným změnám přizpůsobuje a jak se vyrovnává s vlastním stářím.

- c) **citové vztahy ve stáří** – síla vztahů k nejbližším lidem se většinou nemění, naopak význam rodiny s věkem stoupá, jelikož jinak je člověk ve stáří více ohrožen sociální izolací či emoční nebo podmětovou deprivací. Silně a pozitivněji je většinou prožívaná role prarodičovská. Při vzájemném setkávání generací napomáhají k vytváření důležité rodinné historie. Vliv prarodičů může být pozitivní i negativní, ale určitě poskytují dítěti jedinečnou zkušenost a ukazují mu model stáří i jeho vlastní budoucí prarodičovské role.

Manželské vztahy v období stáří jsou většinou hodně silné a ztráta životního partnera je pak závažnou životní událostí, se kterou se starý člověk obtížně vyrovnává.⁹

1.2.3 Biologické změny ve stáří

Jako biologické stárnutí označujeme změny organismu probíhající na fyziologické úrovni. Změny postihují tělesné tkáně a orgány jedince a jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem člověka. Nejvýznamnějšími jevy hlavně v pozdním věku jsou **atrofie** a **snížení elasticity** orgánů a tkání. Oba jevy ovlivňují například:

- a) **Mozek** - postupně dochází ke snížení váhy mozku, tkáň specializovaná se nahrazuje méně specializovanou tkání pojivovou. Do 70 let klesne jeho váha o 100g, v následujících 10 letech pak o dalších 100 g. Klesá počet buněk, tudíž mentální schopnosti se s věkem snižují.¹⁰
- b) **Kožní systém** - zjevná je atrofie kůže, což se projevuje svráštěním – tvorbou vrásek, ochablostí, kůže se ztenčuje a ztrácí svou pružnost. Vlasy řídnu a šedivějí. Objevuje se kožní pigmentace, kožní barvivo způsobuje zhnědnutí (stařecké skvrny), nebo naopak pigmentace v určitých částech těla vymizí.
- c) **Pohybový systém** – snižuje se výška těla, meziobratlové ploténky vysychají a oplošťují se, kostní hmota ubývá. Vazivo ztrácí na pružnosti, chrupavky tuhnou, hlavně v kloubech. Svalová hmota ubývá, dochází k poklesu svalové síly. Kostí řídnu a stávají se křehčími, páteř se deformuje.
- d) **Kardiopulmonální systém** – snižuje se funkce plic a kapacita plic. Srdce přečerpává menší množství krve, tím dochází ke sníženému průtoku krve

⁹ Langmeier, J., Krejčířová, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 207 – 210

¹⁰ Kalvach, Z. a kol. : *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s. 26

ostatními orgány. V cévách se ukládají tukové látky a vápník, stěny cév se stávají nepružné a tenčí, dochází k postupnému zužování cév s následnou nedokrevností části organismu. Srdeční chlopně ochabují a neplní zcela svou funkci, což má za následek zvýšenou dušnost jedince.

- e) **Trávicí systém** – dochází ke snížení tvorby trávicích šťáv, potrava se pomaleji rozkládá a vstřebává. Játra a slinivka břišní se stávají méně výkonnými. Pružnost a kapacita močového měchýře klesá, pokles funkce tlustého střeva se projevuje chronickou zácpou.
- f) **Pohlavní orgány a vylučovací systém** – u mužů se snižuje potence a trpí zbytněním prostaty, ženy bývají postiženy poklesem dělohy. Snižuje se kapacita močového měchýře a klesá síla svalových svěračů kolem uretry, 15 – 30% osob starších 60 let postihuje močová inkontinence.¹¹

1.3 Mezní události v životě seniorů

Stáří je pozvolným pokračováním dospělého věku. Většinou jak lidé žijí celý život, tak i stárnou. Jestliže byl člověk vždy energičtější a optimističtější, není důvod, proč by se měl náhle radikálně změnit. Pokud však nastanou u člověka náhlé změny chování, postojů nebo povahy, může to být příčinou i začínajícího tělesného nebo duševního onemocnění.

Každý jedinec během svého života získá zkušenost se ztrátou a musí se naučit s ní vyrovnat. Ztráty a velké životní zvraty proto nejsou jen specifickým jevem ve stáří, ale v tomto období často dochází k jejich nahromadění, čímž se staří lidé pak stávají slabší a zranitelnější.¹² S nepříznivými změnami se starý člověk vyrovnává o to hůře, že průvodním jevem ve stáří je o snížené sebehodnocení a snížená sebedůvěra.

K závažným životním situacím ve stáří patří např.:

Odchod do důchodu – je důležitým limitem, při němž se ukončuje jedno období a začíná druhé. Vyrovnat se s novým stavem není jednoduché, protože přináší řadu nejistot. Nelze se již upínat na minulost a zároveň není známo, co přinese budoucnost. Odchod do důchodu znamená změnu identity člověka a změnu jeho role. Odchodem do důchodu se ztrácí denní kontakt s kolegy ze zaměstnání a dochází k novému uspořádání

¹¹ Klevetová, D., Dlabalová, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 20-21

¹² Pichaud, J., Thareauová, I.: *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s.26

života. V aktivním životě byl čas řízen prací, v důchodu si musí každý organizovat čas sám. Důchod je přechod z naplněného života do života, který je nutno naplnit, což může některého jedince i děsit. Rozhodující je zde aktivita člověka, jeho zájmy, záliby, snaha se zapojit a znovu se začlenit, získat nové vztahy a seberealizovat se.

Smrt partnera a blízkých lidí – je bezesporu jednou z nejtěžších životních situací, s níž je nutno se vyrovnat. Obzvláště po mnoholetém soužití přináší úmrtí partnera většinou celou řadu ztrát – odešla opora, jistota, bezpečí, radost atd. Mnoho vdov a vdovců se se ztrátou vyrovná a najdou nový smysl života. Ale někteří lidé, zejména starší, se již se ztrátou nevyrovnají a myšlenkami žijí stále v období, kdy byli ještě s partnerem. Také úmrtí přátel a vrstevníků bývá ve stáří časté. Úmrtí následují jedno po druhém a někdy i brzy po sobě. Člověk cítí stálou ztrátu a pociťuje samotu a opuštěnost. Objevují se i myšlenky na vlastní budoucí smrt.

Nové bydlení - pokud zůstane člověk sám, může se mu zdát dosud užívaný byt najednou velký či finančně neúnosný. Důvodem ke stěhování může být i snižující se soběstačnost, nebo pocit samoty. Důležité je, aby ke změně bydliště došlo vždy až v okamžiku, kdy se pro přestěhování člověk sám rozhodne a je na změnu připraven. V takových případech se člověk se změnou snáze vyrovnává a dochází pak k jeho snadnějšímu začlenění do nového života.

Změny v rodinném životě – jsou také častým faktorem ovlivňujícím život seniora. Odchod dětí z domova, změna rodičovské role na roli prarodičovskou, to vše může partnery sblížit a upevnit jejich vztah, nebo naopak může docházet ke konfliktům a navození pocitu prázdnoty. Staří lidé si snaží co nejdéle udržet vlastní domácnost, což bývá přáním i dětí. Optimální je stav, kdy senioři žijí sami, ale v dosahu vlastních dětí. Lépe je pak možno udržovat vzájemný kontakt a snáze je dostupná případná nutná pomoc ze strany dětí.¹³

1.4 Ageismus

Moderní doba přinesla přesycenost informacemi a výrazné zrychlení tempa života. Často jsou narušována pravidla lidské sounáležitosti, člověk pojímá vše ve směru zužitkování, materiální potřeby často převyšují duchovní hodnoty. Moderní komunikační prostředky ochuzují o lidské setkávání o prožitky a zážitky lidského společenství a také o poznání smyslu lidského bytí. Seniorům ubývá zakořeněná potřeba

¹³ Pichaud, J., Thareauová, I.: *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. s.27-31

předávání informací a zkušeností z generace na generaci. Málokdo chce čerpat ze seniorských celoživotních zkušeností, dosažených osobních i pracovních cílů a chápání světa. Lidská touha po moci a úspěchu sebou přináší nebezpečí přehlédnutí důležitých lidských hodnot, jakou je zastavení se a trpělivé vyslechnutí seniora. Někdy to vypadá, že naše společnost již nepotřebuje rady a zkušenosti starších. Průzkumy ukazují, že senioři se cítí ostrčením a ztrácejí sebedůvěru ve vlastní život i v sebe sama. V poslední době se začal objevovat nový termín ageismus – diskriminace na základě věku spojená s negativními představami o stáří. Jedná se o apriorní vyřazování starších lidí z různých aktivit a činností, při nichž je nutná zvýšená odpovědnost a pozornost, nebo z vedoucích a nadřízených pozic pod dojmem, že nebudou schopni kvalifikovaně rozhodovat a adekvátně jednat. Často také dochází k zdetinštění (infantilizaci) starých lidí, k podceňování jejich schopností (včetně schopností uzdravy), nerespektování jejich osobnosti či ponižování jejich důstojnosti.¹⁴

¹⁴ Kalvach, Z., Onderková, A.: *Stáří*. Praha, Galén, 2006. s. 11

2 Sociální opora

Sociální opora jako obecný faktor působí v životě lidí bez ohledu na to, zda se právě nacházejí v příznivé či nepříznivé situaci, zda jsou mladí či staří, zdraví či nemocní. Rozdílná je jen míra potřebné a přijímané podpory, způsob poskytování opory, výsledky opory. Při zkoumání působení procesu sociální opory rozhodně nelze pominout ani širší sociální kontext, ve kterém se tento proces odehrává.

Výraz sociální opora se vyskytuje v české literatuře s tematikou psychologie, sociologie, medicíny, pedagogiky a v dalších odborných textech. Do začátku 90.let minulého století se pro danou tematiku používal doslovný překlad z anglosaského pojmu „social support“ český ekvivalent „sociální podpora“. Tento termín však začal využívat nově zaváděný systém státní sociální podpory, vyjádřený administrativním komplexem žádostí, posuzování a vyřizování výplat peněžitých dávek vybraným skupinám občanů.¹⁵ Pro odlišení se proto pro poskytování různých forem pomoci začalo používat termínu sociální opora.

Sociální opora je termín v posledních letech často užívaný, ale není ho lehké definovat. V české odborné literatuře je citována řada definic, které vymezují sociální oporu. Jiří Mareš cituje například Hilbertovu definici z r. 1990, kde je sociální opora vymezena jako rozmanité přirozené pomáhající chování, kterého se jedincům dostává při sociální interakci, nebo definici Hartla a Hartlové z r. 2000, podle níž je sociální opora vztahová opora v prostředí, v němž člověk žije; zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít i životní prohry a krize; duševní pilíř duševního zdraví.¹⁶

Velmi rozšířená je definice Jaro Křivohlavého: „*Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.*“¹⁷

Potřeba zvýšené sociální opory se vyskytuje hlavně v souvislosti s nutností zvládnutí zátěže. Zátěž lze vymezit jako stále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí jedince vyrovnat se s požadavky, které ho často zatěžují nebo dokonce přesahují jeho psychické zdroje. Spektrum zátěžových situací je velmi široké – patří sem jak závažné,

¹⁵ Výrost, J., Slaměnick, I. (Eds.): *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing, 2001. s. 27- 28

¹⁶ Mareš, J.: *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Hradec Králové: Nukleus, 2001. s.17

¹⁷ Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s. 94

traumatizující okolnosti, tak drobné, běžné, každodenní nepříjemnosti, které se nám mohou zdát malé, ale působí dlouhodobě a mohou se kumulovat.¹⁸ Sociální oporu lze chápat jako „nárazníkový“ či tlumící systém, chránící lidi proti eventuálnímu škodlivému vlivu stresových situací, pomáhá jedinci při řešení praktických problémů, navozuje u jedince pozitivní ladění a posiluje jeho sebedůvěru. Proto ti, kdo jsou vybaveni silným systémem sociální opory, jsou lépe připraveni ke zvládnutí běžných denní překážek i závažných životních změn.

2.1 Sociální síť a rozsah pojetí sociální opory

Hlavní zdroj sociální opory, jímž se efekt sociální opory realizuje, je tzv. **sociální síť**. Tento termín zahrnuje soubor blízkých lidí kolem dané osoby, u nichž se předpokládá, že by v případě potřeby poskytli pomoc. Jedná se například o členy užší či širší rodiny, sousedy, přátele apod. Oblast sociální opory je jednou z oblastí mezilidské pomoci, kde se mohou projevit kladné stránky lidí. V sociální síti daného člověka se vlivem sociální opory rozumí kladné působení existujících vzájemných mezilidských vztahů na psychický i fyzický stav člověka, přičemž zde dochází ke splnutí dvou faktorů:

- a) osobnostní charakteristiky laskavosti - jedná se o charakteristiku zvanou „teplo“ a řadíme sem vstřícnost, schopnost empatie, vřoucnost, vřelost apod.
- b) příznivého sociálního faktoru sítě sociálních vztahů – projevuje se např. dobrými vzájemnými vztahy mezi členy užší i širší rodiny, mezi manžely, přáteli atd.¹⁹

Pokud je pomoc poskytovaná sociální sítí nedostatečná nebo nevyhovující, pak nastupují další formy sociální opory, většinou již řízené státem. Z uvedeného vyplývá, že rozsah pojetí sociální opory se vymezuje tam, kde se jedná o pomocný a podpůrný vztah lidí, ale i tam, kde je do péče již zapojena i společnost. Proto podle **rozsahu pojetí sociální opory** můžeme hovořit o třech úrovních sociální opory:

- a) **makrouroveň sociální opory** - pomoc potřebným je záležitostí celospolečenskou. Jedná se o různou formu pomoci, např. tzv. sociální podporu, tj. sociální a ekonomická pomoc potřebným, v celostátním měřítku nebo pomoc přes hranice státu lidem v oblasti postižené přírodní katastrofou.
- b) **mezoúroveň sociální opory** – jde o pomoc poskytovanou určitou sociální

¹⁸ Mareš, J.: *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Hradec Králové: Nukleus, 2001. s. 5 – 6

¹⁹ Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s. 104

skupinou lidí jednomu ze svých členů, případně svým blízkým lidem, kteří nejsou členové této skupiny, ale jsou v nouzi. Příkladem může být pomoc náboženského sdružení starým a nemocným lidem (organizace typu Charita).

- c) **mikroúroveň sociální opory** – pomoc danému člověku poskytuje osoba, která je mu nejbližší (sociální opora v rámci diády, tj. blízká dvojice lidí – např. pomoc matky dítěti, pomoc jednoho manžela druhému, vzájemná pomoc sourozenců, přátel).²⁰

2.2 Přijímání a dostupnost sociální opory

Sociální opora by měla adekvátně a účinně reagovat na aktuální potřeby lidí. Jak dochází ke změnám potřeb lidí a k vývoji životní situace, měla by se měnit i forma a zdroje sociální opory. Právě přesné posouzení a volba vhodné opory je záležitostí velmi obtížnou, ale rozhodující. Důležitá je i kvantita a kvalita přijímané opory, neboť ta může být odlišně hodnocena příjemcem na jedné straně a poskytovatelem na straně druhé.

Při výběru vhodné formy sociální opory nebo případné kombinace forem sociální opory je proto nutno zohlednit řadu faktorů vztahujících se k otázkám sociální opory.

- Objektivní a subjektivní pohled na sociální oporu – je třeba rozlišit to, co je viděno z vnějšku – objektivně – jako pomoc dané osobě, od toho, co sama osoba (subjekt) chápe jako pomoc.
- Poskytovaná a přijímaná sociální opora – je nutno rozlišit tzv. poskytovanou sociální oporu od té, kterou osoba skutečně dostane.
- Očekávaná a obdržená sociální opora – je nutno odlišit to, co osoba od opory v tísni očekává od toho, co osoba chápe jako sociální oporou skutečně získanou.
- Příjemci a poskytovatelé sociální opory – příjemcem je ten, komu je sociální opora určena. Ten, kdo oporu poskytuje, je označován jako pomáhající.
- Disponovatelnost sociální opory – jedná se o formu sociální opory, která je člověku zajištěna zákonem a tudíž na ní má právo. Může jít i o sociální oporu, která vychází z dobré vůle a ochoty poskytovatele.
- Přiměřenost sociální opory – zhodnocení přiměřenosti je zcela záležitostí příjemce sociální opory, jelikož potřeba pomoci může být z pozice adresáta opory jiná, než z pozice poskytujícího.

²⁰ Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s. 95

- Význam sociální opory pro příjemce – rozhodující je zde význam vnímané kvality pomoci příjemcem, jelikož na jeho výkladu a chápání pomoci závisí její hodnota a význam pro příjemce.
- Dosažitelnost sociální opory – jedná se o subjektivní představu osoby v tísní o tom, jaký druh sociální opory by jí byl poskytnut v zátěžové situaci.
- Celková vnímaná sociální opora – je zhodnocení dostupných souborů sociálních vztahů danou osobou, od nichž by mohla v těžké chvíli očekávat ochotu k pomoci.
- Efekt sociální opory – vyjadřuje, jaký užitek sociální opora přinesla tomu, komu je poskytována.²¹

2.3 Druhy a funkce sociální opory

Vhodně poskytovaná sociální opora plní vůči příjemci určité funkce. Sociální opora má vyšší pozitivní efekt, čím více je žádaná a optimálněji zaměřená. Odpovídající forma opory a její následná funkce je velmi důležitá. Pro jedince v zátěžové nebo dlouhodobě nepříznivé situaci je bezúčelná, možno říci až škodlivá, taková forma pomoci, která zvyšuje jeho závislost a podněcuje pasivitu (nadměrné zastupování, neopodstatněná pomoc, vzbuzování marných nadějí apod.). Pokud je sociální forma opory adekvátně zvolena, pak je předpoklad, že plní vůči příjemci níže uvedené funkce:

Emocionální opora – ujišťuje o respektu, důležitosti, úctě, vážnosti. Podmínkou je zde existence osobního, důvěrného vztahu. Příjemce může bez obav ventilovat své pocity, problémy, starosti, trápení, úzkosti i vyjádřit sympatie a náklonnost. Často ovlivní dosud vnímanou míru zátěže směrem k pozitivnějšímu hodnocení. Posiluje sebedůvěru, redukuje strach, deprese a obavy. Má silný motivační efekt.

Instrumentální opora – znakem je poskytnutí hmotné a materiální pomoci, praktická opora a pomáhající chování. Jedná se o obstarání finančních prostředků, pomoc při zajištění chodu domácnosti včetně různých oprav a údržby, pomoc při přepravě apod. Pomáhá příjemci řešit praktické problémy, posiluje jeho snahu zvládat zátěž.

Informační opora – jedná se o poskytnutí rady, doporučení; napomáhá objektivnímu posouzení a zhodnocení situace, vede k řešení problému. Zájemce je upozorněn na potřebné informační zdroje a nasměrován k alternativním způsobům postupů a činností.

²¹ Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003, s. 96-98

Výsledkem může být snadnější dostupnost užitečných informací, které mohou vést k efektivnějšímu zvládnání úkolů a řešení situace.

Opora poskytovaná (sociálním) společenstvím – posiluje pocit sounáležitosti a začlenění, dochází k socializování jedince. Projevuje se účastí na společenských aktivitách, kdy dochází k setkání v kavárně, společné rekreaci, kulturnímu vyžití, náboženským obřadům atd. Navozuje u příjemce kladné emoce, jejichž důsledkem je dočasné odpoutání od zátěže. Jedinec přechodně své myšlenky zaměří pozitivním směrem a psychicky pookřeje.

Opora potvrzením platnosti – jedná se o zpětnou vazbu, sociální srovnávání. Podstatou je dosažení konsensu ve vidění problémů, ve vhodnosti chování jedince, ve vyjadřování emocí i v jeho postavení v sociální skupině. Posiluje příjemcův pocit prožívání života v rámci normy a akceptace okolím, umožňuje mu srovnání, které je ve výsledku pro něho příznivé.²²

2.4 Působení sociální opory na zdravotní stav

Působením sociální opory na zdravotní stav se zabývala řada odborných výzkumů. Studie probíhaly jak ve výjimečných krizových stavech, tak v situacích, které přináší běžný každodenní život. Obecně bylo zjištěno, že jedinci s rozvinutými sociálními vazbami žijí déle a disponují celkově lepším duševním i fyzickým zdravím než jedinci bez těchto vazeb.

Prováděné výzkumy potvrdily, že lidé, kteří prodělali např. havárii jaderné elektrárny nebo přírodní katastrofu, se s prodělanými negativními zážitky mnohem lépe vyrovnávají, pokud mají dostatečnou sociální oporu. Čím vyšší hodnotu míry sociální opora měla, tím snáze lidé překonávali nepříznivý dopad katastrofického zážitku. Sociální opora se tady projevila jako výrazný tlumící faktor intenzivní stresové situace. Dále bylo zjištěno, že tito lidé byli následně zasaženi psychosomatickým onemocněním mnohem méně než lidé, u kterých je míra sociální opory nízká.

Při výzkumech vlivu chronického stresu na vznik a průběh tzv. civilizační stresové nemoci bylo zjištěno, že u jedinců s nízkou mírou sociální opory je výskyt stresových onemocnění častější než u jedinců s rozvinutou sociální oporou.²³

²² Špatenková, N.: *Krize, psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. s. 38 - 39

²³ Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s.107

Další studie ověřovaly i experimentálně vliv sociální opory na vznik, průběh i léčbu řady nemocí např. depresí, artróz i některých kardiovaskulárních onemocnění. Prokázalo se, že lidé s pozitivní úrovní sociální opory snadněji nemoc zvládají a snáze se vyrovnávají i s jejími případnými důsledky. Kdežto u lidí s absencí opory nebo s oporou jen v nízké míře vzniká primární předpoklad zhoršení zdraví a vzniku negativních změn.²⁴

Dále byl studován vztah mezi mortalitou (úmrtností) a sociální oporou. Výzkumy prokázaly, že lidé s minimální sociální oporou mají vyšší úmrtnost než ti, kteří mají sociální oporu dostatečnou. Lze konstatovat, že mezi vyšší úmrtností na některá onemocnění a nižším stupněm sociální opory je úzký vztah.²⁵

2.5 Negativní stránky sociální opory

Na sociální oporu je většinou pohlíženo jako na kladný faktor v životě člověka. Jako na něco, co pomůže jedinci v zátěžové situaci s řešením problému, emocionálně ho podpoří či zvýší jeho sebevědomí. V posledních letech se však ukazuje, že sociální opora může mít a má i své negativní stránky. Jedná se hlavně o nadbytek nebo nedostatek sociální opory a s tím související následné důsledky nevhodné pomoci.

Při poskytování sociální opory je vždy nutno rozlišovat, co je pro příjemce žádoucí, potřebné a nutné. Stanovit optimální míru pomoci je velmi náročná záležitost, jelikož každý člověk má svojí osobní představu a svá vlastní očekávání. Navíc sociální opora je dynamický proces, a proto se její úroveň a forma může proměňovat v čase. Z uvedeného vyplývá, že to, co je pro jedince dnes optimální pomocí, již zítra může být nedostačující nebo naopak nadbytečné.

Častým jevem v praxi bývají situace, kdy se poskytovatelé pomoci snaží starším lidem zajistit vše, jen aby senioři nemuseli dělat nic sami. Zde dochází k poskytování sociální opory v nadbytečné míře, což negativně působí na samostatnost jedince, snižuje jeho schopnost sebeobsluhy i míru sebehodnocení. Schopnost člověka postarat se sám o sebe je přitom jedním ze základních kamenů kvality života. Při dlouhodobém poskytování nadměrné péče pak může u seniora pozvolna vzniknout pocit bezmoci a nadměrná závislost na přijímané pomoci. Příjemce péče se stává postupně závislým na poskytovateli pomoci a pozvolna se vzdává svobodného rozhodování o sobě samém.

²⁴ Kebza, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s.153

²⁵ Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s.108

Negativním důsledkem pak mohou být pocity viny, strachu, obav, závislosti i úzkosti.

Další negativní stránkou sociální opory může být nevhodně zvolená forma pomoci. Senior např. potřebuje jen zajistit občasné provádění náročnějších domácích prací pečovatelskou službou, ale místo toho je s ním sepsána žádost o umístění do domova pro seniory. Takto neadekvátně a necitlivě zvolenou formou pomoci je pak senior vmanipulován do menší soběstačnosti a větší závislosti, což je pro jeho budoucí směřování negativním aspektem.²⁶

Záporný účinek sociální opory se může projevit také při narušení původně pozitivních vzájemných vztahů, k němuž dochází např. zjevným podceňováním partnera, nedostatečným zájmem o problémy druhého člověka, lhaním ve vztazích. V interpersonálních interakcích se pak vyskytují konflikty, odmítnutí, kritika i útočné aktivity.²⁷

Negativní stranou poskytované opory může být i vzniklá emocionální závislost na poskytovateli pomoci nebo na rozvinutých sociálních vazbách.²⁸ Případná smrt poskytovatele nebo násilné přetrhání sociálních vazeb může mít za následek dlouhodobé citové strádání příjemce a jeho psychickou labilitu. Důsledkem může být i zhoršení jeho zdravotního stavu, což může vést až k úmrtí jedince.

²⁶ Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s.110 - 111

²⁷ Kebza, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 165

²⁸ Kebza, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. s. 153

3 Kvalita života

Prodloužení střední délky života znamená, že většina lidí má šanci dosáhnout vyššího věku. Pak je otázkou, jak se lidé se svým stářím vyrovnají a jak ho dokážou smysluplně prožít. Není vždy směrodatné, zda jde o život aktivní či neaktivní, hlavně že ve výsledku bude stáří hodnoceno jako úspěšné. Staří lidé bývají citlivější a vnímavější na obtíže každodenního života, a proto na ně o to více všechny změny působí. Prožité změny mohou ve svém důsledku ovlivnit i kvalitu života daného jedince.

Vymezení pojmu kvalita života není tak jednoduché. Kvalita života všeobecně je pro lidi rozdílným fenoménem, jelikož je zcela individuální. To znamená, že je vždy při posuzování kvality života směrodatný subjektivní přístup jednotlivce, jeho chápání a jeho zhodnocení daného fenoménu. Pro posouzení je důležitá osobní výpověď dané osoby a při hodnocení hraje rozhodující roli vlastní systém hodnot člověka.²⁹

Kvalita života seniorů je také často vnímaná jako synonymum schopností vést nezávislý život a metody hodnocení závislosti jedince a jeho schopnosti provádět samostatně běžné každodenní činnosti.³⁰

Jak Mareš uvádí, je kvalita života multidimenzionální pojem, který byl definován Světovou zdravotnickou organizací následovně : *“Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury nebo toho systému hodnot, v nichž jedinec žije; vyjadřuje jedincův vztah k jeho vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ...zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí...Kvalita života vyjadřuje subjektivní hodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu.”*³¹

V posledních deseti letech prodělává studium kvality života svůj „boom“. Výzkumné týmy na celém světě se snaží nalézt a identifikovat faktory, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Odborníci se také zajímají o interakce a vztahy mezi zkoumanými faktory.

Přestože je pojem kvalita života tak frekventovaný, nedochází při jeho zhodnocení k názorové shodě. Je to způsobeno hlavně tím, že o kvalitě života se hovoří v různých

²⁹ Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s. 243

³⁰ Křivohlavý, J.: *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy, IZPE, 2004. s. 92

³¹ Mareš, J. a kol.: *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno, MSD, 2006. s.73

vědních disciplínách, především však v psychologii, sociologii, kulturní antropologii, medicíně apod. Sociologové se při zkoumání kvality života zaměřují hlavně na skupiny, a to jak v rámci určité populace, tak mezikulturálně. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jedinců a pokouší se jí vhodnými metodami změřit. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality péče hodnotí poskytovaná péče a různé zdravotnické programy.

Lze konstatovat, že s určitým zjednodušením v rámci všech přístupů má koncept v podstatě dvě dimenze, a to subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života se zaměřuje na splnění požadavků týkajících se hlavně sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statutu a fyzického zdraví jedince.

3.1 Psychologické pojetí kvality života

Psychologické pojetí kvality života a odpovídající výzkumy se orientují na snahu postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost se životem jako takovým. Z psychologického hlediska je pak na kvalitu života pohlíženo jako na:

- a) **Spokojenost se životem** – je zjišťována životní spokojenost jedinců, ověřováno, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů přispívajících ke spokojenosti, a také jak jednotlivé instituce ve společnosti ovlivňují spokojenost lidí.
- b) Prožívanou subjektivní **pohodu** a **štěstí** – je hodnocena kvalita života jako takového.³²

3.1.1 Životní spokojenost a smysluplnost

Při specifikování kvality života psychology se setkáváme s důrazem kladeným na spokojenost. Podle tohoto pojetí kvalitně žije ten, kdo je se svým životem spokojen. To znamená, že se mu daří dosahovat stanovených cílů.³³ Přičemž je vždy důležité, aby si člověk vytyčoval takové cíle, které mu v každodenním životě i v životě jako celku přináší spokojenost a naplňují jeho život smysluplností. Cíle, snahy, přání, touhy, záměry i směřování jsou u jednotlivců odlišné. Proto se pro přehlednost mohou cíle dělit do tří skupin:

³² Payne, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha, TRITON, 2005. s. 206-209

³³ Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*. Praha, Grada Publishing, 2002. s. 169

- a) běžné, krátkodobé cíle – je jich velké množství, člověk si je stanovuje a plní je denně, aniž o tom hlouběji přemýšlel.
- b) osobní snažení – zde jde o dlouhodobější cíle, tzn. měsíce, ba i léta, které naplňuje snaha a úsilí zaměřené k různým cílům
- c) konečné záměry – jedná se trvalé životní směřování člověka. Mluvíme o cílech „nad něž již nic vyššího není“.

Dle psychologů má každá snaha tři charakteristiky:

Obsah cíle – to, oč se člověk snaží, jak pojmenovává to, co je jeho snahou, cílem (obsahem může být naučit se cizí jazyk, mít dobrou rodinu).

Orientace cíle – zachycuje, jak člověk chápe cestu ke svému stanovenému cíli (např. snaha něčeho dosáhnout, něco udělat, nebo naopak se něčemu vyhnout).

Vlastnosti (parametry) cíle – vlastnosti jednotlivých cílů kladených jedním člověkem by měly být v souladu, jelikož jinak by mohlo docházet ke konfliktu mezi dvěma snahami, dvěma cíli.³⁴

3.1.2 Osobní pohoda a štěstí

Osobní pohodu definuje Blatný jako „... *dlouhodobý či přetrvávající emoční stav, ve kterém je reflektována celková spokojenost člověka s jeho životem*“. Je tvořena dvěma složkami, a to kognitivní a emoční složkou. *Kognitivní složka* zahrnuje uvědomované si hodnocení vlastního života, spokojenost ve významných oblastech života a sebehodnocení. *Emoční složka* je souhrnem afektů, emocí a nálad, neboť člověk prožívá určitou míru spokojenosti, aniž by o ní vědomě přemýšlel. Rozhodující roli zde hrají dlouhodobě prožívané emoce, jejich frekvence a intenzita a dále vysoká míra pozitivních emocí a nízká míra negativních emocí.

Štěstí je další emoční komponentou osobní pohody. Pojem štěstí vystihuje hodnocení prožitkové stránky vlastního života člověka. V podstatě se jedná o stav opačný depresi, kdy dochází k převaze pozitivních emocí nad negativními.³⁵

V posledních letech se odborníci snaží pohlížet na kvalitu života více globálně a definovat, co jsou tzv. „pilíře štěstí“. Jak je uváděno, tyto pilíře tvoří např. následující fenomény:

³⁴ Křivohlavý, J.: *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s. 15-16

³⁵ Blatný, M., Dosedlová J., Kebza, V., Šolcová, I.: *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita & nakladatelství MSD, 2005. s. 84-85

- a) kompetence – zahrnuje pocit, že jedinec něco umí, je schopen dělat něco smysluplného a je v tom směru aktivní.
- b) autonomie – poukazuje na schopnost člověka rozhodovat o svém vlastním životě a mít ho do jisté míry pod kontrolou.³⁶

Významnou dimenzí osobní pohody je také tělesná zdatnost, tedy vliv pohybové aktivity na osobní pohodu. Pohybová aktivita působí krátkodobě i dlouhodobě, zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, depresi, úzkost, napětí, percepce stresu.

3.2 Kvalita života a zdraví

Od 70. let minulého století se termín kvalita života užívá i v medicíně. Přestože je oblast kvality života ve zdravotnictví stále poměrně nová, je na ni kladen velký důraz, jelikož tato problematika patří v psychologii i v medicíně k nejdynamičtěji se rozvíjejícím fenoménům.

Na kvalitu zdraví je možno nahlížet individuálně, podle osobní zkušenosti jedince, podle jeho vnímání, hierarchie hodnot a potřeb. Zdraví je definováno světovou zdravotnickou organizací jako: „*Stav dokonalé tělesné, duševní a sociální rovnováhy, tedy pohody, která je výsledkem souladu ve vzájemném působení organismu a prostředí.*“ Světová zdravotnická organizace předpokládá, že každý člověk plně využije svého genetického potenciálu a prožije svůj život bez zbytečného utrpení a ve stavu, co nejuplněnějšího fyzického, psychického a sociálního blaha.³⁷

Pro posouzení kvality života jedince se vždy vyžaduje získání informací přímo od pacienta, aby bylo zřejmé, že pacientův pohled je součástí hodnocení. Směrodatné pro hodnocení kvality života jsou rozdíly mezi vnímáním zdravotního stavu jedincem a jeho skutečným zdravím. Lidé, kteří jsou nemocní a tento stav přijmou, mohou v době nutné k adaptaci na nemoc upravit své plány a svá očekávání a přizpůsobit se životu s nemocí, a tím i získat určitý nový pocit životní pohody. Jiní se za stejných podmínek stávají čím dál tím méně spokojení se svou životní situací a hodnotí svojí celkovou kvalitu života jako nízkou nebo nedostatečnou.³⁸ Jakákoli nemoc je pro člověka tím méně subjektivně přijatelná, čím více zhoršuje kvalitu života nemocného, omezuje jeho soběstačnost a snižuje jeho osobní komfort.³⁹

³⁶ Payne, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha, TRITON, 2005. s. 210-211

³⁷ Vojtová, P.: *Zdravotně sociální aspekty lidských práv*. In Kapitoly sociální práce v praxi. České Budějovice, Jihočeská univerzita 2008. s. 118-119

³⁸ Petr, P.: *Kvalita života v balneologii*. Praha, Inpress, 2004. s. 16

³⁹ Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha, Portál, 2004. s. 76

3.3 Měření a hodnocení kvality života

Pro měření kvality života odborníci používají řadu metod, které vycházejí z různého pojetí tohoto jevu. Užívané metody je možno rozdělit do tří skupin:

- a) Metody měření kvality života, při níž kvalitu života hodnotí druhá osoba.
- b) Metody měření kvality života, při níž je hodnotitelem tohoto fenoménu sám daný jednotlivec.
- c) Metody měření kvality života smíšené, kdy se při hodnocení kombinují obě předchozí metody.⁴⁰

Při hodnocení kvality života jsou sledovány různé podněty. Mezi nejčastěji uváděné patří: zdraví, rodina, štěstí, finanční zabezpečení, vztahy, víra, nezávislost, vzdělání, volný čas apod. Při porovnávání jednotlivých oblastí bylo zjištěno, že v průběhu let dochází k podstatným změnám v hodnocení některých životních oblastí. Jedná se především o hodnoty v sociální oblasti, v životních podmínkách a v náboženství. Hlavně starší lidé uvádějí tyto hodnoty častěji, jelikož jsou pro ně důležité až zásadní. Relativně stabilní a neměnný zůstává v průběhu života člověka důraz kladený hodnotu zdraví, rodiny a nezávislosti. Volba hodnot člověkem ani jejich odstupňování při hodnocení není náhodné, vždy úzce souvisí s celkovým zaměřením života jedince, s jeho tzv. směřováním.

Během výzkumů bylo zjištěno, že jedním z nejvíce působícím vlivem na kvalitu života je zdraví. Životní změna, která je způsobena nemocí, úrazem, léčbou, se zcela jistě odrazí ve změně kvality života. Při hodnocení se celkový zdravotní stav pacienta bere v úvahu tak, jak je viděn a hodnocen pacientem samým. V průběhu nemoci a léčby pak může docházet k negativní i pozitivní změně její úrovně. V hodnocení úrovně se může promítnout i působení jednotlivých léků na pacienta, které jsou při terapii podávány, nebo situace, před něž je člověk při léčbě stavěn, např. operace. Vliv na hodnocení může mít i psychický stav pacienta, jeho pohled na skutečnost a osobní přístup. Pokud má onemocnění či úraz hlavně u starších lidí závažnější charakter, lze očekávat také následnou změnu hodnot např. i v sociální situaci (změna sociální role, potřeba větší sociální opory atd.). Obecně však lze konstatovat, že jednotlivé hodnoty kvality života člověka jsou o to vyšší, čím je zdravotní stav jedince lepší.⁴¹

⁴⁰ Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 165

⁴¹ Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 169-175

3.4 Kvalita života a příprava společnosti na stárnutí

Zlepšení životních a pracovních podmínek, nové medicínské poznatky, kvalitnější zdravotní péče a sociální ochrana vedou k tomu, že dnes méně lidí umírá předčasně v dětství nebo v průběhu pracovního života. Pocit dobrého zdraví a možnost delšího života, to jsou hodnoty, které výrazně zvyšují kvalitu života samy o sobě. Prodloužení střední délky života nám dává možnost prožít delší život ve společnosti se svými rodiči a zároveň být oporou pro své děti a vnuky.

K zajištění kvality života ve stáří a k využití potencialu seniorů je nutno v rámci společnosti učinit více. Je nezbytné zpracovat řadu opatření v různých oblastech života a hlavně změnit negativní náhled na staré lidi, který bývá spojován se stereotypním až ateistickým názorem na stáří, narušuje mezigenerační vztahy a podporuje věkovou diskriminaci. Dále je potřeba zhodnotit, zda naše společnost, instituce, myšlení lidí, prostředí a další životní kategorie jsou připraveny na pozvolný nástup dlouhověkosti lidí. Problém zajištění kvality života ve stáří je natolik rozsáhlý, že přesahuje hranice běžné administrativy a vyžaduje promyšlený komplexní přístup napříč všemi dotčenými sektory společnosti. K naplnění závazků vyšší kvality života seniorů je nezbytná spolupráce státní správy a samosprávy. Při vytváření koncepce by měla být směrodatná otázka, jak si představujeme svoje stáří, jaké chceme stáří pro svoje rodiče a co je pro naplnění našich představ potřeba učinit, neboť téma stáří a kvalita života ve stáří se dotýká všech.

Při dlouhodobé realizaci cílů a opatření je důležité stanovení a dodržování základních principů přístupu k seniorům a k stárnutí populace. Mezi základní principy patří např.:

- a) **Celoživotní přístup** – kvalita života a zdraví ve stáří jsou do velké míry ovlivněny životními podmínkami a událostmi v průběhu dětství a dospělosti, dále pak životním prostředím a životním stylem. Kvalitu života a vlastního zdraví lze ovlivňovat a zvyšovat v každém věku. Celoživotní přístup zlepšení kvality života je nutno uplatnit nejen v oblasti zdraví, ale také vzdělání, bydlení, zaměstnatelnosti apod.
- b) **Partnerství vlády a samosprávy** – mezi vládou a samosprávou je zásadní strategické a dlouhodobé partnerství za účelem dosažení optimálních podmínek pro kvalitní, důstojné a aktivní stáří. Samospráva má značný vliv např. na dostupnost dopravy, bydlení, zdravotní a sociální služby, na příležitosti pro

sociální, kulturní a volnočasové aktivity, apod. Vláda by měla samosprávu podpořit při realizaci celorepublikových cílů.

- c) **Mezigenerační vztahy a soudržnost** – mezi jednotlivými generacemi existuje vzájemná závislost. Dochází k předávání hodnot, zkušeností a kultury v rámci mezigeneračních vztahů. V komunitě a rodině je stále důležitým faktorem sociální soudržnost, solidarita mezi generacemi. Tyto vztahy mají důležitý význam jak pro rozvoj jedince, tak i pro společnost a v důsledku i pro kvalitu života člověka v každém věku.
- d) **Genderový přístup** – vyššího věku a dlouhověkosti se dožívají převážně ženy, jejich podíl ve vyšších věkových kategoriích se pozvolna zvyšuje, a proto starší ženy žijí bez partnera mnohem častěji, než starší muži. Starší ženy bývají vdovami na rozdíl od starších mužů, kteří jsou až do svého úmrtí převážně ženatí. Ženy a muži v průběhu života čelí rozdílným rizikům na trhu práce, mají i rozdílná zdravotní rizika a potřeby. Zdraví žen v průběhu života bývá obecně horší než zdraví mužů, ale výskyt sebevraždy je vyšší u mužů.
- e) **Odpovědnost jedince a společnosti** – za aktivní zapojení se do společnosti a za kvalitní život ve stáří nesou odpovědnost jedinci i společnost. Senioři, i lidé v produktivním věku, jsou odpovědní za využití příležitostí k uplatnění odpovědného přístupu ke svému vlastnímu zdraví a životu. Je na společnosti, aby vytvořila podmínky a rovné šance pro lidi každého věku za účelem dosažení zdravého a aktivního života. Kvalita života v seniorském věku vyžaduje také osobní zralost jedince a někdy i odpovědi na hlubší duchovní otázky života.
- f) **Důstojnost** – právo volby a účast na rozhodování o rozsahu, způsobu a místě poskytování pomoci a péče by mělo být člověku zachováno i ve stáří z důvodu zachování hodnoty důstojnosti. Právo na seberealizaci a svobodnou volbu je nutno ponechat všem, nejen zdravým a soběstačným lidem.
- g) **Informovanost** – z důvodu nedostatku zájmu, podpory, nejistoty, neznalosti nebo ageismu může dojít snadno k opomenutí potřeb i potenciálu starších lidí v různých sférách a oblastech života. Je nutno dozvědět se více o názorech lidí na důstojnost a kvalitu života ve stáří, na mezigenerační vztahy i na aktivity ve stáří. Účast seniorů při navrhovaných změnách může vést k zabránění nežádoucím důsledkům a jejich případné okamžité nápravě.⁴²

⁴² MPSV: *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012.* Praha: MPSV, 2008. s. 9-15

4 Péče o seniory

Změny přicházející ve stáří s sebou často přinášejí u nutnost hledat nový způsob života. Nejpodstatnější jsou změny, které se promítají do úrovně péče o sebe sama a dále postupně s tím spojené zvyšující se nároky na pomoc okolí. Senior je pak okolnostmi donucen přijímat péči poskytovanou např. ze strany rodiny, sousedů, různých sociálních služeb, nebo se nemůže rozhodnout po pobytové zařízení jako je dům s pečovatelskou službou či domov pro seniory. Moderní pohledy na stáří dávají přednost aktivní přípravě člověka na dobu, kdy bude potřebovat pomoc a péči. Většina našich seniorů v současné době žije v samostatné domácnosti za pomoci blízkých. Pokud to celková životní situace dovolí, je tato forma žití z hlediska seniora nejlepší a zároveň i nejvítanější variantou. Vhodným doplňkem pomoci může být i některá z forem terénních sociálních služeb.⁴³

4.1 Péče poskytovaná rodinou

K základním lidským potřebám patří být někým pozitivně přijímán, na nějaké místo patřit a třeba mít i komu umřít.⁴⁴ Základní společenskou jednotkou je proto i pro člověka ve stáří jeho rodina. V současné době ale i rodina podstatně změnila svůj charakter. Trojgenerační rodina bydlící pospolitě na stejné adrese je již výjimkou. Rodina jako legalizovaný svazek se kupodivu zmenšila, přestože se početně rozšířila např. o členy další generace; dnes nejsou mimořádností čtyř – i více generační rodiny, jen spolu nebydlí. Základní rodina je miniaturizovaná, ve společném bytě převážně žije jen nukleární rodina – rodiče a děti.⁴⁵ Generace prarodičů a praprarodičů žije stále častěji samostatně a někdy i v osamocení. Závažnou se stává skutečnost, že přibývá jedinců opravdu osamělých, oproštěných citového a životního zázemí nebo přímo opory ze strany rodiny v době životních krizí. V důsledku uvolnění tradičních rodinných vazeb došlo k prohloubení názorových rozdílů mezi generacemi – na rodinu, na společnost, na svět, na hodnotový systém a další aspekty života. Dostavuje se citové oslabení a vážně důvěrnější komunikace mezi jednotlivými rodinnými generacemi.

⁴³ Venglářová, M.: *Problematiké situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. s.14

⁴⁴ Kalvach, Z. a kol. : *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s.127

⁴⁵ Haškovcová, H.: *Fenomén stáří*. Praha: Panorama. 1990. s. 81

Pro seniora znamená dobře fungující rodina záruku psychické, fyzické i hmotné pomoci. Důležitou roli hraje vůle, možnosti, snaha i motivace rodiny pomoc starému člověku poskytnout. Vliv má i způsob bydlení rodiny a vzdálenost příbuzných nebo blízkých osob. V neposlední řadě je rozhodující také morálka, etické normy, společenské a rodinné tradice, případně ekonomická a legislativní podpora státu.

Rodina hraje v péči o nesoběstačného seniora nezastupitelnou roli. Měla by však jedinci poskytovat jen tu péči, kterou on sám nezvládne. V některých případech dochází k tzv. hyperprotektivnímu syndromu, kdy je starý člověk přepečováván.

Pečující rodina musí splňovat určité předpoklady pro dostatečnou péči o nesoběstačného seniora. Při rozhodování o tom, zda rodina bude pečovat, musí její členové vyhodnotit následující fakta:

- a) Rodina musí mít možnost pečovat – mít podmínky sociální, psychické i fyzické, bytové, časové, ekonomické atd.
- b) Rodina musí chtít pečovat – mít snahu a dobrou vůli, hledat možnosti a řešení i za přispění členů širší rodiny.
- c) Rodina musí umět pečovat – vědět, jak seniorovi pomoci, stanovit rozsah optimální pomoci.⁴⁶

Do budoucna se jako nesmírně důležité jeví posílení rodiny jako základní, naprosto přirozené a neformální jednotky společnosti. Historický vývoj společnosti rodině postupně odnímal některé její funkce, např. funkci výrobní, ochrannou a do jisté míry i ošetrovatelskou. Ukazuje se však, že i pro budoucnost bude ošetrovatelsko-pečovateľská funkce o závislé členy rodiny znovu potřebná.⁴⁷

Příznivě hodnocena je také možnost poskytování vzájemné péče a opory mezi manžely. Na vzájemný vztah mezi životními partnery je pohlíženo jako na vztah spolehlivý, prověřený dlouholetým soužitím. Senioři od něho běžně očekávají podporu a důvěru v pomoc, vzájemné porozumění, ohleduplnost, úctu i citové pouto. Svou roli hraje i sblížení názorů a hodnot manželů. Spokojenost ve stáří však může být ohrožena vážnými zdravotními potížemi spojenými se zátěží osobní péče.⁴⁸

Pro pečující rodiny je třeba vytvářet podmínky materiální (příspěvek za péči o závislou osobu, náhradní doby pro důchodové zabezpečení apod.) a funkční. Všechny

⁴⁶ Klevetová, D.: *Význam rodiny pro starého člověka*. In: Sociální péče 5/2009. s.20-21

⁴⁷ Kalvach, Z. a kol. : *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s.127

⁴⁸ Sýkorová, D.: *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007. s.173

složky zainteresované v péči o seniora včetně lékařů si musí uvědomit, že poskytnutí podpory je potřeba nejen pro nemocného, ale pro celou rodinu.⁴⁹ Rodiny musí vědět, že při poskytování péče nezůstanou samy. Kdykoliv mají možnost využít např. různé formy respitní (úlevové) péče, kdy zařízení převezme nesoběstačného a rodině je umožněn oddech, doba na dovolenou, vyřešení osobních záležitostí pečujících, kteří jsou jinak zcela zaměstnání dlouhodobou péčí o seniora v domácím prostředí. Jedna z forem respitní péče je denní stacionář, kde je seniorům připravován celodenní program, stravování a aktivity směřující k sociální integraci pro staré lidi, kteří nemohou zůstat celý den v bytě sami. Krátkodobá hospitalizace na sociálním lůžku či přechodné umístění v domově pro seniory je rovněž úlevou pro pečujícího rodinného příslušníka. Čím méně je starý člověk soběstačný, tím větší je třeba věnovat podporu a pozornost pečující osobě, případně celé rodině. Je obecně známo, že rodinný příslušník pečující o závislého seniora dlouhodobě, je stejně jako profesionální pečovatel ohrožen syndromem vyhoření.⁵⁰

4.2 Sociální služby a příspěvek na péči

První návrhy nového systému sociální pomoci se začaly objevovat již v r. 1994, ale nový zákon o sociálních službách byl přijat až v roce 2006, a spolu s dalšími nově přijatými zákony (zákon č. 110/2006 Sb., o životním existenčním minimu, a zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi) přinesl zcela novou koncepci do sociální sféry.⁵¹

Nový zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů platí v České republice od 1.ledna 2007. Tento zákon znamenal nejvýraznější změnu v celém systému sociálních služeb, které byly před jeho vznikem označovány jako „sociální péče“. Nová právní úprava představuje základní rámec k zajištění potřebné pomoci a podpory při řešení nepříznivé životní situace. Pomocí a podporou se rozumí takový souhrn činností, které jsou nezbytné pro zajištění důstojných podmínek života člověka v dané společnosti a pro posílení procesu jeho sociálního začleňování. Zákonná změna se výrazně dotkla uživatelů, poskytovatelů i zadavatelů sociálních služeb. Tento předpis upravuje nově zaváděný příspěvek na péči, standardy sociálních služeb, registraci poskytovatelů sociálních služeb a další. Zákon zakotvuje i zásadní změnu ve

⁴⁹ Kalvach, Z. a kol. : *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s.127

⁵⁰ Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J.: *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. s.169

⁵¹ Matoušek, O. a kol.: *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování hodnocení*. Praha: Portál, 2007.

vzájemném postavení uživatelů a poskytovatelů sociálních služeb, kdy dříve občan o službu žádal a ta mu byla v rámci správního řízení příslušným orgánem přidělena. V současné době si sám zájemce o sociální službu sjedná její druh i rozsah v rámci smluvního vztahu na základě uzavřené smlouvy o poskytování sociální služby přímo s poskytovatelem. Tento postup umožňuje uživateli aktivní přístup při definování jeho potřeb a volbě odpovídajících služeb. Neopomenutelnou roli zde hraje základní zásada rovnoprávného postavení obou stran uzavírajících smlouvu, což v dřívějším modelu při uplatnění správního řízení nebylo reálné. Nová rovnoprávnost však s sebou nese i nové, a pro některé uživatele těžko chápané, zvýšení odpovědnosti uživatele za důsledky své vlastní volby a svého rozhodnutí. Velký vliv na řešení složité životní situace mají i osobní zkušenosti jedince, jeho právní vědomí a občanská vyspělost. Vzhledem k rozdílné úrovni uživatelů se pak pro řadu seniorů prvek svobodné volby stává stresující povinností spojenou se složitým, a pro ně až neúnosným, vyjednáváním.

Zákon o sociálních službách obsahuje ve vztahu k systému služeb řadu klíčových pojmů, jejichž definice jsou uváděny následovně:

Sociální služba – činnost nebo souhrn činností zajišťující podporu a pomoc osobám za účelem jejich sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav – je takový stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá déle než jeden rok a který omezuje smyslové, duševní nebo fyzické schopnosti jedince a ovlivňuje schopnost jedince v péči o vlastní osobu a v soběstačnosti.

Nepříznivá sociální situace – se projevuje oslabením nebo ztrátou schopnosti řešit vzniklou situaci tak, aby výsledkem bylo sociální začlenění a nedošlo k sociálnímu vyloučení. Ke ztrátě schopností většinou dochází z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, kvůli krizové sociální situaci, sociálně znevýhodňujícímu prostředí nebo z jiných závažných důvodů.

Přirozené sociální prostředí – zahrnuje rodinu a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost a sociální vazby k jiným osobám, s nimiž jedinec sdílí domácnost, a místa, kde se osoby převážně zdržují a realizují běžné sociální aktivity.

Sociální začleňování - je proces, při němž je osobám sociálně vyloučeným nebo ohroženým sociálním vyloučením dána možnost plně se zapojit do sociálního, ekonomického a kulturního života společnosti a žít běžným způsobem života.

Sociální vyloučení – dojde k vyčlenění osoby z běžného života společnosti a v důsledku nepříznivé sociální situace se jedinec nemůže nebo nedokáže znovu začlenit.⁵²

4.2.1 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je zcela nová dávka v systému sociální ochrany. Jeho princip vychází z tzv. „konceptu na hlavu“, která byla v devadesátých letech zaváděna v mnoha státech Evropy. To znamená, že osobě, která z důvodu svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání běžných životních úkonů, bude přiznán finanční příspěvek vyplácený z veřejného rozpočtu a pak bude záležet na rozhodnutí poživatele příspěvku, jak dávku použije a které služby a od jakého subjektu se rozhodne nakoupit.

V zákonu o sociálních službách je uvedeno: *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“*⁵³

Závislost jedince na pomoci jiné fyzické osoby je dělena do čtyř stupňů a podle příslušného zařazení náleží i odpovídající výše příspěvku (u osob starších 18i let):

- a) 1. stupeň – lehká závislost – 2000,- Kč měsíčně – osoba potřebuje pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti.
- b) 2. stupeň - středně těžká závislost – 4000, Kč - osoba potřebuje pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti.
- c) 3. stupeň – těžká závislost – 8000,- Kč - osoba potřebuje pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti.
- d) 4. stupeň – úplná závislost – 12000,- Kč - osoba potřebuje pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a úkonech soběstačnosti.⁵⁴

⁵² Michalík, J.: *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Praha: VCIZP-sekce vzdělávání, 2008. s.3-12

⁵³ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁴ Králová, J., Rážová, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. Olomouc: ANAG, 2009. s. 18-28

Jednotlivé úkony, které jsou hodnoceny pro účely přiznání příspěvku na péči a určení stupně závislosti, jsou uvedeny v příloze č.1 této bakalářské práce.

Pro stanovení stupně závislosti je kromě provedení sociálního šetření rozhodující posouzení zdravotního stavu žadatele posudkovými lékaři okresní správy sociálního zabezpečení (dále OSSZ), kteří pro účely sociálního zabezpečení vypracovávají posudky o zdravotním stavu osob ve vymezeném rozsahu. Posudek posudkové služby musí vždy vycházet ze zjištění zdravotního stavu občana a musí být v souladu s posudkovými kritérii zakotvenými v obecně závazných právních předpisech. Při posuzování zdravotního stavu jedince posudkový orgán vychází z lékařských zpráv a posudků vypracovaných odbornými lékaři a přihlíží i k výsledku případného vlastního vyšetření posuzované osoby. Posuzovanou osobu může také vyzvat, aby se podrobila vyšetření lékařem posudkové služby anebo vyšetření ve zdravotnickém zařízení a poskytla další součinnost, která je potřebná ke zpracování posudku.⁵⁵

O přiznání příspěvku na péči rozhoduje na základě posudku posudkového lékaře OSSZ obecní úřad obce s rozšířenou působností. Přiznaný příspěvek lze použít výhradně na výdaje spojené se zajištěním pomoci a podpory osobě, která je závislá na péči druhé osoby. Příspěvek může tedy být spotřebován jako úhrada za péči, která je zajištěna registrovaným poskytovatelem sociální služby, nebo rodinnému příslušníkovi či jiné osobě, která není registrovaným poskytovatelem sociální služby. Je logické, že při nižším stupni závislosti uživatele je příspěvek na péči využíván za poskytnutou péči nejčastěji v rámci rodiny, se zvyšujícím se stupněm závislosti dochází i k zvýšení podílu péče poskytované registrovanými poskytovateli služeb.

Osobám, které pečují o rodinného příslušníka či jinou blízkou osobu, jíž je přiznán příspěvek na péči, jsou ze zákona zaručeny následující prvky sociální ochrany:

- a) Příspěvek na péči se nezapočítává pečující osobě jako příjem pro účely daní ani jiných dávkových systémů.
- b) Hlavní pečující osoba se stává „státním pojištěncem“ v oblasti veřejného zdravotního pojištění.

⁵⁵ MPSV [online]. 2000 [cit. 2009-11-14]. Dostupný z www: < <http://www.mpsv.cz/cs/8#ps>>

- c) Doba poskytované péče je hlavní pečující osobě započítávána jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení (nezapočítává se doba péče o závislou osobu s 1. stupněm závislosti).
- d) Při pracovním uplatnění nejsou pečující osoby nijak limitovány, není testována jejich příjmová situace, příjem není zkoumán ani u osob ve společné domácnosti.⁵⁶

4.2.2 Sociální služby

Starý člověk se stává nesoběstačným, pokud není sám schopen saturovat své základní životní potřeby, protože již nepostačuje nárokům, které na něj klade jeho prostředí. Zachování soběstačnosti člověka patří k základním psychosociálním potřebám. Dochází-li k jejich nedostatečné saturaci, senior psychicky i fyzicky strádá. Jedinec pak potřebuje podporu v motivaci ke každodenním činnostem a kontrolu jejich samotného provádění. Nutností se stává občasný dohled a výpomoc druhé osoby.⁵⁷ V těchto případech se pak řešením situace stává vhodně zvolená sociální služba, případně kombinace více služeb.

Nový zákon o sociálních službách přinesl zpřehlednění všech sociálních služeb a zavedl jejich novou kategorizaci. Sociální služby jsou v současné době děleny následovně:

- a) **Sociální poradenství** - jsou služby, které jsou dále děleny na základní a odborné. Základní poradenství poskytuje potřebné informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace jedince. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých sociálních skupin ve specializovaných poradnách.
- b) **Služby sociální péče** - jsou služby, které přispívají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti závislým osobám, umožňují jim zapojit se v nejvyšší možné míře do běžného života společnosti a v případech, kdy toto jejich zdravotní stav již neumožňuje, zajistit jim důstojné zacházení a prostředí.
- c) **Služby sociální prevence** - jsou služby, které pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení jednotlivců, které jsou tímto ohroženy z důvodu krizové sociální

⁵⁶ MPSV [online]. 2000 [cit. 2009-11-14]. Dostupný z www:

< http://www.mpsv.cz/files/clanky/7162/Socialni_sluzby_a_prispevek_na_peci.pdf>

⁵⁷ Mlýnková, J.: *Potřeba soběstačnosti u klientů v ústavní i domácí péči*. In: Sociální péče 4/2009. s.20-23

situace, špatných životních návyků a způsobu života vedoucímu ke konfliktu se společností. Úkolem těchto služeb je napomáhat osobám při překonávání jejich nepříznivé sociální situace a chránit tak společnost před vznikem nežádoucích společenských jevů.⁵⁸

Mezi základní činnosti, které mohou být seniorům zajišťovány prostřednictvím sociálních služeb, patří např. pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, ošetřování, pomoc s osobní hygienou, zajištění stravování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, vzdělávací a aktivizační činnosti, udržování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, poradenství a pomoc při prosazování práv a zájmů.⁵⁹

Sociální služby mohou být poskytovány ve formě pobytové, ambulantní nebo terénní. *Pobytové* jsou takové služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. *Ambulantní* služby zahrnují takové služby, za kterými jedinec dochází nebo je dopravován do zařízení sociálních služeb, ale součástí těchto služeb není ubytování. Jako *terénní* jsou označovány služby, které jsou jedinci poskytovány v jeho přirozeném sociálním prostředí.⁶⁰

Mezi nejvíce rozšířené a seniory nejčastěji využívané patří následující sociální služby:

Osobní asistence - jedná se o terénní službu pro osoby se sníženou soběstačností, a to z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění nebo věku, kteří potřebují pomoc druhé osoby. Služba je poskytována bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí osoby, a to při činnostech, které osoba sama nezvládne.

Pečovatelská služba – je služba poskytovaná v terénu (v domácnostech) nebo ambulantně (v zařízeních sociálních služeb) osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění nebo věku. V rámci služby jsou poskytovány vymezené úkony v předem stanoveném časovém rozvrhu. Zejména obce se stávají zřizovateli domů s pečovatelskou službou, v nichž se soustřeďují

⁵⁸ Matoušek, O. a kol.: Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování hodnocení. Praha: Portál, 2007. s.43-44

⁵⁹ MPSV [online]. 2000 [cit. 2009-11-17]. Dostupný z www: < <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>>

⁶⁰ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

příjemci pečovatelské služby. Tímto způsobem bývá často vyřešen i problém nevyhovujícího bydlení seniorů.

Tísňová péče - je terénní služba, která zprostředkovává prostřednictvím nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikace neodkladnou pomoc při krizové situaci seniora v případě neočekávaného zhoršení jeho zdravotního stavu.

Odlehčovací služby – jsou ambulantní, terénní i pobytové. Jedná se opět o služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění nebo věku. Jsou určeny pro osoby, o něž je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je zajistit pečující fyzické osobě potřebný odpočinek nebo čas na vyřízení osobních záležitostí.

Denní stacionáře – poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo věku a jedincům s chronickým duševním onemocněním, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy pro seniory – jsou pobytová zařízení sociálních služeb pro osoby, které mají sníženou soběstačnost hlavně z důvodu věku a které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby fyzické osoby téměř ve všech sebeobslužných úkonech i úkonech soběstačnosti. Pobyt v domově se snaží nahradit způsob bydlení v domácím prostředí.

Domovy se zvláštním režimem – jedná se taktéž o pobytová zařízení, která jsou určena pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, seniorům s Alzheimerovou demencí, stařeckou demencí či jiným typem demencí. Při poskytování sociálních služeb je režim v těchto zařízeních uzpůsoben specifickým potřebám uživatelů.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče - jsou pobytové služby pro osoby, které již nepotřebují zdravotní ústavní péči, ale z důvodu svého zdravotního stavu jsou odkázány na pomoc jiné fyzické osoby, a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení do té doby, dokud jim nebude zajištěna dostatečná péče fyzickou osobou nebo vhodnou formou sociálních služeb.⁶¹

4.3 Další zdroje finanční pomoci

Příspěvek na péči je nejčastěji využívaná sociální dávka na pokrytí potřeb seniorů, které jim vznikají v důsledku změn, jež s sebou přináší stáří. Příspěvek je i v tomto duchu koncipován a tento princip je i jeho hlavní filozofií, neboť bez ohledu na výši

⁶¹ Králová, J., Rážová, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. Olomouc: ANAG, 2007. s. 54-71

příjmu občana by měl zajistit možnost dostupnosti potřebných služeb podle stanovené míry závislosti.

Přestože je příspěvek na péči kromě dávek důchodového pojištění nejrozšířenější formou finančních zdrojů seniorů, existují však v systému sociálního zabezpečení i další možnosti získání finanční pomoci. Jedná se o dávky sociální péče pro občany se zdravotním postižením, dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky státní sociální podpory.

4.3.1 Dávky sociální péče pro občany se zdravotním postižením

Zdravotně postiženým občanům je poskytována podpora, jejímž cílem je pomoc při řešení mobility, bydlení a dostupnosti kompenzačních pomůcek za účelem zmírnění či odstranění bariér, které s sebou zdravotní postižení bez ohledu na věk přináší.

Základním právním předpisem upravujícím podmínky poskytování těchto dávek je vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.⁶² Uvedená vyhláška konkretizuje níže uvedené dávky sociální péče:

- a) jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- b) příspěvek na úpravu bytu
- c) příspěvek na zakoupení, celkovou opravu, zvláštní úpravu motorového vozidla
- d) příspěvek na provoz motorového vozidla
- e) příspěvek na individuální dopravu
- f) příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže
- g) příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Osobám se zdravotním postižením může být přiznána i nedávková pomoc:

- a) mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany
- b) bezúročné půjčky.⁶³

4.3.2 Dávky pomoci v hmotné nouzi

Systém pomoci v hmotné nouzi je určen pro osoby s nedostatečnými příjmy a cíleně napomáhá řešit sociální situace spojené s nedostatečným zabezpečením základní obživy, bydlení a mimořádnými událostmi. Jedná se v zásadě o stav, kdy osoba nemá zajištěny dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry jí

⁶² Břeská, N., Vránová, L.: *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky sociální péče pro zdravotně postižené občany k 1.3.2007*. Olomouc, ANAG, 2007. s - 94

⁶³ Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

neumožňují uspokojování základních životních potřeb na úrovni ještě přijatelné pro společnost.

Základními právními předpisy, které upravují oblast dávek pomoci v hmotné nouzi, jsou zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů.⁶⁴

4.3.3 Dávky státní sociální podpory

Prostřednictvím státní sociální podpory stát přispívá v případě uznané sociální situace, na jejíž řešení rodina nebo jednotlivec vlastními silami a vlastními prostředky nestačí. Ze systému dávek státní sociální podpory je pro seniory dostupný příspěvek na bydlení, který je poskytován jednotlivcům s nízkými příjmy.

Základním právním předpisem upravujícím dávky státní sociální podpory je zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.⁶⁵

⁶⁴ MPSV [online]. 2000 [cit. 2009-12-28]. Dostupný z www: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/7089/ssz_cr_cz.pdf >

⁶⁵ MPSV [online]. 2000 [cit. 2009-12-28]. Dostupný z www: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/7089/ssz_cr_cz.pdf >

5 Shrnutí teoretické části

Stáří je součástí každého života. Je definováno jako pozdní fáze přirozeného vývoje a zákonitý biologický proces, při němž se snižují adaptační schopnosti jedince a postupně ubývají funkční rezervy organismu člověka.

Lze konstatovat, že stáří není homogenní záležitostí, jelikož jednotlivci stárnou rozdílně, a to jak po stránce kognitivní a emoční, tak biologické. Jednotlivce nelze striktně kategorizovat a škatulkovat do přesně vymezeného začlenění, jelikož vždy existuje řada vlivů, které působí na vývoj člověka. Díky prodlužování lidského věku se však všeobecně uznávaná hranice stále častěji posouvá z 60i na 65 let a také pojem dlouhověkost je ve spojitosti se stářím již běžně užíván.

Průběh stárnutí významnou měrou ovlivňují i mezní události v životě seniorů, mezi něž patří odchod do důchodu, smrt partnera a blízkých osob, nové bydlení či změny v rodinném životě. Bohužel moderní doba přinesla ve spojitosti se stářím i negativní jevy, jako je ageismus, který představuje diskriminaci na základě věku ve spojitosti s neadekvátními představami o stáří.

V každém období lidského života, a ve stáří obzvláště, potřebuje člověk sociální oporu, tedy pomoc poskytovanou člověku v zátěžové situaci. Základním zdrojem realizace sociální opory je sociální síť, tedy souhrn blízkých osob kolem dané osoby, u nichž se pomoc jedinci předpokládá. Podle rozsahu pojetí sociální opory lze rozlišit makrouroveň, mezoúroveň a mikroúroveň sociální opory. Důležitou roli zde hraje i přijímání a dostupnost sociální opory. Jedná se zejména o subjektivní a objektivní pohled na sociální oporu, o to, co senior od sociální opory očekává a co mu skutečně přináší, o dosažitelnost a přiměřenost sociální opory, o její celkové vnímání i efektivnost. Senior si pak podle své sociální situace a svých požadavků může vybrat pro něho odpovídající formu sociální opory. Může se jednat např. o oporu emocionální, instrumentální či informační. Na základě řady odborných výzkumů je doloženo, že vhodně volená sociální opora má pozitivní vliv na zdravotní stav jedince, a to jak na jeho zdraví duševní, tak fyzické. V neposlední řadě je nutno připomenout i vzájemný vztah mezi poskytovanou sociální oporou a mírou úmrtnosti.

I přes většinou kladný vliv sociální opory na seniory nelze pominout negativní stránky sociální opory. Rozhodující je stanovení optimální míry sociální opory, aby pomoc byla poskytována v takovém rozsahu, který je pro jedince žádoucí a nutný.

Pokud je senior takzvaně „přepečován“, stává se nesamostatným, snižuje se jeho míra sebeobsluhy i autonomie, což je nežádoucím jevem.

Důležitým ukazatelem vyspělé společnosti je prožívaná kvalita života ve stáří. Vlivem řady faktorů, které přináší moderní doba, se zvyšuje průměrná délka života a v rámci světové populace tak stoupá procento starších lidí. Proto je opodstatněný obecný zájem o zvyšování kvality života a o úspěšnou adaptaci ve stáří. Kvalita života je však zcela individuální, jelikož záleží hlavně na hodnotách jedince a jeho subjektivním vnímání. Z psychologického hlediska vymezuje seniora hlavně jeho spokojenost se životem a prožívaná pohoda a štěstí. Aby byl život jedince spokojený, musí být i smysluplný, čehož člověk dosahuje stanovováním si a naplňováním různých cílů.

Kvalita života je fenomén variabilní a lze ho těžko objektivně změřit. Pro jeho zhodnocení se využívá řada metod, při nichž např. kvalitu života hodnotí sama osoba nebo osoba nestranná. Faktem však zůstává, že na kvalitu života má zásadní vliv zdraví a zdravotní stav seniora tak, jak ho on osobně vnímá.

Kvalitu života může ovlivnit i sociální opora, která zajišťuje seniorovi různé formy pomoci. Nejzákladnější formou péče je pomoc poskytovaná v rámci rodiny, kdy rodina hraje v péči o nesoběstačného seniora nezastupitelnou roli. Senior poskytování této pomoci předpokládá a proto ji nejlépe přijímá. Pokud není dostupná nebo nepostačuje péče poskytovaná v rámci rodiny, pak přichází na řadu péče institucionální, a to ambulantní, terénní či pobytová. V některých případech je vyhovující i kombinace služeb, např. péče rodiny je doplňována péčí terénní nebo ambulantní.

Pro zajištění potřebných služeb je pro seniora významným kritériem dostupnost různých zdrojů finanční pomoci. V současné době je seniory nejvíce využívány nově koncipovaný příspěvek na péči, který je určen právě na zajištění pomoci jedinci závislému na péči druhého člověka. Senior však může využít pro zvýšení kvality života i jiných forem sociální opory ze zdrojů v systému sociálního zabezpečení, jako jsou dávky sociální péče pro zdravotně postižené osoby, dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky státní sociální podpory. Cílem těchto dávek vždy zůstává snaha pomoci řešit seniorovi závažnou sociální situaci, zajistit mu odpovídající mobilitu, bydlení a dostupnost kompenzačních pomůcek za účelem zmírnění či odstranění různých hendikepů, které s sebou stárnutí a stáří přináší.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Projekt, cíl práce a metodika výzkumu

6.1 Projekt a východiska výzkumu

Praktická část bakalářské práce úzce navazuje na teoretické poznatky shrnuté v předcházející teoretické části práce. Je zaměřena na cílovou skupinu seniorů a vychází z faktů týkajících se stárnutí a stáří. Předmětem zkoumání jsou proto senioři bydlící v krajském městě České Budějovice nebo v jeho bezprostředním okolí. Ve výzkumu jsou zařazeni náhodně vybraní respondenti žijící v různých podmínkách, v rozdílných sociálních situacích a s odlišnou mírou soběstačnosti. U těchto respondentů je hodnocena sociální opora z jejich subjektivního pohledu. Dále je výzkum zaměřen na to, v jaké formě je sociální opora přijímána a zda je přijímána v optimální míře. Vzhledem k mé domněnce, že sociální opora silně působí na výslednou kvalitu života, je výzkum orientován i na zkoumání spokojenosti klientů jako jednoho z faktorů kvality života a na celkové vnímání kvality života ve stáří jednotlivými respondenty. Přestože život jedince ovlivňuje nekonečná řada faktorů, je jisté, že každý člověk sociální oporu potřebuje, jelikož mu zkvalitňuje prožívaný život. A ve stáří, v době rostoucí závislosti na pomoci druhé osoby a zvyšující se osamělosti, hraje sociální opora při zkvalitňování života seniora nenahraditelnou roli.

6.2 Cíl práce a formulace výzkumných otázek

Cílem praktické části bakalářské práce je ověřit, jak dalece ovlivňuje přijímaná sociální opora kvalitu života současných seniorů.

Za účelem objektivity při ověřování vytyčeného cíle byly stanoveny upřesňující výzkumné otázky:

- a) jaká je dostupnost různých forem sociální opory
- b) zda současné formy sociální opory postačují k uspokojení potřeb seniorů
- c) jaký má sociální opora pro seniory význam
- d) zda sociální opora přispívá ke spokojenosti seniorů.

6.3 Metodika výzkumu

Pro účely dokreslení teoretických východisek popsaných v první části práce a ověření stanoveného cíle a výzkumných otázek byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu realizovaného formou strukturovaného rozhovoru. Prakticky se jednalo o rozhovor řízený, kdy obsah otázek i jejich posloupnost byly předem připraveny. Získané odpovědi byly zachycovány do záznamového archu. Dotazník k rozhovoru je přílohou č. 2 této bakalářské práce.

Metoda dotazování je nejčastější a nejběžněji využívaný způsob získávání informací a je založena na výpovědích dotázaných, neboli respondentů.⁶⁶ Rozhovor, v jehož rámci se dotazování realizuje, patří k základním nástrojům komunikace mezi lidmi a umožňuje určitým způsobem poznávání člověka.⁶⁷ Vzhledem k věku respondentů se mi jevila metoda dotazování strukturovaným rozhovorem nejefektivnější, jelikož jsem měla jistotu, že odpovědi na stanovené otázky budou směřovány k objasnění mých výzkumných otázek, a zároveň jsem měla možnost seniorům vysvětlit důvod svého dotazování i postup použitý během rozhovoru, v průběhu dotazování chod rozhovoru usměrňovat, v případě potřeby položenou otázku zopakovat či vysvětlit. Dalším důvodem pro upřednostnění rozhovoru byl předpoklad, že touto formou je možno kromě předem stanovených odpovědí získat i další informace, které budou vhodně rozvíjet dané téma.

S ohledem na rozsáhlost tématu kvality života a fenoménu stárání, nebylo v mých silách objektivně obsáhnout celý problém. Jak uvádí ve své knize Payne, kvalita života již byla zkoumána např. ve vztahu k životnímu smyslu, ke konfliktu hodnot, k povolání, věku a pohlaví, dále v souvislosti se sociologickými podmínkami nebo ve vztahu k různým nemocem. Aby byla zajištěna skutečně vypovídající hodnota výzkumu, byly všechny uváděné výzkumy prováděny řádově se stovkami až tisíci respondentů.⁶⁸ Výzkum realizovaný v mé práci je tudíž jen pouhou sondou do dané problematiky.

Před samotným započítáním s výzkumem byl s jednou respondentkou proveden předvýzkum, aby bylo možno ověřit, zda způsob kladení otázek je srozumitelný, zda otázky obsahově vystihují podstatu problému, a v jakém časovém rozpětí bude přibližně rozhovor probíhat. Výsledky z předvýzkumu nebyly dále použity ve vlastním výzkumu,

⁶⁶ Surynek, A., Komárková, R., Kašparová, E.: *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Pres, 2001. s. 79

⁶⁷ Ondrejko, P.: *Úvod do metodologie sociálních věd*. Bratislava: Regent, 2006. s. 133

⁶⁸ Payne, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005. s.253-629

ale na jejich základě došlo ke zredukování původního počtu otázek připravených pro rozhovor z 28 na konečných 26.

Otázky k rozhovoru byly postaveny tak, aby mi jejich zodpovězení dotazovanými umožnilo objasnit shora uvedené výzkumné otázky. V úvodu dotazníku byly zařazeny identifikační otázky, dále pak následovaly otázky směřující k jednotlivým zkoumaným skutečnostem a k cíli mé bakalářské práce.

6.4 Charakteristika výzkumného vzorku a realizace výzkumu

Vlastní průzkum probíhal v průběhu měsíce února 2010 a jednotlivé rozhovory s respondenty se odehrávaly v jejich domácím přirozeném prostředí. Průměrná délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala v rozpětí 45 až 90 minut. Osloveno bylo celkem osm seniorů žijících v rozdílných podmínkách – v centru Českých Budějovic, v okrajových částech města nebo zcela mimo město. Někteří z nich bydlí doma, sami nebo s partnerem, jiní žijí v pobytovém zařízení. U jednotlivých respondentů je rozdílný stupeň zdravotního postižení či závislosti na pomoci druhých. Také přijímaná sociální opora se z mnoha hledisek různí. Věk zkoumaných seniorů se pohyboval v rozmezí 63 až 86 let.

Popis výchozí sociální situace jednotlivých respondentů:

1. Paní B

Paní B je 73 let, žije sama v Domě s pečovatelskou službou v malém městě nedaleko Č.Budějovic. Je 16 let vdovou, má jednu dceru, která bydlí v místě vzdáleném cca 10 km a která za matkou často dojíždí buď sama, nebo se svým manželem či dcerou. Paní B trpí od dětství silnou skoliózou páteře, v současné době se přidružila i různá interní onemocnění. Paní se pohybuje za pomoci jedné vycházkové hole (po bytě), venku používá k chůzi dvě vycházkové hole. I přes výrazná zdravotní omezení se paní snaží o zachování fyzické soběstačnosti (denně cvičí) a psychické pohody. Potřebná péče je zajišťována z části terénní sociální službou – pečovatelská služba donáší obědy, v zimě provádí nákupy a pochůzky. Dcera s rodinnými příslušníky pomáhá s náročnějšími úkony osobní hygieny, s úkony spojenými s chodem domácnosti, dováží seniorku k lékaři, pomáhají s vyřizováním úředních záležitostí apod.

2. Paní H

Paní H je 63 let , bydlí v 2. patře panelového domu s výtahem v městečku nedaleko Č.Budějovic. Je vdaná, žije ve společné domácnosti se svým manželem, který prodělal mozkovou příhodu a bez výrazné pomoci druhé osoby se neobejde. V městečku žije také syn a snacha paní H. Snacha nepracuje a je ve vztahu k příspěvku na péči vedena jako pečující osoba obou manželů. Paní H prodělala z důvodu diabetu amputaci levé dolní končetiny, při chůzi používá ortopedickou protézu. Na kratší vzdálenosti chodí s oporou dvou francouzských holí, pokud má odepnutou protézu nebo pokud se pohybuje venku, používá mechanický vozík pro invalidy. Onemocnění diabetem jí omezuje i nadále, musí si pravidelně měřit hodnoty cukru v krvi, dodržovat dietu a aplikovat si 4x denně inzulín. Potřebná péče je zajišťována hlavně v rámci širší rodiny synem a snachou. Pravidelně také dochází zdravotní sestra, která provádí diabetické kontroly a případné masáže a rehabilitační cvičení (hlavně s manželem paní H). Paní H nese svoji situaci jako břemeno osudu, nechává se opečovávat a z její strany není zřejmá snaha o zajištění sama sebe v mezích možností. Poskytovanou péči bere jako samozřejmost.

3. Paní K

Paní K je 83 let, žije v domově pro seniory nedaleko centra Českých Budějovic. Do domova pro seniory se nastěhovala spolu s manželem v době, kdy toto pobytové zařízení mělo statut penzionu pro seniory. V současné době je paní K 3 roky vdova a obývá v tomto pobytovém zařízení sama garsonku ve 2. patře. Paní K má ve městě syna a snachu, jediný vnuk zemřel v útlém dětském věku. Jeho nenadálá smrt negativně poznamenala celou širokou rodinu a byla i důvodem pro přestěhování paní K a jejího manžela do pobytového zařízení (paní ztratila zájem starat se o rodinný dům, když ho nemohli v budoucnu předat vnukovi). Paní K se léčí se srdcem, má voperován kardiostimulátor, prodělala náročné operace obou kolen, pohybuje se s pomocí jedné vycházkové hole. Paní se snaží být co nejvíce soběstačná a i přes vnitřní smutek se navenek jeví jako optimistická. Potřebnou péči zajišťuje personál zařízení. Syn se snachou za paní P často dojíždí na návštěvu, případně ji autem vozí na různé akce či výlety.

4. Pan N

Panu N je 86 let, žije sám ve starším vesnickém stavení se zahradou v malé vesnici téměř na samotě, kde bydlel po celý svůj život. Je svobodný, bezdětný, dojíždí za ním švagrová z Českých Budějovic a synovci s rodinnými příslušníky. Pana N trápí artritida kloubů - po bytě chodí s jednou vycházkovou holí, při chůzi na dvoře nebo na zahradě používá dvě hole. Dále se projevuje stařecká sešlost – častá únava, musí často odpočívat, pospává i během dne, špatně slyší, ale naslouchadlo odmítá používat. Cesty mimo své bydliště již výrazně omezil, zdržuje se jen doma. Přesto se snaží udržet si fyzickou i psychickou svěžest, do určité míry má zájem o dění kolem sebe. Umístění do pobytového zařízení prozatím odmítá, což ho vede ke snaze zachovat si co největší míru sebeobsluhy. Potřebná péče spočívá převážně v náročnějších úkonech při vedení domácnosti (úklidy, praní a žehlení prádla, větší nákupy, zajišťování otopu do kamen na pevná paliva apod). Péči zajišťují jednak rodinní příslušníci ze širší rodiny a dále sousedé, kteří téměř denně docházejí a provádějí nejnnutnější úkony. V týdnu dováží obědy pečovatelská služba, o víkendech vaří vždy někdo z rodiny.

5. Paní Z

Paní Z je 79 let, žije sama v 5. patře panelového domu s výtahem nedaleko centra Českých Budějovic. Kvůli svému onemocnění zůstala dobrovolně celý život svobodná a bezdětná. V Praze žijí její dvě sestry a synovec, kteří přijíždí párkrát do roka na několikahodinové návštěvy, jiné příbuzné nemá. Paní Z prodělala dětskou obrnu, jejíž následky jí omezují po celý život. V současné době se paní pohybuje po bytě za pomoci mechanického vozíku pro invalidy, venku používá elektrický vozík. K deformaci končetin se přidružila deformace páteře, částečná inkontinence, omezená citlivost a třes rukou, nekoordinované pohyby hlavy, stálé otoky nohou a otevřená ložiska na bérkách. Paní Z svůj zdravotní stav nese velmi těžce, ale přesto se snaží o soběstačnost. V pracovním procesu byla zaměstnána jako laborantka v biologické laboratoři a tak je pro ni stále hodně důležitá čistota a detailní preciznost. Potřebnou péči, která spočívá v nákupech, úklidu, vynášení odpadků a v zimě v nutných pochůzkách, zajišťuje pečovatelská služba. Všechny ostatní úkony si paní Z s velkými obtížemi provádí sama (hygienu, praní prádla, vaření jednoduchých jídel i denní bandáže obou nohou). Žádost o umístění do domova pro seniory odmítá.

6. Pan X

Panu X je 69 let, bydlí v dvorním traktu domu nedaleko centra Českých Budějovic, kde obývá přízemní garsonku přebudovanou z nebytových prostor. Vstup do jeho garsonky je možný jen přes dům, který má osm schodů u vchodu z ulice a osm schodů u východu do dvora, což je pro pana X nepřekonatelná bariéra. Pan X má v současné době otevřené bércové vředy na obou nohou a pohybuje se jen velmi omezeně po své garsonce za pomoci dvou francouzských holí. Ven vůbec není schopen vyjít. Přidružují se i některá další interní onemocnění – vysoký krevní tlak, arytmie srdce, obezita. Pan X je 25 let rozvedený, má dva syny, s jedním se již několik let nestýká, druhý syn bydlí v Č.Budějovicích, ale jako řidič kamionu je často na cestách. Potřebnou péči zajišťuje pečovatelská služba (donáška obědů, úklid, zajištění léků). Pro pana X je důležitá i existence řady kamarádů a přátel, kteří za ním pravidelně docházejí a také mu pomáhají (provádí nákupy, praní prádla). Hlavně pro něho znamenají kontakt se světem a psychickou oporu. Za panem P pravidelně dochází i zdravotní sestra, která provádí odborné převazy nohou a měření tlaku. Pán uvažuje o podání žádosti o umístění do domova pro seniory.

7. Pan V

Panu V je 66 let, bydlí v rodinném domku se zahradou v okrajové části Č.Budějovic. Společně se svou manželkou obývá zvýšené přízemí rodinného domu, v patře bydlí syn s manželkou a dvěma dětmi. Pan V je ve svém životě limitován oční vadou, je prakticky slepý. Pokud se pohybuje ve známém prostředí, kde se pozice jednotlivých předmětů nemění, je v základních úkonech téměř soběstačný. Rozhodující oporou je pro něho manželka, která je již v důchodu a celodenně v jeho dosahu. Při vykonávání denních činností již fungují přesné rituály, což přináší panu V psychickou pohodu. Dobře fungující je i soužití se synem a jeho rodinou, s nimiž dochází ke každodennímu kontaktu a poskytnutí pomoci je běžnou záležitostí. Pan V se snaží o zachování aktivity, volný čas vyplňuje procházkami v doprovodu manželky, pravidelně dochází do Tyflokabinetu, rád poslouchá hudbu. Velmi důležité je pro něho soužití s celou rodinou, potřebuje ji emocionálně i fyzicky (nutná pomoc ze strany rodiny). Domnívá se, že i přes svou vadu a závislost, je v rámci rodiny chtěný a svým způsobem je pro rodinu oporou (autorita, rady, společník apod.).

8. Paní T

Paní T je 71 let, bydlí sama v panelovém domě na menším městě nedaleko Č.Budějovic. Paní prodělala před 20 lety úraz, po němž zůstala upoutaná na vozík pro invalidy a na přesun do vany má instalován elektrický zvedák. Z důvodu jejího tělesného postižení jí byl obcí přidělen byt zvláštního určení - bezbariérový byt. Přestože se jedná o byt bezbariérový, vyhrazený zejména pro osoby s postižením pohybového nebo nosného aparátu, je byt situován v domě na kopci, což je především v zimě pro vozíčkáře nepřekonatelný problém. Také paní T je hlavně v zimě téměř izolována ve svém bytě a pokud se potřebuje někam přepravit, je závislá na odvozu motorovým vozidlem. Paní T před rokem ovdověla, má 2 děti, syna a dceru, oba bydlí ve vzdálenosti cca 30 km od ní. Přesto je s nimi i jejich rodinami v častém kontaktu a děti za ní pravidelně dojíždí. Paní T se snaží o soběstačnost, přesto potřebuje asistenci v mnoha úkonech. V týdnu potřebnou péči zajišťuje hlavně pečovatelská služba, která provádí donášku obědů, žehlení prádla, úklid, drobné nákupy a pochůzky. S některými úkony jí pomáhá i ochotná sousedka. O víkendu pomáhá hlavně rodina – zajišťují pomoc při koupání, větší nákupy a úklidy atd. Paní T má podanou žádost do domova pro seniory, ale dokud jí to zdravotní stav bude umožňovat, bude se s pomocí blízkých i s pomocí terénní sociální služby snažit zůstat co nejdéle ve svém domácím prostředí.

6.5 Výsledky výzkumu

Otázky 1 až 3 lze považovat vůči respondentům za identifikační a pro odpovědi byly stanoveny jednoznačné škály možností.

Otázka č. 1

Tato otázka zjišťovala věk respondentů a dle škály odpovědí je rozvrstvila do předem stanovených skupin. Z celkového počtu dotázaných byl 1 senior ve věku 60 – 64 let, 2 senioři ve věku 65 – 69 let, 2 senioři v rozpětí 70 – 74 let, 1 senior ve věku 75 -79 let a 2 senioři v kategorii 80 let a více.

Otázka č. 2

Otázka byla zaměřena na rodinný stav respondentů a pro odpovědi byla předložena jednoznačná čtyřpoložková škála. Z celkového počtu dotázaných respondentů byli 2

svobodní, 2 vdané nebo ženatí, 1 rozvedený a 3 označili rodinný stav vdovec nebo vdova.

Otázka č. 3

Tato uzavřená otázka se zabývala způsobem bydlení respondentů a pro odpovědi byla opět nastavena škála 4 možností. Z celkového počtu dotázaných respondentů 4 bydlí v bytě sami, 2 sdílejí společnou domácnost spolu s manželem nebo manželkou a 2 respondenti žijí v pobytovém zařízení. Možnost bydlení s jinými příbuznými neoznačil žádný z oslovených. Jedna oslovená k odpovědi dodala, že žije nejen sama, ale i osaměle.

Druhou skupinu tvořily otázky směřující k objasnění dostupnosti různých forem sociální opory. U většiny otázek byla respondentům nabídnuta škála odpovědí s možností své odpovědi doplnit či upřesnit vlastní výpovědí.

Otázka č. 4

Předmětem zkoumání uvedené otázky bylo bydliště respondenta, přesněji místo jeho přirozeného sociálního prostředí, kde se nejvíce zdržuje a kde případně čerpá sociální službu nebo jinou formu sociální opory. Otázka byla položena za účelem ověření mého předpokladu, že sociální opora je pro její příjemce snáze přístupná ve městech než na vesnicích či dokonce na odlehlých samotách. Pro odpovědi byla nastavena třípoložková škála možností. Z celkového počtu dotázaných respondentů 2 senioři bydleli v centru Českých Budějovic, 3 v okrajových částech krajského města a 3 na venkově, mimo České Budějovice.

Otázka č. 5

Další otázka zkoumala, kdo poskytuje osloveným seniorům pomoc. Účelem otázky již byla bližší specifikace způsobu zajištění pomoci druhou osobou, jako určité formy sociální opory. Respondentům byla nabídnuta škála 4 možností odpovědí, přičemž k dané otázce měli dotázaní příležitost vybrat více odpovědí, pokud u nich dochází ke kombinaci různých forem fyzické pomoci. Z celkového počtu dotázaných respondentů ve 2 případech potřebnou péči poskytují osoby blízké, 1 seniorovi pomoc zprostředkovává terénní sociální služba, 1 dotázaný má pomoc zajištěnu poskytovatelem pobytových služeb, u 1 dotázaného se kloubí péče osob blízkých

s terénní sociální službou a u 3 šetřených docházelo ke kombinaci péče osob blízkých, jiných fyzických osob než blízkých a péče od poskytovatelů terénních sociálních služeb.

Otázka č. 6

Tato otázka úzce navázala na předchozí otázku, jelikož podrobněji zkoumala stav, kdy potřebnou péči poskytuje osoba blízká. Podstatou dotazu bylo upřesnit, o jakou osobu blízkou se jedná. Z celkového počtu dotázaných respondentů 1 senior uvedl jako poskytovatele pomoci pouze syna, 1 dotázaný syna a jeho manželku, 1 respondent dceru a její rodinu, o 3 dotazované se starají různí členové širší rodiny. Jedna respondentka žijící v pobytovém zařízení uvedla, že za ní syn pravidelně dochází, ale spíše jen na návštěvy nebo ji vozí autem na výlety. Jedna dotazovaná má pouze vzdálené příbuzné, s nimiž se stýká velmi omezeně a péči jí neposkytují.

Otázka č. 7

Předmětem zkoumání v dané otázce bylo ověřit, jaký druh sociální služby je respondenty využíván. Z celkového počtu dotázaných respondentů 1 senior pomoc sociálních služeb vůbec nevyužívá, 6 seniorů má uzavřenu smlouvu o poskytování terénních sociálních služeb s pečovatelskou službou, kterou využívají v různém rozsahu. Některý z nich má nasmlouvanu pouze donášku obědů, další např. nákupy, úklid, pomoc s hygienou, zajištění léků či jiných pochůzek. Jedna z dotázaných využívá pobytovou sociální službu – žije v domově pro seniory.

Otázka č. 8

Záměrem této otázky bylo objasnit míru spokojenosti seniorů s využívanými službami. Dotazovaným byla nabídnuta čtyřbodová pořadová stupnice od „zcela spokojen(a)“ po „spíše nespokojen(a)“. Z celkového počtu dotázaných respondentů 1 respondent uvedl, že je „zcela spokojen“, všichni ostatní označili odpověď „převážně spokojen“. Jedna z respondentek doplnila, že při poskytování a přijímání služby vždy záleží na kompromisech mezi zúčastněnými a bohužel také na kvalitě lidí, kteří sociální služby poskytují.

Otázka č. 9

V této otázce měli respondenti možnost vyjádřit svoji spokojenost s dostupností sociálních služeb. Dotazovaným byla opět nabídnuta čtyřbodová pořadová stupnice od

zcela spokojen(a) po zcela nespokojen(a). Z celkového počtu dotázaných respondentů uvedené krajní hodnoty stupnice ve svých odpovědích žádný z respondentů neuvedl. Šest seniorů bylo s dostupností sociálních služeb převážně spokojeno, dva respondenti uvedli hodnotu částečně spokojeni, přičemž oba dotazovaní svou volbu odpovědi podrobněji vysvětlili. Jeden uvedl, že on, jako člověk žijící na vesnici, nemá možnost výběru pečovatelské služby, ale je nucen přijmout tu, která je v místě dosažitelná. Další respondent odůvodnil svou částečnou spokojenost s dostupností sociálních služeb současnými podmínkami pro přijímání zájemců do domovů pro seniory. Ve své doplňující výpovědi poukázal na skutečnost, že v současné době jsou do domovů pro seniory přijímáni žadatelé s přiznaným příspěvkem na péči ve 3. nebo 4. stupni závislosti, ale senior, byť je mu přes 80 let, ale nebyl mu přiznán příspěvek na péči v požadované výši, nemá prakticky šanci být v domově pro seniory umístěn.

Další skupina otázek byla sestavena z dotazů, jejichž záměrem bylo objasnit, zda současné formy sociální opory postačují k uspokojení potřeb oslovených seniorů, a pokud ano, tak v jaké míře.

Otázka č. 10

Tato otázka zjišťovala, zda služby, které jsou seniorovi v současné době poskytovány v rámci rodiny nebo formou poskytovatelů sociálních služeb, pokrývají jejich potřeby. Respondenti měli k dispozici pro zařazení svých odpovědí tříbodovou pořadovou stupnici. Z celkového počtu dotázaných respondentů 2 senioři uvedli, že služby, ať od rodiny nebo od poskytovatelů, jejich potřeby uspokojují zcela, 4 respondenti mají potřeby pokryté dostatečně a 2 dotázaní mají současným způsobem potřeby zajištěny nedostatečně. Jeden z nich svoji nespokojenost zdůvodnil tím, že v zimních měsících v době sněhové kalamity je jako vozíčkář zcela izolovaný a žádná služba ani rodinní příslušníci mu nemohou umožnit vyjet ven mimo dům, kdy se mu zachce. Pociťuje to do jisté míry jako omezování jeho osobní svobody. Poslední nespokojená respondentka by potřebovala péči ve větším rozsahu, ale své nepohodlí a uskromnění obětuje za vlastní volbu žít samostatně v domácím prostředí.

Otázka č. 11

Smyslem další otázky bylo ověřit, jak dalece se oslovení cítí finančně zabezpečeni. Respondenti měli k dispozici čtyřpoložkovou škálu od „ano“ po „ne“. Z celkového

počtu dotázaných respondentů 5 uvedlo kladnou odpověď. Pouze jeden z nich uvedl dodatek, že by nemělo být zapomínáno na pravidelné valorizace důchodů. „Spíše ano“ se cítí zabezpečeni 2 dotázaní a „spíše ne“ se cítí jeden senior. Svoji nespokojenost odůvodnil slovy, že dnes se musí za všechno platit a vše je drahé.

Otázka č. 12

Další položená otázka zkoumala, zda jsou senioři poživatelé nějakých sociálních dávek a pokud ano, měli vybrat z nabídnutých možností konkrétní dávky. Z celkového počtu dotázaných respondentů 1 respondent nikdy o dávky ze sociální sféry nežádal, 1 dotazovaná má požádáno o příspěvek na péči. Ostatních 6 respondentů sociální dávky pobírá, z čehož všech 6 má vyplácen příspěvek na péči, 5i seniorům byly přiznány mimořádné výhody pro zdravotně postižené občany II. stupně (průkaz ZTP) a 1 oslovenému mimořádné výhody pro zdravotně postižené občany III. stupně (průkaz ZTP/P). Dvěma respondentům je každoročně poskytován jednorázový peněžitý příspěvek na provoz motorového vozidla, který úzce navazuje na přiznání mimořádných výhod II. nebo III. stupně.

Otázka č. 13

Tato otázka bezprostředně navázala na kladnou odpověď o přiznání příspěvku na péči v předchozí otázce. Cílem této otázky je zjistit, zda přiznaný příspěvek na péči pokryje celé finanční náklady, které je senior nucen vynaložit nezajištění potřebné pomoci. Pro odpovědi byla nastavena třípoložková škála možností. Z 6i respondentů, kterým je vyplácen příspěvek na péči, pobíraná dávka „plně“ pokryje náklady na zajištění pomoci, 2 dotázaní pokryjí náklady na péči z příspěvku na péči jen „z větší části“. Možnost odpovědi pokrytí nákladů na zajištění péče z příspěvku na péči „z menší části“ nevyužil žádný z respondentů.

Na předchozí otázky ve strukturovaném rozhovoru volně navázala další skupina dotazů, která měla ověřit, jaký význam pro seniory má sociální opora.

Otázka č. 14

Záměrem této otázky bylo ověřit, jak důležité jsou pro seniora vztahy panující v rodině. Položená otázka byla mimo jiné zacílena k rodině z toho důvodu, že v rámci sociální sítě je rodina předpokládáný hlavní zdroj sociální opory. Respondentům byla nabídnuta

škála čtyř variant odpovědí. Z celkového počtu dotázaných respondentů 4 senioři uvedli, že jsou pro ně vztahy v rodině „nezbytné“ a 4 označili odpověď „hodně důležité“. Varianty odpovědí, že jsou pro ně vztahy v rodině „málo důležité“ nebo „bezvýznamné“, nevyužil žádný z oslovených. Ve dvou případech z doplňujících výpovědích shodně vyplynulo, že vztahy v rodině kromě jiného potřebují i ze zjištěných důvodů, jelikož by bez pomoci členů rodiny senioři nebyli schopni sami sobě v domácím prostředí zajistit uspokojení potřeb. Jeden respondent uvedl, že psychicky velmi těžce nese neshody s jedním ze svých synů a že špatné duševní rozpoložení má negativní vliv na jeho zdravotní stav. Jedna respondentka s ostychem vypověděla, že je pro ni stejně důležitý jako vztahy s žijícími členy rodiny i vztah k několik let zemřelé matce. Seniorka si stále vazbu na matku „oživuje“, s matkou v duchu hovoří a matka je pro ni stále velkou oporou, důvěrníci i rádkyní v životě.

Otázka č. 15

Položená otázka dále rozvíjela předchozí dotaz, neboť zkoumala četnost kontaktů seniora s rodinou. Respondentům byla nabídnuta stupnice odpovědí dle frekvence kontaktů, kde měli možnost svá střetávání s rodinou zhodnotit v rozsahu od „denně“ po „vůbec“. Z celkového počtu dotázaných respondentů jsou 2 senioři v denním kontaktu s rodinnými příslušníky, u 3 dotázaných dochází ke kontaktu s rodinou několikrát za týden, 2 respondenti se setkávají s rodinou pravidelně 1x v týdnu v průběhu o víkendu a 1 dotázaná uvedla, že se stýká se svou starou sestrou formou návštěv několikrát do roka. Všichni respondenti však shodně uvedli, že kromě zhodnocených fyzických kontaktů s rodinou dochází mezi nimi a ostatními členy rodiny ke kontaktům prostřednictvím telefonu nebo mobilu. Variantu odpovědi, že se s rodinou nestýkají „vůbec“, nevedl žádný z respondentů.

Otázka č. 16

Obsahem další otázky bylo zjištění, jak senioři ve vztahu k aktivitě tráví volný čas. Respondenti měli možnost realizaci svého volného času zhodnotit čtyřsložkovou stupnicí od varianty „aktivně“ po variantu „pasivně“. Z celkového počtu dotázaných respondentů 2 respondenti tráví volný čas „aktivně“ pravidelným setkáváním se se známými, procházkami, cvičením apod. Čtyři senioři tráví volný čas „spíše aktivně“, a to čtením, luštěním křížovek, občasným setkáním s vrstevníky, sledováním televize. Další 2 dotázaní označily odpověď „spíše pasivně“, jelikož téměř nevycházejí z bytu,

den tráví odpočinkem nebo sledováním televize, příležitostně si něco přečtou. Jedna z respondentek k odpovědi dodala, že v současné době je pro ni péče o vlastní osobu už tak náročná, že ji musí provádět postupně v rámci celého dne a musí mezi jednotlivými úkony odpočívat, tudíž volnočasové aktivity z jejího života téměř vymizely.

Otázka č. 17

Realizace některých aktivit seniorů spolu s rodinou byla předmětem zkoumání další otázky. Účelem dotazu bylo ověřit, zda senioři od rodiny přijímají jen potřebnou pomoc nebo zda jsou mezi nimi a rodinnými příslušníky realizovány i jiné aktivity. Oslovení měli k dispozici opět čtyřvariantovou nabídku odpovědí, případně bylo možno vlastními slovy konkrétně doplnit, jaké aktivity společně s rodinou realizují. Z celkového počtu dotázaných respondentů 1 senior uvedl, že se se synem a jeho rodinou stýká denně a kromě běžného popovídání si společně v létě posedí na zahradě nebo absolvují maximálně denní výlet. Pět respondentů realizuje aktivity s rodinou jen někdy, přičemž tyto aktivity spočívají většinou ve společných nákupech v hypermarketech či jiných obchodech, případně v občasném výletu do přírody nebo krátkodobém pobytu na chatě. Jeden respondent aktivity spolu s rodinou z důvodu jeho imobility a z důvodu neutěšených vzájemných vztahů realizuje jen zcela výjimečně. Jedna dotazovaná uvedla, že v důsledku své osamělosti aktivity s rodinou nerealizuje „nikdy“.

Otázka č. 18

Úkolem této otázky bylo zjistit, jaký by byl, či v případě umístění již byl, důvod k nástupu do domova pro seniory, jako další formy sociální opory. Oslovení měli možnost výběru ze čtyř variant odpovědí. V této otázce se respondenti maximálně na odpovědi shodli, jelikož z celkového počtu dotázaných respondentů 6 odpovědělo, že důvodem pro nástup do domova pro seniory je pro ně „špatný zdravotní stav“. Jeden respondent uvedl jako jiný důvod pro umístění do zařízení ukončení dosud poskytované péče rodinou. Jedna respondentka sdělila, že dokud si nebude moci vzít do domova pro seniory nějaký svůj nábytek a vybavení, nikdy do zařízení dobrovolně nenastoupí.

Poslední a nejobsáhlejší skupina otázek byla zaměřena k objasnění domněnky, že sociální opora přispívá ke spokojenosti seniorů. Spokojenost je rozhodující fenomén ovlivňující kvalitu života a spokojenost se životem, pocit životního štěstí, to vše jsou

silně se prolínající, i když ne identické, jevy. Vzhledem k charakteru otázek je zřejmé, že odpovědi jsou subjektivně ovlivněné rozličnými okolnostmi v životě respondentů.

Otázka č. 19

Tato otázka zjišťovala, jak často se respondenti setkávají s projevy věkové diskriminace. Pro volbu odpovědí byla nastavena čtyřpoložková škála s různou četností výskytu. Z celkového počtu dotázaných respondentů 1 seniorka uvedla, že se s projevy věkové diskriminace setkává často, ale nejedná se o diskriminaci výraznou, pouze jen v náznacích. Čtyři respondenti vypověděli, že se s věkovou diskriminací setkávají výjimečně. Z toho jedna dotázaná svoji odpověď doplnila o poznatek, že spíše než s diskriminací věkovou se setkává s diskriminací jako vozíčkářka. Poslední 2 respondenti se s projevy věkové diskriminace nesetkávají vůbec. Žádný z oslovených z nabídnuté škály odpovědí nezvolil variantu odpovědi, že by se s projevy věkové diskriminace setkával denně.

Otázka č. 20

Smyslem další otázky bylo zachytit, jak oslovení senioři pocítují svůj věk. Tato otázka byla položena proto, že subjektivní vnímání věku jedincem je důležitou hodnotou pro kvalitu života. Respondentům byla dána k dispozici pětibodová pořadová stupnice nabízející možnosti od „většinou se cítím mladší“ po „většinou se cítím starší“. Z celkového počtu dotázaných respondentů 2 seniorky se podle svých odpovědí „někdy cítí mladší“. Jedna z nich k odpovědi dodala, že po duševní stránce je to fajnové, ale tělesná schránka postupně chátrá. Čtyři respondenti pocítují svůj věk jako odpovídající věku. Ostatní 3 respondenti uvedli, že se „někdy cítí starší“, a to většinou v důsledku zhoršeného zdravotního stavu. Krajní možnosti „většinou se cítím mladší“ a „většinou se cítím starší“ neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 21

Dalším důležitým faktorem ovlivňující kvalitu života je zdraví. Je častým jevem, že se nespokojenost lidí se svým zdravotním stavem přenáší i do hodnocení kvality života, a zase naopak nižší spokojenost se životem se odráží do hodnocení zdravotního stavu. Proto byla v rámci rozhovoru seniorům položena otázka, jak jsou spokojeni se svým zdravím. Respondentům byla předložena nabídka čtyř variant hodnocení od „zcela spokojen(a)“ po „zcela nespokojen(a)“. Z celkového počtu dotázaných respondentů

4 senioři jsou se svým zdravím „spíše spokojeni“, 3 dotázaní vybrali odpověď „spíše nespokojen(a)“ a 1 dotázaný jednoznačně zvolil odpověď „zcela nespokojen(a)“. Svoji odpověď doplnil v tom směru, že kdyby jeho konání neomezoval špatný zdravotní stav, byl by v životě úplně někde jinde. Variantu odpovědi „zcela spokojen(a)“ neuvedl žádný z respondentů.

Otázka č. 22

Celkové hodnocení spokojenosti člověka ovlivňuje o jeho vnímání své fyzické soběstačnosti neboli kondice. Proto další otázka zkoumala, do jaké míry jsou oslovení senioři spokojeni se svou fyzickou soběstačností. Opět byla dotazovaným předložena škála čtyř hodnot odpovědí v rozsahu od „zcela spokojen(a)“ po „zcela nespokojen(a)“. V této otázce se odpovědi vzácně rozvrstvily, jelikož respondenti využily všechny varianty hodnocení. Z celkového počtu dotázaných respondentů 2 senioři uvedli, že jsou se svou fyzickou soběstačností „zcela spokojeni“, 1 respondent je „spíše spokojen“, další 2 jsou „spíše nespokojeni“ a poslední 3 jsou „zcela nespokojeni“. Někteří dotazovaní, u kterých je menší spokojenost se soběstačností vypovídali, jak je tato skutečnost omezuje. Jeden respondent ze skupiny „zcela nespokojených“ přímo uvedl, že mu jeho fyzická nesoběstačnost bere chuť do života.

Otázka č. 23

Tato otázka byla přímým dotazem na to, zda oslovení respondenti pociťují klid a pohodu. Přestože uvedená otázka a ještě následující otázky se jevily jako poměrně intimní, oslovení senioři na ně kupodivu odpovídali ochotně a otevřeně. Seniorům byla nabídnuta pro zařazení odpovědí čtyřhodnotová stupnice od „ano“ po „ne“. Z celkového počtu dotázaných respondentů pouze 1 uvedl, že pociťuje klid a pohodu, 3 vyznačili možnost „spíše ano“, přičemž jejich pohodu narušovalo například soužití se sousedy nebo obavy z budoucnosti. Klid a pohodu spíše nepociťují 4 oslovení, což jeden doplnil výpovědí, že se nelíbí nucená „samotka“, ve které žije, další má strach ze zhoršujícího se zdravotního stavu a zvětšující se závislosti na pomoci druhé osoby, jiného znervózňuje současný způsob života. Jedna respondentka uvedla, že pro svůj větší klid a pohodu hledá sílu ve víře. Možnost jednoznačně záporné odpovědi nepoužil žádný z dotazovaných.

Otázka č. 24

Další položená otázka zkoumala, zda dotazovaní někdy pociťují pesimismus a smutek. Seniorům byla opět předložena pro zařazení odpovědí čtyřhodnotová stupnice od „ano“ po „ne“. Z celkového počtu dotázaných respondentů 3 senioři označili kladnou odpověď. Jeden z nich uvedl, že pociťuje strašný pesimismus a smutek z celého dění ve společnosti, a u druhého a třetího má na jejich míru pesimismu a smutku negativní vliv zhoršující se zdravotní stav a narůstající nesoběstačnost. Variantu odpovědi „spíše ano“ zvolili další 3 respondenti. Zde jeden z dotázaných uvedl jako příčinu svého psychického stavu vnímání své „vyhoštěnosti“ a další respondentka dodala, že si své stáří představovala jinak. Poslední dva respondenti uvedli, že pesimismus a smutek nepociťují. Jedna odpověď byla doplněna přiznáním seniora, že se vždy snaží o pozitivní přístup k životu. Varianta, že by senioři nepociťovali pesimismus a smutek, nebyla označena žádným z respondentů.

Otázka č. 25

Na dlouhodobě prožívané emoce byla zaměřena otázka, která zjišťovala, zda se oslovení senioři cítí šťastní. Seniorům byla opět nabídnuta pro zařazení odpovědí stupnice čtyř hodnot od „ano“ po „ne“. Z celkového počtu dotázaných respondentů 6 seniorů odpovědělo, že se cítí „spíše šťastní“, a 2 vypovídající na dotaz odpověděli „spíše ne“. U většiny seniorů se v doplňujících sděleních objevovaly věty typu: jen někdy, v přítomnosti svých blízkých nebo kamarádů, podle aktuálního zdravotního stavu, štěstí hledám i v drobných věcech. Zcela pozitivní nebo naopak zcela negativní odpověď na takto položenou otázku nezvolil žádný z respondentů.

Otázka č. 26

Úkolem poslední otázky bylo zmapovat, zda se oslovení senioři těší na něco v budoucnosti. Otázka vycházela z předpokladu, že pokud se senioři zabývají budoucností, mají určitou motivaci k dalšímu životu. Respondentům byla předložena škála 3 odpovědí opět s možností vlastního doplnění. V celkovém počtu dotázaných respondentů došlo ve výpovědích k vzácné shodě, jelikož všech 8 seniorů označilo jako svou odpověď variantu, že se těší „na některé události, které očekávají“. Své odpovědi doplnily různými, někdy i překvapujícími, důvody. Většina z nich se těší na běžné věci, jako je na jaro, na setkání s blízkými a kamarády, na dobrý oběd, na drobné radosti, o které by se chtěli podělit. Jedna respondentka odpověděla řečnickou otázkou, když se

zeptala, zda je možné se těšit na domov pro seniory? Nejvíce zarážející byla odpověď respondentky, která uvedla, že přestože se těší na drobné radosti, je její život stále samá nejistota, a proto ona se nejvíce těší na smrt.

7 Shrnutí praktické části a interpretace výsledků

V praktické části své bakalářské práce jsem za pomoci výzkumné metody strukturovaného rozhovoru vedeného s náhodně vybranými seniory ověřila některé skutečnosti, na které byly stanoveny v cíli práce i ve výzkumných otázkách. Oslovila jsem celkem osm respondentů ve věkovém rozpětí 63-86 let, z toho pět žen a tři muže, různého rodinného stavu a žijící v různých sociálních podmínkách.

V průběhu rozhovorů jsem zaznamenávala jednotlivé odpovědi do záznamových archů, a to jak vybrané odpovědi z předem stanovených možností odpovědí, tak doplňující výpovědi seniorů. Většina odpovědí se pro mne stala důležitým a zajímavým zdrojem informací. Některé překvapivé poznatky mne pak dále vedly k hlubšímu zamyšlení a porovnávání zjištěného s tím, co je uváděno v literatuře či je obecně známo nebo se obecně předpokládá. Uvědomuji si, že zjištěné závěry nemohu jednoznačně vztáhnout na celou populaci seniorů s ohledem na velikost mého výzkumného vzorku. Kromě do určité míry statistických výsledků jsem získala i některé výpovědi, které skupinu seniorů určitým způsobem charakterizují a mohly by se stát základem pro další výzkum.

Nejčastěji přijímanou sociální oporou seniorů je sociální opora poskytovaná v rámci rodiny. Lze konstatovat, že rodina hraje v péči o starého člověka nezastupitelnou roli. Je pro něho zdrojem zázemí, psychické posily a v případě ztráty soběstačnosti i potřebné péče. Dle zjištěných údajů nezbytnou péči o seniora vykonávají většinou děti nesoběstačného seniora, a to buď proto, že jeho partner již sám péči v plném rozsahu poskytovat nemůže, nebo je senior již bez partnera. Senioři péči poskytovanou ať užší či širší rodinou přijímají většinou jako přirozenou věc, jelikož vlastní péče probíhá v rámci setkávání se s blízkými, na které se staří lidé převážně těší. Pokud z nějakého důvodu není péče z rodiny postačující, pak je většinou kombinována s terénní pečovatelskou službou.

Zde pak vyvstává do popředí místo bydliště seniora, jelikož dostupnost takové péče je přímo úměrná zalidnění v oblasti. Pokud jedinec bydlí ve větším městě, má možnost službu nasmlouvat u vícero registrovaných poskytovatelů pečovatelské služby. Pokud bydlí jedinec ve vesničce vzdálené od města, je rád za existenci jedné pečovatelské služby, bez ohledu na její kvalitu. Většina respondentů má snahu žít co nejdéle ve svém domácím prostředí a do domova pro seniory by byli ochotni nastoupit

jen z důvodu špatného zdravotního stavu. O jiném důvodu pro nástup dotázaní respondenti vůbec neuvažovali. Naopak zazněl názor, že dokud není možné přestěhovat se do pobytového zařízení s několika kousky vlastního nábytku a vybavení, odmítá respondentka o nástupu vůbec přemýšlet.

Potřeby jednotlivých seniorů jsou rozdílné a také hodnocení vztahující se k jejich uspokojení je velmi subjektivní. Většině dotazovaných seniorů poskytované služby dostatečně zajišťují jejich potřeby, ale část z nich si uvědomuje, že jejich potřeby nejsou zcela pokryty. Zde jistě velkou roli hraje i lidský faktor, snaha o vyhovění, vzájemná tolerantnost a vstřícnost mezi příjemcem a poskytovatelem pomoci.

Výrazný je rozpor se objevil v oblasti finančního zabezpečení seniorů. Přestože se obecně hovoří o tom, že je finanční zajištění seniorů neuspokojivé, většina oslovených se cítí spíše finančně zabezpečena než nezabezpečena. Lze usuzovat, že tento pocit oslovených seniorů plyne za zažitého způsobu života, kdy své nároky omezují jen v rozsahu dostupných financí, případně jsou jejich možnosti vést finančně náročnější život omezeny zdravotním stavem.

Také oblast sociálních dávek je seniorům známá, neboť využívají jak jednotlivé příspěvky, tak mimořádné výhody pro zdravotně postižené občany. Pokud pobírají příspěvek na péči, většině tento příjem zcela nebo převážně pokryje veškeré náklady vynaložené na nutnou péči.

Silným motivačním prvkem pro seniory je emocionální opora, kterou čerpají hlavně z rodiny a svých blízkých. Jak uvedli všichni oslovení jedinci, jsou pro ně vztahy panující v rodině nezbytné nebo velmi důležité. Pokud poměry v rodině nefungují harmonicky, je to pro seniory zdroj neklidu a nespokojenosti. Setkávání s rodinnými příslušníky mají rozličnou četnost a u některých seniorů jsou doplněna i různými společnými aktivitami, např. společnými nákupy, případně výlety. Důvodem ke spokojenosti nemusí být ani tak frekvence kontaktů, jako spíše pocit, že rodina má o svého seniora zájem nebo že ho určitým způsobem potřebuje. Možnost participace pak u jedinců posiluje sebedůvěru a motivuje je k dalšímu konání.

Většina seniorů se snaží naplňovat život pokud možno aktivní činností. Jestliže jsou z důvodu svého zdravotního stavu z aktivního života vyřazováni, většinou nesou tento fakt velmi těžce a špatně se s ním vyrovnávají. Přestože je fenomén diskriminace v současné době stále hodně zviditelňovaný, většina dotázaných se diskriminovaná necítí, nebo diskriminaci nijak silně nevnímá. Na základě výpovědí respondentů se domnívám, že spíše než diskriminaci řeší senioři svoji fyzickou soběstačnost neboli

kondici, která je jim jako problém mnohem bližší, neboť se s jejím úbytkem denně potýkají. Schopnost soběstačnosti a tím i nezávislost na pomoci druhé osoby je určitým mezníkem pro vnímání sama sebe. Obavy ze zhoršujícího se zdravotního stavu pak většině seniorů narušují klid a pohodu. Pokud se člověk stane odkázaným na pomoc jiné fyzické osoby, může mu jeho nesoběstačnost brát chuť do dalšího života. Zdrojem síly pro překonávání životních překážek se pak může stát i víra.

Dle uskutečněné sondy do života seniorů usuzují, že dnešním seniorům jsou dostupné různé formy sociální opory a že různé druhy péče a služeb mohou více méně pokrýt veškeré materiální potřeby jedinců. Přesto dotazovaní často pocítují smutek a pesimismus. Z druhé strany však alespoň krátkodobě dokáží pocítit štěstí, např. při setkání s blízkými nebo i z drobných denních maličkostí. A budoucnost? Žádný z respondentů neměl dlouhodobé plány, těší se zejména jen na rodinné události nebo z každodenních drobností. Budoucnost v podstatě pro většinu znamená obavy z nesamostatnosti a závislosti na pomoci, z nemoci a bolesti, z umístění do domova pro seniory. Rozdíl je pouze v tom, že někdo o tomto faktu dokáže hovořit veřejně a jiný ho nosí jen sám v sobě.

ZÁVĚR

„Stárnutí je velká výsada. Dovoluje zpětnou vazbu k dlouhému životu, který může být oživen v retrospektivě. S léty retrospektiva více a více zahrnuje, výjevy a jednání se stávají reálnějšími a přítomnějšími“

E.H.Erikson

Stárnutí populace je v dnešní době jedním z velmi diskutovaných témat. A jelikož pracuji jako sociální pracovníce a problematika seniorů se mne pracovně i osobně denně dotýká, zaměřila jsem se na tuto problematiku i ve své bakalářské práci.

V teoretické části jsem se nejdříve zabývala stářím, sociální oporou a kvalitou života. Dále jsem poukázala, jaké formy péče jsou seniorům dostupné a jak dalece mohou pokrýt jejich potřeby. Podrobněji jsem se zaměřila na péči poskytovanou v rámci rodiny, na poskytované sociální služby i specifikaci jednotlivých sociálních dávek ze systému sociálního zabezpečení.

V praktické části jsem byla vedena osobním cílem blíže poznat staré lidi, jejich mentalitu, názory i vnímání. Proto jsem si jako cíl stanovila úkol ověřit, jak dalece ovlivňuje přijímaná sociální opora kvalitu života současných seniorů. Kladla jsem si i další doplňující otázky, např. jaká je dostupnost různých forem sociální opory, zda dostupná sociální opora postačuje k uspokojení potřeb seniorů nebo zda sociální opora přispívá ke spokojenosti seniorů.

Pro uskutečnění výzkumu jsem si záměrně vybrala metodu strukturovaného rozhovoru se záznamovým archem pro zapsání vybraných odpovědí i navazujících výpovědí. Metoda rozhovoru se mi jevila vzhledem ke specifičnosti zkoumané populace jako nejvýhodnější, jelikož při ní dochází k přímému kontaktu s respondenty, kladené otázky je možno vysvětlit i zopakovat, a kromě vybraných odpovědí je možno zaznamenat i další podnětné informace. Zpočátku uvažovanou dotazníkovou metodu jsem po zralé úvaze zamítla, jelikož jsem se obávala nezájmu seniorů o vyplňování formulářů a následnou malou návratnost dotazníků, jejich nepochopení, případně jen striktní vyznačení zvolených odpovědí.

K provedení šetření jsem úmyslně vybrala malý vzorek respondentů s cílem navázat s jednotlivci užší kontakt. Tak se mi v průběhu rozhovorů podařilo získat osobní i důvěrnější výpovědi, z nichž by některé mohly být předmětem dalších výzkumů.

Na počátku práce jsem předpokládala, že senioři budou mít dostupnou péči v potřebném rozsahu, budou se cítit finančně málo zajištěni a budou projevovat svoji celkovou nespokojenost. Z odpovědí je zřejmé, že většinou jsou jejich potřeby skutečně dostatečně zajištěny, a to hlavně formou pomoci poskytované rodinou. Dále pak navazuje terénní pečovatelská služba, případně pobytové služby v domovech pro seniory. Zhoršená je dostupnost terénní služby na venkově, kde péči poskytuje maximálně jedna organizace. Také umístění do domova pro seniory je pro některé kategorie seniorů nedostupné. Zde vyvstává celá řada problémů, které by bylo vhodné dále řešit. Jednak je nutné, aby společnost více podporovala péči poskytovanou v rodině a vytvářela podmínky pro pomáhající rodiny, neboť takto poskytovaná péče je seniory nejlépe přijímána. Dále je důležité další rozšíření terénních sociálních služeb na vesnice, případně i na samoty, aby byla zajištěna jak jejich kompletní dostupnost, tak kvalita. Vzhledem k zvyšujícímu se počtu seniorů je potřebné i zvyšování kapacity pobytových zařízení, aby kritéria pro přijetí byla volněji nastavena a do domova pro seniory mohl být přijímán širší okruh zájemců.

Z praxe je mi známo a senioři to ve svých výpovědích potvrdili, že dostupnosti institucionální opory brání také její roztříštěnost a neprovázanost, což klade na seniory velké nároky při jejím získávání. Vzhledem k tomu, že v dohledné době není proveditelné tento nesystematický nedostatek v poskytování péče odstranit, je nutno všemi dostupnými prostředky zvýšit informovanost seniorů a tím jim institucionální oporu pro zkvalitnění života přiblížit. Nutnost zvýšení informovanosti seniorů i jejich rodinných příslušníků vidím jako jeden z výstupů své práce.

Jak bylo z výpovědí respondentů zjištěno, přestože většinou hodnotí své potřeby jako dostatečně pokryté, nepocítují senioři klid a pohodu a často se u nich vyskytuje i strach a obavy z budoucnosti. Vyvstávají zde otázky, proč i přes vnímané materiální zabezpečení neplánují budoucnost, proč nejsou celkově spokojeni, z čeho plyne jejich nespokojenost, strach a obavy? Z uvedeného lze usuzovat, že kvalita života současných seniorů zahrnuje řadu oblastí, které je nutno řešit a rozvíjet. V tomto poznání vidím přínos pro své pracovní zařazení a pro osobní život. Senioři potřebují kromě materiálního zajištění také psychickou podporu – trpělivě je vyslechnout, působit na jejich sebehodnocení, posilovat jejich sebevědomí, pomoci jim orientovat se v běžném dění a zprostředkovat pozitivní pohled na život okolo sebe. Dále je nutno podporovat pečující rodiny, aby v důsledku vykonávané péče nestrádaly a poskytovanou péči nepocítovaly jen jako povinnost. Přínosem by jistě bylo i zvýšení profesionálních

pracovníků v pomáhajících profesích, aby tito pracovníci měli dostatek času nejen seniorům zajistit nezbytnou péči, ale aby si s nimi mohli v klidu i pohovořit, probrat jejich problémy a poradit.

Jak je z výzkumu zřejmé, sociální opora má skutečně pozitivní vliv na zkvalitnění života seniorů. Mohu tedy konstatovat, že se mi podařilo splnit cíl této práce. Přesto se prokázalo, že sociální opora ještě není natolik běžně dostupná a kvalitní, aby zajistila všestrannou spokojenost seniorů. Zde se nabízí prostor pro další empirická bádání a široký výzkum.

SEZNAM LITERATURY

BIBLIOGRAFICKÉ A ELEKTRONICKÉ CITACE DOKUMENTŮ

1. Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V., Šolcová, I.: *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Masarykova univerzita & nakladatelství MSD, 2005. ISBN 80-86633-35-7
2. Břeská, N., Vránová, L.: *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky sociální péče pro zdravotně postižené občany k 1.3.2007*. Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-378-4
3. Haškovcová, H.: *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2
4. Kalvach, Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0
5. Kalvach, Z., Onderková, A.: *Stáří*. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5
6. Kebza, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5
7. Klevetová, D.: *Význam rodiny pro starého člověka*. In: Sociální péče 5/2009.
8. Klevetová, D., Dlabalová, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
9. Králová, J., Rážová, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7
10. Králová, J., Rážová, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči 2009/2010*. Olomouc: ANAG, 2009. ISBN 978-80-7263-559-7
11. Křivohlavý, J.: *Kvalita života*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. ISBN 80-7040-720-4
12. Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0
13. Křivohlavý, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4
14. Langmeier, J., Krejčířová, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9
15. Mareš, J.: *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001. ISBN 80-86225-19-4
16. Mareš, J. a kol.: *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9

17. Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J.: *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
18. Matoušek, O. a kol.: *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9
19. Michalík, J.: *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Praha: VCIZP-sekce vzdělávání, 2008. ISBN 80-903658-1-7
20. Mlýnková, J.: *Potřeba soběstačnosti u klientů v ústavní i domácí péči*. In: Sociální péče 4/2009.
21. MPSV: *Kvalita života ve stáří. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: MPSV, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2
22. Ondrejko, P.: *Úvod do metodologie sociálních věd*. Bratislava: Regent, 2006. ISBN 80-88904-44-7
23. Pacovský, V.: *Geriatrická diagnostika*. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1994. ISBN 80-85526-32-8
24. Payne, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0
25. Petr, P.: *Kvalita života v balneologii*. Praha: Inpress, 2004. ISBN 80-903427-1-X
26. Pichaud, J., Thareauová, I.: *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3
27. Surynek, A., Komárková, R., Kašparová, E.: *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Pres, 2001. ISBN 80-7261-038
28. Stuart-Hamilton, I.: *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2
29. Sýkorová, D.: *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Slon, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5
30. Špatenková, N.: *Krize, psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0888-4
31. Vágnerová, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-802-3
32. Venglářová, M.: *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
33. Vojtová, P.: *Zdravotně sociální aspekty lidských práv*. In Kapitoly sociální práce v praxi. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008.

34. Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.): *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0042-5

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

36. Portál Ministerstva práce a sociálních věcí [online]. 2000 [cit. 2009-11-14].

Dostupný z www: < <http://www.mpsv.cz/cs/8#ps>>

37. Portál Ministerstva práce a sociálních věcí [online]. 2000 [cit. 2009-11-14].

Dostupný z www:

< http://www.mpsv.cz/files/clanky/7162/Socialni_sluzby_a_prispevek_na_peci.pdf>

38. Portál Ministerstva práce a sociálních věcí [online]. 2000 [cit. 2009-11-17].

Dostupný z www: < <http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>>

39. Portál Ministerstva práce a sociálních věcí [online]. 2000 [cit. 2009-12-28].

Dostupný z www: < http://www.mpsv.cz/files/clanky/7089/ssz_cr_cz.pdf>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti pro účely přiznání příspěvku na péči

Příloha č. 2:

Dotazník pro strukturovaný rozhovor (záznamový arch)

Příloha č. 1

Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti pro účely přiznání příspěvku na péči.

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

1. Úkony péče o vlastní osobu

- a) příprava stravy
- b) podávání a porcování stravy
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu
- d) mytí těla
- e) koupání a sprchování
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny
- h) vstávání z lůžka, uléhání a změna poloh
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě
- j) stání, schopnost vydržet stát
- k) přemístování předmětů denní potřeby
- l) chůze po rovině
- m) chůze po schodech nahoru a dolů
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání
- p) orientace v přirozeném prostředí
- q) provedení si jednoduchého ošetření
- r) dodržování léčebného režimu

2. Úkony soběstačnosti

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi
- d) obstarávání osobních záležitostí
- e) uspořádání času, plánování života
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku
- g) obstarání si potravin a běžných předmětů (nakupování)
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla
- i) mytí nádobí
- j) běžný úklid v domácnosti
- k) péče o prádlo
- l) přepírání drobného prádla
- m) péče o lůžko
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů
- o) manipulace s kohouty a vypínači
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti

Příloha č. 2

Dotazník pro strukturovaný rozhovor (záznamový arch)

1. Věk

- 60 - 64 let
- 65 – 69 let
- 70 – 74 let
- 75 – 79 let
- 80 a více let

2. Rodinný stav

- svobodná(ý)
- vdaná/ženatý
- rozvedená(ý)
- vdova/vdovec

3. Bydlíte

- sama/sám
- u dětí
- s jinými příbuznými
- v zařízení

4. Vaše bydliště se nachází

- v centru Českých Budějovic
- v okrajové části Českých Budějovic
- na venkově – mimo České Budějovice

5. Potřebnou pomoc poskytuje

- osoba blízká
- jiná fyzická osoba než blízká (sousedé, známí, přátelé apod.)
- poskytovatel sociálních služeb (terénních nebo ambulantních)
- poskytovatel pobytových sociálních služeb.....

6. Pokud pečuje osoba blízká, uveďte, jaký k Vám má příbuzenský vztah

- dítě
- manžel/manželka
- vnuk/vnučka
- zeť/snacha
- péče celé rodiny
- jiný vztah

7. Jakou sociální službu využíváte

- žádnou
- pečovatelskou službu
- jinou terénní službu (osobní asistence)
- pobytovou službu

8. Se službami, které využíváte, jste

- zcela spokojen
- převážně spokojen
- částečně spokojen
- spíše nespokojen
- zcela nespokojen

9. S dostupností sociálních služeb jsem

- zcela spokojen(a)
- převážně spokojen(a)
- částečně spokojen(a)
- zcela nespokojena(a)

10. Služby, které jsou Vám v současné době poskytovány v rámci rodiny nebo formou poskytovatelů sociálních služeb, pokrývají Vaše potřeby

- zcela
- dostatečně
- nedostatečně

11. Cítíte se finančně zabezpečen(a)

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

12. Pobíráte nějaké sociální dávky

- ne
- ano – jaké?
 - Příspěvek na péči
 - Dávky pomoci v hmotné nouzi
 - Dávky státní sociální podpory
 - Dávky pro zdravotně postižené občany

13. Pokud pobíráte příspěvek na péči, pokryje dávka celé Vaše náklady vynaložené na potřebnou pomoc

- ano, plně
- z větší části
- z menší části

14. Jsou pro Vás důležité vztahy v rodině

- jsou nezbytné
- hodně důležité
- málo důležité
- bezvýznamné

15. Jak často jste v kontaktu s rodinou

- denně
- několikrát týdně
- týdně
- v delším časovém intervale (uved'te v jakém.....)
- vůbec

16. Trávíte volný čas

- aktivně
- spíše aktivně
- spíše pasivně
- pasivně

17. Realizujete některé aktivity spolu s rodinou, pokud ano, uveďte jaké.....

- ano, často
- někdy
- zcela výjimečně
- nikdy

18. Jaký by byl – případně již byl – důvod k nástupu do domova pro seniory

- vlastní rozhodnutí
- osamělost
- špatný zdravotní stav
- jiný důvod.....

19. Setkáváte se s projevy věkové diskriminace

- ano, denně
- často
- výjimečně
- vůbec

20. Jak pociťujete svůj věk

- většinou se cítím mladší
- někdy se cítím mladší
- mé pocity odpovídají mému věku
- někdy se cítím starší
- většinou se cítím starší

21. Se svým zdravím jsem

- zcela spokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- zcela nespokojen(a)

22. Se svou fyzickou soběstačností (kondicí) jsem

- zcela spokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- zcela nespokojen(a)

23. Pociťujete klid a pohodu

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

24. Pociťujete někdy pesimismus a smutek

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

25. Cítíte se šťastný(á)

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

26. Těšíte se na něco v budoucnosti

- na vše, co budoucnost přinese
- na některé události, které očekávám (uveďte na jaké)
- na nic