

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**Postoje k institucionální péči u seniorů**

Bakalářská práce

Autor práce:  
Jana Stanková

Vedoucí práce:  
Mgr. Petra Zimmelová

14. 5. 2007

## **Abstrakt**

### **Public attitudes to the Institutional Care for senior citizens.**

Population aging is the most characteristic feature of demographic development in The Czech Republic. This demographic development is to be continued during following years. Support among generations, their solidarity and cohesiveness should be standard of all remedies accepted in the reaction of population aging.

With some seniors there appears the loss of self-sufficiency, which is usually result of the health condition and psychosocial situation. These seniors need to be provided with sensible service coordination with the use of all possibilities in to be provided in unforced environment.

The sphere and spectrum of social services in last decade has rapidly expanded. By means of social services there is provided help with looking after self, providing food, accommodation, help with running a household, taking care.... Apart from the other things, the targets of these services are to support the development or at least the present self-sufficiency of a user in his home environment. Focusing on the care of aging population must be seen in a field-work not just in the institution.

The aim of this work is to find out if the public understands that institutional senior care is care related to a field-work. The method of quantitative search was used for this survey. A questionnaire was used for questioning by the data collecting as the most convenient method. The questioned was the public in two age groups – adults aged between 30 and 40. The other group were respondents 60+. The respondents were chosen by chance and the only allocation was the age. The questionnaire research took place form December 2006 to February 2007. 202 of questionnaires were given out in the area of the Benesov county.

The presumption that people aged up to 40 are less informed about the system of social care for seniors than people over 60 was not confirmed. Those respondents 60+ did not prove any major knowledge or foreknowledge about these services.

The presumption that people 60+ prefer a field-work and health service to the institutional care was confirmed.

Most of the respondents would solve the reduced self-sufficiency of seniors by supporting of home care. The research confirmed that the public has awareness of the reasons, which lead to the field-work preferences for seniors.

Nevertheless it is necessary to focus on better foreknowledge of public about the social service system.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Postoje k institucionální péči, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované 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.

.....  
Datum

.....  
Podpis studenta

### **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Petře Zimmelové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce.

## OBSAH:

<b>Úvod</b> .....	7
<b>1. Současný stav</b> .....	8
1.1 Stáří a stárnutí.....	8
1.2 Sociálně zdravotní rizika ve stáří.....	10
1.3 Problémy s uspokojováním potřeb a péčí.....	11
1.4 Kvalita života.....	12
1.5 Cíle zdravotně sociálních služeb.....	12
1.5.1 Komunitní plánování.....	13
1.5.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	14
1.5.3 Sociální práce se starými lidmi.....	14
1.5.4 Význam rodiny pro starého člověka.....	15
1.5.5 Institucionální péče.....	16
1.5.6 Terénní služby.....	17
1.6 Zákon o sociálních službách.....	18
1.6.1 Formy poskytování sociálních služeb.....	19
1.6.2 Služby sociální péče pro seniory.....	20
1.6.3 První reakce na nový zákon o sociálních službách.....	24
<b>2. Cíl práce a hypotézy</b> .....	25
2.1 Cíl práce.....	25
2.2 Hypotézy.....	25
<b>3. Metodika</b> .....	26
3.1 Použité metody výzkumu.....	26
3.2 Charakteristika výběrového souboru.....	26
<b>4. Výsledky</b> .....	27
<b>5. Diskuze</b> .....	41
<b>6. Závěr</b> .....	45
<b>7. Seznam použitých zdrojů</b> .....	47
<b>8. Klíčová slova</b> .....	50
<b>9. Přílohy:</b> .....	51

## Úvod

Stárnutí populace je nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje České republiky, ale i dalších rozvinutých zemí Evropy. Tento demografický vývoj bude v dalších letech pokračovat (příloha 1). Podpora mezigenerační solidarity a soudržnosti by měla být součástí všech opatření přijímaných v reakci na stárnutí populace (21).

Zmíněné stárnutí populace se rovněž výrazně dotkne České republiky. Dnes u nás žije 10,2 miliónů obyvatel a podle prognóz bude v roce 2050 o 1 milión méně. Česká republika je dnes ve středních hodnotách se 14 % obyvatel starších 65 let, ale podle prognóz by měla mít v roce 2050 nejvíce seniorů spolu s Itálií (29).

Stárnutí je chápáno jako jev celospolečenský i individuální, který vyžaduje přijmout ucelený a dlouhodobý program přípravy na stáří a vyvolat zájem společnosti i jednotlivců o tuto problematiku. Takovým programem je Národní program přípravy na stárnutí populace v ČR. V předkládaném Návrhu základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v ČR je vytyčeno 10 základních principů a s nimi souvisejících práv, zaměřených na oblast etického přístupu ke stáří, přirozeného sociálního prostředí, pracovních aktivit, hmotného zabezpečení, zdravého životního stylu a kvality života, zdravotní péče, komplexních sociálních služeb, společenských aktivit a bydlení. Zvolených 10 základních principů postihuje potřeby českých seniorů i společnosti a směřuje zejména k zajištění rovného práva pro seniory, důstojnosti, nezávislosti, plnohodnotné účasti seniorů na sociálním, kulturním, hospodářském a politickém životě, kvality péče a podpory, vyrovnání příležitostí, k uvědomění si osobní odpovědnosti za přípravu na stáří a posílení role přirozeného sociálního prostředí (16).

U některých seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení a psychosociální situace. U těchto seniorů je třeba zajistit účelnou koordinaci služeb, s využitím všech možností k životu v přirozeném prostředí (22).

## 1. Současný stav

### 1.1 Stáří a stárnutí

Kalvach uvádí, že stárnutí (involuce) je univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Involuce není dosud jednoznačně definována a je převážně popisována jednotlivými vlastnostmi a projevy. Výsledkem stárnutí je stáří (senium). Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. Mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů, jejich heterochronie (nástup v různém věku), vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří (6).

Dle Holmerové z lékařského i demografického pohledu považujeme u nás za počátek stáří obvykle věk 65 let. Možná si v blízké době budeme spíše zvykat na rozdělení vyššího věku, které bylo používáno na Druhém světovém shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu (duben 2002), kde se hovořilo o seniorech jako o lidech 60ti letých a starších a o starých seniorech jako o lidech starších 80 let. Toto rozdělení se zdá být praktičtější, nikoli pro demografický popis populace ve vyspělých zemích, ale pro celý svět, v jehož některých oblastech (subsaharská Afrika) je střední délka života cca 40 let. Stáří jsme si zvykli rozdělovat ještě dále na jednotlivé etapy následovně:

60 – 74 let – počínající stáří

75 – 89 let – vlastní stáří

90 let a více – dlouhověkost (5)



nebo podle Kalvacha:

65 – 74 let – mladí senioři

75 – 84 let – staří senioři

85 let a více – velmi staří senioři (6).

Stárnutí je nevratný, univerzální, i když druhově specifický biologický proces, který však stále jen obtížně definujeme. Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí svou funkční rezervu. Starý organismus se tak stává méně přizpůsobivým k měnícím se podmínkám vnitřního i zevního prostředí, ztrácí své adaptační schopnosti a snadno i při mírných podnětech dochází k dekompenzaci jak orgánové funkce, tak organismu jako celku. Involuční změny a současná mnohočetná orgánová patologie charakterizují zvláštnosti chorob ve stáří, které tvoří jedno z rozhodujících specifíků geriatrické medicíny. S věkem se mění spektrum nemocnosti, narůstají chronické degenerativní choroby (jako jsou osteoartróza, osteoporóza, kardiovaskulární a cerebrovaskulární choroby a postižení, demence), orgánová postižení se kombinují a jsou doprovázena celkovou rizikovostí seniora. Podle epidemiologických studií trpí téměř 90% osob nad 75 let jednou či více chronickými chorobami. Obvyklé je sdružování nemocí, a to buď bez kauzální souvislosti, nebo dochází k příčinnému řetězení chorob, kdy jedna vyvolává druhou. Klasickým příkladem je zlomenina krčku femoru vedoucí k imobilizaci, komplikovaná flebotrombózou s následnou embolizací do plic. Dlouhodobá imobilizace vede ke vzniku dekubitů, močové inkontinenci, pro niž je zaveden permanentní katétr, a stav se dále komplikuje urosepsí. Tento příklad demonstruje komplikovanost geriatrického pacienta, jehož onemocnění přesahuje hranice tradičních medicínských oborů a vyžaduje mezioborový přístup (27).

Specifická rizika stáří se vyznačují komplexností. Znamená to, že sociální (psychosociální) složka nebezpečí je vždy spojena se složkou zdravotní. Právem mluvíme o sociálně zdravotních rizicích.

## *1.2 Sociálně zdravotní rizika ve stáří*

Většina současných koncepcí „úspěšného stárnutí“ i ostatní programy zaměřené na posilování kvality života a úspěšnou adaptaci ve stáří tedy dnes spíše kladou hlavní důraz na dodržení dostatečné aktivity lidí vysokého věku: nečinnost je patogenní tělesně i psychicky a sociálně. Negativní vlivy nečinnosti nebo podnětové, ale i emoční deprivace, jsou přitom ve starším věku daleko výraznější než dříve a vedou k urychlení přirozených involučních změn.(11).

Sociálně zdravotní rizika ve stáří, jak uvádí Pacovský, jsou potenciální, vyznačují se však tím, že se snadno realizují, což se projeví souborem klinicky zjevných příznaků. Příčinou přeměny, dosud pouze možné hrozby do skutečnosti, jsou zátěžové situace, které starý člověk nezvládne a souběh jednotlivých rizikových faktorů („rizika jsou nebezpečná sama sobě“), čím více nepříznivých faktorů je přítomno současně, tím větší je nebezpečí.(18).

Rizika převážně sociální (psychosociální):

- Vysoký věk (nad 80 let).
- Nezvládnutí problémů souvisejících s (nuceným) odchodem do starobního důchodu.
- Ztráta dřívějších rolí, aktivity, programu.
- Nespolutráce a poruchy chování.
- Sociální izolace, osamělé žití.
- Konflikty s manželem, partnerem nebo s rodinou, v níž geronti žijí.
- Malá adaptace na zátěže a změnu prostředí event. na hrozbu změny.
- Umístění do ústavní péče, zvláště do péče trvalé.
- Špatné finanční situace, ekonomické problémy.
- Problémy s očekávanou smrtí.

Rizika převážně zdravotní:

- Nápadně urychlené a předčasné stárnutí.
- Chronické choroby vedoucí k funkční ztrátě.
- Choroby s obtěžujícími komplikacemi.

- Tělesný nebo psychický handicap.
- Imobilita, slepota, hluchota.
- Chorobné psychické změny (anhedonie – ztráta radosti ze života, deprese, suicidální chování).
- Neschopnost identifikovat závažné potíže jako chorobu.
- Pociťované problémy se zdravotní, event. sociální péčí.
- Nedostatek potřebné péče.
- Čekání na přijetí do vhodného zařízení jinde („nedostupné lůžko“).
- Nedůvěra v geriatrický tým a neshoda s ním (18).

### *1.3 Problémy s uspokojováním potřeb a péčí*

Péče je pilířem geriatrické medicíny a – posuzováno z hlediska starého člověka – je spojena s některými klinickými důležitými problémy, které jsou v určitých patologických situacích nevídaným atributem péče. Nejvíce problémů se týká nepřiměřenosti péče.

Péče znamená také starostlivost. Synonymem slovesa pečovat je dbát o někoho (event. o něco), starat se, mít péči, nebýt lhostejný, věnovat se někomu, hledět si někoho. Tyto výrazy shodného významu již samy o sobě signalizují pozitivní lidské konání ve prospěch někoho jiného. Péče má vysokou morální hodnotu.

Péče je více než pouhé léčení, terapie v tradičním slova smyslu. Nemocný senior potřebuje více než pouhý lék. Péče o starého člověka se orientuje především na jeho potřeby, jejich uspokojování, zajišťování, pokrývání, a pak na řešení gerontových problémů. Vyznačuje se individuálních aplikací. Kritériem pro posouzení péče je člověk sám, musí mít z péče prospěch. Někdy naopak vznikají problémy z nadměrné péče, tzv. přepečování. Tím se omezuje jejich aktivita a vzniká závislost seniora na někom jiném (18).

#### ***1.4 Kvalita života***

Kvalita života (QoL, Quality of Life) je termín používaný pro vyjádření spokojenosti občanů se základními funkcemi, které bydliště nabízí občanům pro uspokojení jejich primárních potřeb. Je definovaná jako „míra spokojenosti s možnostmi, které jsou pro život člověka relevantní.“ Člověk může pociťovat různou míru spokojenosti, a tedy dosahovat různé kvality života. Kvalita života je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a ekologických podmínek, týkajících se lidského a společenského života (28).

#### ***1.5 Cíle zdravotně sociálních služeb***

Seniorská populace je z hlediska zdravotního a funkčního velmi heterogenní a vyžaduje diferencované přístupy a projekty. U významné části seniorů, které je možno chápat jako typicky geriatrické pacienty, vystupuje do popředí křehkost (vyžadující včasnou intervenci), atypičnost chorobných projevů a mnohočetnost jejich obtíží (vyžadující komplexní diagnostiku). Jen u menšiny seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení (nikoli pouhé involuce), nároků prostředí a sociální situace (významná je zvláště osamělost). U těchto seniorů je třeba zajistit účelnou koordinaci služeb zdravotnických a sociálních, s využitím všech možností k životu v přirozeném prostředí (dlouhodobou ústavní péči vyžaduje ve vyspělých státech méně než 5 % osob starších 65 let, resp. méně než 20 % osob starších 80 let) (20).

Okruh a spektrum sociálních služeb se v posledních desetiletích neobyčejně rozšířil, od zajištění základních životních potřeb až po specializované odborné služby, je tomu proto, že reagují na zcela bezprostřední potřeby lidí, kteří jsou různí v jednotlivých zemích a regionech. V každé evropské zemi a regionu se služby přizpůsobují tradici, potřebám a možnostem (26).

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování,

pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem služeb bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu. Rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život, snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis (23).

Koncepce týkající se sociálních služeb se v současné době realizuje ve třech rovinách, a to v rovině plánování sociálních služeb – komunitní plánování; v rovině mapování kvality sociálních služeb – zavádění standardů kvality; a v rovině financování sociálních služeb (29).

### ***1.5.1 Komunitní plánování***

Základem komunitního plánování sociálních služeb je spolupráce zadavatelů (obcí, krajů) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivými organizacemi) sociálních služeb při vytváření plánu, vyjednávání o budoucí podobě služeb a realizaci konkrétních kroků. Společným cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb.

Při plánování sociálních služeb se vychází zejména z porovnání existující nabídky sociálních služeb se zjištěnými potřebami (potenciálních) uživatelů služeb. Výsledek provedeného srovnání slouží jako jeden z klíčových podkladů pro zformulování priorit v oblasti sociálních služeb (8).

### ***1.5.2 Standardy kvality sociálních služeb***

K vytvoření systému kvalitních sociálních služeb slouží standardy, spojující v sobě jak zkušenosti terénu, tak nejnovější poznatky v oblasti poskytování sociálních služeb. Standardy vycházejí z koncepce naplňování základních lidských práv a svobod tak, jak jsou uvedeny v Deklaraci základních lidských práv a svobod, a jsou zakotveny v právních dokumentech České republiky (25).

Lze je považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Standardy jsou rozděleny do tří základních částí: procedurální, personální a provozní standardy(2).

1. března 2007 započala realizace projektu „Iniciální vzdělávání průvodců v zavádění Standardů kvality sociálních služeb“ (IVP SQSS) jako součásti projektu „Vzdělávání v zavádění Standardů kvality sociálních služeb“ (31).

### ***1.5.3 Sociální práce se starými lidmi***

Věk sám o sobě není důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Sociální práce musí směřovat především k nejvíce ohroženým starým lidem, tedy osaměle žijícím, velmi starým („staří staří“, nad 80 let), propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným léčeným doma, křehkým a zmateným, trpícím demencí či depresí, přijatým do institucí a žijícím v nich, žijícím v chudých čtvrtích nebo v studených a jinak nevyhovujících bytech, sociálně a geograficky izolovaným, vystaveným špatnému zacházení, ponižování a segregaci (13).

Sociální práce se tedy soustřeďuje do oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Limity se mohou dotýkat hybnosti, smyslového vnímání i jiných kognitivních funkcí. Omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány, udržovat kontrolu nad svým životem v míře, na jakou byl zvyklý. Tím se významně snižuje kvalita jeho života. Bariéry v uskutečňování životních úkolů mohou však být i psychologické a sociální, „neschopnost“ v jedné oblasti může vyvolat „neschopnost“

v jiné oblasti – rozvíjí se tzv. spirála neschopnosti nebo naučená neschopnost. Smyslem sociální práce se seniory je pak pomoci starému člověku vyjít ven z tohoto bludného kruhu „nezvládnutí“ (13).

#### *1.5.4 Význam rodiny pro starého člověka*

Ze sociologického hlediska se vytrácí v rodinných vztazích pomalu, ale jistě, závislost na prarodičích. Kontakty s prarodiči se omezují. Rodina nebydlí pohromadě, její členové jsou pracovně nebo jinak časově vytíženi. Prarodiče nepřejímají a nebudou přejímat péči o vnuky, kterou od pradávna v rodině zastávali. Mezigenerační vztahy dostávají zcela jinou hodnotu. V důsledku rozpadajících se vztahů rodičů (případně nově vznikajících) přibývají vedle biologických prarodičů i další rodinní příslušníci ve věku prarodičů. S těmito změnami se v konečném důsledku rozměňuje a vytrácí pocit zodpovědnosti dětí ke starší generaci a pravděpodobně se totéž podvědomě přenáší také na vnuky (30).

V souvislosti s rodinou a seniory se nelze ze strany rodiny jednoznačně spoléhat na stát (ve smyslu „stát se musí postarat“), stejně tak se stát nemůže zbavit povinnosti a delegovat péči na rodinu, aniž by k tomu poskytl finanční a jiné podmínky. Ideální situace je ta, kdy dochází k dělení odpovědnosti. Určitou formu péče přebere ten nebo onen subjekt podle určených dohod (26).

Aktivní podíl rodiny lze zaznamenat u ambulantní domácí péče, kdy se v ošetrovatelské péči navzájem doplňují rodinní příslušníci s profesionálními pracovníky ošetrovatelské péče. Lidský faktor jako solidárnost, ochota převzít odpovědnost, zůstává stále u rodinných příslušníků v popředí. Nutno si uvědomit, že těžiště této pomoci spočívá na ženách. Péči v rodině seniory většinou přijímají kladně, přesto však s sebou nese určitá rizika. Z dlouhodobého hlediska vzniká mezi seniorem a pečujícím členem závislost, ze které není úniku. Tento stav se mnohdy projevuje bezmocností ústící v konflikty ve vztazích (4).

V současných podmínkách se rodina pečující o seniora dostává do sociální izolace. Pečující rodina v důsledku závislosti a neustálé „pohotovosti“ ztrácí kontakty s okolním světem. Osoba, která pečuje o seniora, trpí fyzickým i psychickým tlakem.

Nedochází-li ke snižování tohoto tlaku, sám pečující může hledat východisko např. v násilí vůči ošetřovanému.

Společnost by měla nabízet rodině pečující o seniora dostatečnou sociální podporu a naopak rodina pečující o seniory by měla pomoc vyhledávat a využívat ji, snažit se uplatňovat opatření a podmínky pro udržení zdravého způsobu života ve svém okruhu (14).

### *1.5.5 Institucionální péče*

Ať již sociální či zdravotnická, se v určité historické době zdála nejen ideální, ale také jedinou alternativou. Byla dokonce považována za vhodné, moudré a celkové řešení života starých lidí, zvláště těch, které stihla v různé míře nesoběstačnost. Institucionální péče byla po řadu let budována s nadějí, že dostatečný počet lůžek vyřeší problémy života starých nemocných lidí. Nestalo se tak. Určitá saturace v oblasti takto chápané a takto poskytované péče přinesla sice jisté zklidnění, ale překvapivě také sérii nových problémů (4).

Obyvatelé našich zařízení bývají často odsouzeni ke stresu z nudy, nedostatku aktivity a stimulace, popisuje Rheivaldová. Dostavuje se apatie a deprese. Mnohá zařízení se tak stávají smutnými čekárnami na smrt, která bývá vykoupením (22).

Haškovcová dále zdůrazňuje, že starých lidí je a bude mnoho, nelze je všechny umístit do azylových zařízení, a to nejen z důvodů ekonomických. Je jasné, že problematiku péče o staré lidi nelze řešit převážně, natož pouze, institucionální péčí. Víme, jaké konkrétní problémy s sebou ústavní péče přináší, a to jak pro jednotlivce, tak i pro společnost. Nejzávažnějším individuálním problémem je věková segregace a z toho plynoucí pocity odloženosti a „konečné štace“. Odborníci na celém světě se shodují v tom, že je v podstatě zakončen rozvoj specializovaných obřích domovů důchodců či jejich analogů. To ovšem neznamená, že stávající systém institucionální péče by měl být zrušen. Institucionální péče bude mít i nadále v celistvém systému péče o staré osoby své důležité a nezastupitelné místo. Starý člověk se zkrátka bude někdy dostávat do situace, kdy nejlepším řešením z možných bude právě umístění na lůžko azylového ústavu (4).



Perspektivní trend péče je třeba spatřovat nikoliv v centralizaci, ale v totální a účelné decentralizaci péče a příslušných služeb. Těžiště péče o staré lidi je nutné i u nás v blízké budoucnosti spatřovat v terénu, nikoliv v instituci. Na základě dosavadních znalostí a zkušeností je evidentní, že nosný typ péče o staré lidi tkví ve vytvoření jednotného komplexu zdravotně sociální péče. Všechny alternativní způsoby péče se musí vzájemně doplňovat, kompletovat. Aby plně funkční systém péče o staré lidi skutečně žil, je nutné především přijmout za sebe i své staré příbuzné odpovědnost; ve společenském kontextu je třeba onu odpovědnost rozšířit i na všechny spoluobčany (12).

Starí lidé odcházejí také do různých zařízení sociální péče tehdy, když se samota stane nesnesitelnou, když doma všechno bezpečně nezvládnou, nebo když se o ně jejich děti bojí. Ve většině případů si uvědomují, že je to do konce života... Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším, co tvořilo dosavadní život. Dům, ve kterém prožili pár desítek let, kde se narodily jejich děti, tento dům musí opustit... „Vstup do zařízení sociální péče je vážnou událostí“ (19).

K vytvoření systému kvalitních sociálních služeb slouží standardy (viz. výše), spojují v sobě jak zkušenosti terénu, tak nejnovější poznatky v oblasti poskytování sociálních služeb (25).

### *1.5.6 Terénní služby*

V soudobé sociální práci se snažíme o deinstitucionalizaci, prosazující ve všech případech, kdy je to možné, neústavní formy péče, dobře klientovi dostupné a nevytrhující klienta z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity (12).

Sociální práce se starými lidmi je naplňováním plánu propouštění a pokračováním práce s pacientem – klientem a s jeho rodinou v jeho domácím (přirozeném) sociálním prostředí, ale plní i jiné funkce, jež mají posílit udržení starého člověka v jeho domácím prostředí, jeho integraci do společnosti a zachování dobré fyzické kondice a aktivity. Sociální práce s komunitou zahrnuje především spoluúčast na sociálním plánování a na rozvoji komplexní sítě sociálních služeb (sociální péče

i sociální intervence), včetně její dostatečné návaznosti na zdravotnické služby. Zahrnuje též celkovou péči o kvalitu života o podporu zdraví starších lidí žijících v komunitě (13).

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů. Cílem služeb bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů (17).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis (23).

### ***1.6 Zákon o sociálních službách***

Od 1. ledna 2007 vstoupil v platnost zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb (17).

V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí. Lidé mají právo na to, aby žádali o pomoc a podporu ze strany veřejné správy a poskytovatelů sociálních služeb v případě, že nejsou schopni samostatně řešit svou nepříznivou sociální situaci. Toto právo je založeno na obecném principu solidarity ve společnosti. Současně je jim zákonem garantováno, že poskytnutá pomoc a podpora musí zachovávat jejich lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálních potřeb člověka a působit na něj tak, aby byla posilována jeho schopnost sociálního začlenění (25, 33).

Nárok mají lidé na bezplatné sociální poradenství, které se vztahuje k možnostem řešení jejich nepříznivé sociální situace. Poradenství musí poskytnout každý poskytovatel sociálních služeb.

Dále může člověku vzniknout nárok na příspěvek na péči, ovšem až tehdy, když se podrobí odbornému sociálnímu a lékařskému posouzení míry jeho závislosti na pomoci jiné osoby. Na poskytnutí sociální služby není nárok, její rozsah a charakter je vždy založen smlouvou mezi uživatelem a poskytovatelem služby. Výše uvedená práva a nároky se vztahují k občanům České republiky a občanům ostatních členských zemí EU a dále pak k občanům jiných států, pokud mají na území členské země EU legální dlouhodobý pobyt. Hovoříme o tzv. okruhu oprávněných osob. Problematika cizích státních příslušníků je řešena mezi otázkami k příspěvku na péči (17).

### ***1.6.1 Formy poskytování sociálních služeb***

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní: pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí (23).

### ***1.6.2 Služby sociální péče pro seniory***

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

#### **Osobní asistence**

Jedna z možných služeb je osobní asistence. Je to terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Služba obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně,
- pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (33).

#### **Pečovatelská služba**

Další alternativou je pečovatelská služba. Je to terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (33).

### **Odlehčovací služby**

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (33).

### **Centra denních služeb**

V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (33).

### **Denní stacionáře**

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (33).

### **Týdenní stacionáře**

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (33).

### **Domovy pro seniory <sup>\*)</sup>**

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnost,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (33).

\*) Domov pro seniory – po 1.1. 2007 zákonem transformovány domovy důchodců na domovy pro seniory. Stará terminologie je použita i v rámci výzkumu – nový název není ještě plně zažit v povědomí

### **Telefonická krizová pomoc**

Služba telefonické krizové pomoci je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- telefonickou krizovou pomoc,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (33).

### *1.6.3 První reakce na nový zákon o sociálních službách*

Nový zákon o sociálních službách přinesl také určité pochybnosti. Mění po desetiletí fungující vztah subjektu (poskytovatele) a objektu (příjemce) sociální péče na vztah partnerský. Viditelnými projevy tohoto posunu je změna financování sociálních služeb. Peníze formou příspěvků nyní přicházejí přímo těm, kteří je potřebují – z pasivních příjemců péče se stávají klienty, kteří rozhodují, jaké služby a od koho využijí. Právě po tomto právu léta volali nejen mnozí z nich, ale i jejich rodinní příslušníci, občanská sdružení a organizace, které zastupují jejich zájmy.

Přesto nová pravidla provázejí nejasnosti, obavy z neznámého: na jedné straně strach z nabitě samostatnosti a odpovědnosti za sebe sama, na straně druhé strach ze ztráty dosavadního postavení, z konkurence i nových typů sociálních služeb (10).



## **2. Cíl práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem práce je zjistit, zda veřejnost chápe institucionální péči o seniory jako péči navazující na služby terénní.

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotéza č.1: Lidé ve věku do 40tí let mají méně informací o systému péče o seniory než lidé ve věkové kategorii 60 let a více.

Hypotéza č.2: Lidé ve věkové kategorii 60 let a více preferují terénní sociální a zdravotní služby před péčí institucionální.

### 3. Metodika

#### *3.1 Použité metody výzkumu*

Pro výzkum byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Jako nejvhodnější metoda bylo vybráno dotazování. Technikou sběru dat byl dotazník.

Dotazník byl koncipován jako soubor 10ti otázek, které na sebe navazují (viz příloha 3). S ohledem na ochranu osobních údajů byl dotazník anonymní. Respondenti uváděli pouze věk, který byl však nutný pro potřebu výzkumu a jeho následnou analýzu. K potvrzení nebo vyvrácení hypotézy č. 1 byly koncipovány otázky č. 1, 2, 5. K potvrzení nebo vyvrácení hypotézy č. 2 byly koncipovány otázky č. 5, 6, 8, 9.

#### *3.2 Charakteristika výběrového souboru*

Zkoumaným souborem byla veřejnost ve dvou věkových kategoriích – dospělí od 30ti do 40ti let a ve věkové kategorii nad 60 let. Respondenti byli vybráni náhodným výběrem, přičemž jedinou kvótou byl věk respondenta. Jako minimální počet respondentů bylo v každé věkové kategorii 101 respondentů. Dotazníkové šetření probíhalo v období od prosince 2006 do února 2007, celkem bylo rozdáno 202 dotazníků na území okresu Benešov – Benešov, Vlašim, Votice, Bystřice, Divišov a Pyšely. Dotazníky byly rozdány tak, aby byly zastoupeny názory mužů a žen ve městě i na venkově. Sociodemografický vývoj okresu je uveden v příloze 1. Statistické údaje o lokalitě jsou uvedeny v příloze 2. Pro zpracování dat byly použity grafy a tabulky.

#### 4. Výsledky

Po získání dotazníků byla provedena kontrola dat. Dotazníky, které byly vyplněny neúplně nebo neobstály při logické kontrole, byly vyřazeny (1).

Od respondentů ve věkové kategorii 30 – 40 let bylo zpracováno 79 dotazníků, návratnost byla 79,8 %.

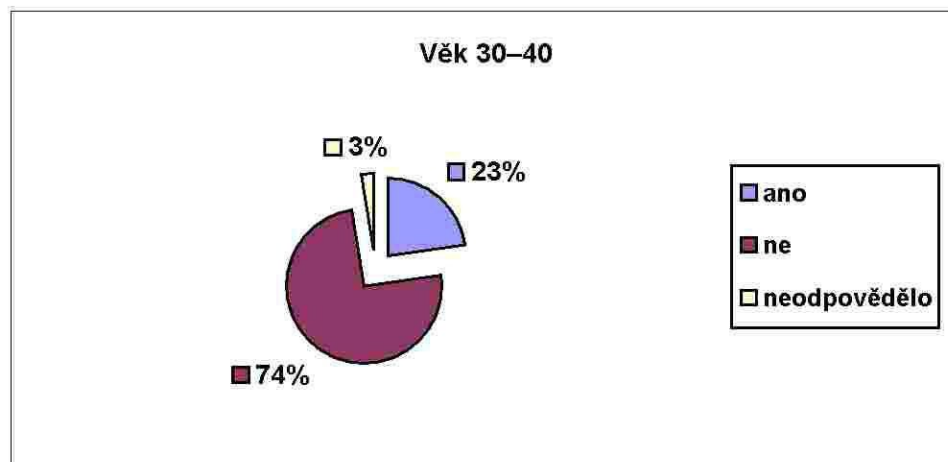
Od respondentů ve věkové kategorii 60 a více let bylo zpracováno 93 dotazníků, návratnost byla 94 %.

Výsledky jsou uváděny v % nebo absolutních číslech.

Procentuální účast respondentů, odpovídajících na otázky dotazníku, jsou popsány v příloze 4.

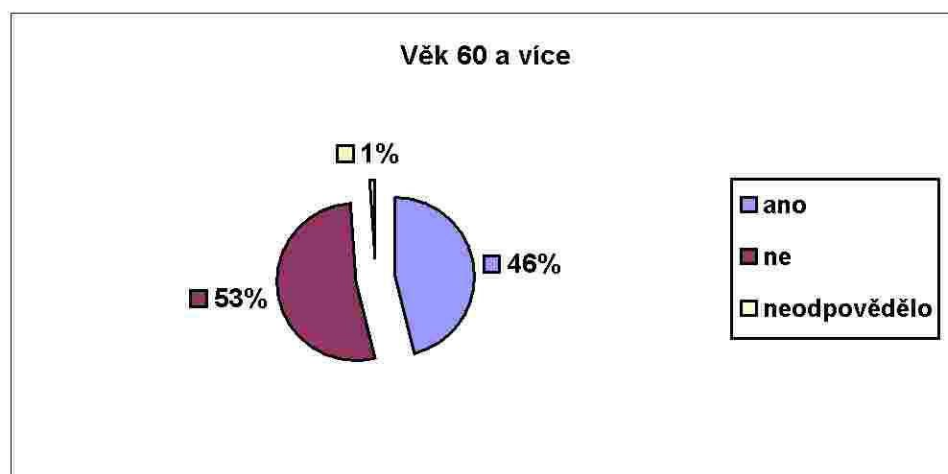
## 1) Subjektivní hodnocení dostatku informací o službách pro seniory

Graf 1: Subjektivně posouzený dostatek informací – respondenti 30-40 let



Zdroj: Vlastní výzkum

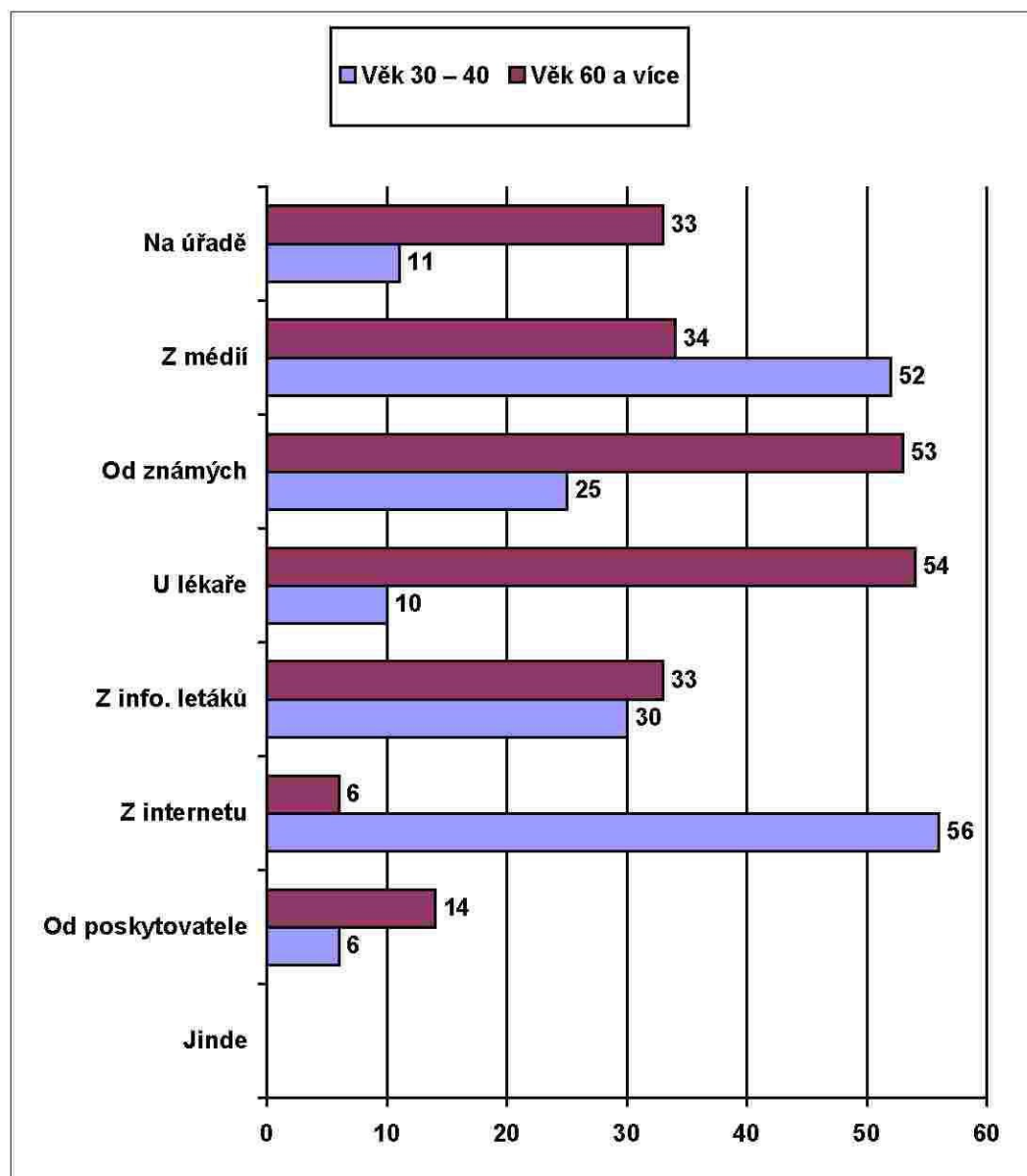
Graf 2: Subjektivně posouzený dostatek informací – respondenti 60 a více let



Zdroj: Vlastní výzkum

## 2) Nejpřístupnější zdroje informací

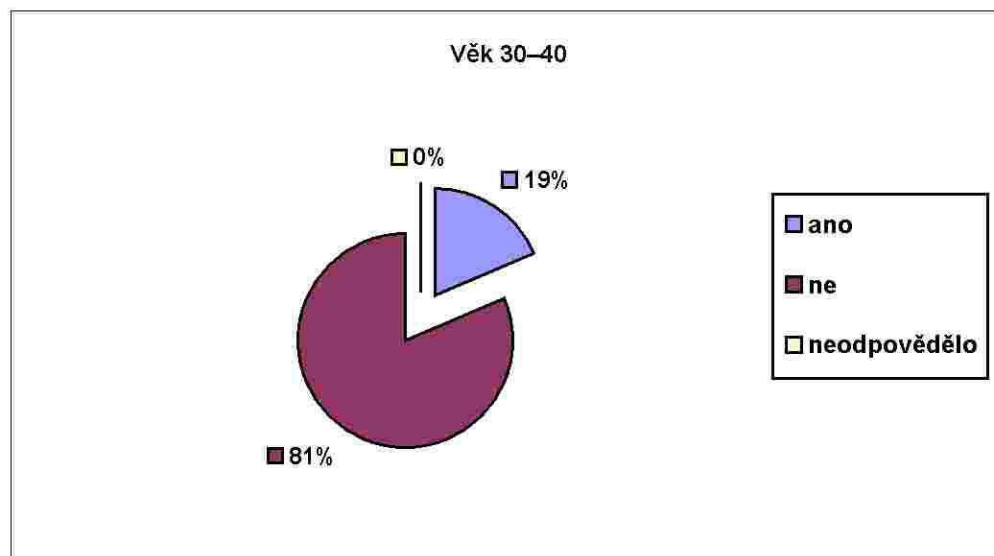
Graf 3: Nejpřístupnější zdroje informací (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

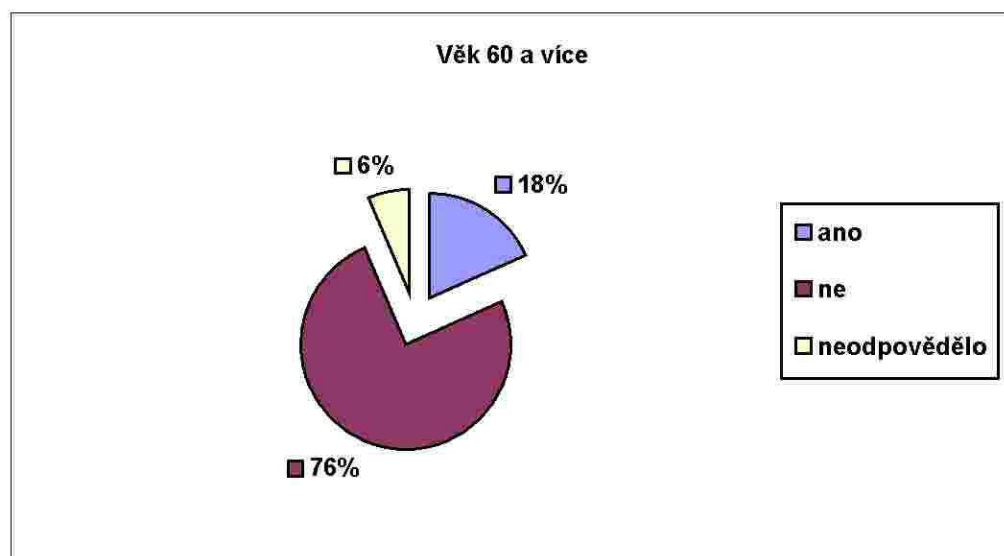
### 3) Využití služeb pro seniory pro sebe nebo své blízké

Graf 4: Využití služeb pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5: Využití služeb pro seniory



Zdroj: Vlastní výzkum

### 3/1 Faktické využití služeb pro seniory

Tabulka 1: Typ využití služby

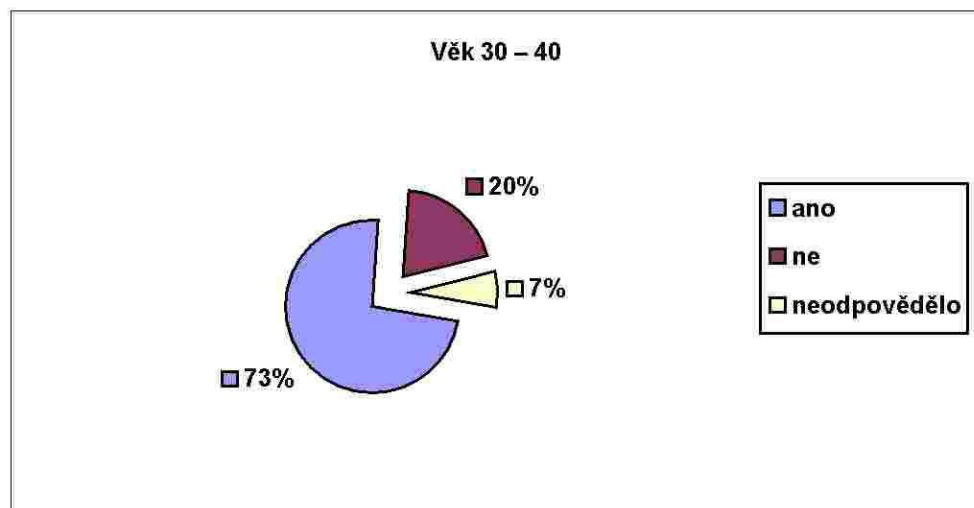
	Věk 30 – 40	Věk 60 a více
Pečovatelská služba	1	13
DPS <sup>*)</sup>	6	1
DD <sup>*)</sup>	3	1
Denní stacionář	1	0
Ošetřovatelská agentura	1	0
Neodpovědělo	4	2

<sup>\*)</sup>DPS – Dům s pečovatelskou službou, DD – Domov důchodců

Zdroj: Vlastní výzkum

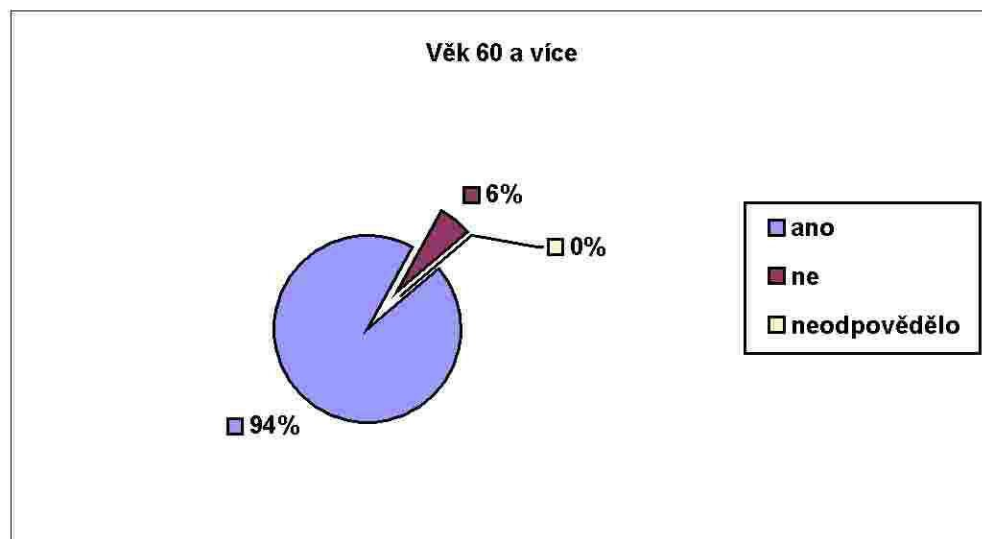
#### 4) Subjektivní spokojenost s využívanou službou pro seniory

Grafy 6: Spokojenost se službou



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7: Spokojenost se službou



Zdroj: Vlastní výzkum



#### 4/1 Důvod nespokojenosti s využívanou službou pro seniory

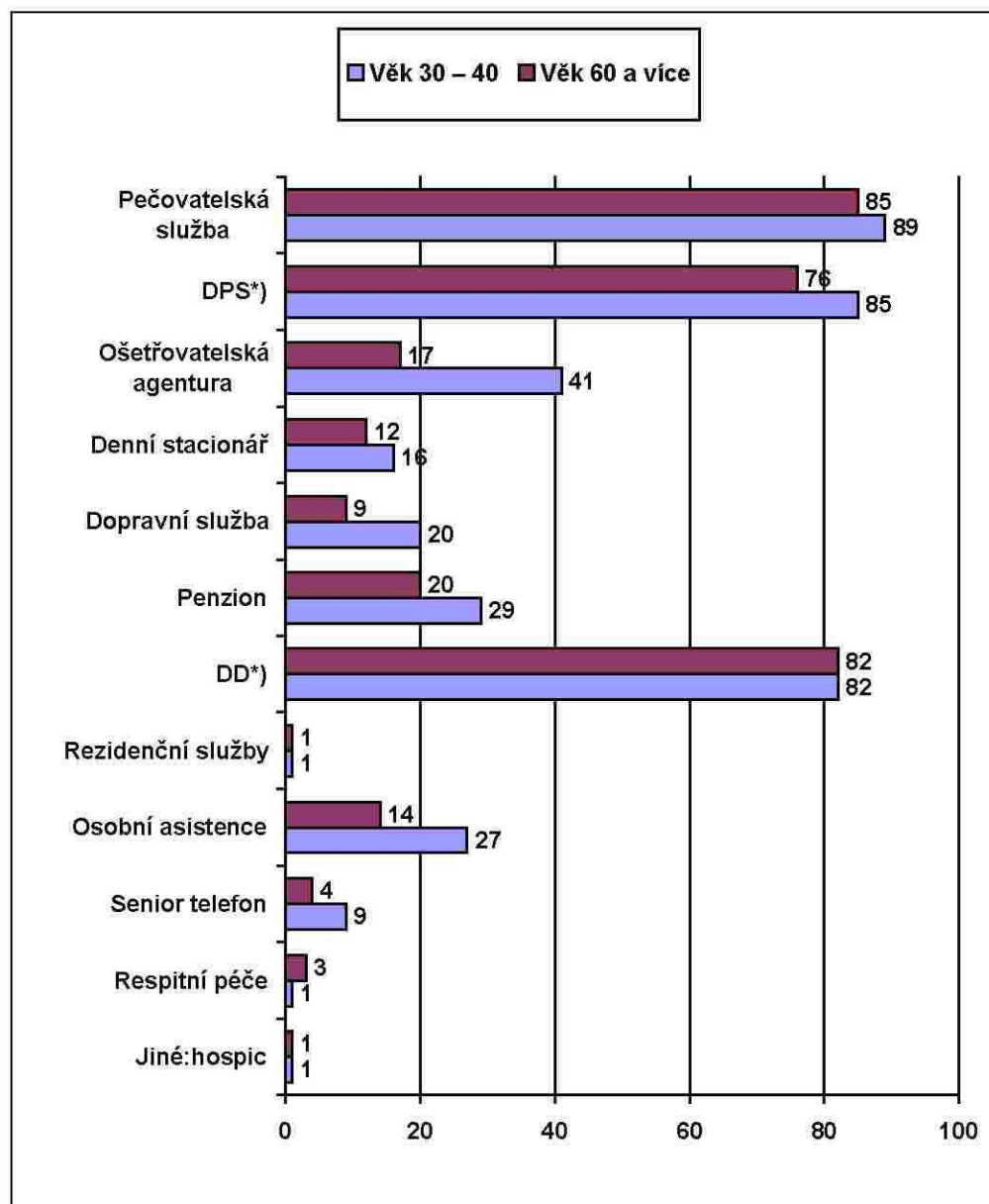
Tabulka 2: Nespokojenost se službou

	Věk 30 – 40	Věk 60 a více
Nezájem personálu	1	1
Nedostatek péče	1	
Nezajištění odpovídajícího servisu – nedostatečný úklid		1
Neodpovědělo	1	

Zdroj: Vlastní výzkum

## 5) Současné povědomí respondentů o službách pro seniory

Graf 8: Znalost služeb (v %)

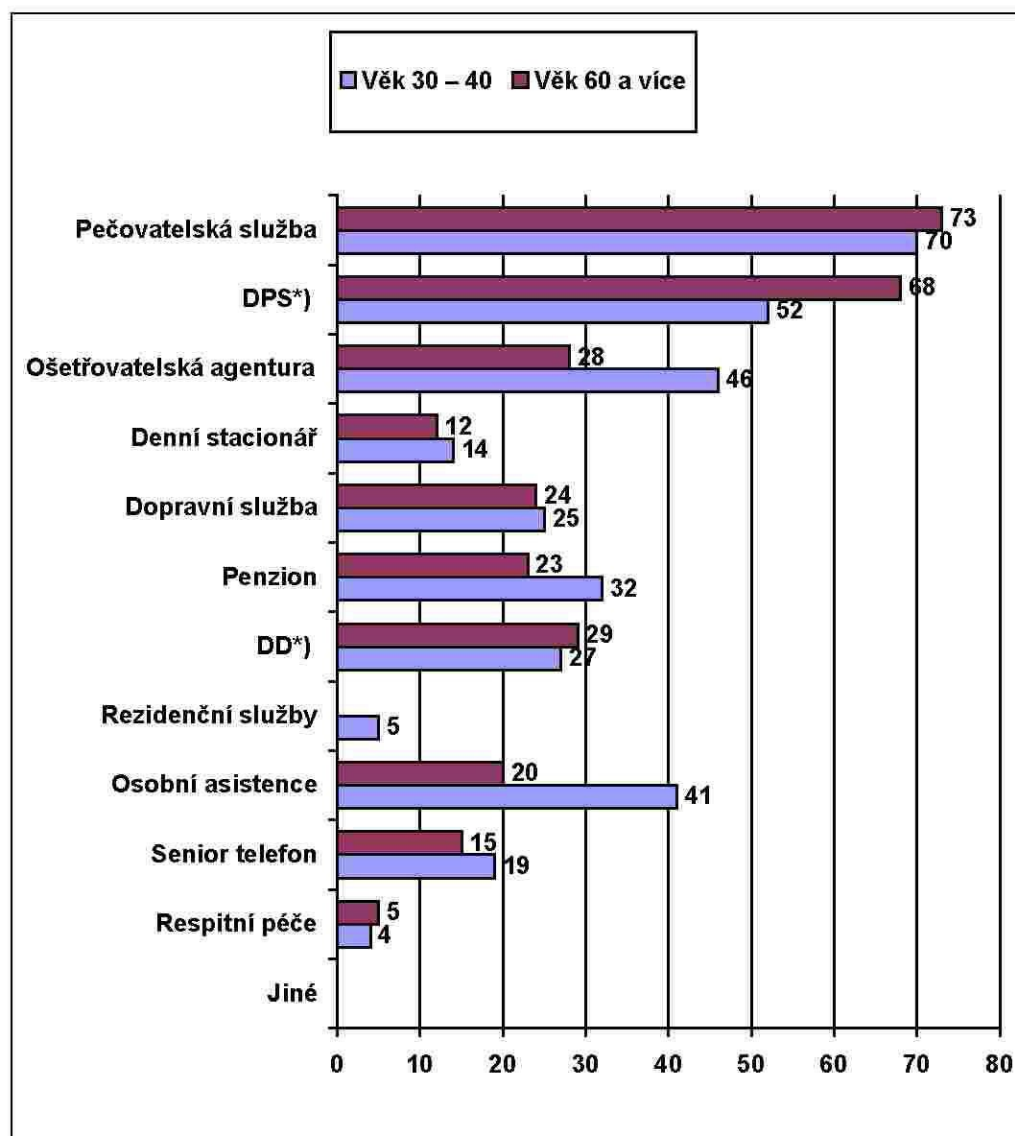


\*) DPS – Dům s pečovatelskou službou, DD – Domov důchodců

Zdroj: Vlastní výzkum

6) Míňení respondentů o užitečnosti služeb pro zachování kvality života v seniorském věku

Graf 9: Hodnocení užitečnosti služeb (v %)



\*) DPS – Dům s pečovatelskou službou, DD – Domov důchodců

Zdroj: Vlastní výzkum

7) Služby pro seniory, které respondenti ve svém okolí postrádají

Tabulka 3: Přehled chybějících služeb

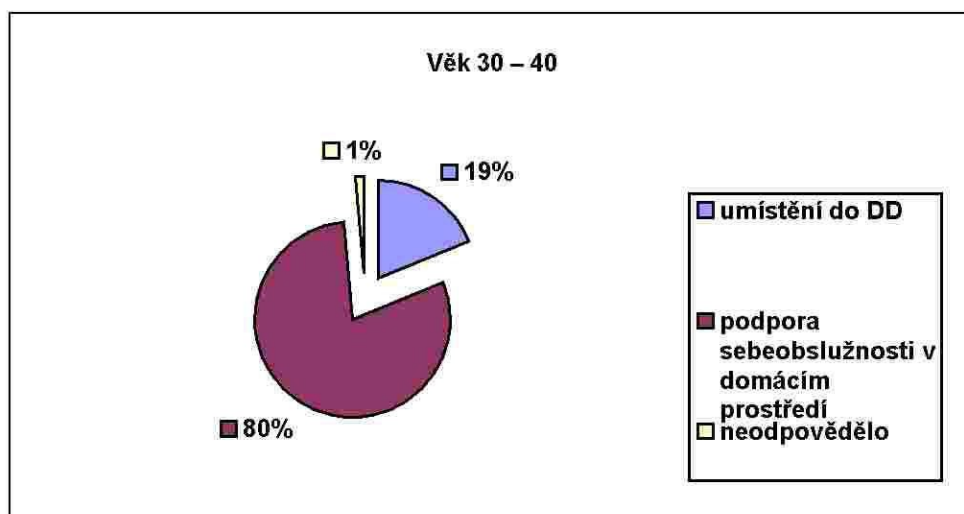
	Věk 30–40	Věk 60 a více
Pečovatelská služba	2	3
DPS <sup>*)</sup>	1	1
Domácí ošetrovatelská agentura	<u>15</u>	<u>5</u>
Centrum denních služeb – stacionář	8	<u>6</u>
Dopravní služba pro imobilní seniory	4	<u>5</u>
Penzion pro seniory	5	4
DD <sup>*)</sup>	1	2
Rezidenční služby	0	1
Osobní asistence	<u>12</u>	<u>6</u>
Senior telefon – krizová linka	3	3
Respitní péče	2	3
Univerzita třetího věku	1	
Kluby aktivního stáří	1	1

<sup>\*)</sup>DPS – Dům s pečovatelskou službou, DD – Domov důchodců

Zdroj: Vlastní výzkum

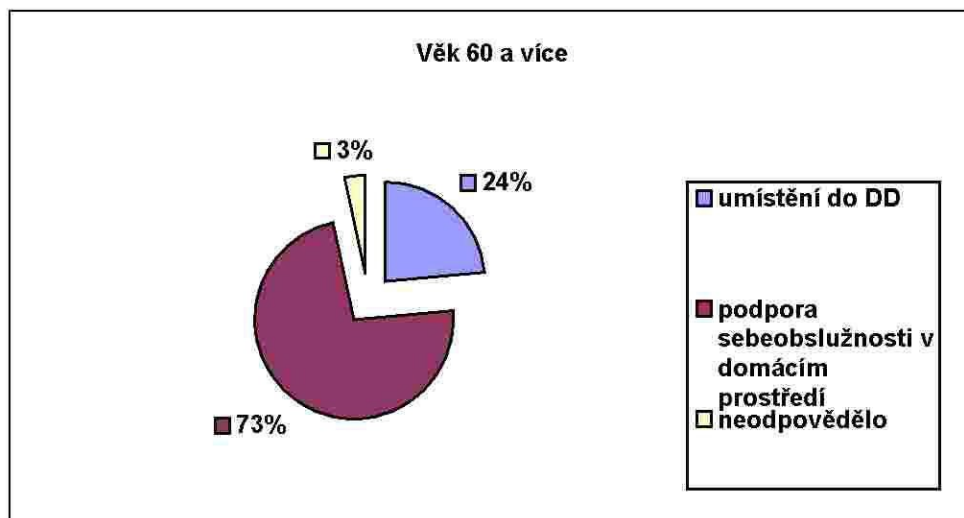
8) **Názor respondentů na vhodnost umístění seniora do domova důchodců či podpoření sebeobslužnosti v rámci domácího prostředí**

Graf 10: Způsob řešení snížené sebeobslužnosti u seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11: Způsob řešení snížené sebeobslužnosti u seniorů



Zdroj: Vlastní výzkum

9) Pořadí služeb, na které by se respondenti obrátili v případě potřeby jako na první možnost

I. – respondent by se na službu obrátil jako na 1. volbu

V. – služba by byla vyhledána jako poslední možnost

Tabulka 4: Preference služeb

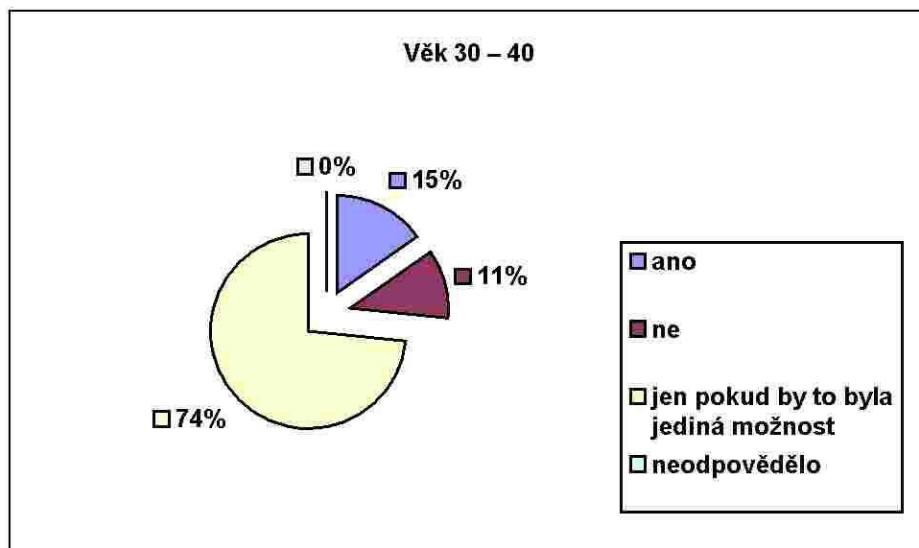
	Věk 30–40					Věk 60 a více				
	I.	II.	III.	IV.	V.	I.	II.	III.	IV.	V.
<b>Osobní asistence</b>	20	15	<u>14</u>	5	7	9	10	<u>12</u>	7	5
<b>Domácí ošetrovatelská agentura</b>	8	<u>27</u>	17	5	4	7	<u>14</u>	11	8	3
<b>DD<sup>*)</sup></b>	1	2	7	9	<u>42</u>	2	1	6	3	<u>31</u>
<b>Pečovatelská služba</b>	<u>28</u>	9	17	6	1	<u>23</u>	9	9	2	0
<b>DPS<sup>*)</sup></b>	4	8	6	<u>36</u>	7	2	9	5	<u>23</u>	4

<sup>\*)</sup>DPS – Dům s pečovatelskou službou, DD – Domov důchodců

Zdroj: Vlastní výzkum

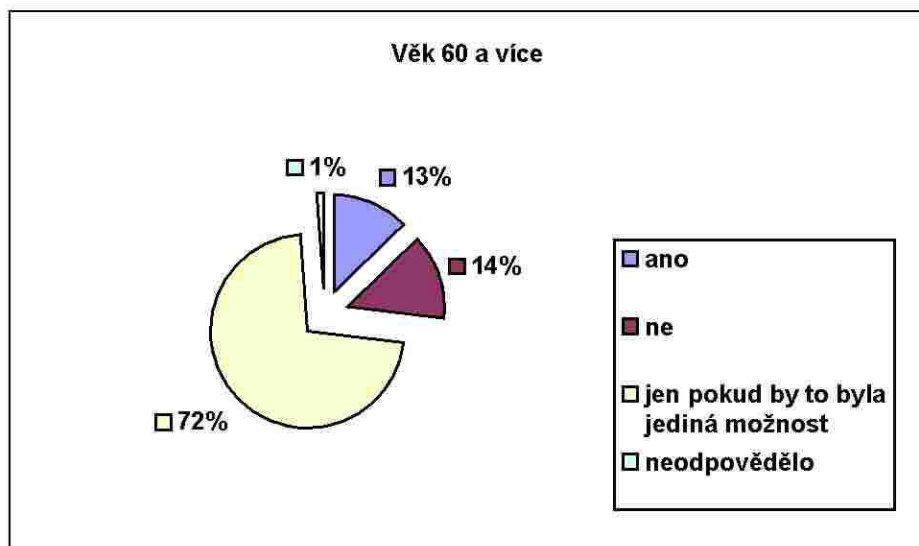
### 10/a) Využití možnosti umístít blízkého do domova důchodců

Graf 12: Důvod umístění do domova důchodců



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13: Důvod umístění do domova důchodců



Zdroj: Vlastní výzkum

## 10/b) Důvody k nevyužití služeb domova důchodců pro své blízké

Tabulka 5: Důvod k neumístění do domova důchodců

	30 – 40 let	60 a více let
<b>Jsme dostatečně široká rodina, abychom zabezpečili péči vlastními silami</b>	<b>2</b>	<b><u>10</u></b>
<b>Bral/a bych to jako osobní selhání</b>	<b><u>6</u></b>	<b>2</b>
<b>Způsob péče v těchto zařízeních by mi nevyhovoval</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Odpovědělo</b>	<b>8</b>	<b>12</b>
<b>Neodpovědělo</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

Zdroj: Vlastní výzkum



## 5. Diskuze

Cílem práce bylo zjistit, zda veřejnost chápe institucionální péči o seniory jako péči navazující na služby terénní.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 202 respondentů, z toho 101 respondentů ve věkové kategorii 30 – 40 let a 101 respondentů ve věkové kategorii 60 a více let.

Jedním z cílů Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007 bylo, že uživatelé a jejich rodiny by již dnes měli mít dostatek informací o službách pro seniory, o terénních i institucionálních (15). Bohužel můj výzkum toto nepotvrzuje. Respondenti přiznávají subjektivní pocit nedostatku informací (viz graf 1, 2).

Jedním z možných řešení informovanosti by mohl být projekt komunitního plánování, který se na území okresu Benešov dokončuje. I zde, v otázce informovanosti o sociálních službách, dochází ke zjištění, že se respondenti cítí neinformováni, ví ale, kde informace o poskytovaných sociálních službách hledat (7). Neinformovanost tedy, dle mého mínění, nepramení z nemožnosti získat informace, ale z momentální nepotřebnosti služeb.

Informační zdroje jsou v rámci obou zkoumaných věkových kategorií velmi rozdílné (viz graf 3). Jak je patrné z odpovědí, mladší generace má k dispozici větší možnost získání informací z veřejných zdrojů: internet, média, informační letáky. Pro generaci starší 60ti let jsou dostupnější zdroje místní: u lékaře, od známých a na úradě.

Praktičtí lékaři v současné době v České republice pracují spíše jednotlivě v samostatných ordinacích, nicméně (jak potvrzuje graf 3) budoucnost v přístupu k pacientům, zejména ke starším jedincům, bude potřebná v týmové práci a těsnější spolupráci s různými institucemi než je tomu dnes. Například s agenturami domácí péče, pečovatelskou službou, sociálními pracovníky, institucemi sociální péče, příbuznými atd. (32). Lze se domnívat, že bude nutné sladit tok informací tak, aby byla

možnost získat ucelenou představu na jednom místě. Generace 60+ v tuto chvíli nejvíce spoléhá na osobní kontakt a pracovníci by měli s tímto počítat.

Jedním ze standardů kvality sociálních služeb je povinnost organizace, která se péčí zabývá, zpřístupňovat veřejnosti informace tak, aby byly přístupné ve formě odpovídající jejím potřebám (25). Z tohoto důvodu se domnívám, že by měly tyto organizace více o své činnosti informovat především praktické lékaře, kteří působí ve stejném regionu. Rovněž by bylo dobré více využít čekáren u těchto lékařů a informovat veřejnost formou propagačních letáků. Dalším možným řešením by mohla být informační centra, která nejsou ještě zcela dostupná, zejména v menších městech.

Celková spokojenost a využívání služeb potvrdily trendy, které jsou zmiňovány v rámci péče o seniory v celém vyspělém světě. Například Haškovcová uvádí, že trendem je zachování maximální autonomie včetně bydlení, a služby spíše nosit za klientem (4). Můj výzkum tyto trendy potvrdil. Nejvyužívanější se jeví pečovatelská služba, což koresponduje s názory Kozlové L., že o pečovatelskou službu je stále velký zájem (9).

Z grafu 8 je rovněž zřejmé, že i v povědomí respondentů převládá pečovatelská služba nejvíce. Působí v péči o seniory již řadu let a je také nejrozšířenější formou terénních sociálních služeb v současné době. Poskytuje služby občanům v jejich domácnostech nebo v domech s pečovatelskou službou. To by mohlo rovněž potvrzovat názor, že popularita a zájem o tuto službu se stále zvyšuje. Jedním z důvodů by mohlo být určité oživení a zpestření nabídky a profesionalizace této služby (9).

Generace 60+ má stále ještě v povědomí typické a historicky déle fungující typy služeb. Zde se shoduje můj výzkum s Matouškem, který uvádí nutnost kontinuálního a za účasti široké veřejnosti připraveného plánu koordinovaných zdravotních a sociálních služeb (13). Součástí těchto plánů by měla být i otevřená informační kampaň, která osloví všechny generace. Můj výzkum prokázal v rámci regionu deficit zejména u starších generací. Můžeme vidět, že mladší respondenti mají více znalostí

o službách pro seniory a také větší znalost o terénních, ambulantních a nově vznikajících službách, než respondenti 60 a více letí ( viz graf 8, 9).

V posledních letech je velmi používaný pojem kvalita života. Snaží se vyjádřit subjektivní bio-psycho-sociální pocity a potřeby člověka (28). Z výpovědí hodnocení služeb, které by mohly být nejužitečnější pro zachování kvality života v seniorském věku (viz graf 9), se potvrzuje fakt, že převládá preference terénních služeb, jejichž cílem je udržet starého člověka soběstačného, společensky integrovaného a spokojeného v jeho navyklém, tj. domácím prostředí tak dlouho, jak je to jen objektivně možné nebo si to sám přeje.

Rovněž z preference pobytových služeb s menší kapacitou klientů by se dalo předpokládat, že by se mohla do budoucna výrazně zvyšovat poptávka po těchto zařízeních rodinného typu a naopak by mohla klesat poptávka po obřích domovech pro seniory (tabulka 3). Ideálním řešením se také jeví bydlení v malých skupinách (13). Péče je zde poskytována v běžné bytové zástavbě, při plném začlenění do komunity.

Souhlasím s názorem Haškovcové, že institucionální služby budou mít stále své důležité zastoupení ve sféře sociální péče, zejména pro starší občany trpící mobilitou nebo takovým zdravotním handicapem, který již zamezuje péči v domácím prostředí (4).

Jde ale především o to, aby tyto služby plynule navazovaly až na péči terénní, která je poskytována v rámci domácího prostředí. Což je jedním z cílů soudobé sociální práce, a to snahy o deinstitucionalizaci, prosazující ve všech případech, kdy je to možné, neústavní formy péče, dobře klientovi dostupné a nevytrhující z jeho přirozeného prostředí (12). I tato tvrzení jsou v souladu s provedeným výzkumem.

Většina dotazovaných respondentů by řešila sníženou soběstačnost u seniorů podpořením péče v domácím prostředí (viz graf 10, tabulka 4). Dá se rovněž předpokládat, že si respondenti dostatečně uvědomují rizika a omezení spojená s umístěním do pobytového zařízení (4). Vedle důvodů bio-psycho-sociálních jsou to i důvody etické a ekonomické (30). Větší finanční možnosti přináší také nový zákon o sociálních službách (33).

S názorem, že domovy důchodců a zařízení podobného typu jsou stále ještě v povědomí jako definitivní ztráta naděje a smutná čekárna na smrt, který popisuje Rheivaldová, lze dle výzkumu částečně nesouhlasit (22). Názory respondentů jsou zřejmě jiné (viz tabulka 5).

Ze své vlastní zkušenosti mohou rovněž potvrdit, že práce a péče v těchto zařízeních se v posledních letech velice zlepšila. Vychází z celostního – holistického přístupu k péči o člověka, z individuálního plánu, založeném na podpoře soběstačnosti a posouzení potřeb, které by mohly napomoci zlepšit klientův aktuální stav nebo kvalitu jeho života (13). Jako hlavní aktér sestavování těchto plánů je vždy klient, nestává se tedy pouze pasivním příjemcem služby, jak tomu mohlo být v dřívějších dobách.

Velká pozornost se dnes rovněž věnuje rodině pečující o seniora. Ona především by měla být spoluúčastna na této péči, nelze veškerou starost přenechat pouze státu, ev. obci (26). Na druhou stranu je nutné poskytovat podporu i celé pečující rodině a to nejen materiální, ale i komplexní poradenskou pomocí a umožnit jí také využívat např. odlehčovací služby – respitní péči. Důležité je rodinu o této možnosti dostatečně informovat (33).

Z výsledků výzkumu se lze domnívat, že mladší generace se cítí být morálně zodpovědná za péči o starší lidi (viz tabulka 5). Lze předpokládat, že si uvědomuje, že rodina vytváří bezpečný prostor pro život seniorů, v níž se přirozeně realizuje mezigenerační solidarita, úcta a respekt ke starším lidem (15).

Starší generace naopak ví, nebo minimálně tuší, že nejlepší je zůstat v domácím prostředí. Přimyká se proto k rodině a příbuzným, od nichž podvědomě a zpravidla zcela správně předpokládá účinnou pomoc (4). Rovněž lze potvrdit názor (19), že rodina stále zůstává jednou z prvních hodnot, přestože se často mluví o krizi rodiny. Skutečností však je, že se od rodiny očekává solidárnost s tím členem, který se nachází v obtížné nebo krizové situaci.

## 6. Závěr

S prodlužováním lidského věku přibývá i počet starých lidí. To s sebou přináší i zvýšenou potřebu kvalitních sociálních služeb.

U některých seniorů dochází ke ztrátě soběstačnosti, která je vždy důsledkem kombinace zdravotního postižení a psychosociální situace. U těchto seniorů je třeba zajistit účelnou koordinaci služeb, s využitím všech možností k životu v přirozeném domácím prostředí.

Péči o seniory je nutno chápat jako účelný systém zdravotně sociálních služeb, které na sebe navazují. Je proto důležité znát potřeby rizikových starých osob a nabídnout jim služby, které pomohou individuálně řešit jejich tíživou životní situaci.

Okruh a spektrum sociálních služeb se v posledních desetiletích neobyčejně rozšířil. Tyto služby by měly být k dispozici každému, kdo pomoc potřebuje, a měly by řešit situace konkrétního člověka v jeho přirozeném prostředí, při zachování co nejvyšší míry samostatnosti. To vše způsobem, který bude v souladu s jeho zájmy a potřebami. Zároveň musí minimalizovat riziko sociálního vyloučení a institucionalizace.

Cílem práce bylo zjistit, zda veřejnost chápe institucionální péči o seniory jako péči navazující na služby terénní. Tento cíl byl dle mého názoru splněn. Potvrdilo se, že veřejnost má povědomí o důvodech, které vedou k preferenci terénních služeb. Je však nutné zaměřit se na větší informovanost o službách pro seniory, zejména u generace starší.

Stanovená hypotéza, že lidé do 40ti let mají méně informací o systému péče o seniory než lidé ve věkové kategorii 60 let a více, se mi nepotvrdila. U respondentů generace 60+ nebyla prokázána větší znalost a informovanost o těchto službách. Je nutné podotknout, že výsledky zde prezentované platí pouze pro zkoumaný region. Otázkou nadále zůstává, zda neexistují regionální rozdíly.

Hypotéza, že lidé ve věkové kategorii 60 let a více preferují terénní sociální a zdravotní služby před péčí institucionální, se potvrdila. Většina dotazovaných respondentů by řešila sníženou soběstačnost u seniorů podpořením péče v domácím prostředí.

Práce může sloužit jako podklad při vypracování strategie informovanosti veřejnosti o systému sociálních služeb.

## 7. Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
2. ČERMÁKOVÁ, K. JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů do praxe*. Praha: MPSV, 1. vyd. r. 2002 s.112. ISBN 80-86552-45-4.
3. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1998. 374 s. ISBN 80-7184-141-2.
4. HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1.vyd. r. 1990 s. 416. ISBN 80-7038-158-2.
5. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vydala Gema jako studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR.
6. KALVACH, Z. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
7. Komunitní plánování na okresu Benešov (on line) Platný <http://www.benesov-city.cz/komplan/> Duben 29, 2007
8. Komunitní plánování sociálních služeb (on line) Platný <http://www.mpsv.cz/cs/858> Duben 28, 2007
9. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, r. 2005, 1. vyd., s. 79. ISBN 80-7254-662-7.
10. KRAMULOVÁ, D. Revoluce v sociálních službách. In *Psychologie dnes*. Praha: Portál, r. 2007, roč. 13, č. 2, s. 32. ISSN 1212-9607.
11. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 3. vyd., r. 1998. s. 344. ISBN 80-7169-195-X.
12. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální péče*. Praha: Portál, 2003, 1. vyd., s.287, ISBN 80-7178-549-0.
13. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. 1.vyd., s.352. ISBN 80-7367-002-X.

14. MINIBERGOVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 1.vyd. r. 2006. s.67. ISBN 80-7013-436-4.
15. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007 (on line) Platný <http://www.mpsv.cz/cs/1057> Březen 16, 2007
16. Návrh základních principů Národního programu přípravy na stárnutí populace v České republice, (on line) Platný <http://www.mpsv.cz/cs/1072> Březen 16, 2007
17. Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, (on line) Platný. [http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky\\_odpovedi\\_22-rev2.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf), Duben 4, 2007
18. PACOVSKÝ, V. *Geriatric: Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica, 1.vyd. r. 1994. s. 152. ISBN 80-85526-32-8.
19. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přel. A. Kozlíková. Praha: Portál, r. 1998, 1. vyd., s. 156. ISBN 80-7178-184-3.
20. Program Zdraví 21: Zdravé stárnutí, (on line) Platný <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=211>, Březen 16, 2007
21. Příprava na stárnutí, (on line) Platný <http://www.mpsv.cz/cs/2856>, Únor 22, 2007
22. RHEIVALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999, 1. vyd., s. 84, ISBN 80-7169-828-8.
23. Sociální služby, (on line) Platný <http://www.mpsv.cz/cs/9>, Duben 4, 2007
24. Sociodemografická analýza okresu Benešov (on line) Platný <http://www.benesov-city.cz/komplan/dokumenty.html>, Květen 2, 2007
25. Standardy kvality sociálních služeb, (on line) Platný <http://www.mpsv.cz/cs/1460>, Březen 16, 2007



26. TOMESŠ, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, r. 2001, 2. vyd., s. 262. ISBN 80-86484-00-9.
27. TOPINKOVÁ, E. *Geriatry pro praxi*. Praha: Galén, 1.vyd. r. ....s.269. ISBN 80-7262-365-6.
28. VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Klinická propedeutika*. 5. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, ZSF, 2005. 144 s. ISBN 80-7040-837-5.
29. VURM, V. *Generace 50 plus ve stárnoucí Evropě*. In: *Sborník II. mezinárodní konference problematika - generace 50 plus*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, ZSF, 2005. ISBN 80-7040-821-9.
30. VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Manus, 2004. 100 s. ISBN 80-86571-07-6.
31. *Vzdělávání v zavádění standardů kvality sociálních služeb*, (on line) Platný <http://www.sqss.cz/news.php?action=showNews>, Březen 14, 2007
32. WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, r. 2000, 1. vyd., s. 151. ISBN 80-7013-314-7.
33. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*: Ostrava: Sagit, podle stavu k 22. 1. 2007, s. 256. ISBN 978-80-7208-608-5.

## **8. Klíčová slova**

Senior

Sociální péče

Terénní služby

Institucionální služby

## 9. Přílohy

1. Očekávaná procentní struktura obyvatelstva podle hlavních věkových skupin a index stáří, 2002 a 2050.
2. Mapa<sup>2)</sup> a sociodemografické údaje<sup>3)</sup> okresu Benešov.
3. Dotazník.
4. Procentuální popis odpovědí respondentů na otázky dotazníku.

**Příloha 1: Očekávaná procentní struktura obyvatelstva podle hlavních věkových skupin a index stáří, 2002 a 2050**

	<u>0-14</u>		<u>15-24</u>		<u>25-54</u>		<u>55-64</u>	
	2002	2050	2002	2050	2002	2050	2002	2050
<b>Středočeský kraj</b>	15,6	13	13,7	9,21	44,3	32,3	12,2	13,53
<b>Hlavní město Praha</b>	13	13,9	13	8,94	44,5	31,1	13,6	11,74
<b>ČR – střední varianta bez migrace</b>	15,6	12,5	14,1	8,95	44,3	32,1	12,1	13,74

	<u>65-79</u>		<u>80+</u>		<u>index stáří<sup>**</sup></u>	
	2002	2050	2002	2050	2002	2050
<b>Středočeský kraj</b>	11,53	22,06	2,68	9,89	92	245
<b>Hlavní město Praha</b>	12,44	22,85	3,53	11,45	123	246
<b>ČR – střední varianta bez migrace</b>	11,17	22,38	2,72	10,36	89	252

<sup>\*\*</sup>) Počet osob ve věku 0 – 14 a 65 a více let na 100 osob ve věku 15 – 64 let

Zdroj: Město Benešov – komunitní plánování (7)

## Příloha 2: Mapa<sup>2)</sup> a sociodemografické údaje<sup>3)</sup> okresu Benešov



Okres Benešov se rozkládá v jižní části Středočeského kraje na předělu mezi střední a jižní částí Čech. Povrch převážné části okresu tvoří Středočeská pahorkatina v povodí střední Vltavy a dolní Sázavy. Terén okresu je členitý, lesnatý s mnoha rybníky. Svoji rozlohou

1523 km<sup>2</sup> zaujímá okres 2. místo ve Středočeském kraji a 13,8 % z jeho rozlohy. Hustotou osídlení 61 obyvatel na km<sup>2</sup> patří mezi nejméně osídlené okresy kraje. K 1. lednu 2004 náleželo do okresu Benešov 115 obcí, ve kterých žilo 93 392 obyvatel, 46 011 mužů a 47 381 žen. V sedmi městech okresu – Benešově, Vlašimi, Voticích, Týnci nad Sázavou, Sedlci – Prčicích, Bystřici a Sázavě žilo 52,2 % všech obyvatel, přičemž v největším městě Benešově počet obyvatel přesahuje 16 tisíc. Nad 12 tisíc obyvatel má Vlašim. Průměrný věk obyvatel okresu Benešov činil 39,7 roku, což odpovídá průměru kraje, hodnota indexu stáří 96,9 je vyšší než průměr kraje. Přibližně vyrovnané přírůstky mužů a žen s mírnou převahou mužů způsobují, že asi do věku 58 let trvá početní převaha mužů nad příslušným ročníkem žen. Ovšem ve vyšším věku postupně narůstá převaha žen, která se směrem k vyšším věkovým skupinám stále zvyšuje, vzhledem k vyšší úmrtnosti mužů. Počet žen ve věku nad 60 let je na okresu Benešov téměř o polovinu vyšší než počet mužů ve stejném věku.

<sup>2)</sup> zdroj: <http://mesta.obce.cz/>

<sup>3)</sup> zdroj: <http://www.benesov-city.cz/komplan/dokumenty.html>

### Příloha 3: Dotazník

**Vážená paní / vážený pane,**

máte v rukou dotazník, který si klade za cíl zjistit Váš názor, připomínky, problémy a podněty k problematice sociálních služeb pro seniory. Souhrn jeho zjištění bude použit jako součást vysokoškolské práce. Vyplnění dotazníku Vám zabere maximálně 15 minut. Veškeré dotazování je anonymní a s daty bude nakládáno dle příslušných standardů a zákonů.

V úvodu:

**Terénní služby** - zajišťují klientům zdravotně sociální služby v jejich vlastních domácnostech

**Institucionální služby** - klient za službou dochází (krátkodobé a dlouhodobé pobyty)

Kolik je Vám let? .....

1) Máte dostatek informací o službách pro seniory?

ANO

NE

2) Jaké zdroje informací jsou pro Vás nejpřístupnější?

na úřadě

z (tištěných) médií

od známých

u lékaře

z informačních letáků

z internetu

od poskytovatele

jinde, (uveďte prosím).....

3) Využíval/a jste vy nebo Váš blízký službu pro seniory?

ANO

NE

V případě, že ano, uveďte, prosím, jakou:

.....

4) Byl/a jste s touto službou spokojen/a?

ANO

NE

V případě, že ne, uveďte, prosím, proč:

.....

5) Jaké služby pro seniory doposud znáte?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pečovatelská služba ( zabezpečuje donášku jídla, nákup, úklid,... ) | <input type="checkbox"/> penzion pro seniory              |
| <input type="checkbox"/> dům s pečovatelskou službou   | <input type="checkbox"/> domov důchodců                   |
| <input type="checkbox"/> domácí agentura (péči zajišťují zdravotní sestry a ošetrovatelky)   | <input type="checkbox"/> rezidenční služby pro seniory    |
| <input type="checkbox"/> centrum denních služeb- stacionář                                   | <input type="checkbox"/> osobní asistence                 |
| <input type="checkbox"/> dopravní služba pro imobilní seniory                                | <input type="checkbox"/> senior telefon – krizová linka   |
|  | <input type="checkbox"/> respitní péče-odlehčovací služby |
|  | <input type="checkbox"/> jiné(uved'te prosím) .....       |

6) Jaké z těchto služeb považujete za nejužitečnější pro zachování kvality života v seniorském věku?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pečovatelská služba ( zabezpečuje donášku jídla, nákup, úklid,... ) | <input type="checkbox"/> penzion pro seniory              |
| <input type="checkbox"/> dům s pečovatelskou službou   | <input type="checkbox"/> domov důchodců                   |
| <input type="checkbox"/> domácí agentura (péči zajišťují zdravotní sestry a ošetrovatelky)   | <input type="checkbox"/> rezidenční služby pro seniory    |
| <input type="checkbox"/> centrum denních služeb- stacionář                                   | <input type="checkbox"/> osobní asistence                 |
| <input type="checkbox"/> dopravní služba pro imobilní seniory                                | <input type="checkbox"/> senior telefon – krizová linka   |
|  | <input type="checkbox"/> respitní péče-odlehčovací služby |
|  | <input type="checkbox"/> jiné(uved'te prosím) .....       |

7) Jakou službu pro seniory ve Vašem okolí postrádáte? Uved'te nejvíce 2-3.

.....

8) Při zhoršení schopnosti pečovat o sebe je pro seniory vhodné?

- umístění do domova důchodců nebo do zařízení podobného typu
- podpoření samoobslužnosti seniora v rámci domácího prostředí

9) V případě potřeby byste se nejdříve obrátil/a na služby: Označte 1-5, s tím, že 1 je služba, na kterou byste se obrátil/a jako na první možnost

- osobní asistence
- domácí agentura (péči zajišťují zdravotní sestry a pečovatelky)
- domov důchodců
- pečovatelská služba ( zabezpečuje donášku jídla, nákup, úklid,... )
- dům s pečovatelskou službou

**10) Využil/a byste možnost umístit blízkého do domova důchodců?**

ANO                       NE                       Jen pokud by to byla poslední možnost

V případě, že ne, uveďte, prosím, důvod:

- jsme dostatečně široká rodina, abychom zabezpečili péči vlastními silami
- bral/a bych to jako osobní selhání
- způsob péče v těchto zařízeních by mi nevyhovoval
- jiný důvod:

**Pohlaví:**             ŽENA     MUŽ

**Žijete:**             ve městě     na venkově

Děkuji Vám za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku, Jana Stanková, studentka Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích



#### Příloha 4: Procentuální popis odpovědí respondentů na otázky dotazníku

Věková kategorie 30 – 40 let:

- Průměrný věk 35 let
- Ženy 70 %
- Muži 30 %
- Město 54 %
- Venkov 46 %

Věková kategorie 60 let a více:

- Průměrný věk 69 let
- Ženy 71 %
- Muži 29 %
- Město 63 %
- Venkov 37 %

1) Respondenti byli dotazováni, zda mají dostatek informací o službách pro seniory, odpovědělo 79 – tj. 100 % dotazovaných ve věkové kategorii 30 – 40 let a 93 – tj. 100 % respondentů ve věkové kategorii nad 60 let.

2) Jaké zdroje informací jsou pro každou věkovou kategorii nejpřístupnější? Odpovědělo 100 % respondentů.

3) Respondenti byli tázáni, zda využívali oni nebo jejich blízcí službu pro seniory, odpovědělo ve věkové kategorii 30 – 40 let 79 respondentů – tj. 100 %. Ve věkové kategorii 60+ odpovědělo 87 respondentů – tj. 81 %.

4) Respondenti měli uvést, zda byli s využívanou službou spokojeni. Ve věkové kategorii 30 – 40 let odpovědělo z 15 respondentů 11 kladně – tj. 73 % a ve věkové kategorii 60 let a více ze 17 respondentů 16 kladně – tj. 94 %.

Při záporné odpovědi měli uvést důvod. Ve věkové kategorii 30 – 40 let byli nespokojeni 3 respondenti, ve věkové kategorii 60 a více let byl se službou nespokojen 1 respondent.

5) Jaké služby pro seniory respondenti doposud znají? V obou věkových kategoriích odpovědělo 100 % respondentů.

6) Jaké služby pro seniory považují respondenti za nejužitečnější pro zachování kvality života v seniorském věku? Odpovědělo 100 % respondentů.

7) Na otázku, jakou službu pro seniory postrádají ve svém okolí, odpovědělo ve věkové kategorii 30 – 40 let 25 respondentů – tj. 32 % a ve věkové kategorii 60+ odpovědělo 26 respondentů – tj. 28 %.

8) Zda při zhoršení schopnosti pečovat o sebe je vhodnější umístit seniora do domova důchodců nebo podpořit samoobslužnost seniora v rámci domácího prostředí, ve věkové kategorii 30 – 40 let odpovědělo 78 respondentů – tj. 99 % a ve věkové kategorii 60 let a více odpovědělo 90 respondentů – tj. 97 %.

9) Na jaké služby by se respondenti obrátili v případě potřeby nejdříve, odpovědělo 75 respondentů – tj. 95 % ve věkové kategorii 30 – 40 let a 79 respondentů – tj. 85 % ve věkové kategorii 60 a více let.

10/a) Zda by respondenti využili možnost umístit svého blízkého do domova důchodců, odpovědělo 79 respondentů – tj. 100 % ve věkové kategorii 30 – 40 let a 92 respondentů – tj. 99 % ve věkové kategorii 60 a více let.

Umístění do domova důchodců by nevyužilo v první kategorii 9 dotazovaných – tj. 11 % a ve druhé 13 – tj. 14 % respondentů.

10/b) Důvod, proč by svého blízkého do domova důchodců neumístili, uvedlo ve věkové kategorii 30 – 40 let 8 respondentů – tj. 89 %. Ve věkové kategorii 60 a více let odpovědělo 12 respondentů – tj. 92 %.