



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra společenských věd

Bakalářská práce

Domy s pečovatelskou službou a jejich role v životě seniorů

Autorka bakalářské práce: Karolína Lisová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Marek Šebeš, Ph.D.

České Budějovice

2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci na téma Domy s pečovatelskou službou a jejich role v životě seniorů 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 1.7. 2021

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce Mgr. Markovi Šebešovi, Ph.D., za ochotu a pomoc, kterou mi poskytl při zpracování této práce. Mé poděkování patří také společnosti Ledax, o.p.s., že mi umožnila vést výzkum v DPS Dačice. Závěrem bych chtěla poděkovat celé své rodině za veškerou podporu a trpělivost, kterou se mnou měla při psaní práce, ale i při celém studiu.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá seniory, kteří využívají služeb v domech s pečovatelskou službou. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se nejprve zabývá stárnutím populace a jeho charakteristikou s ohledem na Českou republiku. Dále charakterizuje stáří, proces stárnutí, kvalitu života seniorů, proměnu jejich potřeb a péče. Závěr teoretické části je věnován sociálním službám, poskytování pečovatelské služby a okolnostem s ní souvisejícím. Výzkumnou část tvoří kvalitativní výzkum s využitím etnografické metody. Cílem výzkumné části je popsat, jaký život žijí a prožívají senioři v Domě s pečovatelskou službou Dačice, kde je poskytovatelem péče společnost Ledax, o.p.s. Ke zkoumání bylo využito etnografického výzkumu za použití techniky zúčastněného pozorování a polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova

Senioři, stárnutí, stáří, pečovatelské služby, sociální služby, kvalita života, potřeby, sociální pracovník

Anotation

The bachelor's thesis explores seniors who use the services at nursing homes. Firstly, the theoretical part looks into the ageing of the population and its characteristics in the Czech Republic. Next, it describes old age, the process of ageing, the quality of senior's life, the change of their needs and treatments. The finale of the theoretical part is dedicated to social services, the provision of nursing services and circumstances related to it. The research part is constructed by the qualitative analysis with the use of the ethnographic method. The research part aims to describe the life of seniors living at the Dům s pečovatelskou službou Dačice where the company Ledax, o.p.s. is the provider of services. For the research, the ethnographic analysis was used by applying the technique of all participant observation and semi – structured interviews.

Keywords

Seniors, ageing, old age, nursing services, social services, quality of life, needs, social worker

Obsah

Úvod	7
1 Stárnutí populace	9
1.1 Stárnutí společností	9
1.2 Rozdíly ve struktuře starších generací.....	10
1.1.1 Poměr mužů a žen seniorního věku v české populaci	11
1.3 Hlavní ukazatele stárnutí	12
1.3.1 Naděje dožití.....	12
1.3.2 Věkový medián.....	14
1.3.3 Úhrnná plodnost	14
1.3.4 Kalendářní věk.....	15
1.4 Stárnutí české společnosti.....	16
1.5 Rozdíl ČR a EU.....	18
1.6 Demografická panika	20
1.7 Ageismus	21
1.7.1 Zdroje ageismu u seniorů	21
2 Stáří a jeho charakteristika.....	22
2.1 Stárnutí.....	23
2.1.1 Zdravé a úspěšné stárnutí.....	24
2.1.2 Sociální změny v procesu stárnutí	24
2.1.3 Fyzické a tělesné procesy stárnutí	25
2.2 Problematika soběstačnosti a závislosti	25
2.2.1 Stáří a nemoc.....	27
2.3 Ekonomické aspekty stáří.....	28
2.4 Proměna chování, postojů a potřeb.....	29
2.4.1 Kvalita života seniorů	29
2.4.2 Potřeby seniorů	30
2.4.3 Hodnotové postoje.....	31
2.5 Proměna vztahů a kontaktů seniorů	32
2.5.1 Role prarodiče.....	32
2.5.2 Aktivita a společenské kontakty	32
2.5.3 Partnerské vztahy	33
2.6 Volný čas.....	34

3	Pečovatelské služby a jejich vývoj v ČR.....	35
3.1	Vývoj poskytování pečovatelské péče v ČR	35
3.2	Současné poskytování pečovatelské služby	36
3.3	Zákon o sociálních službách	37
3.3.2	Příspěvek na péči	38
3.4	Města a obce jako nositele pečovatelské služby v ČR.....	39
3.5	Příprava poskytovatele na jednání s potenciálním zájemcem o službu	40
3.5.1	Individuální plánování v pečovatelské službě	40
3.6	Služby seniorům v domácím prostředí.....	41
3.7	Domy s pečovatelskou službou	41
3.7.1	Rozdíl mezi DPS a domovem pro seniory.....	42
3.7.2	Klady a zápory institucionální péče.....	42
4	Vlastní výzkum.....	43
4.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	43
4.2	Výzkumné otázky	43
4.3	Strategie výzkumu	44
4.4	Techniky sběru dat	45
4.5	Místo výzkumu	46
4.6	Proces žádosti o místo v DPS Dačice	47
4.7	Průběh výzkumu.....	48
4.8	Výběr vzorku	49
5	Výsledky výzkumu	50
5.1	Denní režim.....	50
5.2	Služby v DPS.....	52
5.3	Stereotypy v DPS	55
5.4	Přátelství	56
5.5	Vztahy seniorů s pečovatelkami	58
5.6	Jak vzpomínají senioři na minulost.....	59
5.7	Domov dříve a domov nyní.....	60
5.8	Volný čas.....	61
5.9	Aktuální pandemická situace	62
	Závěr	64
	Seznam literatury a použitých zdrojů	67

Úvod

Jak píše Haškovcová ve své knize, každý živý tvor stárne, a to platí i v případě člověka. I přesto, že všichni o skutečnosti stáří víme, začneme o ní uvažovat až v době, kdy se nás začne týkat (Haškovcová, 2010). Ani já sama jsem se o stáří dříve příliš nezajímala, věděla jsem, že stárnout je přirozené, zároveň jsem ale měla pocit, že se mě to příliš netýká, alespoň prozatím, proto jsem mu nevěnovala pozornost. To se změnilo, když se mi naskytla příležitost pracovat v Domově s pečovatelskou službou v Dačicích. Ze dne na den jsem se setkala s prostředím, kde se objevovalo a řešilo prakticky jenom stáří a problémy s ním spojené. Pokaždé pro mě tato práce a prožívané situace nebyly vůbec lehké, často jsem přemýšlela o tom, co asi ve stáří čeká mě. Postupem času jsem se snažila ve stinných stánkách stárnutí nalézt i stránky kladné a zjistila jsem, že některé věci ve stáří nejsou až tak špatné. Jsou různé typy starých lidí, někteří se se stářím smíří a snaží si ho užívat, zejména, pokud jim to zdravotní stav dovolí a jiní stárnutí snášejí hůře. Důležité však je se stářím umět žít a nepropadat úzkostem.

Motivací pro napsání této bakalářské práce pro mě bylo ukázat ostatním, že život seniorů v DPS není zas tak špatný, jak se možná na první pohled zdá a že samotné stáří se týká každého z nás. Některé lidi představa života, nebo jakési odložení sebe nebo svých blízkých do domova s pečovatelskou službou přímo děsí. Najdou se ale i lidé, kteří v některém z pečovatelských domů nikdy nebyli a vůbec nevědí, jak to tam chodí, myslí si, že tam senioři nemají žádné soukromí, ale zároveň se o ně nikdo příliš nezajímá. Tak tomu ale vůbec není, hodně lidí si naopak pobyt v tomto domově pochvaluje, velké množství seniorů nepotřebuje velký byt, protože by se o něj stejně pouze stěží postaralo, a tak mu menší byty v DPS vyhovují. Jsou rádi, že mají někoho prakticky neustále na blízku a mohou se na něj spolehnout.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Obsah práce je rozčleněn na pět kapitol. První kapitola nám ukazuje problematiku stárnutí společností, což je doopravdy zásadní problém, který bývá ve společnosti často ignorován či neřešen. Vyzdvíženy jsou především základní ukazatele stárnutí a jejich vývoj v průběhu let, zahrnuty jsou data zejména pro Českou republiku, případně jejich porovnání. Okrajově je v první kapitole zmíněn také ageismus, který bývá běžným jevem. V druhé kapitole se práce věnuje stáří samotnému, jeho fyzickým proměnám, ale i proměnám v postojích,

potřebách či chování seniorů. Dále poukazuje na problematiku vztahů, a to partnerských či společenských. Třetí kapitola je pojetím nejbliže k výzkumné části práce, jelikož se zabývá přímo sociálními službami, nejprve nastiňuje vývoj služeb a dále popisuje zákon o sociálních službách a jeho východiska, následují samotné domy s pečovatelskou službou spolu s náležitostmi, které se této službě týkají.

Cílem praktické části bylo ukázat, jaký život žijí senioři v DPS Dačice a jak vlastně takový život v DPS vypadá, jaké mají senioři vztahy, záliby, vzpomínky myšlenky apod. Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum. Čtvrtá kapitola poukazuje na cíl práce a způsob jeho získávání. V případě práce se jednalo o etnografický výzkum. Je popsáno, jaká byla využita metoda a kdo tvořil výzkumný soubor, jelikož byl vybrán kvótním záměrným způsobem. V páté kapitole nalezneme získaná data a výsledky, dochází k jejich interpretaci a shrnutí.

Stěžejním dílem pro první kapitolu bakalářské práce byla monografie od Heleny Haškovcové, nesoucí název Fenomén stáří. Autorkou, která napsala texty o stáří, stárnutí a ageismu a jejíž díla jsem použila ve své práci je Lucie Vidovicová. K aktuálním datům byla využita zejména Statistická ročenka či údaje z Eurostatu. Pro druhou kapitolu práce byly čerpány informace z díla Zdeňka Kalvacha a Libuše Čeledové nesoucího název Sociální gerontologie: úvod do problematiky. Dalším častěji používaným autorem byl Jiří Ort. Dále Helena Zavázalová, která napsala knihu Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie. Anglické články byly čerpány z internetové stránky PubMed. V případě třetí kapitoly se často jednalo o monografii Pečovatelská služba v České republice od Lucie Bickové. Využita byla monografie od autorek Jarmily Králové a Evy Rážové Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany a podobná monografie s názvem Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních Evy Malíkové. V práci byly využity i jiné monografie, dále kapitoly z bakalářských či diplomových prací, případně elektronické zdroje.

1 Stárnutí populace

1.1 Stárnutí společnosti

V dnešní době je nám již známo, že dochází ke stárnutí populace. Dochází ke snížení počtu ekonomicky aktivních osob, a naopak zvýšení osob starších 65 let. Stárnutí je přirozenou součástí všech živých i neživých organismů. Ve společnosti dochází ke změně vnímání stárnutí, zatímco dříve stárnutí provázelo člověka již od jeho dětství, dnes se klade důraz spíše na pozdější stádia stáří. Jak uvádí Vidovičová, díky rozvoji medicíny, lepším hygienickým podmínkám, včasné diagnostice, ale i možnosti pestřejší výživy došlo k minimalizaci některých dřívějších hrozeb, jako byl hladomor, četná úmrtnost novorozenců, rodiček apod. Všechny tyto aspekty umožnily prodloužení délky života. Každý rok dochází ke zvýšení naděje novorozence na dožití vysokého věku (Vidovičová a kol., 2014). V současné době je v ČR, podle údajů ze Statistické ročenky České republiky z roku 2020, naděje na dožití u chlapců 76 let a u dívek 82 let (ČSÚ, 2020). V 80. letech to bylo v případě chlapců 68 let a dívek 74 let. Dle Vidovičové mají muži nižší naději na delší dožití ve všech vyspělých státech. Nejvyšší naději na dožití mají novorozenci v Monaku - kolem 90 let, naopak nejnižší naděje panuje v africkém Čadu - necelých 49 let (Vidovičová a kol., 2014).

V posledních letech dochází ke snaze posunout úmrtnost co nejbližší k biologickým hranicím lidského života a zvyšovat naděje na dožití ve vyšším věku. Na potenciální délku života však nemá vliv pouze věk, ale i vzdělání, rodinný stav, geografické oblasti aj. Zhruba čtvrtina života připadá na období, které charakterizujeme jako stáří. Jak zdůrazňuje Valešová, v procesu stárnutí má význam také klesající úhrnná plodnost, protože se stále se snižujícím počtem narozených dětí jedné ženě a prodlužující se naděje dožití, roste podíl postreprodukční složky obyvatelstva na úkor složky předreprodukční (Valešová, 2016). Jako stárnoucí označujeme populace, kde se podíl seniorů pohybuje v rozmezí 8-10 % a více, v rámci celé populace. Všechny státy Evropy, kromě Turecka, jsou stárnutím populace charakterizovány. Trend je sice celosvětový, avšak mezi jednotlivými částmi světa nalezneme značné rozdíly. V zemích, jako je Indie, Čína, Japonsko, USA či Rusko, jsou mnohem větší počty seniorů než v Evropě. I přesto, je však Evropa nazývána jako „starý kontinent“, důvodem je především podílové zastoupení seniorů na populaci celkem. Například v Asii tvoří populace starší 60 let necelých 10 %,

v Severní Americe jde již o 17 % a v Evropě se dostaneme na více než 21 %. Predikce ukazuje, že z důvodu stagnace plodnosti dojde v roce 2050 k výrazným změnám:

- V Číně z 11 % na 31 %
- V Indii z 8 % na 20 %
- V Itálii z 25 % na 39 %
- V České republice z 20 % na 39 %¹ (Vidovičová a kol., 2014).

1.2 Rozdíly ve struktuře starších generací

S navýšením počtu starších lidí v populaci pravděpodobně dojde k celkovému zvýšení požadavků na sociální zabezpečení starých občanů, nastane relativní nárůst poptávky po důchodovém zabezpečení. Problémy s péčí o stárnoucí obyvatelstvo naznačuje i změna poměru mezi populací v předproduktivním, produktivním a poproduktivním věku ve „prospěch“ poslední skupiny. Kuchařová uvádí, že rozdíly ve struktuře starších generacích vidíme i v případě pohlaví, kde dochází k dlouhodobé nadúmrtosti mužů. Z toho důvodu již řadu let sledujeme rostoucí podíl žen v období stáří, tyto ženy pak žijí samy a jsou odkázány na pomoc rodiny a celé společnosti. Dalším aspektem majícím vliv na životní podmínky stárnoucích a jejich délku života je rodinné zázemí, zejména jde o rodinný stav, dále panuje rozdíl mezi městem a venkovem apod. Trend prodlužování lidského života je celoevropský a projevuje se zmenšováním rodin, jejímž důsledkem je snižování počtu dětí v rodině. V souvislosti s prodlužováním délky života je větší možnost paralelní existence čtyř generací jedné rodiny, což mimo jiné znamená také možnost častějšího setkání prarodičů s prarodiči, než tomu bylo dříve, pokud jde o společné bydlení více generací, dochází spíše ke snižování počtu generací v jedné domácnosti. Pokud jde o domácnosti, vzrůstají počty domácností neúplných rodin (zvláště u žen). Ačkoliv již v rámci rodin neexistuje společné bydlení v takové míře, není to podmínkou pro nižší poskytování péče a podpory ze strany potomstva. Pokud jde o muže, ti častěji žijí s partnerkou (jejich věková struktura je proti ženám „mladší“), ženy naopak žijí samostatně. Od 70 let jsou tyto rozdíly v rámci pohlaví ještě výraznější. K nárůstu dochází také v případě počtu starých lidí v domovech seniorů, případně

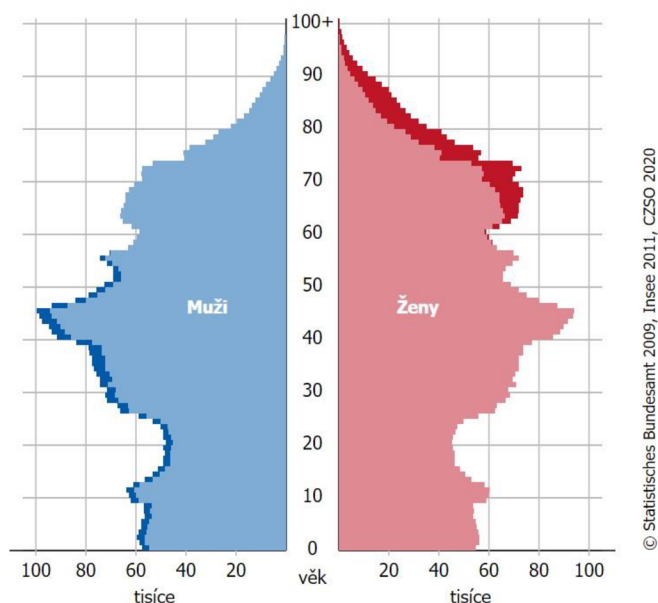
¹ Podle demografické projekce Českého statistického úřadu bude demografický vývoj České republiky ve znamení stárnoucí populace. Počet obyvatel ve věku 65 a více let, přesáhl v roce 2018 hranici dvou milionů, na konci 50. let by měl být na úrovni 3,2 milionů. Zastoupení seniorů v populaci vzroste až ke 30 % (ČSÚ, 2018).

domech s pečovatelskou službou apod. Kromě většího rozdílu osaměle bydlících žen, působí ženy v roli spolubydlících prarodičů oproti mužům častěji. Vyšší věk dožití žen souvisí i s vyšším počtem a podílem žen v ústavních zařízeních (Kuchařová, 1996).

Dle Haškovcové se stoupajícím věkem poměr vdov a vdovců dále nepříznivě roste, a to ve prospěch vdov. Proto se často zdůrazňuje, že stáří je problémem starých žen. Perspektiva dlouhého života nám však není garantována a je třeba myslet, že se může stát cokoli. Každý člověk může svým životním stylem přispět k případnému posunu. Stále tu je velké riziko civilizačních chorob, které může spolu s případnými úrazy či s hazardérským způsobem života zkrátit očekávanou dobu života. Správné a ukázněné zacházení s vlastním zdravím může být odměněno tím, že se člověk očekávaných roků dožije a může se k tomu přidat ještě několik let navíc (Haškovcová, 2010).

1.1.1 Poměr mužů a žen seniorního věku v české populaci

Obrázek 1: Věková struktura obyvatelstva ČR k 31. 12. 2019



Zdroj: Český statistický úřad, 2020; vlastní úpravy

Na obrázku 1 můžeme vidět, že přibližně s hranicí šedesáti let převažují v české populaci ženy. Na základě dat Českého statistického úřadu je zastoupení žen a mužů ve věku 65 let ve prospěch žen 52,7 %, mužů je o něco méně 47,3 %. Pokud postoupíme na věkovou kategorii 71 let, poměr žen již převažuje o 10 %. V kategorii 80 let je mužů 38,3 % a žen 61,7 %. Hranici 90 let pak tvoří pouze 28,8 % mužů ku 71,2 % žen. Je tedy

zřejmé, že s rostoucím věkem od cca 60 let poměr žen v české populaci výrazně stoupá (ČSÚ, 2020).

1.3 Hlavní ukazatele stárnutí

Pokud dochází k úvahám o délce života člověka, běžně se používá průměrná délka života, ta jde jednoduše počítat, ale i sledovat. Nyní je průměrná délka života nejvyšší, jaká kdy byla, prostřednictvím médií je nám sdělováno, jak je lidem dopřáván nejdelší možný život, a navíc to ještě srovnávají s tím, jaký byl kdysi. Díky tomu se dozvídáme, že dříve, ve starověkém Řecku a Římě, se lidé těžce dožili i pětadvaceti let. Průměrná délka života v Evropě byla ještě v 16. století prakticky stejná. Podle Haškovcové k obratu došlo v roce 1725, kdy dosáhla průměrná délka života 30 let, ale ještě v 19. století se pohybovala kolem 40 let. V souvislosti s věkem obyvatelstva lze sledovat také průměrný věk. Haškovcová uvádí, že se průměrný věk lidí neustále zvyšuje². Je třeba mít na mysli, že čísla týkající se průměrného věku lidí mohou někdy být i při své správnosti zavádějící. Průměrný věk získáme sečtením let, které dohromady prožili příslušníci dané generace a vydělíme je jejich počtem. Do výsledného čísla se tedy počítá také dřívější vysoká kojenecká úmrtnost a předčasná smrt lidí v důsledku hladomoru, epidemií, válek apod. Průměrný věk tedy zakrývá skutečnost, že v každé době také žili starší lidé (Haškovcová, 2010).

1.3.1 Naděje dožití

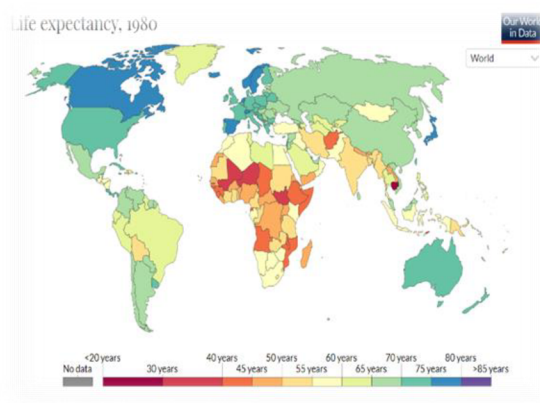
Naděje dožití při narození

Vhodnějším a správnějším termínem je použití střední délky života nebo synonymem pravděpodobná doba života a naděje dožití. Tento údaj říká, kolika roků a s jak vysokou pravděpodobností se dožije právě narozené zdravé dítě. Na začátku 21. století je očekávána doba života v České republice pro ženy 80,3 let a pro muže 74,2 let. Odhaduje se, že v roce 2065 bude střední délka života u žen 91 let a u mužů 86,5 let. Naděje dožití je považována za významný ukazatel prosperity státu, proto dochází k různému porovnávání údajů. Mezi kontinenty, ale i v rámci Evropy existují v případě naděje dožití značné rozdíly, dochází k analýze důvodů, proč takové rozdíly jsou a jak se déle žijícím

² Podle ČSÚ se průměrný věk obyvatel České republiky každoročně zvyšuje. V roce 1991 bylo průměrnému obyvateli 36, 5 roku, v roce 2017 již 42,2 roku (ČSÚ, 2019).

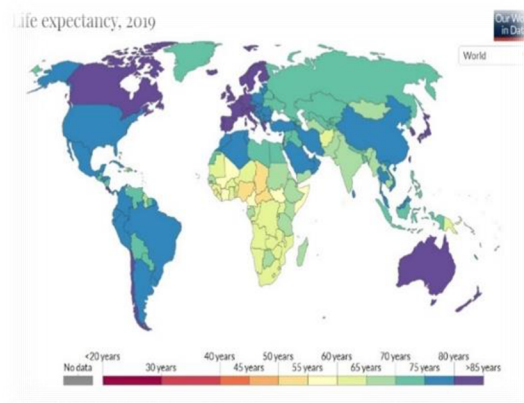
populacím přiblížit. Haškovcová uvádí, že nejvyšší očekávané době života se těší ženy ve Švýcarsku, Francii a Švédsku, nejstarší muži naopak žijí na Islandu, ale také ve Švýcarsku a v Norsku (Haškovcová, 2010).

Obrázek 2: Naděje dožití (1980)



Zdroj: Our World in Data, 2020; vlastní úpravy

Obrázek 3: Naděje na dožití (2019)



Zdroj: Our World in Data, 2020; vlastní úpravy

Na obrázcích 2 a 3 můžeme vidět porovnání naděje dožití v letech 1980 a 2019. Naděje dožití ve všech zemích vzrostla, v roce 1980 byla ještě řada afrických zemí pod hranicí 50 let, některé země byly dokonce na hranici 30 let, v případě těchto zemí můžeme zaznamenat veliký posun. Pokud se zaměříme na Evropu všimneme si, že v zemích západní Evropy je naděje dožití pro rok 2019 již nad hranicí 80 let. Nejvyšší naděje dožití pro rok 2019 mají kromě zemí západní Evropy také Austrálie nebo Kanada.

Haškovcová uvádí, že údaje o délce individuálního života musejí být doplněny informacemi o tom, kolik občanů se očekávané doby života fakticky dočkalo. Přičemž někdejší počet 2–4 % starých osob dané populaci se postupně zvyšoval na dnešní dvojciferná čísla s výrazným kolísáním napříč jednotlivými státy či světadily. Početní zastoupení seniorů v české populaci bude stále narůstat, ze současných necelých 1,5 milionů až na nějakých 3,07 milionů. Jak bylo uvedeno výše, počet seniorů v České republice by se mohl podle predikcí zvýšit až ke 30 % (ČSÚ, 2018). Prodloužení lidského života má kromě té dobré, ale i stinné stránky, související s ekonomickými, sociálními i zdravotními problémy, které se především dotýkají lidí ve zralém stáří (Haškovcová, 2010).

Naděje dožití konkrétních věkových skupin

Naděje dožití roste jak u mužů a žen při narození, tak i v ostatních věkových skupinách. Naděje dožití pětadesátiletých mužů vzrostla v období 2017–2018 oproti letům 2001–2002 o 2,41 roku, u žen ve věku pětadesát let došlo k vzrůstu o 2,44 roku z 15,05 na 18,5 roku. Odlišnosti tohoto ukazatele můžeme pozorovat i v rámci krajů, nejvyšší naději dožití mají lidé v krajích Praha, Vysočina, Královéhradeckém a Jihomoravském. Naopak nejnižší naděje panuje v kraji Ústeckém, případně Moravskoslezském nebo Karlovarském (ČSÚ, 2018).

Naděje dožití ve zdraví

Pokud chceme postihnout kvalitativní délku života, použijeme ukazatel naděje dožití ve zdraví. Ten je definován jako průměrný počet let života, které osoba právě narozená prožije ve stavu bez zdravotního omezení, tedy v dobrém zdraví. Střední délka života ve zdraví se počítá kombinací úmrtnostních tabulek a věkově specifických podílů osob, v dobrém zdravotním stavu v populaci (ČSÚ, 2011).

Na základě dat z Eurostatu pro rok 2019 mají nejvyšší naději dožití ve zdraví země Malta a Švédsko. Průměr EU u žen je 65,1 let, v případě mužů 64,2 let. Na rozdíl od naděje dožití při narození, není v tomto ukazateli takový rozdíl mezi pohlavími. Nejnižší hodnotu vykazují státy jako jsou Slovensko, Lotyšsko nebo Estonsko, naděje dožití ve zdraví v těchto zemích je kolem 60 let (Eurostat, 2019).

1.3.2 Věkový medián

Medián věku rozděluje populaci na dvě stejně početné části (ČSÚ, 2015). V roce 2011 byl v České republice medián věku 39,8 let, v Itálii 43,5 let a v Německu 44,6 let. V roce 1960 byla podle Vidovičové hranice mediánu v ČR na věku 33,2 let. V průběhu těchto let došlo tedy ke změně mediánu přibližně o 7 let. Podle prognóz se však tento medián bude neustále zvyšovat³ (Vidovičová a kol., 2014).

1.3.3 Úhrnná plodnost

Úhrnná plodnost je v procesu stárnutí významným ukazatelem, udává počet dětí, které by se narodily jedné ženě během jejího reprodukčního období, pokud by získaly míry plodnosti beze změn (Šimečková, 2018). Koschin uvádí, že se vývoj plodnosti dává

³ V roce 2015 byl věkový medián na hodnotě 41,5 let (ČSÚ, 2015).

do souvislosti s procesem modernizace, který se projevuje ve třech oblastech: kulturními, technickými a strukturálními změnami. Mezi technické změny, které ovlivňují plodnost patří možnosti antikoncepce a potratů, případně metody asistované reprodukce. Mezi základní kulturní změny patří rostoucí demokratizace a sekularizace, to se projevuje změnami v postojích k manželství, kohabitaci (tzn. mimomanželskému soužití), rozvodům a k hodnotě rodiny a dítěte. Strukturální změny společnosti souvisí s přechodem k znalostní společnosti, vyvolávají potřebu vzdělávání, což může být v rozporu s reprodukční úlohou jedince (Koschin, 2005). V roce 2000 byla průměrná úhrnná plodnost ve světě na hranici 2,696, v případě roku 2018 hodnota stoupla na 2,415, v případě celého světa úhrnná plodnost tedy stále klesá (The World Bank, 2019).

1.3.4 Kalendářní věk

Z praktických a medicínských důvodů se používá ještě několik dalších veličin. Kalendářní (chronologický či matriční) věk je odvozen od data narození. Pokud nám někdo řekne, kolik mu je let, jsme schopni v souvislosti s určitou představou odhadnout, zda na svůj věk vypadá či ne. Kalendářní věk však může či nemusí vypovídat o skutečném mládí či stáří, ale k tomuto údaji se váže také několik praktických činností a sociálních opatření. Pevně určený začátek stáří je vlastně sociální konstrukt, který dobře vyhovuje státní administrativě. Nárok na vznik a pravidelnou výplatu starobního důvodu je vázán na tento sociální konstrukt. V lékařství je používán také termín skutečný (biologický, funkční) věk. Určité metody jsou potom schopny poznat, jak na tom člověk doopravdy je, bez ohledu na jeho chronologický věk. Český psychiatr Vladimír Vondráček vystoupil s pojmem stáří konvenční a stáří úřední, přičemž stáří konvenční je odvozeno od společenské dohody, ale každá kulturní epocha považovala za starého člověka někoho jiného. Úřední stáří je dáno „normou zákona“ a koreluje s „dnem“ odchodu do důchodu. Dalším termínem je tzv. psychosociální čas, který je stejný se sociálně historickým osudem člověka a možná je nejpřesnější, psychosociální věk dopovídá osobnímu příběhu každého z nás (Haškovcová, 2010).

Lidé by chtěli pobyt na zemi neustále prodloužovat. Lidský život je možné prodloužit, ale existují hranice, které nejspíše nelze překročit. Podle odhadů by se lidé v budoucnu mohli dožívat něco mezi 120–130 lety. Odborníci se shodují na to, že délka života jedince je určena především geneticky. Vědci popisují tzv. program života, nebo naopak tzv. program smrti. Můžeme si to představit jako v genech předem uložený program života,

který když doběhne, zemřeme. Je třeba říct, že hranice lidského života musí existovat, všichni nemůžeme žít věčně a je třeba dát prostor dalším generacím (Haškovcová, 2010).

1.4 Stárnutí české společnosti

Jak píše Vidovićová, nárůst podílu seniorů v České populaci způsobily silné poválečné ročníky, které byly narozeny po druhé světové válce. Tyto ročníky jsou často označovány jako tzv. baby – boomers. V České republice je však oproti ostatním zemím velký rozdíl. V ČR, ale i v Polsku nalezneme opakovanou tendenci baby – boomu. Výsledkem této tendence jsou u nás tzv. Husákovy děti, které byly narozeny v letech 1969 až 1975. V této době docházelo k propopulační politice tehdejší vlády, které zároveň napomohla i tehdejší doba omezující různé příležitosti lidí v činnostech veřejného života. Došlo k téměř 30 % nárůstu dětí. K tomuto nárůstu opakovaně nedošlo, protože v dalších generacích již docházelo k odkládání plánování rodiny do pozdějšího věku, čemuž nepomohly ani společenské změny po roce 1989. Dochází k regresivní populační struktuře, malému počtu dětí a celkovému poklesu počtu obyvatel. K přírůstku obyvatel v České republice dochází především z důvodu migrace, pokles však souvisí s nízkou plodností nových generací (Vidovićová a kol., 2014).

Nejnovější vývoj české společnosti je obdobný s vývojem v celé Evropě, především v západní. Dochází k poklesu plodnosti, ale zároveň se prodlužuje věk dožití. Porodnost je v rovnováze s úmrtností. Podle kritérií OSN dělíme lidský život do tří období: 0–14 let, 15–64 let a nakonec 65 let a výše, což je hranice pro stáří. Pokud posuzujeme demografický věk populace, lze za starou považovat populaci, jejíž více než 7 % obyvatel již dosáhlo 65 let. Tuto hranici jsme překročili někdy kolem roku 1950. Od té doby toto procento neustále stoupá. V roce 2007 byl podíl seniorů 65 a více let 14,4 %⁴ (Schmeidler, 2009).

⁴ Podle informací získaných z ČSÚ tvořili seniori 65+ v České republice k 31.12.2019 jednu pětinu obyvatelstva. Největší skupinu představují seniori 65–69 let, kterých bylo 679 tisíc, 603 tisíc náleželo skupině seniorů mezi lety 70–74 let. Zbylé dvě pětiny zastoupily skupiny osob ve věku 75–79 let (409 tisíc) a 80 a více let (441 tisíc). Věku sto a více let se dožilo 713 obyvatel České republiky (z toho 515 žen), (ČSÚ, 2020).

Tabulka 1: Míra plodnosti

Věková skupina žen	2010	2015	2016	2017	2018	2019
15 - 19	11,5	11,7	11,8	11,9	10,8	9,9
20 - 24	45,7	45,5	49,4	50,8	51,3	49,7
25 - 29	99,7	97,0	99,4	103,7	105,4	107,9
30 - 34	99,0	106,3	109,2	111,9	112,6	111,4
35 - 39	38,4	45,3	47,6	49,8	51,6	52,5
40 - 44	5,9	8,4	8,7	9,1	9,8	9,9
45 - 49	0,3	0,4	0,5	0,5	0,7	0,8
Úhrnná plodnost	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7
Průměrný věk žen při narození dítěte	29,6	30,0	30,0	30,0	30,1	30,2

Zdroj: Český statistický úřad: Statistická ročenka ČR 2020; vlastní úpravy

Tabulka 1 ukazuje míru plodnosti. Pokud se zaměříme hned na první skupinu žen, tedy na kategorii 15–19 let vidíme, že počet rodiček v tomto věku mírně klesá. Naopak se neustále zvyšují počty rodiček ve věku 25–29 let a 30–34 let. Úhrnná plodnost se od roku 2010 mírně zvýšila. Průměrný věk ženy při narození dítěte se stále pohybuje na hranici 30 let, přičemž i tento věk mírně roste.

Tabulka 2: Obyvatelstvo podle věkových skupin (stav k 31. 12.)

Věková skupina	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
0 - 14	1 518 142	1 577 455	1 601 045	1 623 716	1 647 275	1 670 677	1 693 060	1 710 202
15 - 64	7 378 802	7 109 420	7 056 824	6 997 715	6 942 623	6 899 195	6 870 123	6 852 107
65+	1 635 826	1 825 544	1 880 406	1 932 412	1 988 922	2 040 183	2 086 617	2 131 630
%								
0 - 14	14,4	15,0	15,2	15,4	15,6	15,7	15,9	16,0
15 - 64	70,1	67,6	67,0	66,3	65,6	65,0	64,5	64,1
65+	15,5	17,4	17,8	18,3	18,8	19,2	19,6	19,9

Zdroj: Český statistický úřad: Statistická ročenka ČR 2020; vlastní úpravy

V tabulce 2 můžeme vidět, že počet obyvatel ve věku 65 let a více v porovnání s rokem 2010 vzrostl téměř o 4 %. Naopak pokles můžeme zaznamenat ve věkové kategorii 15–64 let, kde se počet snížil z 70 % na 65 %. Počet dětí do věku 14 let mírně vzrostl.

Podle prognózy Českého statistického úřadu bude naděje na dožití při narození v roce 2050 78,9 let pro muže a 84,5 let pro ženy. Rozdíly ve věku dožití nejsou pouze genderové, ale jsou i geografické. Rozdíl mezi okresy s nejvyšším a nejnižším věkem

dožití je 4,8 roku. Kraje s vyšším věkem dožití jsou Královehradecký, Pardubický a Jihomoravský, nejdříve umírají lidé v Ústeckém a Moravskoslezském kraji. Mezi nejlepší patří hlavní město Praha (74,1 rok), Brno (74,0) a Plzeň (73,8)⁵; (Schmeidler, 2009).

Podle Zemana můžeme příčiny nižšího dožití v problémových oblastech vidět v souvislosti se sociálními problémy daných oblastí, etnickým a národnostním složením populace a na socioekonomickém složení obyvatelstva, tedy vztahu mezi vzděláním a úmrtností, socioekonomickým postavením nebo bohatstvím na individuální úrovni. V místech s vyšší úmrtností lze zaznamenat také vyšší míru umělé potratovosti, vyšší podíl dětí narozených mimo manželství a vyšší míru rozvodovosti (Schmeidler, 2009).

Na začátku 80. let došlo k vyrovnání porodnosti a úmrtnosti, zpočátku 90. let bylo dokonce více zemřelých než narozených a přirozený přírůstek se dostal do záporných čísel, v roce 2006 se vrátil do kladných. V době, kdy se zlepšují socioekonomické podmínky a kvalita péče, snižuje se úmrtnost v dětství i dospělosti a zvyšuje se předpokládaný věk dožití, dochází zároveň ke snížení porodnosti, z důvodu umožnění moderní medicíny snadnější kontroly porodnosti a realizováním zodpovědného přístupu k rodičovství. Důsledkem souběhu těchto trendů je stárnutí populace, protože kvalitnější lékařství je to, co umožňuje seniorům prodloužení produktivního období života (Schmeidler, 2009).

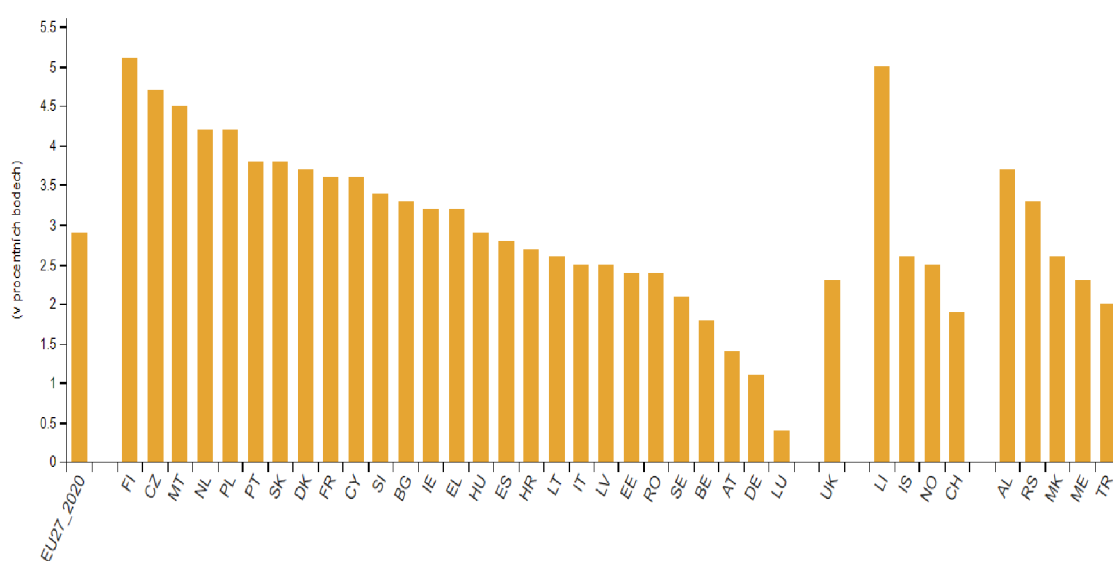
1.5 Rozdíl ČR a EU

Za příčiny stárnutí populace, zároveň za prodlužování střední délky života v EU, můžeme považovat snížení úhrnné plodnosti pod 2,1 dítěte na jednu matku, dále odkládání založení rodiny, touhu po menší rodině, případně politiku nebo sociální systém státu. Úhrnná plodnost začala klesat s počátkem industrializace a urbanizace. Poválečný ekonomický růst dočasně zvýšil plodnost v Evropě. V roce 2018 byla průměrná úhrnná plodnost v EU 1,55, naopak v roce 2000 byla úhrnná plodnost v EU 1,43, došlo tedy k mírnému nárůstu. V roce 2018 měly ze zemí EU nejnižší plodnost země z jižní Evropy jako jsou Řecko, Španělsko, Chorvatsko, Malta. Naopak nejvyšší úhrnnou plodnost měly státy Dánsko, Estonsko, Irsko, Francie, Rumunsko, Švédsko a můžeme k nim zahrnout

⁵ Podle ČSÚ byla pro roky 2017–2018 nejvyšší naděje dožití pro muže v kraji Hlavní město Praha, kde byla naděje 78,25 let, dále v Královehradeckém a následoval kraj Vysočina. Pro ženy na tom byl nejlépe kraj Vysočina s nadějí 82,96 let, dále kraj Hlavní město Praha a Jihomoravský kraj. Nejnižší naděje dožití má potom u mužů kraj Ústecký a v případě žen je mírně horší než Ústecký kraj, kraj Karlovarský (ČSÚ, 2018).

ČR, která měla úhrnnou plodnost pro rok 2018 1,71, tedy nad celkovým průměrem EU. Úhrnná plodnost se v ČR v roce 2018 v porovnání s rokem 2000, kdy byla hodnota 1,15 zvýšila. Německo je sice hodnoceno jako země s dlouhodobě nízkou úhrnnou plodností, ale i u něj došlo v rámci let 2000 a 2018 k mírnému nárůstu na hodnostu 1,57. Nízkou úhrnnou plodnost má Polsko, kde byla v roce 2018 úhrnná plodnost 1,46. Možným bojem Polska proti nízké úhrnné plodnosti může být také nový zákon o potratech, který téměř vylučuje legální interupce (BBC, 2021).

Obrázek 4: Zvýšení podílu obyvatel ve věku 65+ nebo více v letech 2009 až 2019



Zdroj: Eurostat, 2020; vlastní úpravy

Na obrázku 4 můžeme vidět zvýšení podílu seniorů ve věku 65 let a výše v procentních bodech mezi lety 2009–2019. V případě České republiky došlo k nárůstu o téměř 5 procentních bodů spolu s Maltou, Finskem. K nejnižšímu nárůstu došlo v Lucembursku, naopak k nejvyššímu v Lichtenštejnsku. Průměrný nárůst podílu obyvatel 65 let a více, je v EU kolem 3 procentních bodů.

Na základě dat z Eurostatu je zřejmé, že v průběhu let by se zastoupení seniorů v zemích EU mělo ještě zvýšit, od roku 2050 by mělo dojít do jisté míry ke stagnaci. V roce 2018 bylo zastoupení seniorů v zemích EU 20, 2 %, v roce 2050 by zastoupení stouplo na 29,5 %, přičemž v dalších letech by nárůst neměl být již tak znatelný (Eurostat, 2020).

1.6 Demografická panika

Demografickou paniku můžeme definovat jako veřejně artikulované obavy z budoucího vývoje společnosti na základě proměňující se demografické struktury. Podle Vidovičové tato panika pramení z představy, že blaho národa je přímo závislé na věkové struktuře obyvatelstva. Dochází k jistému vnučování myšlenky, že jakékoliv zvýhodnění jedné skupiny musí zákonitě škodit skupině druhé (Vidovičová, 2004, s. 64).

Koncepty, jako jsou demografická panika, morální panika z babyboomu nebo demografický alarmismus užívají autoři anglo – australské provenience. Šířitelé demografické paniky hovoří o příliš velkém počtu starších a starých lidí, které si dnešní společnost nemůže dovolit. Typickými výroky jsou, že demografický vývoj ohrožuje ekonomický růst, hrozí platební neschopnost důchodových, zdravotních a pečovatelských systémů, vysoké daně a mezigenerační konflikt. Vidovičová se domnívá, že demografická panika způsobuje strach a začíná kumulovat s principem sebenaplňujícího se proroctví. Lidé vnímají své schopnosti ovlivnit vývoj jako omezené a ztratili víru stát se součástí kolektivních řešení. Oblastí, ve které se demografická panika nejvýrazněji realizuje, je mediální diskurz. Média konstruují realitu a definují veřejný zájem. Produktem bývají různá sdělení šířící paniku z demografie: „*Státu chybí peníze na penzi!*“, „*Důchodcům loni vzrostly příjmy více, než ostatním!*“. Tyto titulky a výroky srovnávají populační stárnutí s rizikem. Mezi nejčastěji citované články patří demografické prognózy, demografové však konstatují, že objektivně jsou populační prognózy velmi omezeným nástrojem pro předvídaní budoucnosti. V prognózách nejsou zahrnuty žádné nepředvídatelné události a faktem je, že k nim pravidelně dochází (Vidovičová, 2008).

Vidovičová poukazuje na to, že paniky z demografie lze sledovat i v postojích veřejnosti. Česká veřejnost většinou nezná přesný údaj o podílu seniorů na populaci ČR a má tendenci jejich počet nadhodnocovat. Téměř polovina české společnosti vnímá vývoj směřující k dalšímu nárůstu seniorů jako špatný. Jako dobrý trend hodnotí stárnutí společnosti příslušníci starší kohorty. Podle Vidovičové je k této panice potřeba přistupovat s klidem a rozvahou. Některé události jsou těžce přístupné okamžitým změnám a stárnutí populace mezi ně patří. Změny jsou ale možné, v rozpoznávání „čistých“ důsledků stárnutí populace, způsobů analýz, sociálně – ekonomických změn a skrytých faktorů. Relevantní rozbor nákladů a výnosů stáří na společenské i na

individuální úrovni chybí, proto je demografická panika podhoubím pro vznik ateistických postojů a politik (Vidovičová, 2008).

1.7 Ageismus

Ageismus řadíme mezi sociálně patologické projevy chování jednotlivců a skupin, které ohrožují mezigenerační soužití mezi občany, ale i společenské a sociální příměří mezi skupinami. Pojem je odvozen od anglického slova age (věk nebo stáří). Samotný jev ageismus má řadu projevů. Tento pojem použil ve svých odborných rozpravách Robert Butler, ředitel National Institut on Aging v USA, v roce 1969 ve smyslu věkové diskriminace. Ageismus musíme zkoumat z více pohledů: ageismus jako zvrácená ideologie, jako forma nesnášenlivosti, jako postoj, jako předsudek nebo jako stereotyp chování (Ort, 2004).

Podle Butlera ageismus můžeme chápat jako proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení, staromódní v morálce i dovednostech. Dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné a brání jim, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi. Ageismus je manifestován širokým spektrem fenoménů, a to na individuální i institucionální úrovni. Dochází k opovržením a averzi, vyhýbání se kontaktu, diskriminační praktiky v bydlení, zaměstnání a službách atd. (Vidovičová, 2005).

1.7.1 Zdroje ageismu u seniorů

Psychologické zdroje

Palmore uvádí celou škálu zdrojů ateistických postojů, a to jak na úrovni individuální, tak na úrovni kulturní a sociální. Můžeme tedy vyčlenit tři oblasti. První oblastí je oblast individuální, mezi individuální, tedy subjektivně – psychologické zdroje ageismu, patří především strach ze smrti a stárnutí jako psychosomatického úpadku. Tyto obavy jsou přítomny téměř ve všech kulturách a časových obdobích. Jako další zdroj ageismu bývá označována agrese, z čehož pramení nepřátelství vůči členům minoritních skupin. Výše popsané individuální předpoklady bývají podporovány sociálním prostředím (Vidovičová, 2005).

Sociální zdroje

Sociálním zdrojem ageismu může být konflikt hodnot pramenící z předpokladu, že efekt stárnutí může u starších lidí vyvolat potřebu zastávat jiné hodnoty, než mají mladší lidé. To se projevuje v různých preferencích politických opatření. Efekt stárnutí může být posilován efektem kohorty, tento efekt vzniká odlišnou socializací jednotlivých kohort v rozdílných podmínkách. Příkladem jsou rodinné hodnoty vštěpované dnešním dětem, které se mohou lišit od hodnot vštěpovaných dříve jejím prarodičům. Vzniklé rozdíly mezi generacemi mohou produkovat konflikt hodnot. (Vidovičová, 2005).

Kulturní zdroje

Poslední oblastí jsou zdroje kulturně podmíněné, kam patří různé faktory, jako jsou hodnotové systémy, jazyk, mediální kultura, humor, umění a literatura. Specifikem těchto zdrojů je jejich schopnost diskriminační postoje a stereotypy do nich jednou vložené dále prakticky neomezeně replikovat. Kulturní zdroje jsou často identické se samotnými formami ageismu (Vidovičová, 2005).

2 Stáří a jeho charakteristika

Stáří je poslední vývojová etapa. Světová zdravotnická organizace klasifikuje vyšší věk na: rané stáří (60–74 let), vlastní stáří (75–89 let) a období dlouhověkosti (90 a více let). Dnes je považován za počátek stáří věk 65 let a jako vlastní stáří označujeme věk 75 let. Jednotlivé skupiny seniorů jsou různorodé, ale existují typické charakteristiky pro určitá období. Mladí senioři se potýkají s problematikou penzionování, seberealizací a náplní volného času. Staří senioři se méně přizpůsobují a méně tolerují zátěž, dochází u nich k postupné osamělosti, těmito seniory se nejčastěji zabývá geriatricie. U velmi starých seniorů dochází k postupnému omezení soběstačnosti. Lidský věk je možno dělit podle různých hledisek, setkáváme se s termíny biologický věk, kalendářní věk nebo funkční věk. Můžeme vyčlenit také sociální věk, který je charakterizován rolí, kterou člověk zastává ve společnosti, za počátek sociálního stáří je považován vznik nároku na starobní důchod (Ondrušová, 2011).

2.1 Stárnutí

Existuje nespočet teorií, proč a jak stárneme, ale definice stárnutí je složitá. Bez ohledu na to, v čem se jednotlivé teorie liší, všechny se snaží odpovědět na tu samou otázku, tou je: co je příčinou stárnutí? I přesto, že je stárnutí složité, je charakterizováno celou řadou změn, ke kterým dochází na různých úrovních, ne pouze biologické hierarchie. V poslední době se objevily kombinované teorie, ve kterých je proces stárnutí považován za komplexní a globálnější. Je třeba si uvědomit, že univerzální příčina stárnutí platná pro všechny živé organismy nemusí existovat. Stárnutí jako téma zaujalo vědce a filozofy již v době Platóna. Ti se snažili porozumět chápání smrtelného života v souvislosti s moudrostí a jako úspěch považovali i skutečnost, kdy člověk získá moudrost až jako starý. Stáří přináší řadu změn, škodlivých i neškodlivých. Některé změny, jako jsou šedivé vlasy nebo vrásky nemusí být nutně škodlivé a nemají vliv na životaschopnost jedince. Vedle neškodných změn existují změny, které jsou již horší a mohou zapříčinit zvýšené riziko onemocnění, postižení nebo smrti. V gerontologii je někdy používán termín senescence, který označuje proces stárnutí, kdy dochází k postupnému zhoršení funkcí, senescenci však lze oddálit (da Costa, João Pinto et al., 2016).

Pod pojem stárnutí zahrnujeme souhrn změn ve struktuře a funkčnosti organismu, které vedou k jeho zvýšené zranitelnosti a poklesu schopností výkonnosti jedince, změny se kulminují v terminálním stádiu a ve smrti. Biologické znaky i projevy stárnutí jsou nápadné, dochází ke snižování odolnosti proti infekcím, zvýšení sklonu k nádorovým onemocněním, zpomaluje se hojení ran apod. Pochod stárnutí je u každého druhu geneticky kódován a pro každý druh existuje maximální hranice délky života. Na otázku, kdy je člověk pokládán za starého není snadné odpovědět. Prvním z důvodů je fakt, že týž člověk může vykazovat určitý pokles výkonnosti v nějaké činnosti, ale výkon v jiné činnosti může stoupat nebo být zachován. Za druhý důvod můžeme považovat rozšiřující se rozdílnost mezi jedinci daného věku, někteří si zachovávají svěžest, ale jiní vykazují známky stárnutí brzy. Třetím důvodem je pokrok ve zdravotní péči a společenské změny, které přinášejí změny ve zdravotním stavu lidí, ale i nároky na ně kladené, které zapříčiňují pohyb hranice stáří jedním nebo druhým směrem. Obecně lze říct, že z hlediska společnosti je člověk starý, když je za starého pokládán ostatními členy společnosti (Langmeier, 1998).

2.1.1 Zdravé a úspěšné stárnutí

Chronologický věk je špatným ukazatelem zdravotního stavu, protože osmdesátiletý člověk může být silný a zdravý, zatímco šedesátiletý někdy potřebuje významnou péči, tato situace se může odehrát i v zemích zaostalejších a s nižšími příjmy. Podle programu udržitelného rozvoje do roku 2030 se vlády zavázaly, aby měl každý příležitost naplnit svůj potenciál důstojně a rovně, neměly by tedy existovat rozdíly ve smyslu, že lepší život si může dopřát jen řada privilegovaných. Cílem je zajistit zdravý život a podporovat blahobyt v každém věku. Strategie vycházejí z přístupu WHO ke zdravému stárnutí, kde nemá jít o zaměření se na absenci nemoci, ale na to umožnit lidem být takovými, jakými být chtějí a dělat to, co chtějí. Staří lidé zejména potřebují integrované služby, které budou co nejlíže jejich domovům a budou jim poskytovat péči, kterou potřebují. Mělo by dojít k vytvoření systémů, které budou podporovat pečovatele prostřednictvím různých školení a umožnit tak lidem žít smysluplný a důstojný život, protože fyzické a sociální prostředí je důležité pro zdraví a pohodu (Beard, John R et al., 2017).

Robert Havighurst v roce 1961 vyslovil teorii, kde stáří nebylo vnímáno negativně, jako tomu bylo ve většině předchozích teoriích, nýbrž jako aktivní účast na aktivitách, které si lidé předtím nemohli užít. Po Havighurstově teorii byl publikován krátký odborný text Johna W. Roweho a Roberta Kahna s názvem Ageing: usual and succesfull, který podnítil na změření se úspěšného stárnutí a popularizoval tuto myšlenku mezi vědci a lékaři. V tomto modelu měl proces zahrnovat tři složky: vyhýbání se chorobám, udržování fyzických a kognitivních funkcí a aktivní zapojení, tato kombinace měla představovat úspěšné stárnutí. Tento model si získal značnou kritiku, ale i zdokonalení a expanzi. Bohužel velká část populace nemůže dosáhnout všech těchto cílů zejména kvůli přítomnosti onemocnění. Pro zdravé stárnutí je nutné, aby si jedinec udržoval vysokou odolnost vůči různým zátěžovým situacím (Cosco, Howse, Brayne; 2017).

2.1.2 Sociální změny v procesu stárnutí

Jak píše Ondrušová, v průběhu stárnutí dochází k častým proměnám v sociálních rolích, v rodině, zaměstnání, mezi vrstevníky, ale i mezi přáteli nebo sousedy. V životě seniora postupně nastávají události, které tyto vztahy ovlivňují, příklady takovýchto situací jsou ukončení pracovního procesu, ztráta partnera, stěhování, nemoci nebo snížená

soběstačnost. Důležitým mezníkem je situace, kdy člověk nemůže zůstat ve svém přirozeném prostředí a odchází do rezidenční péče (Ondrušová, 2011).

2.1.3 Fyzické a tělesné procesy stárnutí

Tělesné projevy a změny, které odlišují stáří od mládí, bývají označovány jako fenotyp stáří. Mají obecné rysy, ale čas, kdy se projeví a v jakém rozsahu je velmi individuální. Nové generace dlouhodobě stárnou v lepší tělesné kondici, lepším zdravotním stavu a sociálně ambiciózněji než generace starší. Fenotypické změny mohou být posuzovány dvojím způsobem, buď longitudinálně jako změny daného jedince či skupiny jedinců v čase nebo průřezově jako rozdíly zkoumaných jedinců různého věku. Změny jsou způsobeny několika faktory. Fylogenetické změny nových generací, např. větší tělesná výška. Ontogenetické změny starších jedinců mohou být involuční, chorobné, související s životním stylem, psychické nebo sociálně ekonomické a ekologické (Kalvach, 2004).

Dle Kalvacha tělesná výška se s věkem snižuje, naopak tělesná hmotnost a body mass index (BMI) s věkem obvykle stoupají, ke konci dochází k poklesu. Dochází ke změně tělesného složení, ubývá aktivní tělesná hmota a přibývá tuk a vazivo. Tělesný povrch se ve stáří zmenšuje, přičemž z antropometrického hlediska dochází k „mohutnění postavy“, u mužů i u žen se mění tvar hrudníku. Dochází ke změnám tělesných proporcí, jako je poměr šíře ramen a boků či pasu. V seniu a zvláště v pokročilém stáří, často tělesné hmoty ubývá. Změna je patrná ve výrazu obličeje, kde dochází ke zvýraznění kožních vrásek a jiných známek stárnutí kůže. Vlasy bývají již zšedivělé a zejména v případě mužů může docházet i k alopecii, tedy vypadávání vlasů. Významné změny vidíme v chůzi a postoji, krok se zkracuje a chůze se významně zpomaluje. Zhoršuje se zrak, sluch a v případě kuřáků často i chuť a čich (Kalvach, 2004).

2.2 Problematika soběstačnosti a závislosti

Soběstačnost vyjadřuje schopnost samostatné existence v určitém prostředí, ve stáří tento funkční potenciál klesá, často se zvyšují požadavky na úpravu prostředí, ve kterém člověk pobývá. Pokud podmínky, ve kterých člověk žije neodpovídají jeho zdravotnímu stavu a funkčním schopnostem, dochází k poruše a člověk se stává nesoběstačným, vyžaduje pak pomoc od okolí, rodiny nebo společnosti. Soběstačnost znamená schopnost postarat se o sebe a o svoji domácnost, má složku fyzickou,

psychickou, sociální a hmotnou. Pokud se starému člověku i při ztrátě soběstačnosti dostává pomoci, která mu umožní žít v prostředí, na které je zvyklý, je jeho stav označován jako zabezpečenost. Faktory, které nejčastěji ovlivňují soběstačnost jsou chronické choroby a vady, onemocnění pohybového aparátu, smyslové poruchy, neurologická a psychická onemocnění, choroby se zvýšenými nároky na ošetření, špatné bytové podmínky, ztížená dostupnost zdravotnických i sociálních služeb, nemožnost a neochota pomoci ze strany rodiny apod. (Zavázalová, 2001).

K posuzování zdravotně sociální diagnózy slouží různé testy, ty se kromě zdravotnické praxe využívají také ve sféře sociální práce, zejména při rozhodování o umístění do ústavního zařízení a výběru jeho typu. Pouze správně stanovená diagnóza spojující medicínskou a sociální problematiku má význam pro kvalitní, adekvátní léčbu a změnu sociálních faktorů, může dojít k oddálení pobytu v ústavním zařízení. Udržet starého člověka v jemu známém prostředí i za cenu pomoci je součástí geriatrické prevence. Jedním z testů pro funkční hodnocení je test IADL (instrumental activities of daily living), který zjišťuje úroveň všedních činností, jako jsou nakupování, telefonování, domácí práce či vaření, na bodovém hodnocení každé činnosti. Dalšími příklady testů jsou Barthelův test základních všedních činností ADL (activities of daily living) nebo test kognitivních funkcí MMSE (Mini – Mental State Exam), (Zavázalová, 2001).

Působení sociálních faktorů ve vyšším věku je výrazné, některé mohou působit negativně a jejich nositel se potom stává z gerontologického hlediska rizikovým. Za rizikové se považují jedinci, kteří se nejsou schopni přizpůsobit náhlým změnám svých životních podmínek nebo svému zdravotnímu stavu. Podle Světové zdravotnické organizace jsou rizikovými: osoby na 80 let věku, osaměle žijící, osamělé a svobodné staré ženy, izolovaní staří lidé, lidé umístění v ústavních zařízeních, bezdětní, lidé se závažnými chorobami a vadami, páry, kde je partner nemocen nebo handicapován a lidé se špatným hmotným zabezpečením. K tomuto je třeba přiřadit ještě některá období života starých lidí, jako jsou: odchod do důchodu, období po náhlém úmrtí životního partnera či blízkého příbuzného, návrat z ústavního léčení do vlastní domácnosti nebo naopak přemístění do zdravotní či sociální ústavní péče. U poměrně vysokého procenta lidí nad 60 let věku dochází ke sdružování těchto faktorů. Za nejzávažnější lze označit situaci, kdy se kumuluje špatný zdravotní stav s vysokým věkem a osamělým způsobem života (Zavázalová, 2001).

2.2.1 Stáří a nemoc

Stáří a nemoci bývají někdy špatně považovány za synonyma, což je nesprávné, protože nemoci postihují lidi ve všech věkových kategoriích. Starším lidem však hrozí příchod vážných a strastí přinášejících nemocí častěji, což je jedním z důvodů, proč se lidé stáří bojí. Strach z nemoci bývá někdy horší, než je nemoc nebo bolest sama (Haškovcová, 2010). Za zdravého se starý člověk považuje tehdy, když nemá zjevnou nemoc, či jiný obtěžující syndrom, je spokojený s kvalitou svého života, při činnostech je soběstačný (Antošová a kol., 2016). Nemoci k životu patří a je třeba na to myslet. Pozitivem je, že v současnosti máme medicínu plnou úspěchů a mnoho lidí díky dobré prevenci, kvalitní léčbě a péči, prožije dlouhý a kvalitní život. Mladí lidé a lidé středního věku nemoc prožívají jako náhlou, nespravedlivou, zatímco staří lidé ji akceptují jako nepřekvapující zlo. Starý nemocný člověk samozřejmě také doufá v úlevu od nemoci a touží po zlepšení svého zdravotního stavu. Zdraví má ve společnosti vysokou hodnotu, tu si lidé uvědomují především, když je stav zdraví aktuálně nebo potenciálně ohrožen. Podle definice Světové zdravotnické organizace je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, tato definice byla později rozšířena o pohodu duchovní, ekologickou a etickou. Pro seniory vyšších kategorií je typické, že se deficity pohody kombinují nebo střídají. Zdraví a mladí lidé často berou zdraví jako samozřejmost, ale stárnoucí již vědí, že být fit samozřejmě není (Haškovcová, 2010).

Protože lidské hodnoty jsou ve vztahu s právě prožívanými potřebami, je zřejmé, že stárnoucí a staří lidé budou na první místo svých hodnotových orientací řadit zdraví. Postupně, jak člověk začíná chápat, že zdraví není samozřejmé, přijímá hodnotu zdraví i „zvnitřku“. Nemoc výrazně zasahuje do života člověka, dochází ke změně oblasti emotivity a reaktivity. V případě dlouhodobé nemoci může dojít nejen ke změnám v chování, ale i k defektu některých stránek osobnosti. Ne každý je schopen vyrovnat se s obtížemi chorob ve stáří. Někteří potřebují pomoc druhých, jiní ji odmítají. Mnoho starých nemocných často nesignalizuje své potřeby včas, někteří proto, že si nechtějí přiznat počínající nemoc a jiní proto, že její počátek přehlédli. Část seniorů ze svých chorob někdy přímo žije a do nemoci se uchyluje kvůli přívětivé náruči a slovům (Haškovcová, 2010).

Staří lidé zpravidla trpí přítomností několika nemocí najednou, tedy polymorbiditou. Lékaři popisují tzv. dominový efekt, který spočívá v tom, že nějaká

nemoc vyvolá i zhoršení ostatních nemocí. S polymorbiditou často souvisí také polypragmazie, což je užívání několika léků najednou. Ze somatických potíží považují lékaři za nejčastější: insomnii (poruchy spánku), inkontinenci (únik moči, pomočování) a imobilitu (sníženou nebo ztracenou pohyblivost). Celkovým důsledkem dekompenzace zdravotního stavu je ztráta soběstačnosti (Haškovcová, 2010).

Kvalita života v nemoci

Kvalita života seniora je úzce spjata s jeho zdravotním stavem, bohužel právě ve stáří lze ve srovnání s jinými věkovými skupinami pozorovat prudký vzestup nemoci (Hornátová, 2016). Pokud bychom přijali toto stanovisko, tak bychom přijali i fakt, že v případě nemoci není prostor pro kvalitní život, ale mnoho hendikepovaných nebo jinak nemocných jedinců nám ukazuje opak. V současné době se řada odborníků shoduje, že kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Pouze člověk sám může říct, jestli se cítí šťastný a spokojený. Je třeba naučit se žít se svou nemocí, a to nemusí být lehké. Prožitek kvality života je sice věcí konkrétního člověka, ale i přesto se stanovují kritéria pro měření zvenčí. Byly vytvořeny speciální dotazníky Index Quality of Life, které detekují šest základních oblastí podmiňujících kvalitu života. Jde o: sebezpřijetí, pozitivní vztahy, autonomii, zvládání životního prostředí, smysl života a osobní rozvoj. Je třeba říct, že i když medicína navrátí zdraví, nemůže zajistit jedincovo štěstí, záleží tedy na aktivitě jedince. Senioři se často zabývají otázkami, zda jsou se svým životem spokojeni nebo udělali chyby a pokazili si ho. Populární je metoda tzv. validace, jejíž autorkou je Naomi Failová. Cílem této metody je vyřešit problémy minulosti a snížit stres způsobený těmito ztrátami. V současnosti je k dispozici již celá řada další aktivizačních terapií, jako jsou ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie nebo zooterapie. Nemoc je proces, ale i v případě nemoci je třeba zajistit kvalitní péči a co nejlepší míru spokojenosti i v případě těžce nemocných či umírajících lidí, do poslední chvíle (Haškovcová, 2010).

2.3 Ekonomické aspekty stáří

Jak uvádí Sýkorová, peněžní prostředky se považují za důležitou součást individuálních zdrojů, závisí na nich kapacita kontrolovat svoji životní situaci. Po dosažení zákonem stanovené věkové hranice se jedinci ocitnou mimo trh práce a ztratí placenou práci, která představuje základ existenčního zajištění, resp. je klíček

k zabezpečení materiální existence, z toho důvodu se jedinci stávají závislími na systému sociálního zabezpečení. Lidé získávají status důchodců, což je znak pro pobírání pravidelného měsíčního příjmu, aniž by museli pracovat. Penze je u nás nahlížena jako čas na osobní koníčky, zájmy a rodinu i za cenu nižších důchodů. Předpokládá se, že senioři mají omezený přístup ke statkům a službám, protože jsou chudí. V dané chvíli si však již často nemohou pomoci, protože lepší výdělky nebo připojištění musí udělat v mladším věku. Lidé se, často pod vlivem ideologie, spoléhají na kompletní zajištění ze strany socialistického státu, nebyl tedy důvod spořit. V důsledku toho se nynější životní úroveň seniorů odvíjí především z výše jejich starobní penze (Sýkorová, 2007).

Seniory však nelze pojímat jako univerzálně chudé. Takřka všichni senioři překročí hranici chudoby, ve srovnání s ostatní českou populací na tom nebývají špatně. Příjem v důchodu zdaleka nedosahuje výše sedmdesáti či pětasedmdesáti procent dřívějšího výdělku, avšak s novou věkovou pozicí se snižují náklady na živobytí, nemusejí investovat velké prostředky do již vybavených domácností, zpravidla necítí potřebu si kupovat nová zařízení. Senioři se často podílejí na vysokém životním standardu svých vnoučat. Pokud se staří lidé dostanou do stavu nouze, je pro ně mnohem náročnější dostat se z krize než pro mladší vrstevníky. Do stáří si také přináší nerovnost přístupu ke společenským zdrojům. Dále si nesou genderovou nerovnost ze sféry placené práce, která ústí v horší finanční situaci žen a je považována za jednu z hlavních příčin chudoby ve stáří, resp. její feminizace. Značný podíl seniorů má však podle svého vyjádření potíže vyjít s příjmem, dokonce i na nejlevnější potraviny. Materiální zabezpečení domácnosti a financování potřeb jejich členů definují jako problematické lidi ve všech fázích života. Zhoršování se vnímání vlastní finanční situace může u starých lidí způsobovat strach vyrovnat se s neočekávanými nepříznivými situacemi. Mýtus univerzální chudoby se šíří od politiků přes média až k seniorům, což jejich strach může ovlivňovat (Sýkorová, 2007).

2.4 Proměna chování, postojů a potřeb

2.4.1 Kvalita života seniorů

Kvalita života je široký pojem a lze ho definovat a zkoumat z různých aspektů. Koncept kvality života můžeme rozdělit na dvě dimenze: objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života souvisí s celkovou spokojeností s životem a psychickou pohodou. Objektivní kvalita života je spojena s naplněním sociálních a materiálních

podmínek života a fyzického zdraví. K nejužívanějším přístupům zkoumání kvality života patří kromě ekonomických a sociologických aspektů také aspekty psychologické a medicínské. V případě hlediska sociologického jsou hodnoceny různé sociologické indikátory kvality života (Ondrušová, 2011).

Kvalita života u seniorů v ČR byla jednou z priorit Národního programu přípravy na stárnutí na období let 2008–2012. Populace seniorů je heterogenní, lze najít i specifické aspekty kvality života seniora v určité životní etapě, soukromé, rodinné či zdravotní situaci. Z výsledků výzkumů ze zahraničí i z ČR, lze shrnout, že aspekty ovlivňující kvalitu života u seniorů jsou: dobrý zdravotní stav, stabilní manželství, samostatné bydlení, extraverté, sociální zapojení, nepřítomnost deprese, příprava na stáří, materiální zabezpečení, koníčky, dostupnost zdravotnických a sociálních služeb. Významná je také schopnost adaptovat se na změny, které stáří přináší. Lze předpokládat, že se zlepšením socioekonomické situace, pokroky v medicíně a aktivnějšímu životnímu stylu budou senioři zdravější a spokojenější než předchozí generace (Ondrušová, 2011).

Podle Strategie přípravy na stárnutí společnosti pro období let 2019–2025, jehož tvůrcem je Ministerstvo práce a sociálních věcí, vede k prosperující a dlouhodobě společnosti komplexní přístup. K přípravě na stáří je zapotřebí kvalitní strategie, kde nelze vynechat otázku příjmů. Důležitá je dostupnost bydlení, financování a kvalita sociální a zdravotní péče, celoživotní vzdělávání, zaměstnanost, ochrana práv seniorů atd. Strategie má reagovat na problémy dnešních seniorů, ale i na stárnutí společnosti jako celku (MPSV, 2019).

2.4.2 Potřeby seniorů

Jak píše Ondrušová, potřeby člověka jsou individuální a proměňují se v prostředí, ale i v čase, v němž žije. V průběhu stárnutí dochází ke změnám zdravotního a funkčního stavu, dále i proměnám rodinných, společenských i partnerských vztahů. Obecně lze konstatovat, že v ČR jsou základní potřeby seniorů uspokojeny, tyto potřeby jsou shodné s potřebami mladších generací. Ve stáří jsou však důležité i potřeby psychologické, jako jsou pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost a potřeba smyslu života. Jelikož jsou tyto potřeby vzhledem k postupujícímu se věku více naléhavé, lze říct, že senioři strádají v potřebách rozvojových, kam řadíme potřeby sociální důstojnosti, respektu, mezilidských vztahů, lásky od blízkých. Odlišnost u seniorů není v rozdílných potřebách,

ale v různém způsobu jejich naplňování a uspokojování. V průběhu stárnutí dochází ke změnám v hierarchii potřeb a do popředí se dostávají tyto potřeby:

- Potřeba citové jistoty
- Potřeba bezpečí
- Potřeba lásky, sociálních kontaktů, rodinné vazby
- Potřeba seberealizace
- Potřeba užitečnosti pro druhé
- Potřeba autonomie
- Potřeba zachování důstojnosti
- Potřeba stimulace, otevřenosti novým podnětům
- Spirituální potřeby
- Potřeba smysluplnosti života (Ondrušová, 2011).

2.4.3 Hodnotové postoje

Stáří je mimo jiné obdobím rekapitulace dosavadního života a určitým bilancováním. Přechod z produktivního věku do klidnějšího seniorského věku s sebou často přináší přehodnocení vlastního životního stylu a změnu dosavadních životních priorit. Vědu o hodnotách nazýváme axiologií. Upřednostňování hodnot je trvalý proces a velmi málo hodnot si zachovává klíčové postavení po celý životní cyklus člověka. Zdravé hodnoty bývají nadčasové, jednou z nich jsou hodnota zdraví a zdravého životního stylu. Hodnoty představují vše, co daná společnost, skupina nebo jednotlivec považují za žádoucí, o co usilují. V soupisu cílových hodnot seniorů figurují: rovnost bez společenské diskriminace, společenské uznání, pohodlný život v blahobytu, ochrana státem, opora v rodině a jistota. Při výhledu do budoucnosti vynikají hodnotově dlouhodobější cíle, ustupují cíle pomíjivé a krátkodobé. S hodnotami však souvisí lidské potřeby (Ort, 2004).

Výzkumy hodnotových preferencí vypovídají o tom, že senioři preferují dvě klíčové hodnoty, což jsou zdraví a lidské vztahy. V souvislosti s těmito hodnotami je důležitá hodnota nezávislosti a soběstačnosti. Čím je člověk starší, tím roste hodnota rodiny, v mladším věku mívá větší význam majetek. Velký posun v žebříčcích hodnot sehrává u seniorů hodnota práce a peněz. Řada čerstvých seniorů považuje ukončení pracovního poměru jako osobní omezení, protože se cítí způsobilí činností, za které

měli zaplaceno. Člověk je do značné míry ovlivněn hierarchií hodnot uznávaných ve stávajícím režimu. U starších lidí můžeme vidět sníženou schopnost integrace společenských, sociálních a osobních hodnot do přijatého životního stylu. Aktivní senior uznává jiné hodnoty než senior nemocný, rozdílné preference bude mít senior žijící doma a senior umístěný v sociálním zařízení. Zvláštním případem univerzální hodnotové priority je však rodina (Ort, 2004).

2.5 Proměna vztahů a kontaktů seniorů

2.5.1 Role prarodiče

Z hlediska sociologie je role prarodiče velmi významná, má tradiční vzory z vícegeneračních rodin a domácností. Proces urbanizace po celé 20. století vedl k rozpadu běžného vícegeneračního stylu života. Dnes převažují malé rodiny, tedy rodiny nukleární. Rodina se ztenčila a zároveň zúžila. Většina prarodičů dnes žije samostatně s vlastní domácností a na svých potomcích není sociálně závislá. V dnešní době tvoří značné procent bývalé děti z neúplných rodin, kde prarodiče často zastupují funkci rodičů nebo ekonomicky pomáhají svým dcerám samoživitelkám. Významná je role prarodičů zejména v době prázdnin a školního volna. Mladá rodina tak dává seniorům kontakt s okolním světem a brání sociální izolaci. Díky prarodičům se často udržují tradice, svátky, slavnosti apod. Prarodiče jsou nositeli citové výchovy, pomáhají rozvíjet schopnosti a pěstovat morální zásady. S ohledem na prodlužující se střední délku života může dojít k tomu, že se starší lidé budou starat o své vlastní staré rodiče (Ort, 2004).

2.5.2 Aktivita a společenské kontakty

Nejlepším prostředkem k prodloužení aktivního života je mimo zdravého způsobu života také využívání zkušeností, které byly získány v průběhu života. Se zvyšujícím se věkem klesá fyzický potenciál, ale v případě psychického tomu tak není. Starý člověk pak může své zkušenosti dlouhodobě využívat. Nucený odchod do důchodu je pro starého člověka mnohdy stresující, mluví se i o smrti z penzionování, někdy je tomu ale naopak a senior si odchod do důchodu přeje. S odchodem do důchodu mnohdy starý člověk začíná žít osaměle, měl by se však z hlediska prevence osamělosti a pro jeho vlastní uspokojení zapojit do nějaké zájmové aktivity. Měl by rozvíjet své koníčky, záliby a zájmy. Staré ženy se většinou starají o domácnost, vnoučata, věnují se ručním pracím, nýbrž staří muži se věnují svým koníčkům a různým aktivitám v zájmových svazech.

Aktivita ve stáří je ovlivněna společenskou atmosférou, individualitou, zdravotním stavem a nabídkou možností (Zavázalová, 2001).

Sociální izolace

Sociální izolací se rozumí ztráta kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije. Starý člověk je na společnosti závislý a pro svůj život buduje společenské kontakty, v případě jejich ztráty může dojít k velkému stresu či smrti. V sociální izolaci se ocitávají senioři, kteří žijí sami a nemají kontakt se svými blízkými či přáteli. Tato skupina je velice riziková a musí být pod dohledem zdravotnických a sociálních pracovníků (Zavázalová, 2001).

2.5.3 Partnerské vztahy

Podle Haškovcové je lásce a sexualitě u seniorů věnována velmi malá pozornost. Na veřejnosti způsobuje údiv a pobavení, pokud se starší pár drží za ruku, už vůbec negativně je nahlíženo na seniora, který se zamiluje a realizuje další sňatek. V případě sexuálních zvyklostí, je jasné, že s věkem dochází k úbytku. V případě lásky jde však také o pohledy, gesta, dotyky, úsměv apod., charakter partnerského soužití se s věkem proměňuje a kvalita vztahu získává mimořádný význam. Mladí lidé si často myslí, že starší pár je spolu jen ze zvyku. V manželské a milenecké lásce je však patrný rozdíl. Manželská láska totiž musí překonat spousta úskalí, která život přináší. Důležité je umění vyslechnout, být si na blízku a povzbudit, manželská láska se nebojí ani nemoci. Je jasné, že partnerství je spíše přínosem, v horší situaci se nacházejí senioři bez partnera nebo ovdovělí. Opuštěné zůstávají především ženy, vdovy si uvědomují, že šance na získání dalšího partnera jsou malé. Vdovci to mívají snazší, zejména proto, že se často poohlédnou po partnerce z mladších generací. Potřeba blízké osoby a partnerského vztahu je trvalá, je třeba počítat s tím, že intenzita této potřeby kolísá, dochází k vyžívání povahových rysů, které často znesnadňují navazování hlubokých vztahů. Je důležité posilovat všechny vztahy, které vznikly v minulosti. Založit nový vztah je velmi složité. Sexuality seniorů si všímají i v ústavní péči, kde se často poukazuje na ztrátu soukromí a omezenou možnost vztahy realizovat, komplikace mohou způsobit i postoje pečovatелů. Je potřeba mít na mysli, že i staří lidé mají potřebu lásky a v případě možnosti ji chtějí realizovat (Haškovcová, 2010).

2.6 Volný čas

V případě volného času je pro seniory důležitý strukturovaný program. Oproti mladším generacím mohou starší lidé věnovat svým zájmovým aktivitám mnohem více času. Někteří svůj čas zaplňují stále prací, jiní navštěvují Univerzitu třetího věku nebo se věnují individuálním koníčkům (Haškovcová, 2010). Jak píše Zavázalová právo na vzdělání by mělo být podporováno v jakémkoliv věku, říká se tomu celoživotní vzdělávání. O studium na tzv. Univerzitách třetího věku je velký zájem, výuka bývá často realizována v přednáškových cyklech a rozvržena do jednoho nebo více semestrů. Dále jsou zřizovány tzv. Akademie třetího věku, které rozšiřují spektrum vzdělávání bez ohledu na věk a předchozí vzdělání. Cílem nebývá příprava na povolání, ale rozvoj osobnosti. Senioři si mohou vybrat z řady témat, mohou poznat nové lidi a dozvědět se nové informace (Zavázalová, 2001).

Senioři mohou svůj volný čas trávit tradičními aktivitami jako jsou chalupaření, chataření, kutilství apod. Populární je také hudba, zpěv, tanec, na významu nabývají také turistické aktivity. Seniors bavi tančit a jsou pro ně vytvářeny i různé kurzy, značná část zpívajících a tančících senierek pochází i z domovů pro seniory. V případě tance, a ne tak dobrého zdravotního stavu je možná taneční a pohybová terapie, která je přínosná i pro seniory trpící různými formami fyzického omezení. V posledních letech jsou využívány nabídky k tuzemské a zahraniční turistice. Podle cestovních kanceláří tvoří senioři 10 % všech organizovaných turistů. Ke škodě seniorů jich i nyní sportuje velmi málo, záměrné fyzické aktivitě se věnují senioři jen okrajově. Podle Haškovcové vůbec nesportuje celých 48 % seniorů, ve srovnání se zahraničím je na tom Česká republika špatně, protože například v Holandsku sportuje alespoň 65 % seniorů. Situace se však zlepšuje. V poslední době mají možnost senioři soutěžit ve sportu, jsou pořádány různé geroolympiády, vznikají dokonce fitness centra zaměřená na seniory (Haškovcová, 2010).

Každý z nás se již jistě setkal se situací, kdy nám senior řekl, že by se mělo něco udělat, ale není na to čas. Pocit rychlejšího plynutí času s přibývajícím věkem stoupá. Podle švédského vědce Gastona Beckmana je urychlení věku, je – li vyjádřeno fyzikálním časem a za základ je považováno desetileté dítě následující: dítě kolem jednoho roku prožívá jeden kalendářní rok jako sedmkrát delší období, pro dvacetiletého člověka je rok o půlku kratší v porovnání s desetiletým, padesátiletí prožívají jeden rok jako pětinu a

lidé ve věku pětadesát jako osminu času. Člověku po odchodu do důchodu chybí program a realita dlouhých životních perspektiv. V moderní době se ale čas zrychluje všem, díky moderním technologiím, ty sice mají čas šetřit, ale naopak jej naplňují. Většina současných důchodců je ale k moderním technologiím stále rezervovaná a v souvislosti s prožíváním času v době mládí chápe čas jako dar (Haškovcová, 2010).

3 Pečovatelské služby a jejich vývoj v ČR

3.1 Vývoj poskytování pečovatelské péče v ČR

Bicková uvádí, že počátky pomoci starším věkovým skupinám či osobám jinak oslabeným, která byla organizovaná sahají již do středověku, v té době začaly vznikat první instituce, ty zakládala církve nebo řeholní řády (Bicková, 2010). Postupem času byly budovány instituce jako chudobince, sirotčince, starobince a špitály, ty již nebyly zřizovány pouze prostřednictvím církve, ale i městy a obcemi. Vedle ústavní péče začala ve 13. století vznikat péče terénní (Bicková, 2010). Jak uvádí Matoušek po vzniku Československé republiky byla chudinská péče u nás poskytována jako krajní řešení situace, zabezpečení měla primárně obstarat rodina, dále byla řada na jiných systémech veřejného zabezpečení a až poté bylo možné zabezpečení ze strany spolků, fondů nebo jiných soukromoprávních subjektů (Matoušek, 2011). Roku 1918 se v Praze otevřela Ženská vyšší škola pro sociální péči, ta připravovala sociální pracovníky, kteří studovali jeden rok. Na vyšší školu docházely ženy od 18 let, které musely mít ukončené středoškolské vzdělání (Mlýnková, 2010). V roce 1919 byl založen Československý červený kříž, jehož předsedkyní byla Alice Masaryková, ten se zasloužil o vznik pečovatelské služby i ošetřovatelské domácí péče. Členky Československého červeného kříže poskytovaly pomoc starým občanům v oblasti osobní hygieny, při úklidu domácnosti a jiných domácích pracích. Rozvoj sociální péče si vyžadoval vzdělání v těchto oblastech, z toho důvodu vznikaly školy zaměřující se na rozvoj sociálních pracovníků a ošetřovatelů (Bicková, 2010). Z ústavních zařízení se u nás za první republiky proslavily zejména Masarykovy domovy – sociální ústavy hlavního města Prahy v Krči, tam se nacházelo 6 starobinců, 1 ústav pro 100 manželských párů a 4 chudobince. Později byly přistaveny další pavilony včetně ambulancí a operačních sálů (Matoušek, 2011).

Po druhé světové válce byla činnost sociální péče vnímána jako okrajová a redukovala se na poskytování peněžních dávek. Od počátku 60. let docházelo ke kritice sociální politiky státu a stavu sociální péče. V důsledku toho se objevoval větší zájem o staré osoby, což se projevilo i v pečovatelské službě. Poskytování pečovatelské služby se řídilo zákonem o sociálním zabezpečení, kde bylo vymezeno, komu a za jakých podmínek se poskytují sociální služby (Bicková, 2010). Stát pomáhal osobám starým nebo těžce poškozeným na zdraví ke zlepšení jejich hmotných poměrů a rozvoji kulturního života poskytováním služeb nebo dávek. (Matoušek, 2011). Starým lidem žijícím v domácnostech se poskytovaly tzv. služby doplňkové péče zahrnující poradní pomoc, pečovatelské služby, stravování, věcné pomoci, peněžité příspěvky, kulturní služby. Služby byly poskytovány zcela nebo částečně bezplatně. Činnost pečovatelek kontrolovaly vrchní sestry pečovatelské služby. Od 70. let byla započata výstavba domů s pečovatelskou službou, za 10 let bylo, podle údajů z Bickové, vybudováno 130 domů s více než 2500 bytovými jednotkami po celé ČR. Od 80. let se začala sociální práce plně rozvíjet, fungovaly sociálně – právní školy a rozvíjela se i pečovatelská služba (Bicková, 2010).

Po roce 1989 došlo k rychlému návratu ke vzdělávání v sociální oblasti na vysokoškolské úrovni, začaly vznikat i vyšší odborné školy sociální. V roce 1991 byla založena Asociace pro ústavní péči, ta se později změnila na Asociaci poskytovatelů sociálních služeb České republiky (Bicková 2010). Uvolnění po roce 1989 znamenalo nárůst počtu nestátních neziskových organizací, které začaly poskytovat sociální služby. Většina těchto organizací byla založena jako občanská sdružení. Občanské sdružení se nemuselo ze svých činností nikomu odpovídat, do roku 2007 nemuselo ani zaměstnávat kvalifikované pracovníky (Matoušek, 2011). Pečovatelská služba byla poskytována občanům těžce zdravotně postiženým nebo starým, kteří nebyli schopni se sami postarat o domácnost a o svoje potřeby. Pečovatelská služba se poskytovala v domácnostech občanů včetně domech s pečovatelskou službou, v ojedinělých případech i mimo domácnosti či zařízení. Nejčastěji byly využívány dovozy obědů (Bicková, 2010).

3.2 Současné poskytování pečovatelské služby

Nová pravidla pro poskytování pečovatelské služby přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Došlo ke změnám v celkovém pojetí sociálních služeb, druhů

služeb, forem a podmínek poskytování. Změnil se také způsob jejich poskytování. Pečovatelská služba se vymezuje jako služba terénní a ambulantní, s danými základními činnostmi. Základní činnosti jsou povinné a ty může poskytovatel doplnit fakultativními činnostmi, které zvyšují atraktivitu nabízené pečovatelské služby. Novou podmínkou je registrace. Dále je třeba uzavřít pojistnou smlouvu pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou v rámci poskytování sociální služby. Je třeba evidovat žadatele o sociální služby. Pečovatelská smlouva může být poskytnuta pouze na základě uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby (Bicková, 2010). Kromě vzniku příspěvku na péči poskytovatelé sociální služby žádají o státní dotaci, která je poskytována prostřednictvím krajů. Pečovatelská služba je financována z více zdrojů. (Bicková, 2010). Podle Malíkové personální zajištění v českých pobytových sociálních zařízeních vychází přibližně na poměr 1: 1,6 pracovníků na uživatele, do tohoto obsazení jsou však započítáni všichni pracovníci zařízení, tedy i ti, kteří se na přímé péči nepodílejí. Pracovní náplň, kvalifikaci a personální požadavky definuje sociální zákon. Služby jsou klientům poskytovány na základě individuálního plánu, který má za úkol mimo jiné ochraňovat a zaručovat dodržování práv klientů. Klient je aktivním spolutvůrcem sociální služby, cílem není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu (Malíková, 2011).

3.3 Zákon o sociálních službách

Prvního ledna 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytovatelé sociálních služeb žádali o lepší metodiku, která bude podrobnější. V roce 2009 byl Parlamentem ČR přijat zákon č. 206/2009 Sb., ani tento zákon však nevyřešil všechny nejasnosti. Zákon nově vymezil kontrolní pravomoci i kompetence včetně inspekce kvality sociálních služeb, upravil postavení některých sociálních služeb. Dále upravil podmínky vzdělávacích zařízení, programů a kurzů (Bicková, 2010).

Zákon zakládá na rovnoprávnosti, dobrovolnosti a individuálním přístupu. Klade důraz na spolupráci mezi poskytovateli a uživateli či osoby blízkými. Základem je respekt k základním lidským a občanským právům, oprávněným zájmům a lidské důstojnosti adresátů sociálních služeb. V zákoně se setkáváme s novými instituty: příspěvek na péči, registrace poskytovatele, fyzické osoby jako poskytovatelé soc. služeb, smlouva o poskytování soc. služeb, standardy kvality sociálních služeb, inspekce poskytování soc.

služeb. Součástí tohoto zákona je výše zmiňovaná smlouva o poskytování sociálních služeb, ve které je stanoveno to, co je poskytováno a způsob poskytování služeb, obligatorní a fakultativní činnosti, podmínky poskytování služeb, finanční vztahy a pojednání informací o příjmu uživatele a výši jeho příspěvku na péči (Bicková, 2010).

3.3.2 Příspěvek na péči

Tento příspěvek je poskytován osobám, které jsou závislé na pomoci jiné osoby, tedy za účelem zajištění této pomoci. Tato sociální dávka je určena výhradně k zajištění těch sociálních služeb, které uživatel podle stupně závislosti potřebuje. Náklady na příspěvek jsou hrazeny státem ze státního rozpočtu. Stanovení nároku na příspěvek a jeho vyplácení, výši a způsob, řeší zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek je vyplácen přímo uživateli a částka se liší podle stupně závislosti. O přiznání příspěvku rozhoduje na základě doporučení správy sociálního zabezpečení obecní úřad obce s rozšířenou působností, rozhoduje i o jeho výši, případně změně či odnětí. Osoba si může sama rozhodnout o způsobu zajištění své péče, a to buď za pomoci své rodiny nebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb. (Bicková, 2010).

Danou problematiku řeší tato legislativa:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Vyhláška č. 505/2006 Sb.
- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád

Tabulka 3: Výše příspěvku podle věku a stupně závislosti v ČR

	Osoby do 18 let	Osoby nad 18 let
1. stupeň (lehká závislost)	3 300 Kč	880 Kč
2. stupeň (středně těžká závislost)	6 600 Kč	4 400 Kč
3. stupeň (těžká závislost)- pomoc v pobytových zařízeních	9 900 Kč	8 800 Kč
3. stupeň (těžká závislost)- pomoc mimo pobytová zařízení	13 900 Kč	12 800 Kč
4. stupeň (úplná závislost)- pomoc v pobytových zařízeních	13 200 Kč	13 200 Kč
4. stupeň (úplná závislost)- pomoc mimo pobytová zařízení	19 200 Kč	19 200 Kč

Zdroj: www.ledax.cz; vlastní úpravy

Na tabulce 3 můžeme vidět výši příspěvku, kterého je možné dosáhnout na základě úrovně závislosti. Výše příspěvku u osob do 18 let začíná na částce 3 300 Kč.

V případě osob nad 18 let je u stupně 1. Příspěvek pouze 880 Kč. V případě 4. stupně je výše příspěvku stejná. U 2. a 3. stupně je v případě osob nad 18 let výše příspěvku nižší, v porovnání se skupinou osob do 18 let.

Poskytovatel pomoci sociálních služeb musí být zapsán v registru sociálních služeb, pokud není poskytovatel zapsán, jedná se o osobu blízkou, asistenta sociální péče dle §83. V případě žádosti je třeba vyplnit Žádost o příspěvek na péči a přílohu Oznámení o poskytovateli pomoci a podat je na pobočku Úřadu práce. Žadatel v Oznámení o poskytovateli uvede jména fyzických osob, které o něj již pečují. Pokud využívá sociální službu v průběhu řízení, informuje o tom pracovníci sociálního odboru do osmi dnů od vzniku této skutečnosti. Žadatel v žádosti uvádí, jakým způsobem mu má být příspěvek doručován (Ledax.cz, © 2007).

Řízení o přiznání příspěvku probíhá ve dvou částech. Nejdříve proběhne sociální šetření, které provede pracovníce Úřadu práce přímo v bydlišti žadatele, o čemž vyhotoví písemný záznam. Poté proběhne posouzení zdravotního stavu žadatele, které provede posudkový lékař pracující pod Českou správou sociálního zabezpečení. V písemném rozhodnutí jsou uvedeny úkony, které není osoba schopna zvládat a stanoven stupeň závislosti, kterému odpovídá výše příspěvku. Pokud je podle žadatele příspěvek v neadekvátní výši, je možné se proti rozhodnutí odvolat, případně lze podat návrh na změnu výše přiznaného příspěvku (Ledax.cz, © 2007).

3.4 Města a obce jako nositele pečovatelské služby v ČR

Města a obce jsou hlavními zřizovateli pečovatelské služby v ČR. Podle Bickové je asi polovina obcí zastoupena ve Svazu měst a obcí v ČR, tento svaz má řadu orgánů, které monitorují situaci celé republiky. Pečovatelská služba je pro obce základním nástrojem pro prevenci sociálního vyloučení seniorů, osob se zdravotním postižením či rodin v mimořádné situaci (Bicková, 2010). Malíková uvádí, že více než 85 % pobytových sociálních zařízení v České republice je zřizováno kraji nebo obcemi, zřizovatelem již není stát (Malíková, 2011). Podle Králové všechny druhy zařízení sociální péče může zřizovat také ministerstvo práce a sociálních věcí, a to včetně ústavů sociální péče s diagnostickou službou (Králová, Rážová; 2003).

Neziskové organizace

Poskytovateli sociální služby jsou v České republice obecně prospěšné společnosti, občanská sdružení, církve a nadace, přičemž nejvýznamnější jsou první tři. Neziskový sektor je financován z vnějších zdrojů, je závislý na politických rozhodnutích a váže se na legislativu. Neziskové organizace se podílí na poskytování péče v terénu i v pobytových službách (Malíková, 2011).

3.5 Příprava poskytovatele na jednání s potenciálním zájemcem o službu

U pečovatelské služby je záměrem poskytování služby v domácím prostředí klienta, záměrem je setrvání klienta tam, kde je zvyklý. Cílem služby je poskytovat takovou podporu, který umožní důstojný a plnohodnotný život v domácím prostředí. Cílovou skupinou jsou nejčastěji senioři, zdravotně postižení nebo chronicky nemocní lidé. Důležité je vědět, jaké služby jsou poskytovány, obecně lze říct, že se jedná o pomoc při péči o vlastní osobu a domácnost. Prvním krokem pro navázání dobrého vztahu a budoucí spolupráce je jednání mezi zájemcem a poskytovatelem sociální služby, je dobré znát potřeby klienta. Se žádostí o poskytování sociální služby se nemusí obracet pouze zájemce osobně, ale i osoba blízká nebo cizí. Další fází je prověření sociální situace, tato fáze probíhá vždy osobně, v případě snížení schopnosti vnímání klienta je důležitá přítomnost druhé osoby, ideální je setkání v domácnosti klienta. Je zapotřebí seznámit klienta s přístupem a zaznamenáním určitých údajů ke kterým budou mít přístup jen pověřeni pracovníci. Zájemce musí být seznámen s pravidly, podle kterých je služba poskytována např. jak je stanovován čas, četnost a rozsah služeb, co je prováděno, v jak velkém předstihu musí klient nahlásit změny v poskytování služby, jakou formou je zajišťován nákup, oběd, platby, řešení krizových situací a individuální plánování (Bicková, 2010).

3.5.1 Individuální plánování v pečovatelské službě

Při plánování v pečovatelské službě je vhodné stanovit četnost plánování, je třeba, aby odpovídala potřebám klienta byla efektivní. Počátek plánování je zahájen již při samotném jednání se zájemcem o službu, při tomto jednání se zjišťuje, co klient od služby očekává a v čem mu má služba pomoci. Další fází je uzavření smlouvy o poskytování služby, ta vzniká na základě výsledku jednání se zájemcem o službu. Individuální plánování ovlivňuje ochranu práv a oprávněných zájmů uživatelů. Základním pilířem

plánování je komunikace, zjišťuje se osobní cíl uživatele, pomocí otevřených otázek jsou zjišťovány jeho potřeby. Součástí plánování je také volba klíčových pracovníků. Tito pracovníci musí znát poslání a zásady poskytované služby, měli by umět vést rozhovor, orientovat se v právech, pracovat s tichem, unést emoce, být empatičtí apod. (Bicková, 2010).

3.6 Služby seniorům v domácím prostředí

Dle Králové je pečovatelská služba jednou z nejrozšířenějších služeb, která je poskytována seniorům či osobám zdravotně postiženým, kteří z důvodu zdravotního stavu, vysokého věku nebo ztráty soběstačnosti nejsou schopni si sami obstarat domácnost a další životní potřeby. Pečovatelská služba je poskytována jako služba terénní v domácnostech občanů, případně v domácnostech v domech s pečovatelskou službou (Králová, Rážová; 2003). Nejčastěji jsou využívány služby pro seniory, které jim umožňují zůstat ve svém vlastním domově, jde o osoby, které jsou izolovány od společnosti nebo nejsou plně soběstační, případně vyžadují dlouhodobější dohled. Tato pomoc funguje jako podpůrná činnost pro rodiny klienta, jež potřebují pomoc (Duchoňová, 2015).

Terénní sociální práce bývá náročná, především z důvodu rozpoznávání potřeb klienta. Je třeba, aby každý sociální pracovník znal základní potřeby seniorů a uměl jim nabídnout adekvátní a vhodnou službu, tím je schopen do budoucna zaručit zlepšení jejich situace. Úkolem terénního pracovníka je mimo jiné přispět k zachování fyzické a psychické aktivity. V současné době se využívá systému komunitního plánování, který se podílí na vyhledávání potenciálních uživatelů služeb, což znamená, že každé město, obec či region má za úkol sestavit komunitní plán sociálních služeb pro své občany, tedy i pro občany se sníženou soběstačností, kteří mohou využívat terénních či ambulantních služeb (Duchoňová, 2015).

3.7 Domy s pečovatelskou službou

Tyto domy nejsou přímo zařízeními sociální péče, lidé se tam neumísťují na základě správního rozhodnutí, ale byty v domech jsou pronajímány na základě nájemní smlouvy. Domy s pečovatelskou službou zřizují zejména obce, jejich zřízením se příjemcům poskytuje pečovatelská služba, současně se tímto řeší také nevyhovující

bydlení. Pečovatelská služba se v těchto domech poskytuje stejně jako v domácnostech v terénu. Úhradu za úkony služby stanovuje vyhláška č. 182/1991 Sb. V těchto domech je přítomna pečovatelka po celou svou pracovní dobu, zejména v pracovních dnech, některé úkony jsou poskytovány i o víkendu (Králová, Rážová; 2003). Byty v DPS jsou vhodné zejména pro více soběstačné seniory. Jedná se o malometrážní byty, které odpovídají potřebám seniorů a zároveň jsou dostupné pro sociální péči a pomoc. Byty jsou většinou o velikosti 1+0 a 1+1, setkáme se i s byty většími, které jsou určeny především pro manželské páry a mají dražší nájem. Tento typ bydlení však předpokládá zhoršení zdravotního stavu, případně úbytku soběstačnosti, často se pak lidé musejí přestěhovat do ústavní formy bydlení. Měnit místo pobytu a zároveň zaběhlé zvyklosti seniorů je pro ně velmi náročné (Topalovská, 2013).

3.7.1 Rozdíl mezi DPS a domovem pro seniory

Spousta lidí zaměňuje termín DPS s domovem pro důchodce a nevidí v nich rozdíl. DPS však nejsou ústavní zařízení a péče v nich není zajištěna 24 hodin, proto v DPS bydlí více soběstační lidé v porovnání s domovy pro seniory. Večer, případně ve svátcích a víkendech je v DPS služba poskytována omezeně. Výhodou DPS je vlastní zázemí, tedy vlastní pocit domova, zároveň jsou v blízkosti lidé v podobné věkové kategorii, kteří mají podobné návyky, starosti, zkušenosti. Péči v DPS zajišťují pečovatelky, které poskytují pečovatelskou službu (Topalovská, 2013).

Domovy pro seniory jsou pobytová zařízení ústavního charakteru, která kromě ubytování poskytují celodenní stravu a péči spojenou s pomocí při hygieně, podávání jídla atd. Jde většinou o dvoulůžkové pokoje, které jsou standardně vybaveny nábytkem, který je vlastnictvím zařízení. Z vlastní domácnosti si senior donese pouze malé množství věcí. Kromě zdravotní a sociální péče jsou poskytovány služby jako pomoc s nákupem potravin, doprovod na veřejné instituce atd. (Topalovská, 2013).

3.7.2 Klady a zápory institucionální péče

Hlavní výhodou péče v pobytovém zařízení je komplexnost péče a multidisciplinární ošetrovatelský tým. V rámci pobytových zařízení je senior blíže většímu množství svých současníků než jinde, díky tomu si může povídat o svých starostech a problémech, ale i zálibách se sobě rovnými. Senioři mají lepší možnost zapojení se do různých zájmových činností a společenských akcí, které se v domácnosti

hůře zajišťují. Domácí péče se totiž často soustředí výhradně na přímou péči o seniora. Téměř většina zařízení je schopná zajistit aktivizační činnosti, společenská setkání, přednášky, kterých se mohou zúčastnit i osoby imobilní. Ústavní péče zajišťuje duchovní potřeby, spolupracuje s nejbližšími farnostmi, v zařízeních se vykonávají bohoslužby, faráři navštěvují klienty na pokojích atd. (Böhmová, 2015).

Nevýhoda spočívá již při samotném vstupu klienta do zařízení, jelikož senior opouští svůj vlastní domov, někteří senioři do zařízení nepřichází dobrovolně, a ne každý je s tím smířen, cílem sociálních pracovníků je získat si důvěru klienta. Velkou roli hraje prvotní kontakt klienta s prostředím. Rizikovým faktorem je nerovné postavení mezi pečujícím a klientem, dále se často ukazuje věková bariéra. Sociální pracovník by měl s klientem vést dialog a dohodnout se s ním na řešení svých problémů. Problémem bývá rutinní vykonávání některých činností bez ohledu na individualitu klientů. V případě pečujících se může vyskytovat syndrom vyhoření, při němž mohou reagovat nepřiměřeně a neadekvátně. V domovech pro seniory, DPS, ale i v domácí péči se může objevit syndrom špatného zacházení se starými lidmi, jehož přítomnost nemusí být na první pohled zcela rozpoznatelná, protože se nejedná pouze o fyzické či psychické týrání, ale i o omezování pohybu seniora, zanedbávání hygieny aj. (Böhmová, 2015).

4 Vlastní výzkum

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit a ukázat, jaký život žijí a prožívají lidé v Domově s pečovatelskou službou v Dačicích. Tento cíl jsem si zvolila zejména z důvodu toho, že jsem se často setkávala se situací, že lidé vůbec nevědí, jak to v takovém domově probíhá a jak se tam o seniory pečuje.

4.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka, v souvislosti s cílem výzkumu, zní:

Jaký život žijí senioři v DPS Dačice?

K hlavní výzkumné otázce byly posléze stanoveny dílčí výzkumné otázky:

DV1: Jak probíhá režim v DPS Dačice?

DV2: Jaké služby využívají senioři v DPS Dačice a jsou s nimi spokojeni?

DV3: Objevují se nějaké stereotypy v chování pečovatelek nebo seniorů navzájem?

DV4: Zažívají senioři v DPS přátelství?

DV5: Jaké vztahy mají senioři k pečovatelkám?

DV6: Jak vzpomínají senioři na minulost?

DV7: Jak vnímají senioři rozdíl mezi domovem dříve a domovem v DPS?

DV8: Jak senioři tráví volný čas?

DV9: Jak vnímají aktuální pandemickou situaci?

4.3 Strategie výzkumu

Jelikož mým cílem bylo popsat život seniorů v domově s pečovatelskou službou, tedy v jejich přirozeném prostředí, využila jsem kvalitativního výzkumu, v jehož rámci jsem realizovala etnografický výzkum.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2005, s. 50). Nejčastěji si výzkumník vybírá výzkumné téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat či doplňovat v průběhu výzkumu. Z tohoto důvodu je kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu. Výzkumník vyhledává a zaznamenává jakékoliv informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí deduktivní a induktivní závěry. Nejčastěji pracuje přímo v terénu. Sběr dat a jejich analýza probíhá v delším časovém intervalu (Hendl, 2005). Jak uvádí Švaříček a kol. (2007, s.13), nástrojem kvantitativního výzkumu je dotazník, kvalitativní výzkumy využívají nejčastěji rozhovor.

Jak píše Hendl (2005, s. 117), etnografický výzkum se provádí v případě, že máme za cíl podat obraz určité skupiny, instituce nebo společnosti. Kvalitativní výzkumník se nejčastěji přímo skupinami žijícími ve vlastní společnosti, důraz je kladen na dokumentování každodennosti jedinců, zejména tím, že je pozorujeme a vedeme s nimi rozhovory. Etnografie využívá základních pojmů jako je kultura, etnocentrismus (hodnocení jedinců z jiné skupiny na základě kulturních standardů vlastní skupiny), emic

perspektiva (perspektiva jedince ze skupiny) a etic perspektiva (perspektiva na skupinu z pohledu člena jiné skupiny).

Etnografický výzkum lze charakterizovat třemi znaky: delší pobyt v terénu, pružná strategie a zaznamenávání pozorovaného, slyšeného a prožitého (Hendl, 2005). V případě pobytu terénu je podstatné osobní setkání, jelikož se snažíme se v terénu vyznat, porozumět mu a na základě těchto znalostí se v něm lépe pohybovat (Švaříček a kol., 2007).

Po celý svůj pobyt v DPS jsem si vedla terénní deníček, na což jsem využila klasický sešit, kde jsem si zapisovala poznámky všeho, co jsem viděla, slyšela nebo cítila. Posléze jsem si tyto body kódovala a přepisovala do rozsáhlejší podoby. Jak píše Švaříček a kol. (2007, s. 118), klíčovým způsobem zaznamenávání při výzkumu jsou terénní poznámky. V poznámkách se ukazuje naše vzdělání, vědění, zkušenosti, emoce, empatie aj. To vše vykresluje pohled toho, co popisujeme. Jsou různé způsoby, jak vést terénní poznámky, nejčastější však bývá používání tužky a deníku. Podle Švaříčka a kol. (2007, s. 119) si lidé často všimají, co zapisujeme a co nezapisujeme, jelikož při zapisování zpozorní a sledují situaci⁶. Terénní poznámky je třeba analyzovat. Výstižný je popis jedna ruka kreslí druhou M.C. Eschera, který podle mého názoru přímo ukazuje, jak takový výzkum probíhá. Jednou rukou zaznamenáváme události, které tvoří výzkumný terén. Terén má však ještě jednu úlohu, tou je samotné ustanovení nás jako výzkumníků v tomto terénu. Součástí našeho zapisování je tedy i reflexe naší pozice či role výzkumníku. Cílem etnografie je podat hustý popis a co nejvěrohodněji popsat způsob života určité skupiny lidí (Švaříček a kol., 2007).

4.4 Techniky sběru dat

Pro sběr dat ke svým výzkumným otázkám jsem využila dvou technik. První z nich byla technika zúčastněného pozorování. Druhou bylo dotazování, využila jsem konkrétně polostrukturovaných rozhovorů.

Podle Hendla (2005, s. 193) patří zúčastněné pozorování mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu. Díky zúčastněnému pozorování můžeme popsat vše, co

⁶ Tuto skutečnost jsem zaznamenala i při vlastním výzkumu, proto jsem se snažila poznámky dělat, co nejkratší a nenápadně, zejména v čase, kdy mi klienti DPS nevěnovali takovou pozornost a věnovali ji třeba pečovateli.

se děje, kdo nebo co se účastní dění a kdy a kde se věci dějí, jak se tyto věci objevují a proč. Tato strategie se nejčastěji využívá právě u etnografických výzkumů či případové studie, jelikož se soustředí na hloubkový popis a analýzu nějakého jevu. Pozorovatel je v osobním vztahu s pozorovanými a sbírá data přímo při účasti v životních situacích výzkumné skupiny. Při zúčastněném pozorování musíme získat přístup do terénu a vytvořit kontakt s účastníky. (Hendl, 2005).

Polostrukturovaný rozhovor má předem daný soubor témat a volně přidružených otázek, ale v samotném rozhovoru pořadí otázek, případně formulace může být pozměněna nebo dovysvětlena. Některé otázky, které se zdají nevhodné, mohou být vynechány, nějaké jsou naopak přidány (WikiKnihovna).

4.5 Místo výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si vybrala DPS Dačice, jelikož jsem v témž městě bydlela a po dobu více než dvou let jsem tento domov navštěvovala jako brigádník. Místo mi tedy bylo známé. DPS v Dačicích provozuje město Dačice, pečovatelské služby v domově zajišťuje společnost Ledax, o.p.s. Vedoucí střediska je paní Marie Cimbůrková, která je zároveň vedoucí v obci Studená a Slavonice. Společnost Ledax, jež se stará o chod DPS byla založena v roce 2003, jedná se o registrovaného poskytovatele sociálních služeb. Ledax působí zejména v Jihočeském a Pardubické kraji. V rámci Jihočeského kraje nabízí svou činnost v 8 střediscích (Dačice, Jindřichův Hradec, České Budějovice, Týn nad Vltavou, Prachatice, Trhové Sviny, Kaplice, Třeboň). Sídlem společnosti je město České Budějovice. Ledax věnuje péči seniorům, ale i dlouhodobě nemocným nebo zdravotně postiženým. Pomoc poskytuje v domácnosti uživatele, v pobytovém zařízení či volnočasových klubech, které sama provozuje (Ledax.cz, © 2007).

Jako pečovatelská služba poskytuje např. tyto činnosti:

- Pomoc při koupání a mytí vlasů, pomoc při oblékání, pomoc na lůžko
- Rozvážka obědů, pomoc s jeho servírováním
- Úklid domácnosti, praní, žehlení
- Doprovod k lékaři, na instituce apod.
- Základní sociální poradenství (Ledax.cz, © 2007).

V rámci středisek poskytuje také aktivizaci, což jsou různě zaměřené akce, kde se setkávají klienti a společně tráví čas⁷. Všechny činnosti pečovatelské služby jsou zpoplatněny a k nalezení na stránkách www.ledax.cz⁸. V případě služby je možnost čerpání příspěvku na péči, se jehož vyřízením pomáhají sociální pracovníci (Ledax.cz, © 2007).

DPS Dačice má jednu sociální pracovníci, která vyřizuje všechny potřebné záležitosti. Je třeba uvést, že společnost vykonává zároveň péči terénní, což znamená, že pečovatelky nepobývají pouze v DPS, ale dochází také přímo do domovů klientů mimo zařízení. Pečovatelek na pobočce DPS Dačice je 11. Z toho dvě se starají pouze o rozvážku obědů. Zbytek pečovatelek má rozděleny klienty jak v DPS, tak v terénu. DPS je složeno ze dvou budov, jedné starší a druhé nové, která byla přistavena před pár lety. Celkem je zde 73 bytů, přičemž je obývá 77 lidí. Čtyři byty jsou po dvou členech, 3 z toho jsou manželské páry, zbývající tvoří matka + dcera. Každý z bytů je udělán jako bezbariérový, ve většině částech jsou výtahy, případně je problém dostupnosti řešen plošinou. V DPS nalezneme mimo byty a kanceláře také jednu společenskou místnost, kde se scházejí obyvatelé DPS, zejména v případě společných akcí, bohoslužeb aj. Dále se zde na nachází společná umývárna, která je využívána zejména seniory, kteří již nechodí sami ve vlastních domovech do sprchy a potřebují pomoc pečovatelky. Umývárna obsahuje jak sprchu, tak vanu, kromě koupání je využívána také k péčím jako je pedikúra. Některým seniorům je poskytována pomoc při hygieně přímo na jejich bytě. V mezipatrech, ale i na podlažích nalezneme místa, kde si senioři mohou posedět a navzájem si popovídat, jsou zde knihy apod.

4.6 Proces žádosti o místo v DPS Dačice

V případě zájmu o místo v DPS je zapotřebí vyzvednout si žádost na stránkách úřadu, tuto žádost si potvrdit u lékaře, který ji schválí a posoudí zdravotní stav. Pokud je v DPS volné místo, MÚ Dačice tuto skutečnost uvede na stránky a informační ukazatele

⁷ V případě DPS Dačice se jednalo např. o společné opékání a grilování, společná středověčerní večeře, návštěvu cukrárny apod., je třeba říct, že v době pandemie tyto či podobné aktivizace kvůli omezením spíše většinou neproběhly.

⁸ Na zpoplatnění péče a jeho způsob si klienti často sledují viz. článek z Českobudějovického deníku, který popisuje, že si lidé např. v případě delšího vykonání potřeby (stopování času při použití toalety) ještě více připlatí, což se někomu nelíbí a připadá mu to nelidské. Ledax na to reagoval slovy, že se řídí zákonem, který nařizuje tento úkon počítat podle času (Zahradníková, 2010).

či kanály, kde je ponechána 30 dnů, poté je vyhlášen den otevřených dveří. Pokud je o byt větší zájem, rozhodne Sociální komise na základě toho, kdo byt více potřebuje, výsledek je sdělen písemně.

4.7 Průběh výzkumu

Do DPS na výzkum jsem nastoupila na přelomu března/dubna roku 2021. Výzkum trval zhruba tři týdny. Seznamovala jsem se s terénem, který mi nebyl úplně cizí, ale zároveň se toho tam již dost od mého posledního pobytu změnilo, a to již v personálu nebo v obyvatelích DPS. Podle Švaříčka a kol. (2007, s. 153-154) mají nejsnadnější přístup do terénu ti výzkumníci, kteří mají osobní vztahy s účastníky. Výzkumníci si mají vybírat prostředí, které jim bude otevřené a ochotné sdílet informace. Důvěra mezi badatelem a účastníky se bude budovat jednodušeji, než pokud bude badatel neznámý. Pro kvalitativní pozorování jsou důležité klíčové osoby, tyto osoby fungují jako brána pro vstup do zkoumaného terénu. Povolují vstup do dané organizace, ale sami se výzkumu účastnit nemusí. Tyto osoby poskytují oporu pro výzkumníka. Klíčovými osobami badatel více objasňuje povahu svého zkoumání a ty mu posléze napomáhají v získávání informací pro výzkum. Rizikem je, že badatel nesmí spoléhat pouze na informace od klíčových osob, protože informace těchto osob jsou subjektivní a nutně selektivní (Švaříček a kol. 2007). Mé klíčové osoby byly tři, přičemž první z nich byla vedoucí DPS, která mi poskytla možnost tvořit výzkum v DPS i v době nelehké pandemické situace. Další byla pečovatelka Ladislava, jejíž velkou část klientů jsem měla zvolenou jako vzorek, pomáhala mi tím, že mě představila svým klientům nebo mi říkala, kdy a jaké mají služby. Další klíčovou osobou byla pečovatelka Simona, která mi poskytla prakticky totéž, co předchozí pečovatelka. K některým klientům jsem však chodila sama, pouze z vlastní iniciativy, bez předchozí domluvy. Zpočátku bylo těžké zorientovat se v zaznamenávání. Nejprve jsem tedy jen chodila do bytů klientů a do terénního deníčku jsem si zapsala pár bodů a pocitů bezprostředně po odchodu z bytu. Následně jsem si většinou šla sednout do tamní kanceláře a poznámky si rozepsala. Postupně jsem si začala upravovat a tvořit výzkumné otázky, jelikož jsem při pobytu zjistila, že budou muset vypadat jinak, než bylo mým plánem. Příchody do domácností byly postupem času méně chaotické a lépe jsem se zorientovala, začala jsem se soustředit na to, co jsem potřebovala, je však třeba konstatovat, že při zaznamenávání jsem si nemohla nevšimnout velké míry stereotypnosti. V posledním týdnu jsem si dělala polostrukturované rozhovory, kdy jsem

chodila do domácností klientů sama, bez pečovatelky a doptávala se na otázky, které by mi pomohly odpovědět na stanovené výzkumné otázky. První z rozhovorů jsem si zaznamenávala v bodech na papír, s tím, že si ho následně rozepíšu jako terénní poznámky v případě zúčastněného pozorování. Tento nápad však nebyl příliš dobrý, protože informací bylo velké množství a hned po odchodu jsem si spousty věcí nepamatovala, problémem bylo i to, že jsem neměla přesnou a autentickou podobu odpovědí a klientova odpověď by již byla mnou upravena. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla nahrávat rozhovory na telefon, doma jsem si potom nahrávky rozdělila podle výzkumných otázek. Výzkum v DPS jsem po počáteční nejistotě ukončila s lepším pocitem.

4.8 Výběr vzorku

Výzkumný vzorek jsem si vybrala účelově, již před vstupem do DPS, jelikož jsem tento vzorek konzultovala jak s vedením DPS, tak i s pečovatelkami. Vzorek byl vybírán z klientů, kteří po většinou využívají více služeb a jsou sdílní, tvoří ho 7 klientů z DPS, kteří byli ochotni spolupracovat na výzkumu. Někteří předem vybraní klienti byli po příchodu upraveni podle aktuální situace. Jednalo se o kvótový záměrný výběr. Kvótu tvořili jak muži a ženy, ale počet mužů v DPS je oproti ženám malý a velká část mužů žije v bytě se svou manželkou. K výzkumu byly vybrány 5 žen a 2 muži. Věková kategorie je v rozmezí od 65 do 91 let. Většinu klientů jsem využila jak na zúčastněné pozorování, tak i na rozhovory. Vzhledem k jejich zdravotním stavu jedné z klientek jsem s jednou rozhovor netvořila a místo ní jsem zařadila 2 klienty, kteří nevyužívají velkého množství péče. Klienty, kteří nemají sjednaných tolik úkonů jsem využila k tomu, abych porovнала rozdíl v porovnání s klienty, kteří využívají služeb pečovatelek několikrát denně. I přesto, že je patrný rozdíl v množství žen a mužů ve výzkumu, nevěšmla jsem si velkého rozdílu mezi pohlavími s ohledem na výzkumné otázky. Se všemi účastníky výzkumu byl podepsán souhlas, účastníkům nevadilo uvedení křestního jména. Zároveň je jasné, že některé získané informace z odpovědí či z pozorování jsou velice osobní a citlivé, proto jsem se snažila vybrat informace, které nějakým způsobem nebudou příliš narušovat soukromí těchto osob. Jednotlivé záznamy jsou schovány u mě a nejsou přístupné nikomu jinému. Rozhodla jsem se, že po ukončení práce budou rozhovory, které jsem nahrávala na mobilní zařízení smazány. Na to, abych příliš nenarušovala soukromí klientů jsem s soustředila i v průběhu zúčastněného pozorování, takže pokud

jsem zaznamenala nějakou informaci, která mi přišla příliš osobní, případně by někomu nemusela být příjemná, nezaznamenávala jsem si ji. Někteří účastníci sami řekli, ať si tuto konkrétní situaci nezapisuji. V průběhu výzkumu jsem si povšimla toho, že většina seniorů je na své soukromí velmi citlivá a dobře si ho střeží.

5 Výsledky výzkumu

V následujících kapitolách jsou zobrazeny a následně shrnuty výsledky výzkumu u konkrétních dílčích výzkumných otázek.

5.1 Denní režim

V této kapitole je přiblížen režim v DPS. Většinou jde o pravidelně opakující se každodenní činnosti, které se týkají seniorů DPS, ale i denní náplně práce pečovatelek. K této dílčí otázce využívám pouze poznatky z terénního výzkumu, tedy z mých vlastních poznámek do terénního deníčku, jelikož rozhovory na toto téma se mi zdály nadbytečné.

Denní režim v DPS začíná tzv. ranní péčí, tuto služby poskytují pečovatelky jen některým klientům DPS, ostatní jsou samostatní a jejich pomoc nepotřebují. Většinou se jedná o pomoc s ustláním postele, přípravou snídaně a podáním léků či s drobným úklidem a vynášením odpadků. Z mého výběru tyto služby využívá 5 klientů, přičemž jeden z nich je muž, ale ten využívá službu pečovatelek pouze na kapání do očí, jinak je plně soběstačný.

Ranní péče začínala již v 7 hodin u paní Vlasty: *„Přišly jsme v 7 hodin k paní Vlastě, pečovatelka ohlašuje příchod nás dvou, nacházíme se ve druhém patře staré budovy DPS, již při vstupu do předsíně na mě sálá čistota a útulnost bytu, je sobota. Paní leží na posteli v noční košili a již z dálky hlásá, že se na sobotu moc těšila, protože věděla, že přijde její oblíbená pečovatelka“* (z terénního deníčku). Po ohlášení a krátké rozmluvě o tom, co se dělo předchozí dny začne pečovatelka připravovat snídani. *„K snídani pečovatelka připravuje rozmačkanou pomerančovou šťávu a rozkrajuje rohlíky, u kterých si klientka vybaví situaci jedné paní z DPS, která podle jejích slov seděla jako nešťastnice na posteli a říkala, že nemá co jíst, že jí nikdo nenakoupil, následně konstatuje, že to jí by se nikdy nestalo, protože na ní pečovatelka myslí a nakoupila jí dopředu. Po vymačkání šťávy pečovatelka rozkrojí rohlík a namaže ho máslem, podává ho klientce, která se mezitím přesunula z postele na vedlejší židli. Pečovatelka osloví klientku jako broučka.*

Následovalo rozloučení a domluva na tom, kdy se uvidí v čase oběda“ (z terénního deníčku).

O půl 8 ráno probíhala péče u paní Květuše. „Přicházíme k paní Květuši, je cca půl 8, paní již sedí v kuchyni s červeným tácem a prázdným talířem a zdraví, atmosféra je trošku uchvátaná, pečovatelka se klientky ptá, jak se cítí a zda je najezená, jestli už jí nebolí záda, klientka začíná povídat o tom, co celý život dělala, co jí nejvíc bavilo a kolik toho prožila, pečovatelka pospíchá a snaží se ukončit rozhovor, sděluje, že přijde podívat na oběd“ (z terénního deníčku).

Nejpozději byla ranní péče poskytována paní Ivaně. „Přicházíme k paní Ivance, jsme v přízemí DPS, v místnosti je tma a pečovatelka jde roztemnit žaluzie. Do místnosti se dostane světlo. Klientka leží po levé straně místnosti zachumlaná v posteli a spí. Příchodu si téměř nevšimne, pečovatelka provede činnosti bez ní, připraví jí léky, které vyndá z lékovky a dá je na stůl, připraví čaj do hrnečku a přemýšlí, co klientce udělá k snídani. Všimá si, že klientka má starý chléb, proto jí budí a domlouvá se s ní, že jí zajde na nákup, že nákup sepíšou před večerní péčí. Z vedlejší místnosti zaslechneme rány, přemýšlíme, jestli se někomu něco nestalo, nakonec se shodneme na tom, že sousedka klepe řízky k obědu. Pečovatelka zamete, vyndá odpadky a prozatím se loučí“ (z terénního deníčku).

Po ranních péčích vykonávají pečovatelky nákupy, úklidy, případné pochůzky do lékáren atd. nebo třeba pomoc s hygienou. V poledne začíná rozvážení obědů, schopnější uživatelé DPS si oběd sami vyzvedávají v přízemí budovy ti, kteří mají v individuálním plánu pomoc s podáním jídla vyčkají na příchod pečovatelky, která jim oběd přinese. Po obědech pečovatelky opět provádějí úklidy či nákupy. Za všechny prováděné úkony je počítán čas, který tam pečovatelka stráví, čas se většinou nemění a je stálý. Nově mají pečovatelky k dispozici čtečky, kde si konkrétní úkon zaznamenávají, čtečka pak počítá čas, tento čas nesmějí přetáhnout, protože by klienti platili více peněz. Občas jsem si všimla, že jsou limity velice těsné. Kolem šesté hodiny večer začínají péče večerní, kterou vykonává jedna z pečovatelek DPS. Při těchto péčích se většinou podávají večerní léky a pomáhá se s ukládáním do postele.

Shrnutí 5.1

Péče v DPS je každodenní, základní péče je poskytována i o víkendu či svátcích, většinou se však neposkytují úklidy, které vykonávají pečovatelky během týdne. Mimo pracovní dny je tedy poskytnuta pouze nezbytná péče pro zajištění základních potřeb, tato péče však zabere jedné pečovatelce spoustu času. Všichni klienti jsou zvyklí na svůj pravidelný režim, pokud se něco stane a pečovatelka přijde později, většina klientů se ptá, co se děje, že jdou pozdě. Klienti jsou zvyklí na stereotypnost a dodržování pravidelnosti režimu. Veškerá péče je poskytována podle individuálních plánů, na kterých je DPS s uživateli domluveno.

5.2 Služby v DPS

Každý obyvatel DPS využívá jiné množství služeb. Toto množství je napsáno v individuálním plánu uživatelů. Úkony jsou prováděny s ohledem na potřeby konkrétních klientů DPS. V případě, že je klient méně soběstačný, potřebuje větší množství služeb a naopak. Většina více soběstačných využívá pouze měsíční nákupy a úklidy, jinak si vše obstarávají sami. Nejčastěji jsou využívány tyto úkony:

1) Pomoc s hygienou

Hygienu je možné poskytovat jak v bytě uživatelů, tak ve společné koupelně, pokud klienti využívají pomoc s hygienou, probíhá většinou v koupelně společné. Na koupelnu si pečovatelky donesou potřebné věci z bytu pečovatelky, koupelnu většinou předem prostírají velkými hadry. Hady slouží k tomu, aby klienty podlaha nestudila a příliš neklouzala. K dispozici je sprcha a vana se zvedacím elektronickým sedátkem.

Jsmo na hygieně, je sobota, nacházíme se v koupelně ve druhém patře DPS, koupeme paní Vlastu, klientce nevadí, že jsem u hygieny přítomna, ale s ohledem na ní jsem si sedla bokem k ní, aby neměla pocit, že jí pozorují a prohlížím si ji a zajistila jí potřebný komfort. Pečovatelka s paní Vlastou řeší vlasy a baví se o koupi nového parfému.⁹ Koupelna je připravená, na zemi jsou hadry, aby se místnost nezamočila a neklouzala, pečovatelka pomůže klientce se svlékáním a

⁹ Nutno dodat, že paní je již 91 let, ale na svůj věk o sebe stále pečuje a je i přes veškeré zdravotní trápení velice soběstačná.

přesouvají se na vozítko, které vyveze paní do vany, kde se již napouští voda, při umývání používají kosmetiku a žínku. Po umytí je paní vyvezena nahoru a přesouvá se na židli, kde jí pečovatelka pomůže s utřením a oblékáním, následně jí vyfouká hlavu, učeše a v županu se paní přesouvá výtahem spolu s námi zpátky do svého bytu“ (z terénního deníčku).

2) Úklidy a nákupy

Senioři často využívají úklidy a nákupy, tyto služby jsou poskytovány všem, pokud by poskytovány nebyly, klienti DPS by platili vyšší nájem. Úklidy bývají nejčastěji šedesáti minutové, ty jsou pak většinou jednou či dvakrát měsíčně nebo každý týden, ty bývají třicetiminutové. Nákupy bývají také většinou třicetiminutové. Všechny časy jsou však orientační, každý z klientů si může nastavit vlastní požadavek, v případě nákupu záleží na tom, jaký čas stráví pečovatelka v obchodě a na cestě do obchodu.

„Jsme u paní Ivanky a pečovatelka se s ní domlouvá na soupisu nákupu, který jí bude nakupovat v odpoledních hodinách, Ivanka chce koupit čerstvý chleba, pečovatelka jí říká, že máslo ještě má, jestli chce i nějaký jogurt nebo salám, klientka říká, že jogurt nechce, ale že by si dala salám, na který si nemůže vzpomenout, chvíli trvá, než zjistí, o jaký salám se jedná. Další věci nejsou prý potřeba, ovoce má ještě dost. Pečovatelka si od klientky bere 200 Kč, napíše to na papír a poprosí o klientku o podpis, následně se domluví, kdy nákup přinese“ (z terénního deníčku).

3) Pedikúra

Senioři v DPS využívají služeb pedikúry, ty v domově poskytují dvě pečovatelky, které si s klienty předem domlouvají termín, pedikúra probíhá cca hodinu či devadesát minut, většinou na společné koupelně. Tuto službu rádi využívají i soběstační senioři. Pečovatelky, které pedikúru vykonávají mají pedikérský kurz.

4) Stříhání vlasů

Některým seniorům je poskytováno také stříhání vlasů, to je prováděno ve společenské místnosti a v DPS ho poskytuje jedna pečovatelka. Tato služba je vhodná, pro seniory, kteří již nejsou schopni dojít do kadeřnického zařízení.

5) Procházky

Dvě ženy během výzkumu využívaly služeb procházky. Procházka se koná za pěkného počasí venku, v případě špatného počasí uvnitř areálu. Čas si stanovují klienti sami, tato služba je samozřejmě také zpoplatněna, ale seniorky, které by jinak z bytu nevyšly si tuto službu pochvalují.

„Chystáme se na procházku s paní Květuší. Nacházíme se u klientky v bytě. Klientka si obléká svetr a bere si vozítko, které jí pomáhá s přemísťováním po budově, jelikož se o něj může opírat, přesouváme se k výtahu a jedeme do přízemí, jelikož jsme ve staré budově, tak přes přízemí přecházíme do budovy nové. Vyjždíme nejprve do prvního patra, klientka s pečovatelkou rozebírá počasí, pozoruje kytky a následně vyjždí do druhého patra, v druhém patře absolvujeme prakticky stejné věci, klientka se z okna dívá na dům, ve kterém dříve bydlela, jde vidět, že z pohledu je jí smutno a má tendenci vyprávět, co vše tam zažila. Na chodbě potkáváme další obyvatele DPS, klienti si chvíli povídají, ale není to nic dlouhého, spíše takový zdvořilý pozdrav, po prozkoumání druhého patra sjíždíme dolů a vracíme se k domovu. Procházka trvala cca 45 minut“ (z terénního deníčku).

Všichni klienti mi po dotazování sdělili, že jsou se službami v DPS spokojeni, že jim to vyhovuje. Paní Květuše povídala, že je spokojená a nic jí nechybí, ale přeci jenom doma je doma. Paní Vlasta: *„Já si nedokážu vůbec ale vůbec představit, že bych byla jinde než tady v mém věku a v mém podroušeném zdraví. Letos jsem tady patnáct let a pro mě je to tady domov. Mně už naše chalupa nic neříká, jsem tady strašně spokojená“* (Klientka Vlasta). Někteří klienti jsou spokojeni se službami, ale stěžují si na své zdraví: *„Jsem tady velmi spokojená, nic mi nechybí, akorát mě někdy bolí břicho a hlava, no, co si budeme povídat, už to všechno přijde“* (Klientka Ludmila). *„Mně se tady líbí a mám se tady dobře, se všemi službami jsem spokojen“* (Klient Jaroslav). *„Jó líbí se mi tady, hele, co se mi tady může nelíbit, všechno tady máme, co potřebujeme, všechno, lezou nám do tohohle, ale, jestliže jste holka z chalupy, tak jste tady uvězněná“* (Klientka Olga). *„U*

nás nebylo dobře, já bydlel kousek, mně je tady dobře, tady dělají všechno, co je v jejich silách“ (Klient Jan).

Shrnutí 5.2

Klienti využívají rozličných služeb podle jejich zdravotního stavu. Všechny služby jsou jim poskytovány na základě jejich požadavků, každá z pečovatelek se klientům snaží vyjít vstříc. Jde vidět, že množství služeb je to, co jim v DPS vyhovuje, protože velké množství seniorů by spoustu úkonů bez pomoci nezvládlo. Všichni dotazovaní jsou spokojeni, některé trápí zdravotní stav, některým chybí domov, ale na služby a péči si žádný z nich nestěžoval.

5.3 Stereotypy v DPS

Tato výzkumná otázka nebyla v prvotním záměru, avšak během výzkum si nešlo nevšimnout, že stereotyp je pro DPS velmi výstižné slovo. Překvapilo mě, jak moc jsou všechny dny stejné, přispívá k tomu i pravidelnost péče. Tuto pravidelnost však senioři sami vyžadují, stereotypy nebyly pouze v pravidelnosti péče, ale i v průběhu konverzací a jednání seniorů a pečovatelek.

Prvním ze stereotypů, které se objevovaly byla častá konverzace o nemocech, bolesti apod. Nemoci ke stáří patří, takže lze pochopit, že téma bude v konverzaci se seniorem převažovat častěji než mezi mladými lidmi. Ale objevovaly se i otázky od pečovatelek na stejný typ bolesti, tyto otázky byly pokládány automaticky. Při péči u klientky Vlasty: *“Povídá o tom, že jí bolí záda, asi proto, že uklízela po vodácích, kteří jí přišli opravit brojler, netekla jí totiž teplá voda, stěžuje si, že tam udělali nepořádek a ani neměli roušku, ale všechno jim to odpustila, protože měla radost z vody“* (z terénního deníčku). U klientky Ludmily: *„Přicházíme ke klientce, klientka opět sedí zabořená v křesle jako každé ráno, pečovatelka se jí ptá, jak jí je, klientka si stěžuje, že jí bolí záda, pečovatelka odpovídá, že to bude dobré, že vypadá dobře“* (z terénního deníčku). Jsme u klientky Květuše: *„Pečovatelka se ptá, jak jí je a jak se cítí a jestli jí stále bolí záda, klientka odpovídá, že si je mazala Dolgitem a pomáhá to, že si s tím maže i ruce, pečovatelka jí říká, že na ruce má speciální krém, který je na karpály, klientka říká, že karpály má bolavé z toho, jak dělala s elektřinou“* (z terénního deníčku).

Další z témat, které bylo velice časté a nastávalo během rozhovorů v době, kdy pečovatelka přicházela, či bylo riziko toho, že by stála řeč, je téma týkající se počasí. Situace u pana Jaroslava: „*Při kapání klientovi do očí se pečovatelka začíná bavit o počasí, pan Jaroslav povídá, že v Táboře už prší a sněží, že nás to taky čeká, od rána to sleduje a všechno si poctivě zapisuje*“ (z terénního deníčku). Při procházce s paní Květuší: „*Při procházce s paní Květuší klientka pohlédne z okna, začne povídat o tom, že je ráda, že procházka není venku, protože vypadá, že je tam hrozná zima, úplně se ohýbají větve od větru, už aby bylo teplo. Pečovatelka jí odvěti, že je tam dneska doopravdy zima a že je dobře, že jsou uvnitř*“ (z terénního deníčku). Tomuto tématu jsem se nevyhnula ani já sama při rozhovoru s paní Ludmilou, k této situaci jsem se dostala v průběhu rozhovoru o spánku, kdy jsem paní sdělovala, jak jsem se kvůli bouři nevyspala. Paní Ludmila: „*Jo blesky byly v jednom kuse, já povídám proboha, ono to bylo jako za oknem. U sestry dříve udeřil blesk, to jsme zrovna dojily krávy, přišel člověk, co říkal, že ve Vnorovicích hoří, vzala jsem auto a jela jsem tam, bylo to takový drastický, našťěstí to nepřišlo do obytného a udeřilo to do stodoly, kde byl dobytek, ale i tak to bylo hrozně smutný. Tedka je to takový ani zima ani teplo*“ (Klientka Ludmila). Pan Jaroslav mi při rozhovoru převyprávěl všechny své úrazy, operace a nemoci, které ho za život potkaly, aniž bych se ho na něco podobného optala.

Shrnutí 5.3

Konverzace o počasí, či nemocech probíhá téměř každý den u všech členů DPS. Paradoxně s těmito otázkami často začínaly samy pečovatelky, s ohledem na bolest je zřejmé, že je otázka potřebná, protože chtějí vědět, jak se senioři cítí. Počasí je většinou využíváno jako základní téma, o čem mohou se seniory, nebo naopak seniory s pečovatelkami hovořit. Vztahy totiž nejsou natolik osobní, aby mohli probírat např. každodenní život pečovatelky. Soukromí si střeží obě strany jak pečovatelky, tak klienti DPS.

5.4 Přátelství

Přátelství je velice důležité, jak u seniorů, tak u všech lidí. Senioři mají často sklony k samotě, proto je lepší, pokud nejsou uzavřeni a je jim zpřístupněna možnost kontaktu s rodinou či vrstevníky. Jak je uvedeno v dřívějších kapitolách, jednou z výhod, která se připisuje pobytovému zařízení je právě větší možnost přátelství, jelikož senioři

spolu žijí v jednom domě. Přátelství nebylo zaznamenáno tak často např. při vycházce s paní Květuší jsme potkaly jiné klientky DPS, ženy se sice navzájem znaly, avšak rozhovor byl příliš strohý na to, abychom v něm mohly zaznamenat nějaké známky přátelství, jednalo se tedy spíš o zdvořilou konverzaci.

Rozhovor s paní Olgou a panem Janem:

Paní Olga: „*Říkám Vám to pořád, Honza mě otravuje každý den*“.

Odpovídám: „*Ale, co byste bez mužskýho dělala, tady jich je málo, musíte si ho hýčkat*“.

Paní Olga: „*Ale já ho posílám pořád, hele běž najdi si něco, najdi někoho mladšího*“.

Pan Jan: „*Kdybych chtěl, tak je to stejně prd platný, protože ty nechceš*“.

Paní Olga: „*Tak my se takhle bavíme, sem tam on řve jako bejk, že ho slyší až na silnici. Ale berte teda opravdu, Kájo, že my jsme doopravdy kamarádi, to jo*“.

Pan Jan: „*Hádáme se každý den*“.

Paní Olga: „*Přísahám, opravdu kamarádi*“ (Klientka Olga a Jan)

Rozhovor s paní Vlastou: „*Když jsme tady byly dřív v tom pečovateláku, tak tady dole byla taková malá klubovna, byli jsme spolu víc, všichni jsme byli společní, jo, já, když si vzpomenu, přišla jsem sem v roce 2006 v říjnu, tak to jsem tady měla první Vánoce, to tady ještě byla vlastně Věruška, paní učitelka Doležalová, a tady naproti byla taková hodná babička, tak jsme jako šly dohromady a seděly jsme tam namačkaný. Oni taky všichni třeba nemohli chodit, ale seděli jsme tam namačkaný, měli jsme jenom prostě nějaké minerálky, Zdenička Habrová vařila buď čaj nebo kafe a na talířkách jsme měli od cukrářů pečivo*“ *My jsme tam všichni seděli do 9 večer. A teď když je ta večere, tak je to honosný všechno, přípitky a já nevím co všechno, ale jenom položí příbor, a utečou, jo, to je, my si prostě nepovídáme, to už není ono. Sedí se po těch čtyřech a tak. Dřív tady byli lidi upřímnější*“ (Klientka Vlasta).

Rozhovor s klientkou Ludmilou: „*Dříve jsme se domluvili na kafi, tak jsme se takhle točili každý den na tu hodinku. Teďka ta doba nás trochu jako utěsnila. Teďka se otevrou dveře a naproti taky, tak si pár slov řekneme, co vás bolí a tak*“ (Klientka Ludmila).

Shrnutí 5.4

Většina klientů si na navazování přátelství v DPS spíše stěžuje. Dva z respondentů konstatovali, že dříve bylo přátelství lepší. Někteří říkali, že tam vůbec přátelství nenavazují, že se sice znají, ale moc si spolu nepovídají, maximálně, když se potkají na chodbě. Rozhodně se nenavštěvují. Jediní dotazovaní, kteří si pochvalovali přátelství, i když to na první pohled možná nevypadá, byl pan Jan s paní Olgou, ti si během rozhovoru popijeli kávu a naladili příjemnou atmosféru. Někteří špatné přátelství dávají za vinu obyvatelům DPS jako celku, v rozhovoru zaznělo, že jsou lidé k sobě málo upřímní, a dokonce si i mohou závidět zdravotní stav.

5.5 Vztahy seniorů s pečovatelkami

Jelikož je vztah pečovatelky a klientů důležitý a poskytování služeb a spokojenost klientů s jejich vztahem jde ruku v ruce, zvolila jsem si tuto dílčí výzkumnou otázku. Pečovatelky mají s klienty vlídný vztah, většinou jsou na sebe navzájem zvyklí. Zároveň po většinu času chodí ke klientům stejná pečovatelka, mění se o víkendu či v případě nepřítomnosti, změny však nejsou natolik časté. Za mé přítomnosti nenastal žádný konflikt nebo nepříjemná atmosféra mezi klientem DPS a pečovatelkou. Na základě rozhovorů většina klientů uvedla, že je s pečovatelkami spojená. Paní Ludmila: *„Jsou hodný pečovatelky, všechny jsou hodný, každá má sice jinej postup práce nebo tak jo, ale jinak naprosto jsem spokojená, to nemůžu říct nic špatného“* (Klientka Ludmila). Poněkud jiná, byla reakce pana Jaroslava: *„Pečovatelky jsou tak jako my, někdy mají náladu, někdy ne. To je tak normální, lidský, některý náladu mají, některý nemají, ale to je mezi námi všemi. Každý má svoje problémy, který musí řešit, a to jako každému tomu člověku se musíte přizpůsobit, nechat ho takovýho, jakej je a poslechnout ho a pak je dobřej. A když odporuje, tak po zásluze dostane co...“* (Klient Jaroslav).

Shrnutí 5.5

Nikdo si na práci pečovatelek nestěžoval, ani neříkal nic špatného, objevovali se názory jako, že všechny jsou hodné, každá dělá svoji práci jinak, nebo kterou z pečovatelek mají nejraději, přesné informace o tom, koho mají nebo naopak nemají klienti nejraději nebudu uvádět. Ojedinělá byla reakce výše zmiňovaného pana Jaroslava, který na odpověď, jak je spokojen s prací pečovatelek a jaké jsou odpověděl, že záleží na náladě. Pečovatelky ale konkrétně nejmenoval a konstatoval, že každý z nás je jiný a

všichni máme své problémy, které ovlivňují naši náladu. Vztahy mezi klienty a pečovatelkami bych komplexně hodnotila, i přes tuto skutečnost, jako kladné, jelikož pan nesděloval konkrétní osobu ani událost. V případě, že klienti nejsou spokojeni se svou pečovatelkou, mají právo ji dle individuálního plánu změnit.

5.6 Jak vzpomínají senioři na minulost

Vzpomínky na to, jak senioři žili dříve, jak si užívali mládí, případně i na to, jaké prožívali chvíle strávené se svým již zesnulým manželem se objevovali u všech účastníků výzkumu. Každý z nich však vzpomínal na něco jiného. Klientka Květuše prakticky po všechny své návštěvy vyprávěla o své práci a o tom, co vše v životě dělala a jak díky pracím cestovala, téměř každou návštěvu vzpomínala na své dvě největší zaměstnání, což byla práce poštmistrové a elektrikářky. Zaměstnání elektrikářky jí připomínala častá bolest karpálních tunelů, kterou této práci připisovala. Díky práci poštmistrové prý navštívila hodně míst, vyprávěla o zážitcích ze Starého Hobzí, kde pár let pobývala nebo třeba o období, kdy žila ve Vysokých Tatrách na Slovensku. Paní Ludmila na minulost zas tak často nevzpomínala, hovořit o minulosti jsem jí zastihla pouze při rozhovoru o bouřce, kdy vzpomínala na blesk, který uhodil do statku její sestry. Pan Jaroslav byl milovníkem historie a v rozhovoru se o ní často zmiňoval i v případě komunikace na jiné téma, proto bylo velice těžké, udržet s ním řeč tak, aby neodbíhal od tématu. Pan Jaroslav: *„Pocházím od Plzně, takže nás osvobodili Američani, pátého, my jsme byli na poli pod lipou, tam byly dvě lípy a jedna byla dutá od blesku, tak tam jsme se schovávali, když přišlo. A teď vidíme ty tanky, bylo 4.5. 1945 a slyšíme takovej hukot motorů, koukáme a vyjíždí tanky, tak jsme běželi honem dolů za město a tam tekla řeka byl tam most a tam zůstali stát“* (Klient Jaroslav). Vzpomínání na zážitky z mládí: *Jéžišmarja, my toho popovídáme, jak jsme zvonili zvoničkou a jak jsme pouštěli chrousty v kostele“* (Klientka Olga). Nejsilnější byly vzpomínky paní Vlasy, které chybí přítomnost zesnulého manžela: *„Já jsem celej ten balík, co můj muž psal od roku 56 o všem možným, no tak on vystudoval češtinu a francouzštinu a když překládal, byl teda po téhleté stránce výbornej a ten jazyk ovládal a uměl to. Mělo to přes 400 listů, četla jsem to vlastně až po jeho smrti. Můj muž byl hrozně pracovitej. Psal mi i takový vyznání“* (Klientka Vlasta).

Shrnutí 5.6

Klienti DPS vzpomínají na minulost ve velké míře, většina z nich vzpomíná na příjemné nebo zajímavé momenty, které prožili. Překvapilo mě, jak si s ohledem na minulost vybavují, tak přesné informace, případně data, časy, místa. Nejedná se pouze o strohý popis, ale jejich minulá vyprávění bývají velice barvitá a člověk má pocit, že tomu ani není tolik dávno, jako ve skutečnosti je. Některé vzpomínky jsou velice silné a musela jsem si dát pozor, abych nepřivedla klienty do nějakých rozpaků nebo nezapůsobila do tématu, které by jim nebylo příliš příjemné a navodilo by v nich pocity smutku. Citlivost tématu byla nejvíc znát při rozhovoru o manželovi paní Vlasty, jelikož mi i předčítala dopis, kde jí vyznával lásku. Psal ho již v době, kdy byl nemocný. Text byl básní, kde jeho největším přáním bylo, aby mohl být co nejdéle se svou láskou. Přečtení tohoto srdceryvného textu nezanechalo chladnou ani mě samotnou. Pan Jaroslav často vzpomínal na prožitky z války, povídání s ním bylo tedy velice zajímavé a přínosné, věřím tomu, že bych si na toto téma s klientem mohla povídat velmi dlouho. Senioři tedy minulost nevynechávají a vzpomínají na ni v denním pořádku, pravděpodobně více než většina jiných generací, možná z toho důvodu, že budoucnost je pro ně velice nejistá.

5.7 Domov dříve a domov nyní

K této výzkumné otázce mi posloužily zejména rozhovory. Všichni senioři již v předešlých otázkách odpověděli, že jsou v DPS spokojeni a nic velkého jim nechybí. Všem se v DPS líbí. Nicméně většina klientů by Vám řekla, že doma bylo doma. Při procházce s paní Květuší jsem zaznamenala chvíli: *„Paní vidí z okna barák, ze kterého pocházela. Začne nám ukazovat, že tam bydlela, podle rozhovoru jde znát, že pečovatelka tuto informaci slyšela již několikrát. Klientka vzpomíná na to, co všechno měli doma za věci, jak baráček zařizovali a co všechno musela opustit, teď prý měl barák její syn, ten ho však prodal, což paní očividně těžce nese“* (z terénního deníčku). Klientka Olga povídala, že je tady více uvězněná, že doma to bylo lepší, měla tam chaloupku, tady je na ní malý prostor. Klient Jan je v DPS naopak spokojenější více než doma, v rozhovoru uvedl, že u nich dobře nebylo, že tady má klid. Dvě klientky odpověděly, že doma by již nezvládly být, jelikož by se o sebe nemohly postarat, tady mají přeci jenom lidi, na které se mohou spolehnout a kteří jim pomůžou. V případě, že se něco stane, jsou tady pečovatelky nebo si zavolají pomoc přes sousedy, doma by je taky nikdo nemusel najít.

Klientka Vlasta se v DPS dokonce cítí již řadu let jako doma, jinde by být ani nechtěla, už vůbec ne, když tam s ní nemůže být manžel.

Shrnutí 5.7

Jen jedna z klientek brala DPS jako svůj domov, pro ostatní jde většinou spíše o jakousi nouzovou stanici, která jim dopřeje péči, kterou by si sami již nemohli zajistit, případně ji v DPS získají pohodlněji. Zároveň záleží na to, jak dlouho v DPS pobývají, pokud jsou tam již 10 let, cítí se tam jistě více doma, než pokud tam nejsou ani dva roky. Domov, který tvořili dříve chybí nejvíce lidem, kteří měli domeček, kde měli vlastní zahrádku, měli tedy velký prostor, o který se mohly starat. Zároveň tam měli vše, co potřebovali, veškerou vybavenost. Kdežto v DPS jsou byty mnohem menší, takže i přesto, že si do DPS berou věci z domova, zdaleka ne všechny se tam vejdou, pořád je z velkého domu byt o cca jedné místnosti, do které se musí vejít postel, skříň, stůl apod. Na veškeré věci z dřívějšího domova není prostor, v DPS jsou pouze věci pro základní potřebu. Ale i přesto některé byty dýchají velmi příjemnou a útulnou atmosférou, např. byt paní Vlasty, která se vlastně jako jediná z žen cítí v DPS jako doma, možná k tomu napomáhá i útulnost jejího malého bytu v DPS. Muži toto odloučení od dřívějšího domova tolik neprožívají, většinou se neváží k materiálním věcem natolik, jejich byty v DPS byly vybaveny strojeji a věci z dřívějšího domova by se tam vešlo zdaleka víc. Nejvíce nápomocné jsou služby, kterých mohou v DPS klienti využívat, nikdy by k nim neměli tak blízko, jak zde, navíc je v DPS stále zachovaná možnost vlastního bytu, takže soukromí je klientům zajištěno. Takovéto pomoci by se jim v jejich dřívějších domovech nenaskytlo.

5.8 Volný čas

V době, kdy jsem klienty navštívila, senioři byli většinou usazení na židli nebo v křesle a dívali se tak nějak do prázdna, někteří z nich měli puštěnou televizi. Pan Jaroslav často něco zapisoval, jednalo se většinou o poznámky o počasí nebo věci k lékaři. Při rozhovoru vzpomínal na to, že tady původně byl s manželkou, teďka už je tam sám, ve volném čase si dojde nakoupit, kousek se projde nebo se dívá na televizi či poslouchá rádio. Při jedné návštěvě jsem našla paní Vlastu, jak si zašívá ponožky, sdělila mi, že je ráda, že si koupila jehlu s větším okem, jinak by tam ani nestrčila nit. Někteří klienti jsou ještě víceméně samostatní: „*No my si dáváme tady spolu kafičko,*

potom mě navštěvuje rodina, pravnoučata už ale mají velký, tak to není takový jako dřív, teďka si taky koupili chatu na Vranově, tak jsou o víkendu tam, už nemají čas. My třeba jezdíme na různé nákupy, jezdili jsme do Slavonic, do Kunžaku, do Jemnice, ale teďka v té situaci už spíš sedíme tady“ (Klientka Olga). V souvislosti s letošní situací se ale bohužel nekoná příliš akcí uvnitř DPS, takže jsou senioři odkázáni na vlastní zábavu. Klientka Ludmila povídá, že si hodně čte, občas kouká na televizi, ale čtení jí baví víc, ale toho volného času nakonec tolik není, pořád se něco děje.

Shrnutí 5.8

Klienti tráví volný čas klasickými činnostmi jako je čtení, sledování televize. Nějaké větší činnosti chybějí. Výhoda je, pokud mohou volný čas trávit s ostatními klienty z DPS a alespoň si popovídat, ale to se u většiny seniorů nestává. Dobré by bylo mít více aktivizačních programů, ty se v DPS sice dělají, ale přes aktuální zakázky to nebylo možné, snad se tedy situace zlepší, jde vidět, že někteří se spíše nudí. O volných chvílích je často navštěvuje rodina, většinou potomci s vnoučaty, případně již pravnoučata, ani to letošní rok nebylo v některý čas možné. Někteří mají rodinu daleko, takže se mohou cítit osamoceni, potom se hodí chvíle strávené s pečovatelkou, protože to někdy bývá jediná přítomnost v jejich bytě.

5.9 Aktuální pandemická situace

Pandemická situace zasáhla každého z nás, seniory nevyjímaje. Pro klienty DPS, kteří prakticky zůstali zavření ve svých bytech, to muselo být velmi těžké období. Senioři některé situace vnímali s nepochopením, vadilo jim nošení respirátorů, zejména u pečovatelek, jelikož jim potom špatně rozuměli, i normálně špatně slyšeli. Respirátory byly nepříjemné pro obě strany. Pomáhat s hygienou v rozehřáté koupelně, kde na vás jde pára asi není příjemné. Později však byli senioři bez roušek a respirátory měly pouze pečovatelky. Někteří senioři nechtěli, aby měla pečovatelka respirátor a poprosili ji, aby si jí sundala. Tato situace se mi stala u některého z rozhovorů. „*Jsme u paní Ludmily, paní při otázce, jak se má začala vyprávět o tom, jak je tato situace těžká, ještě teďka, když jsou zavřené okresy, téměř nikdo nikam nemůže nebo s tím má jenom starosti. Podle klientky je v této době důležitá podpora, člověk potřebuje partnera, nikdo nemůže nikoho navštěvovat, rodinu již dlouho neviděla“ (z terénního deníčku). Všichni doufali, že se věci vrátí do normálu a budou moci zase více žít. „*Klientka Květuše sedí v křesle a ptá**

se pečovatelky, kdy přijdou očkovat a je ráda, že očkování probíhá přímo v budově a nemusí kvůli tomu nikam chodit. Doufá, že když se naočkuje, omezení skončí“ (z terénního deníčku).

Shrnutí 5.9

Pro většinu seniorů znamenala pandemická situace velká omezení. Prvotní příčinou bylo omezení návštěv, seniorům chyběla jejich rodina a nevěděli, kdy jí a jestli zase uvidí, naštěstí se situace zlepšila a postupem času se k většině z klientů rodina dostala, někteří však na návštěvu stále čekali, pokud byla jejich rodina daleko, případně nějaká část žila v cizině. Dalším omezením byly respirátory, jelikož se seniorům v respirátoru, ale i v roušce mnohem hůře dýchá, jde jim také hůře rozumět. Respirátory jim vadili i u pečovatelek, protože jim špatně rozuměli. Více aktivní seniory zasáhla taky omezení spojená s obchody, nakupováním, či přesuny mezi okresy, někteří si kvůli tomu přestali sami nakupovat a využívali tak služby nakupování od pečovatelek. Situace měla vliv i na různé aktivizační programy, prakticky vše bylo zrušené, senioři tedy neměli příliš velkou možnost zábavy či zajímavého vyžití. Mnoho seniorů spoléhalo na očkování, případně letní počasí, které by situaci pozitivně ovlivnilo, někteří byli více skeptičtí a smířovali se s tím, že lepší již to nebude a podobná situace se bude odehrávat každý rok.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo ukázat, jaký je život seniorů v DPS Dačice. Z výzkumu vyplynulo, že klienti jsou se službami, které zajišťuje společnost Ledax, o.p.s. spokojeni. Někteří senioři využívají méně služeb než jiní, to závisí převážně na jejich zdravotním stavu, v některých případech to může souviset také s finanční stránkou seniorů. Denní péče je v DPS poskytována od rána do večera, tyto základní služby jsou zajištěny i během svátků a o víkendech, ale v omezeném personálním zastoupení. Nejčastěji využívanými službami je pomoc při podávání jídla, pomoc s hygienou, úklidem, pedikérské služby a procházky.

Život v domově je dost často stereotypní, vše probíhá v téměř stejný čas, klienti a senioři používají k rozhovorům stále stejná témata. Klasickými tématy je téma nemoci a počasí. Toto chování si podle mého názoru neuvědomují ani pečovatelky a ani většina seniorů. Seniorům většinou stereotypy nevadí, prakticky je i vyžadují, některým je nepříjemná jakákoliv změna v režimu, protože mají svou každodenní rutinu. Všechny jejich činnosti jsou stejné, prakticky každý den. Zaznamenala jsem, že velkou změnou je pro ně příchod jiné pečovatelky než té, na kterou jsou zvyklí, a i tato situace je může rozhodit.

Přátelství u seniorů je věc, která mě nejvíce překvapila a možná také zklamala. Před výzkumem jsem měla větší očekávání od toho, že senioři využijí možnost sejít se na chodbě nebo v jednom z bytů, společně si pohovořit a užít si společné chvílky. Za celou dobu svého výzkumu jsem tuto situaci zažila pouze jednou, v domě paní Olgy, která seděla u sebe doma s kamarádem Janem, hovořili, smáli se a popíjeli kávu. V bytě panovala opravdu příjemná atmosféra, oproti tomu v ostatních bytech panovalo ticho a klid. Senioři se občasně stýkali na chodbách, většinou v době, kdy čekali na oběd, případně v odpoledních hodinách. Žádná velká přátelství jsem však nezaznamenala. Na tuto skutečnost si stěžovali i samotní účastníci výzkumu, kteří povídali, že dříve byl lepší kolektiv. Někdo dokonce pověděl, že senioři jsou k sobě navzájem závistiví. Napomoci přátelství v DPS by bylo vhodné, zejména, aby se senioři necítili opuštěni. Vztahy k pečovatelkám jsou kladné, všichni jsou s nimi spokojeni a nikdo si nestěžoval. U seniorů jsou většinou oblíbené jejich hlavní pečovatelky, které s nimi tráví nejvíce času. Žádné velké stížnosti na konkrétní pečovatelku jsem nezaznamenala.

V případě vzpomínek na minulost mě překvapilo, jak často o ní senioři hovoří. Občas mi přišlo, že více žijí minulostí než přítomností či budoucností. Podle mého názoru je to tím, že přítomnost je pro ně pořád stejná, protože se v jejich životě příliš mnoho neděje a nad budoucností tolik nepřemýšlí, jelikož nevědí, co je čeká, na myšlenky úmrtí upozornila jedna z klientek. Z minulosti vzpomínají na zážitky z dětství, protože to pro ně byly léta bez starostí, život měli před sebou a byli plní zdraví. Jeden ze seniorů se ve vyprávění o minulosti přímo vyžíval. Někomu bylo smutno po chvílích prožitých se svým manželem, kterého žádný z vybraných seniorů již neměl živého. Toto téma bylo velice citlivé, proto jsem se při těchto rozhovorech snažila do myšlenek příliš nezasahovat a nekomentovat je. Jde vidět, že seniory omezuje horší zdravotní situace, ať více či méně. To, že jsou umístěni v DPS chápou kladně, vyhovuje jim množství služeb, jelikož nejsou na všechno sami a jako pomocnice jim slouží pečovatelky. Někteří klienti se v DPS cítí dokonce jako doma, což lze brát jako velký úspěch jich samotných i týmu DPS. Senioři sami přiznávají, že o dřívější domov by se již sami nezvládli postarat, někteří by se plně nepostarali ani o sebe samotného. Pokud by ale byl jejich zdravotní stav lepší, rádi by trávili čas ve větším domě, kde měli více věcí a třeba zahrádku, na které mohli pracovat a posedět. Volný čas seniorů není příliš pestrý, senioři provádějí klasické činnosti jako každý z nás, těmi jsou sledování televize, případně čtení. Z důvodu pandemické situace byly společné aktivity, které se jinak konají v DPS omezeny. Pokud se nějaká aktivizační či jiná činnost v DPS koná, senioři se jí většinou rádi zúčastní. Bývá to pro ně velká událost. Doufám, že se situace zlepší a seniorům bude umožněno trávit čas trošku jinými činnostmi, než jsou výše uvedené. Pandemická situace ovlivnila každého ze seniorů, některého více, některého méně. Nějací klienti si stěžovali na to, že kvůli tomu již nikam nejezdí a nic nenavštěvují. Mnohým ze seniorů chyběla přítomnost rodiny, která je pro ně velice důležitá. Omezující pro ně bylo nošení roušek či respirátorů, zejména z toho důvodu, že se navzájem špatně slyšeli a rozuměli, případně se jim v nich hůře dýchalo. Situaci všichni vnímali a sledovali. Jejich velkým přáním bylo, aby se vše vrátilo do normálních časů a epidemie ustala.

Zmapovat život seniorů pro mě byl v některých ohledech těžší úkol, než jsem si původně představovala. Nejhorší pro mě bylo začít, postupem výzkumu jsem přišla na to, jak se mi nejlépe získávají informace a výsledky. Život seniorů v DPS hodnotím spíše jako kladný, některé výsledky mohou být kvůli epidemickým omezením zkresleny. Role

DPS je důležitá a pro většinu seniorů je záchranou. Všichni seniori i kolektiv DPS byli velice příjemní a ochotní, výzkum se obešel bez větších problémů, a to i přes určitá omezení vzhledem k situaci. Cíl, který jsem si ve své práci určila byl splněn.

Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ANTOŠOVÁ, V. a kol. *Analýza kvality života seniorů v České republice* [online]. Brno, 2016 [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Kvalita_zivota_senioru_-_finalni_verze.pdf/47641324-d8b7-56ac-2e78-b7ab3b83fb5a
2. Beard, JOHN R et al. "Healthy ageing: moving forward." *Bulletin of the World Health Organization* vol. 95,11 (2017): 730-730A. doi:10.2471/BLT.17.203745. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5677619/>.
3. BICKOVÁ, Lucie. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7.
4. BÖHMOVÁ, Šárka. *Kvalita života seniorů v domácím prostředí a v domově pro seniory* [online]. Zlín, 2015 [cit. 2021-6]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/32412/b%c3%b6hmov%c3%a1_2015_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
5. COSCO, T. D. et al. *Healthy ageing, resilience and wellbeing*. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* vol. 26 (2017): 579–583. doi: 10.1017/S2045796017000324. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6998987/>.
6. Čas na WC seniorům stopují, řídí se zákonem. *Českobudějovický deník* [online]. 13.1.2010. 1 [cit. 2021-6]. Dostupné z: Zdroj: https://ceskobudejovicky.denik.cz/zpravy_region/cas-na-wc-jim-stopuji20100112.html
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky 2020*. Praha: Český statistický úřad, 2020. s. 142 Dostupné také z: <https://www.czso.cz/documents/10180/123503153/32019820.pdf/fc671100-c2b8-4c60-a2d1-44341a7fa3a1?version=1.3>
8. DA COSTA, João Pinto et al. "A synopsis on aging-Theories, mechanisms and future prospects." *Ageing research reviews* vol. 29 (2016): 90-112. doi:10.1016/j.arr.2016.06.005. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5991498/>.
9. DUCHOŇOVÁ, Magdalena. *Komparace života seniorů v různém prostředí* [online]. Praha, 2015 [cit. 2021-6]. Dostupné z: https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/64530/BPTX_2013_2_11_280_0_390625_0_152429.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Karlova.
10. *Fertility rate, total (births per woman)*. [online]. [cit. 2021-04-05]. Dostupné z: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?end=2018&start=2000&view=chart>

11. *File: Population structure by major age groups, EU-27, 2019-2100 (% of total population).png*. [online]. [cit. 2021-20-03]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_structure_by_major_age_groups,_EU-27,_2019-2100_\(%25_of_total_population\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_structure_by_major_age_groups,_EU-27,_2019-2100_(%25_of_total_population).png)
12. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
13. *Healthy life years statistics*. [online]. [cit. 2021-04-03]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthy_life_years_statistics
14. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
15. HORNÁTOVÁ, Alice. *Zdravotní a sociální péče o seniory v ČR* [online]. České Budějovice, 2016 [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: https://theses.cz/id/dz9or3/Zdravotn_a_sociln_p_e_o_seniory.pdf. Bakalářská práce. Jihočeská u.
16. KALVACH, Zdeněk a AVICENUM, zdravotnické nakladatelství. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
17. KOSCHIN, Felix. *Demografie poprvé*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0859-1.
18. KRÁLOVÁ, Jarmila a RÁŽOVÁ, Eva. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. Praha: ANAG, 2003. ISBN 80-7263-168-3.
19. KUCHAROVÁ, Věra. *Stáří lidé ve společnosti a v rodině*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 1996. s. 2–4.
20. *Kvalitativní rozhovory – polostrukturované a nestrukturované*. [online]. [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: https://wiki.knihovna.cz/index.php?title=Kvalitativn%C3%AD_rozhovory_%E2%80%93_polostrukturovan%C3%A9_a_nestrukturovan%C3%A9
21. LANGMEIER, Josef a KREJČÍROVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. s. 184–185. ISBN 80-7169-195-X.
22. LEDAX, © 2007. *O společnosti*. Ledax [online]. [cit. 2021-06-29].
23. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
24. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
25. MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelsví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
26. *Naděje dožití aneb kolika let se můžeme dožít v našem kraji?* [online]. [cit. 2021-03-23]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xu/nadeje-dozeni-aneb-kolika-let-se-muzeme-dožit-v-nasem-kraji>

27. *Obyvatelstvo podle věku a rodinného stavu*. [online]. [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/32853359/1300691601.pdf/842b23fa-2a71-4511-8d27-7e190846f7fc?version=1.0>
28. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Sociální gerontologie a geriatricie*. Praha: Univerzita Karlova. 2011.
29. ORT, Jiří. *Kapitoly ze sociologie stáří: (společenské a sociální aspekty stárnutí)*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta, 2004. ISBN 80-7044-636-6.
30. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Grada. s. 18-19. ISBN 978-80-247-3185-8.
31. *Poland enforces controversial near-total abortion ban*. [online]. [cit. 2021-6-04]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-europe-55838210>
32. *Senioři ČR v datech*. [online]. [cit. 2021-26-03]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/120583272/31003420.pdf/5272aa65-7abc-4262-94a4-fb91e60600e3?version=1.3>
33. SCHMEIDLER, Karel. *Problémy mobility stárnoucí populace*. Brno: Novpress, 2009. ISBN 978-80-87342-05-3.
34. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025*. [online]. [cit. 2021-8-07]. Dostupné z: https://amsp.cz/wp-content/uploads/2019/08/Strategie-p%C5%99%C3%ADpravy-na-st%C3%A1rnutí%C3%AD-spole%C4%8Dnosti-2019-2025-ma_ALSBADJYUA2.pdf
35. SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.
36. ŠIMEČKOVÁ, Michaela. *Matkou v pozdním věku: proměny pozdního mateřství od vzniku Československa po současnost* [online]. Praha, 2018 [cit. 2021-6]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/97962/140065058.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Disertační práce. Univerzita Karlova
37. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
38. TOPALOVSKÁ, Kateřina. *Kvalita života v domech s pečovatelskou službou z pohledu uživatelů sociálních služeb* [online]. Zlín, 2013 [cit. 2021-6-30]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20438/topalovsk%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
39. VALEŠOVÁ, Michaela. *Dynamika stárnutí populací ve světě* [online]. Brno, 2016 [cit. 2021-1-7]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/sv84wq/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
40. VIDOVIČOVÁ, Lucie a RABUŠIC, Ladislav. *Věková diskriminace - ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2005. ISBN 80-239-4645-5.

41. VIDOVIČOVÁ, Lucie. Stárnutí české společnosti – objektivní charakteristiky a subjektivní percepce. In: Štěpánová, H. – Höschl, C. – Vidovičová, L. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum, 2014. s. 31 – 50.
42. VIDOVIČOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace - nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita, Mezinárodní politologický ústav, 2008. s. 26 – 36. ISBN 978-80-210-4627-6.
43. ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. V Praze: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.
44. *Žijeme déle a zdravěji?* [online]. [cit. 2021-03-25]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/6b004993a7>