

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

Bc. Šárka Cieslarová

***Sociální situace a soběstačnost seniorů odcházejících do
pobytové sociální služby***

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.
2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Ropici dne 2.4.2016

Šárka Cieslarová

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Šlechtové, Ph. D. za rady, připomínky a vstřícnost při vedení práce.

Obsah

1 Úvod.....	6
2 Stáří a stárnutí v kontextu současného systému sociální péče o seniory.....	8
2.1 Charakteristika stáří a projevy stárnutí	9
2.2 Strategie zvládnání vlastního stáří.....	11
2.3 Vnímání stáří a seniorů současnou generací.....	13
2.4 Nemoci seniorů.....	16
2.5 Kvalita života seniorů.....	18
2.6 Potřeby seniorů.....	19
2.7 Senioři a rodina.....	21
2.8 Ekonomická situace seniorů.....	23
2.9 Demografický vývoj dnešní společnosti.....	24
2.10 Problémy stárnoucí společnosti.....	28
3 Sociální situace a soběstačnost.....	31
3.1 Sociální situace.....	31
3.1.1 Zdraví.....	32
3.1.2 Bydlení.....	32
3.1.3 Finanční zajištění.....	33
3.1.4 Vzdělání	33
3.1.5 Sociální opora.....	33
3.1.6 Nepříznivá sociální situace.....	34
3.1.7 Sociální exkluze.....	35
3.2 Soběstačnost.....	36
4 Současný systém sociální péče o seniory.....	37
4.1 Zdravotní a sociální péče o seniory.....	38
4.2 Tradiční formy péče o seniory.....	38
4.3 Zdravotní péče o seniory.....	39
4.4 Sociální péče o seniory.....	40
4.5 Pobytové sociální služby pro seniory.....	41
4.6 Pojetí sociálních služeb v České republice.....	42
4.7 Právní předpisy k poskytování sociálních služeb v České republice.....	43
4.7.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	43
4.7.2 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.....	45
5 Metodologie a etické souvislosti výzkumu.....	45
5.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumné otázky.....	45
5.2 Hypotézy a jejich operacionalizace.....	46
5.3 Popis použitých metod.....	49
5.4 Výzkumný soubor.....	49
5.5 Realizace výzkumu.....	52
5.6 Způsob zpracování dat.....	53
5.7 Etické souvislosti výzkumu a jejich možný vliv na jeho validitu.....	54
6 Výsledek výzkumu.....	55
6.1 Obecná prezentace zjištění z dotazníku pro seniory.....	55
6.2 Obecná zjištění z dotazníku pro zaměstnance.....	72
6.3 Ověření hypotéz.....	76
6.3.1 Vyhodnocení hypotézy H1.....	76
6.3.2 Vyhodnocení hypotézy H2.....	77
6.3.3 Vyhodnocení hypotézy H3.....	77

6.3.4 Vyhodnocení hypotézy H4.....	78
6.3.5 Vyhodnocení hypotézy H5.....	78
6.3.6 Vyhodnocení hypotézy H6.....	79
7 Diskuse.....	79
8 Závěr.....	86
9 Přílohy.....	89
9.1 Seznam literatury:	89
9.2 Seznam grafů, tabulek a obrázků.....	93
9.3 Dotazník pro seniory.....	95
9.4 Dotazník po zaměstnanci.....	99

1 Úvod

Každý stárne. Touto větou začíná kniha Mileny Haškovcové (2010, s. 9) a ať už si to připustíme nebo ne, týká se každého z nás. Někteří lidé si namlouvají, že jich se stáří netýká, jiní doufají, že když o stáří nebudou mluvit ani přemýšlet, když si ho zkrátka nebudou všimnout, tak že se stárnutí vyhnou. Výše uvedená první věta však platí.

Stáří je tedy poměrně obávaná etapa lidského života, ke které se vztahuje spousta stereotypů. Každý by si jistě přál zestárnout bez jakéhokoli omezení ve svém životě a zůstat ve stáří obklopen svými blízkými. Bohužel to často není možné, protože senioři z nejrůznějších důvodů již nezvládnou žít ve svém přirozeném prostředí. Dříve tito senioři odcházeli „do ústavu“, nyní existují různé typy služeb; jednotlivé sociální služby jsou popsány a uzákoněny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ve své práci chci zjistit, zda (a v kterých parametrech) sociální situace a míra soběstačnosti seniorů ovlivňuje rozhodnutí k zásadnímu kroku ve svém životě, opustit své „domácí“ prostředí a odejít do pobytové sociální služby. Tento cíl bude naplněn především metodou kvantitativního výzkumu s použitím techniky dotazníkového šetření mezi seniory a zaměstnanci v přímé péči dvou pobytových služeb na území Moravskoslezského kraje.

Uvědomuji si však jednak na základě vlastních zkušeností, jednak díky poznatkům z odborné literatury, že senioři jsou skupina, která má svá specifika, a také různá omezení. Je tedy možné, že se mi nepodaří získat tolik odpovědí a v takové kvalitě, jak bych si přála. Ne každý se rozhodne svěřit, byť anonymně, co ho vedlo k opuštění vlastní domácnosti, za jednotlivými respondenty a jejich odpověďmi je vždy nějaký příběh, o který se nemusí chtít podělit. Rovněž je s ohledem na cílovou skupinu mého výzkumu jasné, že část seniorů ani nebude schopna se mého výzkumu zúčastnit.

Teoretická část mé práce se opírá zejména o díla autorky Mileny Haškovcové, která se ve svých publikacích zabývá problematikou stáří. Dále pak čerpám z děl těchto autorů: Dagmar Dvořáčková, Jana Mlýnková, Oldřich Matoušek, Petr Sak, Karolína Kolesárová. V empirické části vycházím především z prací autorů Petera Gavory a Miroslava Chrásky.

V teoretické části uvádím v jedné části informace a poznatky týkající se stáří a stárnutí, sociální situace a soběstačnosti obecně. V další části se pak zabývám platnou legislativní úpravou sociálních služeb. Ve výzkumné části se zaměřuji na zjištění osobní

situace seniora, jeho míru závislosti na péči jiné osoby a soběstačnosti před odchodem do pobytové služby.

Důvody k odchodu seniorů do pobytové sociální služby mohou být různé, nejvýznamnější z nich bude zřejmě neschopnost zajistit si základní potřeby, ale může sem patřit i absence sociální opory, kdy rodina nechce nebo nemůže se o seniora postarat, nebo senior ani žádnou rodinu nemá. Možná senior nevěděl o jiné možnosti, jako jsou například terénní sociální služby, nebo byla jeho soběstačnost omezena do té míry, že o sobě nedokázal rozhodovat. Situaci seniora odcházejícího do pobytové sociální služby se budu snažit zjistit v této práci a ověřit, zda (v konkrétních vybraných dimenzích) ovlivnila rozhodnutí pro pobytovou službu.

2 Stáří a stárnutí v kontextu současného systému sociální péče o seniory

Stárnutí populace je téma, se kterým přijdeme do kontaktu v nejrůznějších oblastech lidského života. Stačí si pustit televizi, internet nebo „postaru“ otevřít noviny či se zaposlouchat do hovoru v hromadné městské dopravě. Často čteme či slýcháme, že populace stárne, že se rodí stále méně dětí, že se lidé dožívají stále delšího věku a nakonec nebude mít mladší generace ani na důchody, protože počet starých lidí v populaci roste. Takovéto dohady vznikají na základě toho, že délka lidského života se opravdu prodlužuje a populace stárne. Stáří je tedy tématem nejen pro širokou veřejnost, ale i pro politiky, ekonomy, sociology, lékaře, obchodníky, nejrůznější podnikatele a rovněž pro oblast sociálních služeb.

Stáří však není jen něco, co se týká pouze společnosti obecně, ale naopak se zcela konkrétně dotýká zejména fungování rodiny jako základní společenské jednotky. Ve svém předchozím zaměstnání jsem pracovala v Domově pro seniory, který existoval více než 50 let a mezi jeho uživateli bylo několik seniorek ve věku mezi 80-85 lety, které tam žily od svých 55 let. Připadalo mi nepochopitelné, že 55 letá žena se může dobrovolně odstěhovat do tehdy ještě Domova důchodců, protože v současné době ženy v tomto věku v souladu s důchodovým systémem pracují a zpravidla žijí aktivně a za staré se jistě nepovažují. Podívám-li se však do nedaleké minulosti, podle tehdejších předpisů odcházely ženy do důchodu ve věku 57 let a pokud měly děti, pak i dříve podle počtu dětí. S odchodem do důchodu byla splněna podmínka pro umístění do Domova důchodců a konkrétně tyto ženy tak pomohly vyřešit bytovou situaci svých vnoučat, protože volný trh s byty neexistoval a bytů bylo málo. V tehdejší době to nepřipadalo nikomu divné a takové vyřešení situace nebylo nijak neobvyklé. Na druhou stranu ženy odcházející do důchodu při dvou dětech v 55 letech měly výhodu v tom, že se mohly mnohem lépe postarat o své rodiče, kterým v té době mohlo být mezi 75-80 lety. V dnešní době však je mateřství odkládáno na pozdější dobu, takže často se děti ženě narodí až po 30. roce života. Pokud tyto děti půjdou do důchodu cca v 60 – 65 letech, jejich matce v té době bude nejméně 90 let. Je však jen málo lidí, kteří se v 90 letech o sebe dokážou postarat, takže je zřejmé, že problém, kdo se postará o jejich matku, budou muset děti řešit mnohem dříve než s příchodem důchodového věku. Jak je vidět,

stáří přináší spoustu problémů k vyřešení. V současné době začínají politici hledat řešení těchto problémů pro budoucnost. Já však ve své práci chci posoudit právě tu současnou situaci seniorů odcházejících do pobytové sociální služby a zjistit, co bylo rozhodující pro jejich rozhodnutí opustit své přirozené sociální prostředí.

2.1 Charakteristika stáří a projevy stárnutí

Pojmem stáří se označuje pozdní fáze individuálního vývoje jedince. Jedná se o vývojovou etapu, která uzavírá lidský život a kulminuje v terminálním stádiu tj. smrti. V souhrnu se jedná o projev a důsledek funkčních i morfologických změn, které probíhají specifickou rychlostí s individuální variabilitou a vedou k typickému obrazu, který označujeme jako fenotyp stáří. Ten je určován prostředím, zdravotním stavem, životním stylem, sociálněekonomickými i psychickými vlivy (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 19). Fenotyp stáří jsou, zjednodušeně řečeno, takové projevy, které odlišují staré lidi od mladých. Nejčastěji je stáří vymezováno chronologicky. Světová zdravotnická organizace klasifikuje vyšší věk následovně:

- 45-59 let střední nebo též zralý věk
- 60-74 let vyšší věk nebo rané stáří
- 75-89 let stařecký věk
- 90 let a výše dlouhověkost.

Rovněž je v současné době používáno i členění dle Mühlpachra:

- 65-74 let mladí senioři – hlavním zájmem je problematika penzionování, volného času a aktivit
- 75-84 let staří senioři – zde je charakteristická změna funkční zdatnosti a atypický průběh nemocí
- 85 let a více velmi staří senioři – řeší problém omezené soběstačnosti a zabezpečení (Malíková, 2011, s. 14).

Z praktických důvodů se pro vymezení stáří používá kalendářní věk. Mnozí z nás však už nejméně jednou buď slyšeli, nebo sami použili lidovou moudrost, že věk je jenom číslo nebo že každý je starý tolik let, na kolik se cítí. Máme tím na mysli skutečný věk člověka, což je funkční nebo také biologický, subjektivní, psychologický, sociální věk, který se nemusí shodovat s věkem kalendářním (Haškovcová, 2002, s. 12). Stárnutí a

stáří je velice individuální, někteří lidé stárnou rychleji a jiní pomaleji. Kalendářní věk tak nevypovídá ani o zdravotním stavu, ani o soběstačnosti člověka.

Ve stáří dochází k výrazným změnám ve způsobu života. Každý člověk je individualita, proto záleží na osobnosti jednotlivce, jak se s těmito tělesnými, psychickými a sociálními změnami vyrovná. Velkou roli v tom budou hrát genetické dispozice, životní zkušenosti a prostředí, ve kterém člověk žije. Jednotlivé změny se prolínají, jsou navzájem propojeny. Člověk musí mnoho věcí přehodnotit, s mnoha věcmi se smířit a naučit se s nimi žít, najít ve stáří nový způsob života, který mu bude vyhovovat (Venglařová, 2007, s. 11-14).

Na první pohled jsou zřejmější tělesné projevy stáří. Starému člověku ubývá síla, svalová hmota, mění se jeho chůze a postoj, rovněž se snižuje jeho tělesná výška. Dochází i ke změnám v oblasti vnímání, zhoršuje se zrak, snižuje se sluchová ostrost pro vysoké tóny, výrazně klesá čich i chuť (Kalvach, 2004, s. 99-101). Mění se bazální metabolismus, srdeční kapacita, rychlost vedení vzruchu nervovým vláknem. K uvedeným změnám však nedochází najednou ze dne na den, ale postupně a individuálně. Všechny tyto změny ovlivňují vzhled i chování seniora, který se mnohem více zaobírá sám sebou, svými bolestmi a obavami z budoucnosti, objevují se u něj stavy nejistoty a nedůvěry. S tělesnými změnami úzce souvisí i psychické změny.

Stárnutí a stáří bývá spojováno se změnou osobnosti. Do popředí se u seniorů dostávají negativní rysy osobnosti, zesilují negativní vlastnosti, které v průběhu života byly potlačovány vlivem výchovy, socializace a prostředí, ve kterém senior žil. Proto se může stát, že z příjemné paní ze sousedství, se kterou jsme si rádi popovídali, se stane hádavá podezíravá nebo panovačná žena, které je lepší se vyhnout. Dvořáčková (2012, s. 12) uvádí charakteristický obraz psychiky seniorů dle Jedličky:

- „Psychické změny sestupné povahy – pokles elánu, vitality, zpomalení psychomotorického tempa, snížení výbavnosti, všípivosti a pozornosti, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy
- Psychické změny vzestupné povahy - zvýšená tolerance k druhým, zvýšení vytrvalosti, trpělivosti
- Psychické funkce, které se s věkem nemění – např. jazykové znalosti, intelekt,

slovní zásoba“.

Je však třeba odlišit projevy stáří od projevů nemoci.

Kromě tělesných a duševních změn dochází i k sociálním změnám a změnám v životní orientaci. Postoj společnosti k seniorům se vyvíjí a mění, stejně jako se mění během stárnutí společenská role člověka. Podle Vohralíkové a Rabušice (2004, s. 54) se člověk stává starým tím, že odejde do důchodu. Tím se člověku naprosto změní život, protože mu skončí každodenní stereotyp a naopak mu začne nadbývat volný čas. Rovněž se změní jeho ekonomická situace a často i osobní život, protože je omezena jeho možnost kontaktu s kolegy a dalšími osobami. Proto je zapotřebí, aby měl člověk po odchodu do důchodu naplánovány nové perspektivy. Ukazuje se totiž, že velká část lidí je na odchod do důchodu naprosto nepřipravena, což přináší velká rizika – problémy s navazováním nových vztahů, osamělost nebo vyčleňování seniora ze společnosti.

Další přelomovou událostí, která ovlivňuje rodinný život, je odchod dětí z domácnosti. Manželé se ocitají sami a musí najít nový způsob života v manželství. Dojde buď ke vzájemnému sblížení manželů, nebo naopak k odcizení a prázdnotě, hovoříme o „syndromu prázdného hnízda“. Rodičovská role však bývá nahrazována rolí prarodičů. Ve stáří se mnohem více lidé obávají osamělosti, mívají pocity opuštěnosti, mají problém s navazováním sociálních kontaktů nebo partnerských vztahů. Se stářím je neodmyslitelně spojena smrt, která ukončuje lidský život. Člověk může ztratit přítele, vrstevníka nebo životního partnera. V tom případě je důležité, aby si nově zorganizoval život a upnul se k novým cílům (Říčan, 2004, s. 389).

Zralá osobnost by měla realisticky nahlížet na budoucnost. Ukazuje se však, že mnoho lidí je na stáří nepřipraveno. Dle Křivohlavého (2002, s. 143) žijí mnohem lépe ti senioři, kteří žijí doma v rodině, než senioři žijící v zařízeních sociálních služeb, kde jim často hrozí upadnutí do letargie, nezájmu a sociální izolace.

2.2 Strategie zvládání vlastního stáří

Musíme myslet na to, že osobnost člověka se utvářela po celý jeho život, ovlivňovaly ji

životní zkušenosti, primární rodina a celkový způsob života., někteří senioři jsou otevření a vstřícní, jiní jsou uzavřeni do svého světa. Problémy ve stáří se však řeší mnohem hůře, protože člověk má více času, takže se může zabírat situací dopodrobna stále dokola, ulpívá na detailech a navíc je obvykle mnohem více odkázán na pomoc z okolního světa. Klevetová (2008, 28-39) uvádí 5 strategií zvládnání vlastního stáří. Tyto strategie se různě prolínají.

1. Konstruktivní strategie – člověk se snaží být aktivní a je schopen stanovit si přiměřené cíle. Je optimistický, dokáže navazovat kontakty s ostatními lidmi, přizpůsobuje se změnám. Tento typ seniorů bude aktivně používat např. kompenzační pomůcky, aktivně vytvářet podmínky v případě svých fyzických omezení.

2. Strategie závislosti – člověk nechce nic rozhodnout sám. Vyhovuje mu být pod vlivem partnera, má rád své soukromí a pohodlí. Dá se dobře ovlivnit i svými dětmi. Zde je pak nebezpečí v tom, že může docházet k rozporu mezi potřebami seniora a jeho dětí. Takovýto jedinec spoléhá na materiální zabezpečení, poskytnutí pomoci a zázemí nejlépe rodinou nebo formou institucionární péče.

3. Strategie obranná – člověk odmítá přijmout změny stáří. Je přehnaně aktivní, aby si dokázal, že pomoc druhých nepotřebuje. Tento člověk se příliš emočně kontroluje a neuznává změnu. Bývá konfliktní a chce mít moc nad prostředím. Jde o specifický způsob popírání reality a oddalování řešení vzniklé situace, která vyplývá z další životní etapy.

4. Strategie hostility – člověk je nepřátelský vůči lidem a vůči všemu, nic není nikdy dobře. Chce být litován, stále hledá viníky za své životní prohry, je podezřívavý. Nerozumí si s mladými lidmi, jako by jim záviděl jejich mládí. Tato strategie je velmi zatěžující pro všechny strany.

5. Strategie sebenenávisti – člověk obrací svou nenávist a zlobu proti sobě. Je kritický, častým tématem hovoru je smrt jako vysvobození. Trpí pocitem osamělosti, o nic se nesnaží, nic nechce dělat. Člověk se na sebe zlobí, protože nebyl v životě úspěšný a nedokáže si to odpustit. U těchto lidí je třeba jejich postoj akceptovat, protože je velmi těžké nacházet pozitivní přístup.

2.3 Vnímání stáří a seniorů současnou generací

Všechny společnosti jsou rozvrstveny podle určitých znaků, jedním z těchto znaků je věk. Sociální význam věku určuje, jak jsou jedinci vnímáni a jaké se od nich očekává chování. Všechny společnosti totiž začleňují jednotlivce do různě vymezených věkových kategorií, které jsou pak svázány s určitými normami. Významy připisované stáří jsou výrazně proměnlivé v různých kulturách a v různém historickém čase. V každé společnosti však je stáří významnou částí životního cyklu. V různých kulturách však bylo stáří ceněno různě a tím pádem bylo i různě zacházeno se starými lidmi, např. v Číně a Japonsku se staří těšili velikému respektu, kdežto v Africe u některých kultur se staří lidé stěhují do okrajové části rodové usedlosti, kde jsou pochováni zemřelí členové rodiny. Staří tak spí doslova nad svým vlastním hrobem. Prakticky je tím vyjádřeno, že jsou považováni za sociálně mrtvé. V minulosti rovněž i v kultuře Eskymáků staří opouštěli osadu a odcházeli zemřít do permanentní zimy. Dle Klimczuka (2012, s. 30) zaujímali staří lidé různé pozice s ohledem na typ kultury dominující v dané společnosti. Vyšší význam byl připisován starým lidem v kulturách založených na ústní tradici, protože jim byla přiznána pozice učitelů. Rozšíření písemné a tištěné formy informací začal postavení starých lidí snižovat. V současných vyspělých společnostech se věkové normy chování rozvolňují a stávají se méně závazné. Přesto je jasné, že stáří zůstane i nadále významotvornou kategorií. Demografický a společenský vývoj si však pravděpodobně vynutí jeho novou definici (Rabušic, 1995, s. 142).

Odborníci neustále zdůrazňují, že stáří není nemoc. Mladší lidé se však často panicky bojí stáří a své vlastní stáří odmítají. V současné době je ideálem mladý, krásný, úspěšný člověk. Pokud se však řekne „krásný člověk“, myslí se tím opravdu pouze krásně oblečený, s krásným tělem, které je třeba neustále zdokonalovat pomocí plastické chirurgie, kosmetiky, cvičením v posilovně. Dále je třeba být neustále ve střehu, aby byl člověk oblečen dostatečně „trendy“ a v souladu s nejnovější módou. Požadavky na vnitřní kvalitu člověka se však snižují. Je zřejmé, že v tomto světě plném reklamy, módy a náhražek působí senior jaksí nepatřičně. Pokud tato společnost seniora akceptuje, pak pouze za podmínek, že splňuje výše uvedené.

Mladí lidé jsou orientovaní často na svou kariéru, jsou energičtí a zdraví. Nad vlastním

stáří nepřemýšlejí, jako by se jich netýkalo, je to pro ně něco vzdáleného. Ve svém okolí se přesto setkávají se seniory. K vlastním babičkám a dědečkům zpravidla mají mladí lidé hezký vztah, ale na cizích seniorech jim často „něco vadí“. Reakce mladých lidí na seniory jsou ambivalentní, většinou se jedná o přehlížení a podceňování, ale může dojít i k slovní nebo dokonce fyzické agresi. Mladí lidé většinou vědí, že ke starým lidem by se měli chovat uctivě, ale je velký rozpor mezi tím, co by mělo být a tím, co je. Pokud jsou senioři ještě ekonomicky aktivní, mají šanci získat si sympatie mladších kolegů, přestože se stává, že označují takového kolegu nebo nadřízeného jako „ten náš starý“, což posiluje povědomí o tom, že věk je něco špatného, že je to handicap. V posledních letech se někteří zaměstnavatelé přiklánějí k názoru, že pro pracovní kolektivy je prospěšné, pokud jsou poskládány ze zaměstnanců v různém věku, a akceptují, že životní zkušenosti starších zaměstnanců jsou přínosné. Není to však většinový názor. Pokud se jedná o seniory, kteří jsou příjemci starobního důchodu, bývají reakce mladých lidí negativistické. K tomu jistě přispívají i časté debaty o důchodové reformě. Zpravidla při tom není brán ohled na to, že současní senioři celý život pracovali a platili daně. Podle Haškovcové (2012, s. 12) může jedním z důvodů takového chování být i doba, ve které žijeme, a která je nekončícím řetězem nejistot všeho druhu.

O starých lidech se šíří i velká řada mýtů. Ty jsou aktuální dodnes, přestože byly v odborné literatuře pojmenovány koncem 80. let minulého století. Ukazují nám, jak mladá dynamická společnost vnímá stáří. Haškovcová (2010, s. 42 – 47) uvádí ty nejdůležitější: mýtus falešných představ (pokud bude starý člověk materiálně zajištěn, bude spokojen, jako by toto bylo v přímé úměře, přitom z literatury i svého okolí známe nešťastné boháče a spokojené chudáky), mýtus zjednodušené demografie (stáří začíná v den, kdy senior dosáhl důchodového věku), mýtus homogenity (všichni senioři jsou na první pohled stejní, takže i potřebují to stejné), mýtus neužitečného času (když už senior nepracuje, tak vlastně nic užitečného nedělá), mýtus ignorace (senior pro nás není partnerem ani konkurentem, nechodí do zaměstnání, nic nedělá, je odstaven na vedlejší kolej), mýtus o úbytku sexu (senioři nemají žádné sexuální potřeby) a mýtus o lékařích (všechny problémy stáří vyřeší medicína, spoléhání se na „zázračné“ léky).

Podíl na tom, jak současná generace vnímá seniory, mají i média, a to zejména televize.

Můj osobní dojem při sledování televize je ten, že pokud je ve zpravodajství rozhovor se seniorem, tak ten veskrze nařiká na nízký důchod a všeobecnou drahotu, přitom v ruce svírá igelitovou tašku s nápisem Lidl. Tím média leda podporují další mýtus, a sice o chudobě seniorů (samozřejmě jsou i chudí senioři, ale většina představuje střed a jsou samozřejmě i senioři, kteří zbohatli podnikáním, restitucemi nebo měli vysoké příjmy, když pracovali, a zajistili se včas na stáří. Z vlastního pozorování mohu uvést, že když letíme na dovolenou k moři v červnu, je letadlo plné seniorů). Dále pak bývá v médiích probírána nutnost důchodové reformy, ale bohužel dost často takovým způsobem, který mezigenerační solidaritu nevylepší. Seniorům se dává za vinu, že budou jednou mladé generaci „na obtíž“ nebo že oni se už můžou radovat, protože mají svůj důchod jistý, kdežto mladí budou muset jít do důchodu mnohem později, aby mohli na důchody současných seniorů vydělat. Dalším takovýmto tématem je zaměstnávání starších lidí – často je v médiích publikován názor, že staří zabírají pracovní místa nezaměstnaným mladším. Negativní image stáří posilují i informace, že lidé staří, dlouhodobé nemocní a umírající stojí naše zdravotnictví mnoho peněz. Bohužel však nebývají prezentovány argumenty, které by posílily povědomí o zásluhách dnešních seniorů, zejména to, že celý život pracovali a platili daně. Prezentace seniorů jako aktivních občanů je vzácná, spíše je běžný mediální obraz shrbeného, špatně oblečeného člověka chodícího o berlích, který se zpravidla ztratí, nechá okrást nebo je obětí tzv. „šmejdu“. Novináři o seniorech mluví jako o důchodcích, babičkách a dědečcích. Musím však uznat, že každodenní a normální život seniorů není zřejmě mediálně atraktivní, takže se o něm z médií tolik nedozvídáme.

Vztah společnosti jako celku k seniorům je ukazatelem, který svědčí o její morální vyspělosti. Naše společnost se orientuje na západní styl života a odkloňuje se od předchozích tradic a jiných vlivů, např. náboženských. Převažují v ní projevy hodnotící stáří negativisticky, posměšně, stáří je nedoceňováno nebo ignorováno, dochází k nerespektování starších osob a všeho, co k stáří patří. Senioři se setkávají s posměšky, přítomnost starších lidí např. na sportovních nebo kulturních akcích bývá nevhodně komentována. Z vlastní zkušenosti vím, že už nebývá zvykem, aby při cestování autobusem někdo mladší uvolnil místo k sezení staršímu člověku, a pokud to přesto nějaká zpravidla mladá dívka udělá, je vystavena posměchu svých kamarádů. Problematika stáří je stále závažnějším společenským problémem. Není se tedy čemu

divit, pokud staří lidé mají pocit, že jsou odsouváni na okraj společnosti (EU, 2012, s. 20).

Profesor Łukaszewski (2012, s. 35-37) poukazuje na některé ukazatele, které jsou charakteristické v polské společnosti, ale podle mého mínění tyto činitele můžeme použít i pro charakteristiku společnosti české nebo dnešní společnosti jako takové. Především se jedná o posun současné společnosti ke všeobecnému negativismu. V první řadě některé výzkumy poukazují na fakt, že velké množství Poláků si myslí, že člověk je ve své podstatě zlý, že dobro koná jen z nutnosti. Navíc jsou lidé přesvědčeni, že tuto lidskou národu nelze změnit. Jaký se kdo narodil, takový i zemře. Druhým negativním jevem je vzájemná nedůvěra a také přesvědčení, že v životě to funguje tak, že jestliže někdo něco získá, někdo jiný musí něco ztratit. S tím souvisí i další tři negativní pocity: pocit ukřivdění vůči těm, co mají víc, všeobecné naříkání a stejně tak všeobecný pocit, že mám nárok na všechno – na bydlení, na lékařskou péči, na levnou půjčku, na hmotný majetek. Dalším negativním jevem je pocit vykořenění a toho, že člověk se v dnešní době může spolehnout pouze sám na sebe. K tomu lze přiřadit i stále častější pocity deprese, naučenou bezmocnost a ztrátu motivace. Častým jevem je i rozdělení společnosti na různé skupiny, na jednoznačné rozdělení na vlastní a cizí, na „my“ a „oni“. S tímto rozdělením se pak pojí velmi výrazné favorizování vlastní skupiny a současně odsuzování skupin protilehlých. Nelze se proto divit, že u protilehlých skupin staří – mladí je mezigenerační dialog obtížně realizovatelný.

Nezdravým postojem ke stáří a seniorům se zabývá ageismus, což je výrazné odmítání starých lidí i všeho, co se stářím souvisí (Haškovcová, 2002, s. 28) pod dojmem, že starší lidé nebudou schopni kvalifikovaně rozhodovat a adekvátně jednat, protože už na spoustu věcí prostě nestačí.

2.4 Nemoci seniorů

Stáří sice není nemoc, ale seniory postihují nemoci ve zvýšené míře. Senioři jsou pacienti, u kterých se zpravidla nemoci řetězí a mají různá svá specifika. Nemocem seniorů se věnují specialisté – geriatři. Prožívání nemoci v u seniorů má své zvláštnosti

vyplývající z individuality každého člověka, zejména ve vztahu k oploštělé nebo na druhé straně vypjaté emotivitě jednotlivce (Haškovcová, 2012, s. 29). U seniorů má vliv rovněž „laické“ pojetí nemocí, které někdy může být tak osobité, že může velmi komplikovat léčbu. Profesionální péče o seniory musí být odborná, organizačně dobře zajištěná a bezpečná, důraz je třeba klást na vstřícnost a opravdovou empatii a vlídnost. Nepatří sem naučené a křečovité úsměvy, které jsou někde zaměstnavatelem vyžadovány. Problém s komunikací může být v tom, že nemocní senioři mívají omezené komunikační schopnosti. Z vlastní zkušenosti vím, že stačí, aby si například nedoslýchavý senior nasadil naslouchátko, a hned dojde k jeho proměně a komunikace přestane váznout. Je však třeba věnovat seniorovi pár minut pozornosti navíc, v nichž zjistíme, že senior špatně slyší, že ale používá naslouchátko, které má například v příruční tašce, a pomůžeme mu naslouchátko najít a nasadit. V oblasti vzájemné komunikace je myslím ochota nejrozličnějšího personálu malá, spíše panuje názor, že komunikace se starými lidmi je zbytečná.

Za nejzávažnější onemocnění ohrožující seniory je považována skupina chorob označených souhrnně jako demence. Demence je vzletně nazývána tichou epidemií tohoto století, každý třetí člověk starší 80 let života se s demencí potýká. U lidí s demencí se zhoršují kognitivní funkce. Člověk nejprve začne zapomínat, potom se přestane orientovat v čase, v prostoru, a nakonec se porucha paměti prohloubí natolik, že ani neví, kým je. Léčba demencí není známa, je však možné oddálit nástup nemoci a zpomalit degenerativní proces. Počet lidí s demencí neustále stoupá, v České republice jsou různá stádia této nemoci diagnostikována u 50 – 70 000 lidí, asi v polovině případů se jedná o tzv. Alzheimerovou demenci. Uvádí se, že každý dvacátý člověk starší 65 let bude trpět některým druhem demence, přičemž největším rizikovým faktorem pro vznik nemoci je věk – dříve se lidé nástupu demence nedožili. Lidé postižení demencí při rozvinuté formě nejsou schopni vykonávat ani běžné denní činnosti a jejich nesoběstačnost vede k naprosté závislosti na pomoci druhých lidí. Na druhé straně pomoc nepotřebují jen nemocní, ale i pečující, kteří se o takto postiženého člověka starají, zejména pokud se jedná o rodinné příslušníky. V České republice vznikla na podporu nemocných i pečujících v roce 1996 Česká Alzheimerovská společnost. Tato společnost uděluje každým rokem prestižní cenu Zlatou vážku, kterou odměňuje ty, kteří významným způsobem přispěli k péči o staré a nemocné občany (Haškovcová, 2002, s. 48 – 49).

Zdraví je více než jen nepřítomnost nemoci, proto by v péči o seniory bylo velice žádoucí překonat dominantní zaměření na choroby, což se v České republice zatím příliš nedaří. Významné jsou rovněž nízkonákladové intervence, jako např. častá rehabilitace, zajištění výživy a hydratace, zajištění pohybu, včasné nasazení účinné farmakoterapie. Důležité je rovněž posilovat v seniorech nejen povědomí o jejich právech, ale i o jejich zodpovědnosti za sebe sama. Jako klíčové pojmy zdravotnických a sociálních služeb lze označit pojmy: důstojnost, autonomie, smysluplnost a bezpečnost a je nutno odmítnout paternalismus, který odnímá starým lidem kompetence (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 70).

2.5 Kvalita života seniorů

Na lidský život se můžeme dívat z různých hledisek např. biologického, duchovního, společenského. Dále ho můžeme vnímat individuálně jako šťastný nebo nešťastný, bohatý nebo chudý. Vždy se však uskutečňuje v určitém kulturně historickém prostoru ve společenských podmínkách. Hodnota života je mezinárodně chráněna základním lidským právem – právem na život. Hodnota života je daná životem samotným a kvalita života znamená naplnění této hodnoty na úrovni minimálně humánního optima. Zároveň je závislá na společenských podmínkách tohoto naplnění. Snaha měřit kvalitu života se objevila poprvé v USA v padesátých letech, uplatňovaly se především statistiky (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 20 – 21).

Kvalita života znamenala nejistý pojem, protože jako „veličina“ nemá žádné měřitelné jednotky. Nejprve v roce 1961 přijala OSN doporučení 12 hledisek na „podmínky života“, pak Evropská komise v roce 1974 stanovila 8 skupin sociálních indikátorů. Nyní dle Světové zdravotnické organizace rozeznáváme tyto indikátory:

- fyzické zdraví – má vliv na energii člověka, na spánek, únavu, bolest
- psychické zdraví – vyjadřuje pozitivní a negativní city, sebehodnocení, způsob myšlení, učení a pozornost
- úroveň nezávislosti – pohyb, denní aktivity, pracovní kapacita, závislost na lécích
- sociální vztahy – osobní vztahy, sociální opora, sexuální aktivita

- prostředí – přístup k finančním zdrojům, svoboda, bezpečí, zdravé prostředí, sociální péče, domov, přístup k informacím, cestování
- spiritualita – osobní víra, hodnotová orientace

(Hrozenská, Dvořáčková, 2013 s. 26 in Kováč, 2003, s. 81).

Kvalita života v sobě zahrnuje prvky historické, kulturní a vývojové, zejména v seniorském věku ji podmiňuje zdraví. Velice záleží na tom, jak člověk subjektivně vnímá svou osobní a společenskou pohodu. Vzhledem k tomu, že jednotlivé faktory jsou vnímány subjektivně, není možné je přesně vymezit. Rovněž je zřejmé, že jinak bude kvalitu života posuzovat např. sociolog, jinak lékař, jinak sociální pracovník. Dle Markové (2012) sociální vědy nejsou neutrální a musíme brát v úvahu kontext, ve kterém jsou různé „pravdy“ podávány. Za výchozí bod můžeme považovat základní potřeby a jejich uspokojování.

2.6 Potřeby seniorů

Senioři stejně jako kdokoli jiný potřebují v průběhu života uspokojovat svoje potřeby. Jsou však již mnohem více odkázáni na pomoc svého okolí. Nejde ani tak o to, že by s věkem rostla potřeba zvýšené péče, ale spíše dochází k poklesu funkčních schopností a soběstačnosti. V souvislosti s vymezením potřeb u seniorů je třeba jako důležité zmínit koncept sociálního fungování. Matoušek (Matoušek, 2008, s. 196) v této souvislosti uvádí, že „kvalita společenských vazeb jednotlivce je obvykle posuzována podle několika kritérií – např. podle kvality vztahu k lidem, využití vlastního potenciálu, plnění požadavků společenského prostředí. Pojem sociálního fungování reflektuje jednak schopnost klienta odpovídat na nároky prostředí, jednak samy nároky prostředí“. Pokud dojde k narušení rovnováhy mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto nároky zvládat, dochází k narušení sociálního fungování. V tuto chvíli se často člověk obrátí s žádostí o pomoc na sociální pracovníky.

Pojem potřeba je definován různě a z různých hledisek. Mlýnková (2010, s. 33) uvádí, že potřebu chápeme jako projev nedostatku nebo nadbytku směřující k obnovení rovnováhy. Kromě toho potřeba pobízí k vyhledávání nějaké podmínky nezbytné k

životu, nebo naopak vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je to něco, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Nakonečný (1995, s. 125) vysvětluje pojem potřeba jako základní formu motivu, a to ve smyslu nějakého deficitu v biologické či sociální dimenzi bytí, navíc se během života potřeby člověka mění jak z hlediska kvality, tak kvantity. Jestliže mluvíme o potřebách seniorů, je třeba mít na paměti, že senior touží po stabilitě, důvěře, jistotě, ale nemůžeme přílišným ochraňováním naopak rozvíjet závislost seniora na okolí, abychom naopak naší snahou o ochranu neomezovali vůli seniora rozhodovat o sobě. Dle výzkumu Kaufmanové (2004, s. 95 – 105) k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. Pokud jde o důležitost potřeb, pak pro seniory jsou nejdůležitější potřeby fyziologické, potřeba bezpečí a sociální potřeby. Vágnerová (2000, s. 458) se domnívá, že senioři se cítí mnohem více ohroženi, smiřují se s určitou mírou závislosti a v popředí je u nich potřeba podpory a bezpečí.

K neznámějším psychologickým teoriím zabývajícími se potřebami člověka je motivační teorie A. Maslowa, ze které vycházejí základní potřeby, které bývají často ilustrovány ve formě pyramidy. Jsou to:

- fyziologické potřeby – jídlo, teplo, sex apod.
- potřeba bezpečí, lásky, sounáležitosti a přijetí
- potřeba uznání – nezávislost, svoboda, sebejistota, respekt ze strany jiných lidí, uznání a pozornost
- potřeba seberealizace
- kognitivní potřeba vědět, rozumět, pochopit

Tyto potřeby bývají prezentovány ve formě pyramidy, podle které by měly být nejdříve naplněny základní, což jsou fyziologické potřeby. Faktem však je, že hierarchie dalších potřeb může být různá. Pro někoho může být potřeba sebeúcty významnější než láska, nelze tedy striktně trvat na zachování pořadí jednotlivých potřeb. Nešporová (Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008, s. 23) spíše doporučuje rozdělit je na skupinu potřeb nutných pro přežití a skupinu potřeb rozvojových. Ty se objevují až po naplnění těch základních, náš život rozvíjejí a obohacují a v podstatě nikdy nebudou

plně uspokojeny. V případě seniorů v naší společnosti by se dalo říct, že potřeby nutné pro přežití jsou v zásadě uspokojeny - senioři neumírají hladem, ale strádají v potřebách rozvojových, tedy v potřebě sociální důstojnosti, mezilidských vztahů a lásky od bližních. Jestliže senior z nejrůznějších důvodů nedokáže některé z těchto potřeb si sám zajistit, je zapotřebí pomoci rodiny nebo profesionální péče, aby mu byly tyto potřeby zajištěny. Zde je pak prostor pro sociální práci, protože často bývá zapotřebí služeb sociálního pracovníka.

2.7 Senioři a rodina

Definice rodiny mají mnoho podob. Lze se shodnout na tom, že se jedná o společenství osob spjatých manželstvím či pokrevním příbuzenstvím a zpravidla je tvořena rodiči a jejich dětmi. Plnila funkci reprodukční a socializační, dále pak ekonomickou, emocionální a výchovnou. Rozlišujeme tzv. malou rodinu, která je tvořena rodiči a dětmi, a velkou rodinu, kterou charakterizuje tři, čtyř nebo i pětigenerační společenství pokrevních příbuzných. Určující je pouto krve, k němuž se někdy může přidružit společné bydliště a společná práce v rámci rodiny (Haškovcová, 2010, s. 53). Pokud se podrobněji zaměříme na tradiční evropskou rodinu, ta plnila především přímé ekonomické funkce. Její členové společně žili a pracovali, aby se užívali. V takovéto rodině fungovala výměnná služba mezi generacemi. Děti i senioři v takovéto rodině pomáhali, jak mohli, ale jejich omezené síly byly respektovány, byli tolerováni jako ekonomicky závislí. Reprodukční funkce rodiny byla pokládána za samozřejmost. V tradiční zemědělské rodině přizpůsobovali stárnoucí a staří lidé účast na ekonomickém zajištění svým možnostem. Stárnoucí člověk postupně vyměňoval činnost za méně a méně namáhavou, od práce na poli se přesunul k práci na dvoře, a když nestačil ani tam, pomáhal alespoň např. pást husy. Neztrácel svou rodinnou roli, stále někam patřil, a pokud nebyl respektován, byl aspoň tolerován. Jednotlivé fáze života každý člen rodiny znal a přijímal jako něco daného, co nelze měnit. Podobně přirozeně se přistupovalo i k nemocným, protože dříve se hodně stonalo a byla to součást běžného života. V rodinných svazcích převládala spíše věcnost nad emocemi a v návaznosti na hodně rozšířenou víru v Boha lidé přijímali svůj osud klidně a pokorně. Ale samozřejmě nebylo všem starým lidem dobře. Někdy i oni byli odstrkovaní a umírali v osamocení.

Výměnkáři na tom byli lépe, protože si smluvně mohli zajistit k dispozici „výměnek“ - vedlejší domeček, místnost, komůrku nebo alespoň kout ve světnici a k tomu zpravidla otop a stravu. Jak ale známe z literatury nebo filmu, ani život výměnkáře nebyl vždy idylický. Navíc ne všichni staří lidé měli nějaký ten pozemek a hospodářství. Hodně chudých a nejchudších lidí nemělo ve svém stáří nikoho, kdo by se o ně mohl postarat a ulevit jim v utrpení. Žili v podmínkách, které budily soucit či dokonce pohoršení. Jejich postupně narůstající počet nakonec vyburcoval společnost k aktivitě, která vyústila v charitativní a později i v obecní pomoc. I když tento starý model mezigenerační výměny a tolerance je do značné míry idealizován, jeho nesporným kladem byl fakt, že děti přejímaly do svého kodexu chování i jednání rodičů vůči prarodičům a bezděčně se učily, jak pečovat o své staré členy v dobrém i zlém. Jelikož dnes už jednotlivé generace rodin pospolu nežijí, je obtížné tento model předat nějak přirozeně té nejmladší generaci. To je částečně i následek průmyslové revoluce, která začala na počátku 19. století, kdy se lidé začali stěhovat do měst a tím došlo k zpretrhání rodinných pout. Tradiční model evropské zemědělské rodiny začal tehdy pomalu umírat. Postupně se začala pozornost lidstva soustřeďovat na práci, na výrobní proces. Šanci na uznání měli zejména praceschopní muži a později i pracující ženy, které v ekonomické soběstačnosti viděly šanci na získání nezávislosti na mužích. Ten, kdo nestačil nárokům výroby, musel odejít, což byli zejména všichni, kdo zestárli. V továrně nebylo možno pracovat chvíli rychle a chvíli pomalu. Stárnoucí a staří lidé se octli mimo hlavní vývojový proud, o stárnoucí zaměstnance neprojevovali zájem ani zaměstnavatelé, ani pracující střední generace. V této době začal obtížně vznikat systém sociálního pojištění pro případ stáří a nemoci (Haškovcová, 2010, s. 53 – 59).

V současném modelu rodiny se promítají změny v oblasti společenské, kulturní i ekonomické. Ve vztazích mezi starší a mladší generací dochází k velkým změnám. Společné soužití více generací nebo soužití manželského páru s některým z rodičů se vyskytuje jen výjimečně. Převážně oddělené bydlení jednotlivých generací naznačuje, že pomoc dětí, příp. vnuků, snach, zetů bude spočívat spíše v občasném docházení za seniorem. Vidovičová a Rabušic (2003, s. 67) upozorňují na to, že v české společnosti je velice silná paternalistická tendence, očekává se, že péči o seniory bude garantovat stát. Senioři v jejich výzkumu však nepřenesají odpovědnost za kvalitní stáří ani na stát, ani na rodinu, ale zdůrazňují svoji osobní nezávislost, samostatnost a odpovědnost. Pomoc

druhých lidí připouštějí až tehdy, pokud nebude vyhnutí.

Za optimální způsob péče o seniory je na základě zkušeností a poznatků z minulosti považována možnost setrvání seniora co nejdéle v domácím prostředí v péči jeho rodiny. Rodinné zázemí představuje pro seniora jednu z nejdůležitějších jistot ve stáří. Dobře fungující rodina znamená pro nesoběstačného seniora záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Prostřednictvím rodiny může být život seniora provázán s okolním světem, senioři proto oceňují dobře fungující vztahy v rodině. Na druhou stranu soužití se seniory zprostředkovává mladším generacím nezažité zkušenosti a napomáhá vytvářet rovnováhu mezi generacemi (Vohralíková, Rabušic, 2004, s. 55). Rodina představuje jistotu a zázemí nejen pro seniora, ale pro každého člověka.

2.8 Ekonomická situace seniorů

Senioři patří ke skupinám, které odrážejí ekonomickou situaci ve společnosti a státní politiku. Dle Saka a Kolesárové (2012, s. 141-144) je současná generace seniorů v naší zemi generací, jejíž situace ve stáří je historicky nejlepší, má se lépe než předchozí generace a zřejmě i lépe, než se budou mít následující generace. Tato situace je specifická v tom, že se u této generace setkávají přednosti minulého i současného společenského systému – z minulého systému má vyřešenou bytovou situaci, důchodový i zdravotní systém ještě funguje. Rovněž vzhledem k předchozím zkušenostem jsou současní senioři ještě poměrně odolní vůči reklamě a marketingu, nepřijímají názor, který je nám všem vštěpován ze všech stran, že je moderní být zadlužen, naopak na dluhy nahlížejí zpravidla jako na něco špatného. U zdravotního systému však již pomalu dochází k rozkladu zdravotnictví na chudinské a komerční a senioři jsou na změny v oblasti zdravotnictví obzvlášť citliví, protože jsou více nemocní a užívají více léků než zbytek populace. Postupný propad se neprojeví v celé generaci seniorů, ale spíše když dojde u seniora k souběhu více rizikových faktorů, např. nízký důchod, úhrada nájmu ve velkém městě, potřeba léků, jeden příjem. Proto v marginálních skupinách může docházet v extrémních případech k extrémním řešením – ze seniorů se stávají bezdomovci nebo jako způsob řešení problémů si senior vybere sebevraždu. Situaci seniorů lze diferenciovat na základě těchto kritérií:

- zaměstnanost a příjem ze zaměstnání, případně souběh tohoto příjmu s důchodem
- zda senior žije v domácnosti sám či zda se na úhradu nákladů sčítá více příjmů
- zda senior bydlí ve vlastním bytě, vlastním domě, v nájemním bytě a v jakém městě
- jaký je zdravotní stav seniora a tím pádem i jeho náklady na léky a léčení.

Dle Českého statistického úřadu průměrná výše měsíčního důchodu v roce 2014 činila 10 741,- Kč, přičemž starobní důchod dosahoval výše 11 090,- Kč, vdovský kombinovaný 11 995,- Kč, vdovecký kombinovaný 13 596,- Kč, invalidní 3. stupně 5 911,- Kč, 2. stupně 6 662,- Kč a 1. stupně 10 262,- Kč (Průměrná výše důchodu, 2016).

2). Výše důchodu je každoročně valorizovaná, ale zda výše této valorizace je natolik dostatečná, aby se vyrovnaly zvyšující se náklady na běžný život, na to je těžké odpovědět. Obecně lze říct, že čím větší část života senior prožil v polistopadové společnosti, tím je jeho finanční situace horší.

2.9 Demografický vývoj dnešní společnosti

Stárnutí populace je fenoménem nejen současné české společnosti, ale potýká se s ním většina vyspělých zemí. Stárnutí populace je dlouhodobě spojeno především s poklesem měr plodností a úmrtností. Prognózy vývoje obyvatelstva české populace očekávají, že i nadále bude docházet k nárůstu podílu starších osob. V současnosti totiž do věkové skupiny 65 a více let vstupují početné generace narozené po druhé světové válce.

Počet obyvatel celkem i v jednotlivých věkových skupinách měl v poválečné historii vývoj značně nepravidelný, přičemž pro kategorie produktivního (15 až 64 let) a poproduktivního věku (nad 65 let) platily trendy spíše růstové (s rozdílnou intenzitou). Dětská složka 0 až 14 let častěji vykazovala pokles; přírůstky byly pouze v poválečném období a v sedmdesátých letech (důsledek přijatých pronatalitních opatření). Za celé období 1950 až 2011 se dětská složka populace zmenšila o 649 tisíc osob na méně než 1,5 mil. osob. Na druhé straně velikost nejstarší věkové skupiny osob 65 a víceletých se ve zmiňovaném období více než zdvojnásobila na 1,6 mil. osob (ČSÚ, 2014).

Tabulka č. 1: Vývoj počtu obyvatel podle věku z výsledků sčítání lidu, domů a bytů

Ukazatel	Rok sčítání						
	1950	1961	1970	1980	1991	2001	2011
Počet obyvatel ¹	8 896 133	9 571 531	9 807 697	10 291 927	10 302 215	10 230 060	10 436 560
z toho ve věku							
0 - 14	2 138 376	2 428 569	2 081 666	2 412 015	2 164 436	1 654 862	1 488 928
15 - 64	6 016 202	6 223 844	6 530 667	6 492 249	6 834 465	7 161 144	7 267 169
65 a více	735 055	911 877	1 190 060	1 373 029	1 301 957	1 410 571	1 644 836
Index stáří ²	34	38	57	57	60	85	110

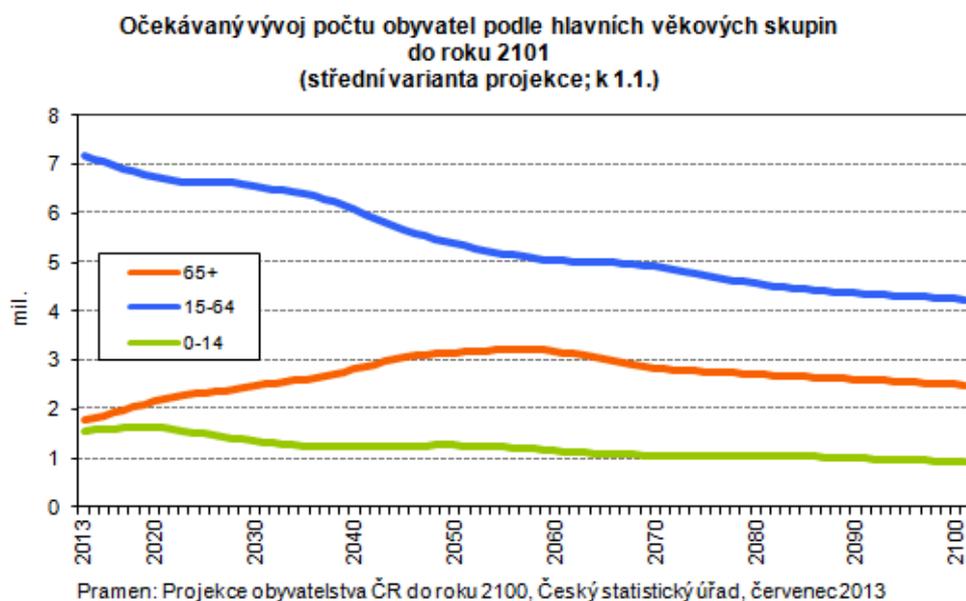
¹ 1950 přítomné obyvatelstvo; 1961-2001 trvale bydlící obyvatelstvo; 2011 obvykle bydlící obyvatelstvo

² Index stáří vyjadřuje, kolik je v populaci obyvatel ve věku 65 let a více na 100 dětí ve věku 0-14 let.

Zdroj: ČSÚ. Věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu

Věková struktura české společnosti není pouze náhodnou či biologickou záležitostí, ale také silně závisí na sociálních procesech. Věková struktura České republiky, stejně tak jako věková struktura části evropských zemí, je strukturou regresivního typu s převahou žen ve vyšším věku způsobenou vysokou mírou mužské nadúmrtností a poválečné emigrace. Lze konstatovat, že současná strukturu populace je vysoce ovlivněna dvěma světovými válkami, hospodářskou krizí, ale i změnou společenského uspořádání po roce 1989 (Sak, Kolesárová, 2012, s. 76). Změna společenského uspořádání v roce 1989 přinesla i změny v demografických procesech. Od roku 1990 až do roku 2002 docházelo k neustálému poklesu porodnosti. Ta nejhluběji klesla v roce 1994. Tento rok se tak stal rokem, ve kterém byl poprvé od konce války zaznamenán nižší počet živě narozených než počet zemřelých. Přirozený přírůstek populace se změnil na přirozený úbytek. Tento jev byl o to závažnější, že v plodném období byly silné ročníky ze sedmdesátých let. Počátkem devadesátých let se jako příčinu tohoto jevu uváděly nové možnosti realizace mladých lidí, a to především cestovat a podnikat. Tyto faktory jistě sehrály určitou roli, dnes je však evidentní, že velkou váhu na poklesu porodnosti měly i faktory ekonomické. Velkým problémem pro mladé lidi je obstarání bytu, kdy pro většinu to není možné bez hypotéky. Současná mladá a střední generace je nebývale zadlužená, k čemuž se pak přidává existenční nejistota a strach ze ztráty zaměstnání. Vleklým problémem pro mladé lidi po ukončení školy, bez praxe, se stává získání zaměstnání. Pořít si rodinu je pak pro mladé páry obzvláště závažným rozhodnutím. Dítě je nevratná investice na minimálně dvacet let a spousta mladých lidí si není jista, zda si tuto investici může vůbec dovolit (Sak, Kolesárová, s. 89). Z demografického hlediska je také neopomenutelný fakt, že přibývá starých a velmi starých seniorů.

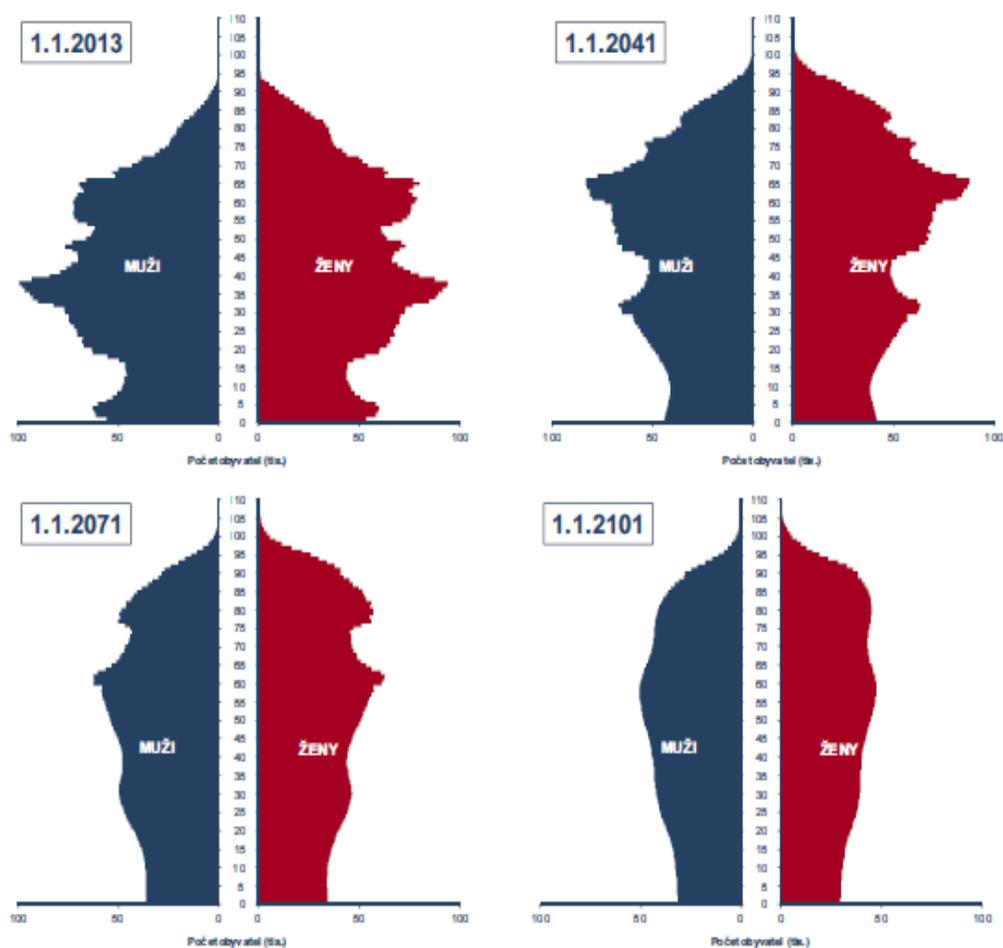
Graf 1: Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2101



Zdroj: Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2101

V současné době tvoří 3 % evropské populace senioři ve věku nad 80 let a v roce 2050 to bude nejméně 10 % populace. V důsledku snížené porodnosti a vzrůstající doby dožití můžeme očekávat, že v následujících padesáti letech dojde k významným změnám v demografické struktuře populace na území České republiky, což můžeme pozorovat ve výše uvedeném grafu č. 1. Podle střední varianty projekce demografického vývoje zpracované Českým statistickým úřadem by měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob. Věková pyramida neboli strom života uvedený v grafu č. 2, stále rozšiřuje svoji korunu, ale zároveň se zužuje kmen. Ubývá tedy mladé generace a roste zastoupení starších osob (Dvořáčková, 2012, s. 19).

Graf 2: Proměny stromu života – výsledky projekce (střední varianta)



Zdroj: M. Němečková a kol., 2013

Důsledky demografického stárnutí se dotýkají všech sfér sociálního a ekonomického vývoje a nejčastější obavy vyvolávané změnou věkové struktury se pojí s udržitelností financování důchodového systému, s růstem nákladů na sociální zabezpečení a zdravotní péči a v neposlední řadě i s nedostatkem pracovních sil na trhu práce. Proces populačního stárnutí se navíc promítá i do postavení seniorů ve společnosti, do mezigeneračních vztahů a vztahů uvnitř rodiny (O. Nešporová, K. Svobodová, L. Vidovičová, 2008, s. 9). Problémem stárnutí populace se začalo zabývat i Ministerstvo práce a sociálních věcí, které vytvořilo Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 až 2007. Na něho navazoval program na období let 2008 až 2012, který se zabýval kvalitou života ve stáří, a v současné době je zpracován Národní akční plán

podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, který jako jeden z cílů má zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění. Zdůrazňuje v něm možnosti využití jejich celoživotní moudrosti a zkušenosti, jejich know-how a vysoké odbornosti, což může vést ke zvýšení ekonomického potenciálu naší společnosti stát se konkurenceschopnější a uspět v globalizovaném světě (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017, 2012). Národní akční plán respektuje mezinárodní priority a je v souladu s Regionální implementační strategií Madridského mezinárodního akčního plánu pro problematiku stárnutí (OSN, 2002). Jeho záměrem je komplexní přístup k řešení problematiky stárnutí populace, koordinace a propojování jednotlivých strategií rezortů v oblasti přístupů ke stárnutí a vytvoření společných priorit všech přijatých opatření. Základním rámcem Národního akčního plánu je zajištění dodržování a ochrany lidských práv seniorů. Dále pak se zabývá následujícími oblastmi:

- zajištění a ochrana lidských práv starších osob
- celoživotní učení
- zaměstnávání starších pracovníků a seniorů
- dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce
- kvalitní prostředí pro život seniorů
- zdravé stárnutí
- péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností

V březnu 2006 zřídila vláda ČR Radu vlády pro seniory a stárnutí populace, která vykonává funkci poradního a iniciativního orgánu. Ta si mimo jiné klade za úkol poukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti (Malíková, 2011, s. 28).

2.10 Problémy stárnoucí společnosti

Z předchozích kapitol vyplývá, že česká společnost stárne nyní rychleji než doposud a že se může při zachování postulovaných trendů porodnosti a úmrtnosti přiblížit úrovni demografického stárnutí vyspělých industriálních a postindustriálních společností. Při tomto vývoji pak vznikne mohutná skupina ekonomicky závislé populace se specifickým životním stylem a specifickými potřebami v oblasti spotřeby, zdravotní

péče a bydlení. Tento fakt lze považovat za jeden z nejzávažnějších problémů stárnoucí společnosti, o kterém se vedou diskuse v celém vyspělém světě (Rabušic, 1995, s. 91). Z ekonomického hlediska existují dva hlavní okruhy problémů souvisejících se stárnutím společnosti. Jednak jsou to obavy ze zpomaleného ekonomického vývoje, který může zapříčinit nedostatečný příliv mladých na trh práce, v důsledku čeho dojde ke stárnutí pracovní síly. U ní lze pak očekávat nižší potenci ekonomických inovací, jak rovněž nižší profesní a zaměstnaneckou mobilitu. Obecně řečeno převažující starší pracovní síla by mohla být celkově méně produktivní. Dalším problémem je zvyšující se objem starobních důchodů a výdajů na zdravotní zabezpečení a tudíž i obava, zda tuto ekonomickou zátěž bude vůbec možné zvládnout.

Očekávaný vývoj počtu obyvatel bude mít mimo jiné i dopad na všechny sociální systémy. Z porovnání vývoje úmrtnosti v jednotlivých věkových skupinách vyplývá, že výraznější zlepšení úrovně úmrtnosti je očekáváno u mužů ve věku nad 60 let a u žen starších 80 let, což bude mít bezprostřední dopad na potřebu sociálních a zdravotních služeb (Dvořáčková, 2012, s. 23). Při pohledu na vývoj poskytování sociálních služeb lze konstatovat, že se situace v této oblasti v posledních letech výrazně změnila k lepšímu. Předchozí model poskytování sociální služby a pomoci stál na zcela odlišných základech. Lidé s postižením v jakémkoliv věku, staří, nemocní či umírající byli izolováni v sociálních či zdravotnických ústavech. Společnost před nimi zavírala oči a snažila se udržet zdání, že mezi námi žijí jen zdraví, silní, výkonní a schopní jedinci. Tvářila se, že izolace starých a nemocných je zcela v pořádku, jelikož je o ně dobře postaráno. V ústavech převládal direktivní přístup, skupinový systém péče bez zohledňování individuality jednotlivých osob, které mají své potřeby a pocity a cítí a vnímají to, jak je o ně postaráno. Bylo obvyklé, že poslední léta života trávili senioři většinou ve vícelůžkových pokojích bez nároku na vlastní intimitu. Odlišnění péče v sociálních ústavech stejně jako ve zdravotnictví bylo zcela běžné, ačkoli nemůžeme paušalizovat a stavět vše do jedné roviny. Přesto když čtu knihu nebo se dívám na český film z doby staré 30-50 let s tematikou seniorů, mám pocit, že co se týká ústavní péče (domova důchodců, nemocnice), je v nich senior zobrazen jako člověk, jehož osobnost, potřeby, pocity už nejsou důležité, zpravidla je s ním manipulováno, jako by neměl vlastní rozum. Jeho vztah vůči lékařům, zaměstnancům a vlastně komukoli z „vnějšího“ světa je jakoby podřízený, senior je vystavován běžně drobnému šikanování. Působí to

na mě velmi tísnivě a jsem ráda, že z vlastní zkušenosti vím, že se situace změnila k lepšímu. Částečně ke změně v České republice došlo po roce 1989, ale výraznější proměna nastala poté, co vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nový zákon o sociálních službách se dotkl všech uživatelů sociálních služeb a osob v nepříznivé životní situaci, a především nastolil směr k deinstitucionalizaci sociálních zařízení a k integraci osob se zdravotním postižením do běžné společnosti. Celkově můžeme hovořit o transformaci sociálních služeb, na kterou se Ministerstvo práce a sociálních věcí začalo připravovat už před schválením sociálního zákona vydáním různých dokumentů a vytvářením dlouhodobých plánů, např. „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ či dokument „Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období 2008-2012, nebo konzultační dokument „Bílá kniha v sociálních službách“ (Malíková, 2011, s. 29-30).

Jaký je tedy názor občanů na to, zda je česká společnost připravena na stárnutí své populace? Bez ohledu na generační příslušnost je to názor velmi kritický. Sak a Kolesárová (2012, s. 149 – 150) uvádějí, že až 72 % seniorů se domnívá, že společnost připravena není, z mladší generace tento názor zastává 66 %. A v čem není připravena? Není zabezpečena výplata důchodu v budoucnosti, současné důchody jsou nedostatečné, chybí zařízení a bydlení pro seniory a mimořádnou pozornost si zaslouží fakt vnímání negativních postojů a názorů ve společnosti k seniorům. To je v souladu s jejich tezí, že vztah a postoje mladé generace k seniorům nikdy v historii nebyly tak špatné jako v současnosti.

Hrozící nedostatečná péče o starší populaci a funkční systém sociální ochrany se stává středem zájmu všech členských států Evropské unie. Analýza demografického vývoje v Evropě upozorňuje na potenciální pokles podpory rodin starších osob a potenciální nárůst požadavků na tuto péči ze strany seniorů. V oblasti zdravotní péče je hlavní výzvou pro země EU umožnit všem obyvatelům členských států přístup k vysoce kvalitní péči, která odráží nejnovější technologický pokrok a především udržitelnost této péče. Snaží se zlepšit primární péči, zaměřenou na jednotlivce, přístup k péči, koordinaci této péče a udržitelnost zdravotních a sociálních služeb i s omezenými zdroji

financování (Průša a kol., 2010, s. 17). Zda se to v praxi daří realizovat je otázkou, faktem však je, že zdravotní výdaje na osobu se v posledních letech soustavně zvyšují ve všech členských státech EU.

Vyšší průměrná délka života a výskyt invalidity a závislosti je hlavním důvodem poptávky po službách dlouhodobé péče. Ta se v dnešní době jeví jako nové sociální riziko, které je třeba řešit. Postoj státu k dlouhodobé péči směřuje od institucionální péče spíše k domácí a pečovatelské službě (Průša a kol., 2010, s. 19). V praxi však ne vždy se toto osvědčuje. Spíše se zdá, že rodinní příslušníci, kteří by měli třeba i s pomocí a podporou nějaké terénní pečovatelské služby dlouhodobě pečovat o svého příbuzného, mají z toho strach a obavy a raději vyhledávají vhodné pobytové zařízení, kde by svého příbuzného s omezenou soběstačností umístili. V tomto ohledu bude ještě třeba urazit dlouhou cestu, která bude domácí péči nejen propagovat, ale zaměřit se i na vzdělávání a přímou podporu rodin dlouhodobě pečujících o své nejbližší.

Demografické stárnutí přináší novou výzvy společnosti 21. století, stává se faktorem ekonomického růstu, ale i hledáním nových forem soužití. Jako nezbytná se ukazuje transformace systému zdravotních a sociálních služeb. Česká republika musí zaměřit své strategie na obě strany věkového spektra. Je nutné zabezpečit důstojné podmínky jak rodinám s dětmi, tak seniorům. U mladých je třeba se zaměřit na harmonizaci profesního a rodinného života, u starších na podporu aktivního a zdravého stárnutí (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 91).

3 Sociální situace a soběstačnost

3.1 Sociální situace

V sociologii za situaci považujeme celek prostorových a časových podmínek, ve kterých probíhá sociální jednání. Dle Haškovcové (2012, s. 150) v širším slova smyslu je slovo sociální přídavné jméno, které dáváme tam, kde je nutné zdůraznit, že je pamatováno i na druhého člověka nebo lidi v tom smyslu, aby jejich postavení bylo důstojné. Sociální situaci utváří různé faktory, především je to zdraví, bydlení, finanční

zajištění, vzdělání, sociální opora, ale samozřejmě i např. věk a pohlaví. Záleží ovšem i na tom, jak si svou situaci jedinec subjektivně posoudí.

3.1.1 Zdraví

Zdraví je základní společenskou i ekonomickou hodnotou a dobrý zdravotní stav lidí je přínosem pro jak pro všechny resorty, tak i celou společnost (Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, 2014). Zatímco nemoc má omezující charakter, zdraví je dle Křivohlavého (2001, s. 40) celkový stav jak tělesný, tak i psychický, sociální a duchovní, který člověku umožňuje dosahovat optimální kvality života. Se zdravím souvisí zdravý životní styl, který by měl být součástí života a na jehož naplňování by se měl podílet jak každý jednotlivec, tak i společnost. Je v něm zahrnuta zdravá životospráva, tělesná a duševní aktivita, cestování, kulturní a společenský život. Společnost by měla podporovat vše, co zlepší zdravotní stav obyvatelstva.

3.1.2 Bydlení

Bydlení je považováno za jednu ze základních lidských potřeb. Každý z nás si jistě přeje bydlet tak, jak mu to nejlépe vyhovuje. Kvalita a úroveň bydlení je ovlivňována ekonomickou situací, politickou situací, celkovou kulturou ve společnosti a podílí se i na sociální situaci každého jednotlivce. Dle Českého statistického úřadu lze bydlení rozložit do kategorií: bydlení v bytech, bydlení v zařízeních, bydlení v zařízeních pro seniory, bydlení v ubytovnách, bydlení v ubytovacích zařízeních v obytných domech, nouzové bydlení, bydlení v rekreační chatě nebo chalupě, bydlení v domech, bydlení v nouzových mobilních objektech, bezdomovectví (Obyvatelstvo podle způsobu bydlení – 2011, 2014). Prostředí, v němž lidé žijí, je součástí života a ovlivňuje lidské chování a celkově i přístup k životu a spokojenost každého jednotlivce.

3.1.3 Finanční zajištění

V životě člověka hrají finance velkou roli. To, v jaké je člověk finanční situaci, hodně ovlivňuje řadu oblastí v jeho životě. Na finančních příjmech závisí, jak člověk bydlí, jak se stravuje, jak tráví svůj volný čas, jak se může připravit na náročné situace nebo období (nemoc, stáří). Neplatí to však obecně, protože všichni lidé nemají stejné priority a také všichni nechtějí nebo nejsou schopni využít své zdroje. Nemusí tedy znamenat, že lidé v lepší finanční situaci žijí kvalitněji. Navíc v tomto případě záleží i na tom, jaký žebříček hodnot má každý jednatel a na kterém místě v něm stojí finanční zajištění. V případě, že člověk není schopen z vážných zdravotních nebo sociálních důvodů se po finanční stránce zajistit, je na radě pomoc státu, aby v této nepříznivé sociální situaci občanovi pomohl prostřednictvím systému pomoci v hmotné nouzi.

3.1.4 Vzdělání

Vzdělání je nutnou podmínkou pro pochopení života ve stále se měnícím světě. Poskytuje možnost volby, jak uspořádat svůj vlastní život a být vyrovnanější a spokojenější. Má vysokou hodnotu individuální i společenskou a nelze je redukovat jen na profesní přípravu. Vzdělání přináší klady člověku každého věku, v dnešní době je realitou systém celoživotního vzdělávání. Jedná se o kontinuální proces získávání vědomostí nad rámec počátečního vzdělávání (Haškovcová, 2010, s. 129). Patří sem povinná i nepovinná školní docházka, rekvalifikace, kurzy, vzdělávání seniorů a podobně. Vzdělání umožňuje uplatnění na trhu práce a posiluje tak nezávislost jednotlivce. Dále přispívá k sociální integraci (Kvalita života ve stáří, 2008).

3.1.5 Sociální opora

O sociální opoře dle Křivohlavého (2001, s. 95 – 99) hovoříme tehdy, jestliže máme na mysli pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v tísní nejbližší. Ten, kdo sociální oporu dostává, je označován jako příjemce, a ten, kdo ji poskytuje, je

označován jako pomáhající. Na makroúrovni se jedná o celospolečenskou formu pomoci potřebným např. sociální a ekonomická pomoc nebo pomoc přes hranice státu např. lidem v oblastech postižených zemětřesením, záplavami a podobně (např. činnost organizace Člověk v tísni, Adra). O meziúroveň sociální opory se jedná tehdy, pokud se sociální skupina snaží pomoci jednomu ze svých členů, případně i lidem mimo tuto skupinu, kteří se nacházejí mimo tuto skupinu, například pomoc kolegovi v zaměstnání nebo pomoc náboženského sdružení starým a nemocným lidem. Na mikroúrovni poskytuje sociální oporu člověku osoba, která je mu nejbližší, např. matka dítěti, jeden z manželů druhému.

Rozlišujeme tyto formy sociální opory:

- instrumentální opora – jedná se o konkrétní formu pomoci např. poskytnutí finanční výpomoci
- informační opora – jedinci je poskytnuta informace, která mu může pomoci řešit situaci, do které se dostal
- emocionální opora – člověku je empaticky sdělována emocionální blízkost, laskavým jednáním je mu naznačována náklonnost
- hodnotící opora – postiženému člověku je způsobem, jakým je s ním jednáno (s úctou, s respektem), sdělováno, že s ním těžkosti jsou sdíleny a je posilováno jeho sebevědomí a sebehodnocení.

3.1.6 Nepříznivá sociální situace

Nepříznivá sociální situace může vzniknout z řady příčin, například ztráty zaměstnání, závislosti na návykových látkách, ztráty „střechy nad hlavou“, dlouhodobého onemocnění, zdravotního postižení. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení nebo ztrátu schopností z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně nevyhovující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů, řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo

sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. Důvody nepříznivé sociální situace mohou být u různých lidí rozdílné, neexistuje tedy univerzální šablona, podle které by se dalo posoudit, zda se člověk nachází v nepříznivé sociální situaci či nikoli. Pomoc člověku, který se ocitl v nepříznivé sociální situaci, je nejčastěji řešena na úrovni sociálních odborů jednotlivých městských nebo obecních úřadů. Legislativně je nepříznivá sociální situace řešena prostřednictvím těchto předpisů:

- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů
- zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů
- vyhláška MPSV č. 389/2011, o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi
- vyhláška MPSV č. 505/2006, o provedení některých ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

3.1.7 Sociální exkluze

Termín sociální exkluze je často užíván jak mezi odbornou, tak laickou veřejností. Jedná se o vyloučení občana nebo skupiny občanů z většinové společnosti (Haškovcová, 2012, s. 150 – 151). Propadnutí se na sociální dno většinou přichází poté, co se člověku nahromadí okolnosti vedoucí k životní krizi (ztráta zaměstnání, zadlužení, problémy s bydlením). Sociálně vyloučení lidé zpravidla stojí před komplexem problémů a při postupném propadu přestává být zřejmé, co je důvodem a co je následek. Lidé žijící na okraji společnosti si osvojují specifické vzorce jednání, které jsou často v rozporu s tím, jak jedná většinová společnost. To ztěžuje vzájemné soužití a vede k sociálnímu vyloučení. Sociální vyloučení je hrozbou pro občany všech věkových kategorií a vlády jednotlivých zemí včetně naší tento problém řeší prostřednictvím nejrůznějších programů. Zabránit sociální exkluzi lze důslednou činností sociálních pracovníků v komunitních systémech sociálních služeb. Řešením je sociální inkluze – integrace znevýhodněných osob do společnosti.

3.2 Soběstačnost

Soběstačnost je soubor schopností, které za normálních okolností považujeme za naprosto běžné a nevěnujeme jim pozornost. Dle Haškovcové (2012, s. 149) se jedná o schopnost být fyzicky, psychicky, finančně i emocionálně nezávislý. Člověk je soběstačný v případě, když nemá podstatné omezení psychických nebo fyzických funkcí a jestliže samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá potřebné činnosti denního života v prostředí, ve kterém žije. Obecně soběstačnost klesá s přibývajícím věkem v jedné nebo více složkách. Soběstačnost nám umožňuje žít samostatně a vyrovnávat se s životem okolo nás a v našem obvyklém prostředí, závisí na zdravotním stavu člověka a je ovlivňována onemocněním. Lidé se sníženou soběstačností jsou ohroženi úrazy, dehydratací, podvýživou, pádem nebo jevy jako například okradení. Soběstačnost však dle Topinkové (2005) může být zhoršena nejen z důvodů medicínských, ale např. i z důvodu špatných bytových podmínek, nedostatku financí, neochoty rodiny postarat se nebo z důvodu nedostupnosti terénních sociálních služeb. Zdraví senioři by měli usilovat o co největší praktickou soběstačnost. Je pochopitelné, že většina lidí chce do konce života žít ve svém domácím prostředí, které hraje v životě člověka velkou roli. Někdy mohou udržení soběstačnosti podpořit i nenákladné prostředky. Závislost na pomoci druhých vnímají lidé často mnohem hůře než nemoc, která jejich závislost způsobila. Zdrojem pomoci jsou nejčastěji členové rodiny nebo příbuzní. Někdy se stává, že se člověk závislý na pomoci příbuzných cítí „na obtíž“, někdy naopak se nechají „opečovávat“. Je důležité neschopnost zvládat své základní životní potřeby u člověka odhalit, aby se situace mohla řešit a mohla být nabídnuta účinná péče a podpora.

V současné době existují různé škály pro hodnocení úrovně soběstačnosti. V oblasti sociálních služeb se uplatňuje posouzení na základě vyhlášky č. 505/2006 Sb., která určuje způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby. Schopnost zvládat základní životní potřeby se posuzuje v přirozeném sociálním prostředí, přihlíží se k věku posuzované osoby. Posuzují se tělesné struktury, a dále pak tělesné funkce duševní, mentální, smyslové, včetně hrubé a jemné motoriky, funkce hlasu a řeči.

Schopnost zvládat základní životní potřeby se hodnotí podle aktivit, které jsou pro jednotlivé základní potřeby vymezeny v příloze č. 1. Jedná se o následujících 10 potřeb:

- mobilitu
- orientaci
- komunikaci
- stravování
- oblékání a obouvání
- tělesnou hygienu
- výkon fyziologické potřeby
- péči o zdraví
- péči o domácnost
- osobní aktivity

Pro účely přiznání příspěvku na péči se osoba považuje za závislou na péči jiné fyzické osoby následovně:

- nevládnutí 3-4 životních potřeb – lehká závislost
- nevládnutí 5-6 životních potřeb – středně těžká závislost
- nevládnutí 7-8 životních potřeb – těžká závislost
- nevládnutí 9-10 životních potřeb – úplná závislost.

O příspěvku na péči rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci.

4 Současný systém sociální péče o seniory

Péče o seniory je v České republice, ale i obecně ve světě, ovlivňována mnoha faktory, jako jsou demografické změny, oslabené rodinné vazby a zejména stárnutí populace. V souvislosti se stárnutím populace dochází ke změnám ve struktuře potřeby péče a je možno očekávat, že v budoucnu poptávka po sociální i zdravotní péči o seniory poroste. V České republice byla oblast péče o seniory na okraji společenského i politického zájmu, ale v posledních dvaceti letech tato oblast prošla významnými změnami. Došlo k rozvoji nových typů služeb na základě změny právního rámce, kdy byly schváleny zákony týkající se sociálních služeb (Mátl, O., Jabůrková, M., 2007).

4.1 Zdravotní a sociální péče o seniory

Oddělovat zdravotní a sociální péči nemá v případě seniorů smysl, protože zdravotní problémy přinášejí zpravidla i problémy sociální. V naší společnosti se systém opírá o tradiční pojetí, což znamená, že v první řadě je za uspokojování potřeb u seniora odpovědná rodina a teprve tehdy, kdy rodina péči nezvládá zajistit nebo zcela chybí, přichází na řadu státní služby. Z tohoto důvodu je velice důležité vytvářet nabídku služeb, které by doplnily pomoc a podporu rodiny a umožnily seniorovi co nejdéle setrvat v přirozeném prostředí. Pokud jsou senioři natolik nesoběstační, že již nadále nemohou ve svém přirozeném prostředí setrvat, mají možnost odejít do pobytových sociálních služeb (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 60).

4.2 Tradiční formy péče o seniory

Říká se, že o úrovni společnosti vypovídá to, jak se umí postarat o své nejslabší členy, což jsou hendikepovaní, duševně nemocní a staří lidé. V dřívějších dobách se o tyto lidi starala rodina a nemá smysl namlouvat si, že tato péče byla vždy idylická. Mnozí nemocní a staří lidé žádnou rodinu neměli nebo ji měli dysfunkční. Těmto lidem nezbyvalo nic jiného, než se protloukat, jak se dalo, živořili a strádali a nakonec umírali v nedůstojných podmínkách. Na jedné straně budili opovržení, na druhé však i soucit. Postupně se začaly rozvíjet charitativní formy pomoci, a to zejména díky iniciativám bohatých lidí. V době raného křesťanství se církevní instituce, které se zabývaly pomocí starým lidem, nazývaly gerontotrofium a ty, které pomáhaly chudým, ptochotrofium. Charitativní pomoc byla vítána, byla však nesoustavná a nahodilá. Později začaly vznikat chudobince, starobince a chorobince, jejichž provoz zajišťovaly nejdříve kláštery a později městské a obecní rady. Do těchto útulků přicházeli nemajetní, chudáci, staří lidé, tedy všichni ti, kteří potřebovali jídlo a střechu nad hlavou. Teprve později došlo k transformaci především chorobinců na špitály a starobinců a chudobinců na jistou formu ošetrovatelských zařízení, ve kterých ovšem péče byla vesměs laická. U nás je od dob Josefa II. podle tzv. farní chudinské ústavy rozvíjena péče o staré lidi na bázi chudinského práva. Chudý byl ten, kdo neměl prostředky k obživě a nemohl se

živit vlastním přičiněním. Chudinství byl soubor nařízení a opatření v zájmu chudých. Významnou funkci v péči o všechny ubohé lidi mělo tzv. domovské právo, podle něhož se v nouzi mohl občan obrátit na obec, ve které se narodil. Tato obec byla povinna se postarat o hendikepované, o vdovy, sirotky a staré lidi. Chudinské a domovské právo znamenalo veliký pokrok v péči o potřebné, která tím pádem přestávala být nahodilá, ale stávala se koncepční. Koncepce byla výrazně sociální, protože snahou bylo odstranit žebrotu a almužnictví a nahradit je tzv. poukázkovou soustavou (poukázky na stravu, na šatstvo). Celý systém péče se postupně stával garantovaný (městem, státem) a tedy institucionovaný. Ve 2. polovině 20. století se péče o staré a nemocné lidi rozdělila na péči zdravotní a sociální. Nemocní senioři našli pomoc ve zdravotnických zařízeních a staří zdraví lidé odcházeli do domovů důchodců. Toto pojetí péče se však ukázalo jako nevyhovující, protože v systému chyběla oddělení, která by sloužila k ošetřování nesoběstačných nemocných starých lidí. Nakonec začaly vznikat léčebny dlouhodobě nemocných, doléčovací a rehabilitační oddělení, což situaci kvalitativně zlepšilo. V sociální péči rovněž docházelo ke změnám, protože lidé si více začali uvědomovat individuální lidská práva. Lidé odmítali odcházet do domovů důchodců v době své praktické soběstačnosti, byli ochotni akceptovat ústavní péči pouze v případě, že došlo k výraznému zhoršení zdravotního stavu. Rovněž došlo ke kritice sociálního resortu, který mohl nabídnout pouze péči na lůžku v domovech důchodců. Pobytová péče má jistě má mnoho kladů, ale nemůže být univerzálním řešením. Postupně tedy vznikaly nové formy péče – domy s pečovatelskou službou, domovinky, domácí péče. V současné době je hlavním směrem péče o seniory péče v rodinách a v ambulantních složkách zdravotnického nebo sociálního systému. Proto se buduje široké spektrum služeb tak, aby si každý potřebný člověk mohl najít tu formu služby, která mu vyhovuje a která pokryje jeho potřeby (Haškovcová, 2002, s. 32 – 35).

4.3 Zdravotní péče o seniory

Základem zdravotní péče je primární péče poskytovaná praktickým lékařem. Ten by měl v péči o seniory spolupracovat jak s rodinou, tak s dalšími složkami primární péče, jako jsou ošetřovatelská služba, pečovatelská služba, neziskové organizace. Domácí ošetřovatelská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a poskytována na

základě doporučení praktického lékaře. Tuto péči zajišťují v dnešní době různé agentury, a to státní, městské, neziskové, charitativní i soukromé. Je nezbytné, aby v případě domácí péče byl klinický stav klienta stabilizovaný a domácí prostředí klienta umožňovalo takovouto péči nastavit – předpokládá se zpravidla i zapojení někoho z rodiny nebo jiného laického pečovatele. Mezi nejčastější úkoly domácí péče patří ošetřování chronických ran, aplikace inzulínu, poradenství ohledně kompenzačních pomůcek, poskytování fyzioterapie. Pro rodiny je velkou pomocí to, že si mohou půjčovat nejrůznější ošetrovatelské, rehabilitační i kompenzační pomůcky. V případě potřeby mohou poskytnout zdravotní péči ambulantní specialisté (Zavázalová, H., Zikmundová, K., Zaremba, V., 2004, s. 467-471).

4.4 Sociální péče o seniory

Sociální služby v širším pojetí jsou poskytovány lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni, aby došlo k zlepšení kvality jejich života nebo došlo k maximálnímu možnému začlenění těchto lidí do společnosti. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu (Matoušek, 2007, s. 9-15). Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování svých práv a ochraně zájmů. Cílem služeb je podpora rozvoje nebo alespoň zachování dosavadní úrovně soběstačnosti uživatele, návrat uživatele do domácího prostředí, zachování stávajícího životního stylu a snížení sociálních a zdravotních rizik. Sociální služby v užším pojetí jsou v České republice definovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon sociální služby rozděluje na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Některé služby jsou zdarma, některé si uživatel může nakupovat (resp. objednat u organizace, která tyto služby poskytuje) prostřednictvím přiznaného příspěvku na péči. Sociální služby jsou poskytovány organizacemi nebo jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění. Maximální výši ceny za službu stanovuje prováděcí právní předpis k zákonu o sociálních službách (Dvořáčková, 2012, s. 82).

Rozsah a forma pomoci poskytované prostřednictvím sociální služby musí zachovávat

lidskou důstojnost. Pomoc musí vycházet z individuálních potřeb uživatele, musí být poskytována v jeho zájmu a v náležitě kvalitě, aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních osobních svobod (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 2).

Podle formy poskytování rozdělujeme sociální služby na služby ambulantní, terénní a pobytové. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Výběr konkrétní služby nebo formy péče záleží na míře soběstačnosti seniora a na jeho aktuálním zdravotním stavu. Jednou z nejrozšířenějších terénních služeb určených seniorům je pečovatelská služba. Hlavním cílem pečovatelských služeb je zajistit základní životní potřeby klientů a podporovat samostatný a nezávislý život v domácnostech. Dále se na seniory zaměřují centra denních služeb, která nabízejí různé druhy aktivizačních programů. Odlehčovací služba umožňuje fyzické osobě pečující o seniora v přirozeném sociálním prostředí nezbytný odpočinek. V systému sociálních služeb má velký význam sociální poradenství.

4.5 Pobytové sociální služby pro seniory

Kombinaci pobytové zařízení a pečovatelské služby nabízejí domovy s pečovatelskou službou. Zřizováním těchto domovů se racionalizuje provoz pečovatelské služby, protože její klienti jsou v tomto případě soustředěni na jednu místo, a zároveň se tím řeší i zpravidla nevyhovující bydlení seniorů. Výhodou tohoto bydlení je přítomnost pečovatelky po celou její pracovní dobu.

Typickou pobytovou sociální službou pro seniory jsou domovy pro seniory. V nich se poskytuje pobytová služba osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Další pobytovou službou pro seniory jsou domovy se zvláštním režimem, v nichž se poskytují pobytové služby

osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dále pak existují domovy pro osoby se zdravotním postižením, v nichž jsou poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Další službou zaměřenou na seniory jsou sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Tyto pobytové sociální služby se poskytují osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních či ambulantních sociálních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

4.6 Pojetí sociálních služeb v České republice

Sociální služby procházejí od roku 1989 transformačním procesem. Změny v jejich pojetí vycházejí z toho, jak je kladen důraz na práva a povinnosti každého občana. Došlo postupně ke změně v poskytovatelích sociálních služeb, protože namísto péče zajišťované státem je v současné době uživatelům k dispozici široké spektrum sociálních služeb, které jsou provozovány krajskými a obecními zařízeními, nestátními neziskovými organizacemi, církvemi, fyzickými i právníckými osobami. Pojetí sociálních služeb je ovlivněno politikou Evropské unie.

V současném pojetí je prioritou poskytování takových služeb, které dbají na dodržování lidských práv, respektují svobodnou vůli osob, zajišťují jejich důstojný život a směřují k sociálnímu začleňování uživatelů. Poskytovatelé vytvářejí takové podmínky, aby uživatelé mohli žít život podobným způsobem jako vrstevníci, kteří sociální služby nevyužívají. Obecným cílem je zajištění takového stupně podpory, která vede k samostatnému a důstojnému životu. Zásadní změnou je zaměření se na konkrétní situaci klienta. Poskytovatel společně s uživatelem uzavírají smlouvu o poskytování sociální

služby, ve které jsou stanovena práva a povinnosti obou účastnických stran. Konkrétní smlouva pak vychází z potřeb klienta.

Nositelem kvality sociální služby je personál zajišťující poskytování služby. Poskytování kvalitní a bezpečné služby je zajištěno tím, že je nastavena odborná způsobilost sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. S rozvojem kvality je kladen důraz i na transparentnost sociálních služeb (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008).

4.7 Právní předpisy k poskytování sociálních služeb v České republice

V současném pojetí sociálních služeb je kladen důraz na to, aby tyto služby dbaly na dodržování lidských práv a zajištění důstojného života svých klientů. Sociální služby mohou poskytovat obce a kraje, které vytváření podmínky pro rozvoj nebo samy zřizují organizace poskytující sociální služby. Dalšími významnými poskytovateli jsou nestátní neziskové organizace, fyzické osoby nebo soukromé subjekty. Poskytovatelů je mnoho, je tedy oprávněným požadavkem, aby sociální služby byly jasně vymezeny, byla stanovena pravidla pro jejich poskytování a jejich chod byl transparentní.

4.7.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

K 1. lednu 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon definuje druhy sociálních služeb a rozděluje je na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby poskytují organizace nebo jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění. Maximální ceny za služby jsou stanoveny prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. k zákonu o sociálních službách. Cílem zákona o sociálních službách je podpora procesu sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti. Jeho posláním je snaha umožnit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, aby zůstali rovnocennými členy společnosti. Zákon upravuje podmínky poskytování podpory a pomoci fyzickým osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci, a to prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Dále jsou v

něm uvedeny jednotlivé druhy sociálních služeb a rozsah činností, které musí být u každého druhu služby zajištěny. Jsou v něm stanoveny podmínky pro tzv. registraci sociálních služeb, na jejímž základě je poskytovatel oprávněn sociální službu poskytovat, a upravuje kontrolu poskytování sociální služby. Upravuje i předpoklady pro výkon činností v sociálních službách, kvalifikační předpoklady pro výkon pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách (Sokol, R., Trefilová, V., 2008, s. 56-57).

V zákonu o sociálních službách jsou definovány níže uvedené pojmy.

Sociální služba je podle zákona o sociálních službách činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Nepříznivou sociální situací se rozumí oslabení nebo ztráta schopností z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně nevyhovující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů, řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb.

Sociální začleňování je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.

Sociálním vyloučením rozumíme vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.

Zdravotní postižení je tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Plán rozvoje sociálních služeb je výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis způsobu zpracování plánu, popis a analýza existujících zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení,

strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinností zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb.

4.7.2 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

V této prováděcí vyhlášce je uvedeno, jakým způsobem se hodnotí schopnosti zvládat základní životní potřeby, rozsah úkonů v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociální služby a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb. Jsou zde uvedeny zdravotní stavy vylučující poskytování sociální služby. Rovněž zde je stanoveno hodnocení plnění standardů kvality. Vyhláška obsahuje přílohu č. 1, ve které je uvedeno vymezení schopností zvládat základní životní potřeby, v příloze č. 2 je uveden obsah standardů kvality sociálních služeb a v příloze č. 4 jsou uvedeny obory vzdělání, při jejichž absolvování se nevyžaduje kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách.

5 Metodologie a etické souvislosti výzkumu

V této kapitole uvádím, jaké metody jsem použila při výzkumném šetření a zároveň jakých výsledků jsem následnou analýzou dosáhla.

5.1 Cíle výzkumu a formulace výzkumné otázky

Ústředním cílem mojí práce je zjištění, jaká byla sociální situace a míra soběstačnosti seniorů v době, kdy se rozhodovali a nakonec i rozhodli k prožití zbytku života v pobytové sociální službě. Pobytovou sociální službou je zde konkrétně myšlena služba domov pro seniory a služba domov se zvláštním režimem, což jsou pobytová sociální zařízení fungující na základě zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ve své práci chci zjistit, zda odchod seniorů do pobytových zařízení závisí například na jejich

informovanosti o možnostech, které se jim v jejich situaci nabízely, zda v jejich rozhodování byl zásadnější deficit v oblasti psychické nebo fyzické či zda se pro pobytovou službu rozhodli spíše senioři, u nichž docházelo k omezení soběstačnosti postupně či spíše ti, u nichž se situace změnila náhle. Dále pak chci zjistit, zda se senior na stáří nějakým způsobem připravoval, zda měl funkční rodinu či jiné zázemí či jaká byla míra jeho závislosti na péči jiné osoby. Důvodů, proč se senioři rozhodnou k pobytu v domova pro seniory, může být mnoho. Je třeba vycházet z teoretických východisek první části této práce. V první řadě to může být zdravotní stav a s ním související snížená soběstačnost. Dalším důvodem může být nedostatek sociální opory u seniora, který nemá rodinu, jež by se o něho postarala, případně si rodina netroufne tuto péči poskytovat. Ale může to být i celkový nezájem seniora a jeho nepřipravenost na stáří.

Na základě získaných poznatků bych formulovala výzkumnou otázku následovně: Závisí rozhodnutí pro odchod do pobytové sociální služby na sociální situaci seniora?

5.2 Hypotézy a jejich operacionalizace

Pro splnění cílů byly stanoveny hypotézy. Jedná se vlastně o existenční hypotézy, jelikož nejsem schopna testovat druhou variantu proměnné „přechod do pobytové služby“, protože jsem neměla možnost získat adekvátně reprezentativní vzorek seniorů, kteří do pobytového zařízení neodcházejí. Sleduji tedy jen četnosti/podíly variant vždy pouze nezávislé proměnné, přičemž u proměnné závislé (= přechod do pobytové sociální služby) mám u všech pouze její variantu „přechod“.

Hypotézy byly stanoveny následně:

H1: Do zkoumané pobytové sociální služby přicházejí častěji senioři s vysoce omezenou soběstačností než senioři s lehce omezenou soběstačností.

H2: Častějším důvodem odchodu seniorů do zkoumané pobytové sociální služby je deficit v oblasti psychické (zapomínání, poruchy orientace, komunikace) než fyzické.

H3: Do zkoumané pobytové sociální služby přicházejí senioři ze zdravotnických

zařízení nebo jiné sociální služby častěji než z domácího prostředí.

H4: Senioři, u kterých dojde k náhlému snížení soběstačnosti, přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby častěji, než senioři, u kterých se soběstačnost snižovala postupně.

H5: Senioři žijící osaměle přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby s nižší mírou soběstačnosti než senioři, kteří mají rodinu.

H6: Senioři přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby, protože nevědí o možnosti terénních sociálních služeb.

U **hypotézy H1** pro určení míry soběstačnosti seniora se vycházelo z vyhlášky č. 505/2006 Sb., která určuje způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby, a to pro účely stanovení stupně závislosti dané osoby. Schopnost zvládat základní životní potřeby se posuzuje v přirozeném sociálním prostředí se zohledněním věku posuzované osoby. Posuzují se jednak tělesné struktury a jednak tělesné funkce duševní, mentální, smyslové, včetně hrubé a jemné motoriky, funkce hlasu a řeči. Dotazník se tedy zaměřil na zvládání následujících deseti životních potřeb, tak jak je definuje výše uvedená vyhláška:

- mobilitu – otázka č. 13
- orientaci – otázka č. 20 a 21
- komunikaci – otázka č. 22
- stravování – otázka č. 14 a 15
- oblékání a obouvání – otázka č. 16
- tělesnou hygienu – otázka č. 17
- výkon fyziologické potřeby – otázka č. 18
- péči o zdraví – otázka č. 19
- péči o domácnost – otázka č. 23
- osobní aktivity – otázka č. 22.

Za lehce omezenou soběstačnost je považována v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb. osoba, která nezvládá 3-4 životní potřeby. Osoba, která nezvládá 5-10 životních potřeb, je pro účely tohoto výzkumu považována za osobu s vysoce omezenou soběstačností. Dalším kritériem závislosti seniora na péči jiné fyzické osoby je přiznání příspěvku na péči, a sice následujícím způsobem:

- nezvládnutí 3-4 životních potřeb – lehká závislost (I. stupeň příspěvku na péči)
- nezvládnutí 5-6 životních potřeb – středně těžká závislost (II. stupeň příspěvku na péči)
- nezvládnutí 7-8 životních potřeb – těžká závislost (III. stupeň příspěvku na péči)
- nezvládnutí 9-10 životních potřeb – úplná závislost (IV. stupeň příspěvku na péči).

Stupeň závislosti respondenta na pomoci jiné osoby zjišťuje otázka č. 7 a 8.

V **hypotéze H2** se navazuje na hypotézu H1, a to především v otázkách týkajících se orientace klienta. Dle Hartla a Hartlové (2000, s. 377) je orientace schopnost jedince chápat prostředí ve vztahu k času, místu a osobě. Tato schopnost je podmíněna správnou funkcí poznávacích procesů. Předpokládá se, že zhoršená orientace především místem a časem je častější příčinou odchodu do pobytového zařízení, než některá další fyzická omezení.

Pro zjištění pravdivosti **hypotézy H3** je v dotazníku uvedena otázka č. 13, prostřednictvím které bude zjištěno, zda se senior do pobytové služby přistěhoval z domácího prostředí nebo ze zdravotnického zařízení či jiné sociální služby.

K zodpovězení **hypotézy H4** bude využita otázka č. 12, zjišťující, zda se soběstačnost seniora snižovala postupně, nebo zda došlo k náhlému snížení soběstačnosti.

Hypotéza H5 se zabývá osobní situací seniora a mírou jeho soběstačnosti a týkají se jí otázky č. 4, 5 a 6, které zjišťují rodinný stav seniora, počet dětí a dále, zda senior žil před příchodem do sociální služby sám nebo s blízkými osobami, které jsou v otázce č. 6 vyjmenovány. Dále se této hypotézy týká otázka č. 7 – jaký stupeň závislosti na pomoci jiné osoby byl klientovi přiznán.

Hypotéza H6 se zaměřuje na informovanost o sociálních službách, zejména terénních. Týkají se jí otázky č. 9, 10, 11.

5.3 Popis použitých metod

Při vlastním výzkumu jsem použila následující metody a techniky výzkumu, které byly kategorizovány dle Gavory (2010, s. 122 - 137):

- procedura statistická
- základní technika – dotazník pro klienty pobytového zařízení a dotazník pro zaměstnance pobytového zařízení
- analytickou jednotkou je klient pobytového zařízení Senior domy Pohoda Český Těšín a.s., Svojsíkova 2087, Český Těšín a Senior domy Pohoda a.s., Palackého 1331, Třinec.

Dotazník je nejfrektovanější technikou používanou k získávání údajů, a to především u kvantitativních výzkumů. Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Je považován za velmi ekonomickou techniku, protože díky němu můžeme získat velké množství dat při malé časové investici. Otázky v dotazníku by měly být dobře promyšlené a měly by souviset s tázanou realitou. Měly by být formulovány tak, aby byly pro respondenta srozumitelné a jednoznačné. Proto je při jejich formulaci nutné zohlednit i charakter dotazované skupiny. Respondenti tohoto výzkumu jsou senioři, kteří mají omezenou soběstačnost a také nedokážou příliš dlouho udržet svou koncentraci. Dotazník obsahuje 27 otázek, které jsou konstruované tak, aby odpověď byla jednoduchá. Dotazník v této práci je hlavní výzkumnou technikou. Druhý dotazník jsem sestavila pro zaměstnance zařízení, ve kterých probíhal výzkum. Zaměstnanci odpovídali na tři jednoduché otázky. Tyto otázky měly jen doplnit údaje zjištěné u seniorů o názory osob, které se seniory každodenně pracují a jsou s nimi v každodenním kontaktu.

5.4 Výzkumný soubor

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila dvě pobytové sociální služby: domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

Dotazníkové šetření probíhalo ve dvou zařízeních: Senior domy Pohoda Český Těšín a.s. a Senior domy Pohoda a.s.. Jsou to sesterské akciové společnosti, které poskytují registrované pobytové sociální služby domova pro seniory (Český Těšín i Třinec) a také domova se zvláštním režimem (Český Těšín). Jejich celková kapacita je 110 lůžek domova pro seniory a 68 lůžek domova se zvláštním režimem. V době šetření poskytovala obě zařízení službu celkem 167 klientům, z toho 5 klientů bylo v době provádění výzkumu hospitalizovaných. Dotazník pro klienty byl rozdán všem přítomným klientům, což bylo 162 osob. K vyplnění dotazníku pro zaměstnance jsem si zvolila ty zaměstnance, kteří pracují v přímé péči a mají tedy každodenní osobní kontakt s klientem, jedná se o pracovníky v přímé obslužné péči, všeobecné sestry a sociální pracovníce.

Prezentace obou zařízení je k nahlédnutí na webových stránkách www.seniordomypohoda.cz. Cílovou skupinou služby domov pro seniory jsou senioři od 60 let věku, jejichž zdravotní a sociální stav vyžaduje pomoc druhé osoby a jejichž situaci nelze řešit pomocí rodiny, blízkých osob nebo prostřednictvím terénních a ambulantních služeb. Služba domova pro seniory je určena seniorům z Moravskoslezského kraje.

Sociální služba domova se zvláštním režimem je určena pro osoby od 50 let věku s demencí, které mají z důvodu tohoto onemocnění sníženou soběstačnost a jejich zdravotní a sociální stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, kterou nelze zajistit za pomoci rodiny nebo jiným typem sociální služby (terénní, ambulantní, pobytová služba domova pro seniory a jiné). Za demenci je v této cílové skupině považována: demence stařecká, Alzheimerova a ostatní typy demencí. Rovněž služba domova se zvláštním režimem je určena osobám z Moravskoslezského kraje.

Posláním obou služeb Senior domů Pohoda Český Těšín a Třinec je poskytování celodenní podpory a péče klientům se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu prostřednictvím pobytové sociální služby. S klienty, kteří již nemohou vlastními silami ani s pomoci blízkých nebo jiných dostupných služeb zvládat svoji situaci, usilují o podporu dosavadního života s ohledem na schopnosti a dovednosti každého klienta. Zaměřují se převážně na osoby závislé na pomoci jiné

fyzické osoby ve III. (těžká závislost) a IV. (úplná závislost) stupni závislosti, které vyžadují každodenní pomoc, dohled či péči jiné fyzické osoby a nejsou schopny si samy ani s pomocí rodiny dále zajišťovat své základní životní potřeby.

Cílem tohoto pobytového zařízení je podpora dosavadního života klienta s ohledem na jeho schopnosti a dovednosti, vytváření podmínek pro jeho dřívější zvyky a rituály a zajištění jeho hodnotného života tak, aby odpovídal jeho potřebám a přáním. K hlavním zásadám při zajišťování péče zde patří důstojnost, respekt, individuální přístup a podpora soběstačnosti. Vzdávající odbornost personálu je zajištěna účastí na různých školeních a přednáškách, na které jsou zaměstnanci vysíláni, případně jsou různé školící akce organizovány přímo v zařízení. Důležitou pro poskytování kvalitní služby je i týmová spolupráce, kterou si všichni zaměstnanci musí uvědomovat.

Domov pro seniory i domov se zvláštním režimem v Českém Těšíně jsou součástí bytového domu Senior domy Pohoda Český Těšín a.s.. Budova je čtyřpodlažní, přičemž služba je provozována ve všech podlažích. Pokoje jsou bezbariérové, vybavené nábytkem, televizí a ledničkou. Vždy dva pokoje mají společnou koupelnu s toaletou, rovněž řešenou bezbariérově. Ve druhém, třetím a čtvrtém podlaží je klientům k dispozici denní místnost s kuchyňkou, kde jednak probíhají pravidelné aktivizační činnosti a jednak slouží k odpočinku a posezení s rodinou či přáteli. V prvním nadzemním podlaží je ordinace lékařů, kteří zde pravidelně každý týden docházejí (praktický lékař, neurolog, psychiatr). Velkou výhodou Senior domu Pohoda v Českém Těšíně je dobrá dopravní dostupnost. Zařízení se nachází téměř v centru města, nedaleko je autobusové i vlakové nádraží, na dohled je obchodní centrum a restaurace. Centrum města je snadno dostupné prostřednictvím nedalekého podchodu. Klienti mohou využívat okolí a venkovní prostory zařízení k procházkám a relaxaci (MPSV, [nedatováno]).

Budova Senior domy Pohoda a.s. v Třinci se nachází na okraji města. Zařízení je umístěno v čtyřpodlažním objektu, částečně podsklepeném, přičemž poskytování pobytové sociální služby je provozováno v prvním, druhém a třetím nadzemní podlaží. Rovněž tady jsou pokoje bezbariérové, vybavené nábytkem, televizí, ledničkou a koupelnou se záchodem. V budově má svou ordinaci praktický lékař a jsou zde

provozovány i kadeřnické služby. K dispozici je velká jídelna, která slouží jako společenská místnost pro klienty, a dále pak rehabilitační místnost, ve které poskytuje služby masér.

V obou zařízeních zajišťují služby sociální pracovníci, pracovníci přímé obslužné péče, zdravotničtí pracovníci a pracovníci zabývající se organizací volnočasových aktivit. Pravidelně zde dochází praktický lékař, psychiatr a neurolog. Navíc klienti obou zařízení mají možnost využívat služeb pedikérky, kadeřnice i maséra. Zařízení v Třinci je v provozu od roku 2012, zařízení v Českém Těšíně zahájilo svůj provoz v září 2014. Zhruba před rokem obě zařízení začaly spolupracovat s organizací Adra a pozvaly ke spolupráci dobrovolníky. Je to další ze způsobů, jak svým klientům zprostředkovat běžný život a rozšířit jejich možnosti kontaktu s venkovním světem a rovněž jak ukázat, že se jedná o otevřená zařízení. Pro zajištění duchovních potřeb klientů spolupracují obě zařízení jak s katolickou, tak s evangelickou církví. Všechny tyto kroky směřují k zajištění spokojeného života klientům, kteří svůj život svěřili do rukou zaměstnanců pobytové sociální služby (MPSV, [nedatováno]).

5.5 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v období 28.2.2016 až 21.3.2016. Před zahájením výzkumu jsem požádala ředitele obou zařízení o souhlas s provedením výzkumu ve službách, které oni řídí, tento souhlas jsem získala stejně jako souhlas s uvedením totožnosti zařízení. Dotazník byl administrován v papírové podobě, v jeho úvodu jsem představila svou osobu a uvedla, k čemu mi bude dotazník sloužit. O spolupráci jsem požádala sociální pracovnice ve zkoumaných zařízeních, a rovněž klíčové pracovníky dotazovaných seniorů. Klíčový pracovník je v sociální službě osoba, která je klientovi nejbližší, mezi ním a klientem by měl být vytvořen vztah důvěry, takže jsem předpokládala, že s pomocí a vysvětlením těchto pracovníků budou seniori ochotnější k vyplnění dotazníků. Na společné schůzce jsem rozdělila dotazníky klíčovými pracovníkům podle počtu jejich klíčových klientů, což je asi 3-4 respondenti na jednoho klíčového pracovníka. Požádala jsem je, aby při vyplňování dotazníků byli seniorům k

dispozici a aby dodržovali tyto zásady dle Hendla (2005):

- senior bude informován o průběhu výzkumu a bude se moci samostatně rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní
- bude zachována anonymita seniora
- dotazník bude vyplňován v atmosféře bezpečí a bude respektováno soukromí seniora
- senior bude poučen, že může kdykoli vyplňování dotazníku ukončit.

Vzhledem k tomu, že senioři jsou v oblasti komunikace specifickou skupinou (mohou být nedůvěřiví, mohou mít potíže se sluchem, mohou se častěji unavit, mohou být pomalejší, mohou mít odlišný způsob vyjadřování a jinou slovní zásobu), je třeba být trpělivý a nikterak na ně nenaléhat, naopak volit při hovoru nebo vysvětlování vhodné tempo a takové výrazy, kterým senior porozumí. Pokud některý ze seniorů bude chtít vyplňovat dotazník zcela sám, pak není možno mu do vyplňování zasahovat. Pro případ, že senior nebude schopen odpovědět na některou otázku, ale bude souhlasit s tím, že se informace může získat z jeho spisové dokumentace, sociální pracovnice oprávněna k nahlížení do spisu otázku za seniora vyplní. Poté se dotazník vhodí do sběrného boxu, takže se tím zanonymizuje. Po tomto podrobném vysvětlení jsem se se spolupracujícími klíčovými pracovníky a sociálními pracovníci dohodla, že jednotlivé vyplněné dotazníky budou vhazovány do sběrného boxu, který umístím do kanceláře sociálních pracovníků. Po uplynutí lhůty určené na vyplnění dotazníků otevřu sběrné boxy a sesbírané dotazníky vyhodnotím.

5.6 Způsob zpracování dat

Sebrané dotazníky jsem očíslovala a nadále postupovala dle Gavory (2010, s. 163-165). Data sebraná dotazníkovým šetřením jsem zpracovala do elektronické databáze, aby byla přehlednější. Databáze má řádky a sloupce, kde každé zkoumané osobě se věnuje samostatný řádek, zatímco sloupce představují odpovědi na jednotlivé otázky. Po zapsání všech dat do databáze jsem zjistila, že senioři neodpověděli na všechny otázky, mohlo to být způsobeno nepozorností, únavou nebo zkrátka odpovědět neuměli. V

tomto případě jsem se rozhodla vyloučit respondenta jen z té části výpočtů, kde údaj chybí.

Na základě vytvořené databáze jsem pak vytvářela tabulky a grafy pro přehlednou prezentaci výsledků.

5.7 Etické souvislosti výzkumu a jejich možný vliv na jeho validitu

Každý výzkum týkající se lidí přináší s sebou etické aspekty, protože se dotýká jejich citů a myšlení. Zásady, o které jsem se chtěla ve svém výzkumu opírat, jsem uvedla v předcházející kapitole. Při provádění výzkumu a samotném zpracovávání dat jsem si však teprve uvědomila, jak jsou etické aspekty významné. V dotazníku jsem totiž počítala i s možností, že dotazník bude zcela vyplněn ze spisové dokumentace. Až v terénu jsem si uvědomila, že nepociťuji jako správné vyplňovat dotazník za osoby, které nekomunikují slovně, nedokážou s ohledem na svůj zdravotní stav o sobě rozhodovat a nevědí, že jsou součástí nějakého výzkumu, přestože odborná literatura to umožňuje. Hendl (2007) připouští, že mnoho studií by se neuskutečnilo, kdyby výzkumníci nezatajili zkoumaným osobám větší nebo menší část pravdy o výzkumu, což by šlo uplatnit i na mnou popsáný případ. Nakonec jsem se rozhodla od vyplňování dotazníku zcela ze spisové dokumentace upustit. Podrobně vše rozepisuji v diskusi u otázky č. 7.

Klíčovní pracovníci mě pak během procesu vyplňování dotazníků, se kterým do značné míry svým klíčovým klientům pomáhali, upozornili na další aspekty. U otázek č. 14 – 24, ve kterých je zkoumána míra soběstačnosti, se setkali s tím, že např. klient uvedl, že v některé z oblastí nepociťoval žádná omezení, přestože objektivně je pociťovat musel (např. klient uvedl, že neměl žádné problémy s dodržováním léčebného režimu, protože mu všechna lékařská vyšetření a vyzvedávání léků zařizovala jeho rodina, on sám by si nebyl schopen toto vůbec zajistit). Klíčovní pracovníci se na mě obraceli v takovýchto případech s otázkou, zda mají dotazník vyplnit tak, jak uvádí klient, nebo tak, jak to vnímají oni. Uvědomila jsem si, že toto opět může zkreslit výsledky výzkumu, ale na druhou stranu pak by nemělo cenu ani nějaký výzkum mezi lidmi provádět, protože vše, co uvedou respondenti, může být zkresleno jejich subjektivním vnímáním sebe i okolí a ovlivněno nejrůznějšími faktory. Dotazník byl určen výzkumnému souboru seniorů,

takže jen oni mohou odpovědět a není možné, aby referenční osoby za ně odpovídaly tak, jak ony samy považují za správné.

6 Výsledky výzkumu

6.1 Obecná prezentace zjištění z dotazníku pro seniory

Dotazník byl rozdán všem klientům Senior domů Pohoda a. s. v Českém Těšíně a v Třinci, celkem bylo rozdáno 162 dotazníků, vrátilo se 102, to je 63%. Část seniorů na některé otázky neodpověděla, dokonce třeba ani neuvedli, jestli jsou muži nebo ženy. Protože dotazník byl anonymní, nebylo možno zjistit, z jakých důvodů jednotliví seniori některé otázky vynechali. Nelze tedy určit, jestli odpovědět nechtěli, nenalezli tam tu správnou možnost nebo otázku prostě opomněli odpovědět - vzhledem k věku a zdravotnímu stavu řady z nich je to také možné.

Nyní postupně vyhodnotím odpovědi na všechny otázky v dotazníku. Prostřednictvím vyhodnocení získám podklady pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz a rovněž pak získám podrobnější charakteristiku výzkumného souboru.

Vyhodnocení otázky č. 1

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Muž	31	30,7
Žena	70	69,3
Neuvedeno	1	

Do pobytové služby přichází, jak ukazuje předchozí tabulka, výrazně více žen než mužů. Lze se domnívat, že je to způsobeno tím, že ženy se v průměru dožívají vyššího věku než muži a tedy v případě, že je u muže snížena jeho soběstačnost, je jeho partnerka ještě plně soběstačná a je schopna mu poskytnout potřebnou péči. Zatímco když se pak časem sníží soběstačnost ženy, tak její partner už nežije, nemůže jí tedy

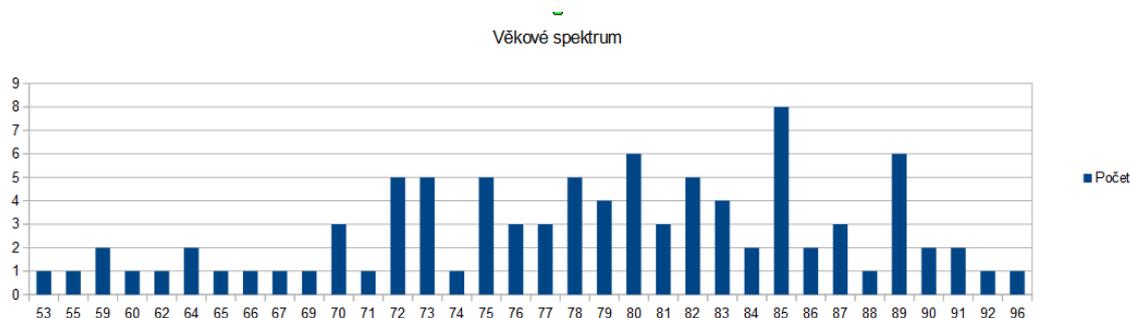
poskytovat potřebnou péči a žena musí volit odchod do pobytové sociální služby. Tomu napovídají i odpovědi na otázku č. 6 v dotazníku, kde se uvádí, že 54 % seniorů přicházejících do pobytové služby žije sama a téměř 70 % seniorů přicházejících do pobytové služby je vdovou či vdovcem (viz. otázka č. 4).

Vyhodnocení otázky č. 2

Průměrný věk v době uzavření smlouvy byl 78,2 roku, medián je 79, nejčastější hodnota věku je 85 let, v tomto věku uzavřelo smlouvu 8 klientů.

Spektrum věku v době uzavření smlouvy ukazuje následující graf:

Graf č. 3: Věkové spektrum



Vyhodnocení otázky č. 3

Tabulka č. 3: Sociální služba

Služba	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Domov pro seniory	54	55,1
Domov se zvláštním režimem	44	44,9
Neuvedeno	4	

Přestože poměr seniorů v obou službách byl zhruba 2:1 z rozdaných 162 dotazníků, přičemž větší Počet (absolutní četnost) se týkal respondentů služby domov pro seniory, množství vrácených vyplněných dotazníků tomuto zastoupení neodpovídá, více se do vyplňování dotazníků zapojili senioři ze služby domov se zvláštním režimem.

Vyhodnocení otázky č. 4

Tabulka č. 4: Rodinný stav a partnerská situace při uzavření smlouvy

Rodinný stav a partnerská situace při uzavření smlouvy	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Svobodný/á bez partnera/ky	1	1
Svobodný/á žijící s partnerem/kou	0	0
Ženatý/vdaná	6	6,2
Rozvedený/á bez partnera/ky	18	18,6
Rozvedený/á žijící s partnerem/kou	0	0
Vdovec/vdova bez partnera/ky	67	69,1
Vdovec/vdova žijící s partnerem/kou	5	5,1
Registrovaný/á	0	0
Neuvedeno	5	

Rodinný stav a partnerská situace ukazuje, že největší skupinou jsou ovdovělé osoby, z celkového počtu 102 respondentů je to 67 osob, což je 69,1 %. Druhou největší skupinou jsou rozvedení, a to 18 osob (18,6 %). Další skupinou jsou ženatí/vdané, tato skupina čítá 6 osob (6,2%). Počet (absolutní četnost) vdovců/vdov žijících s partnerem/partnerkou je 5 (5,1%). Nejmenší je skupina svobodný bez partnera/ky, která čítá 1 osobu (1%).

Vyhodnocení otázky č. 5

Tabulka č. 5: Počet dětí

Počet dětí	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
0	3	3,3
1	21	23,3
2	39	43,3
3	20	22,2
4	5	5,5
5	1	1,1
6	1	1,1
Neuvedeno	12	

Průměrný počet dětí byl 2,1. Medián je 2. Nejčastěji jsou dvě děti a to 39 krát.

Vyhodnocení otázky č. 6

Tabulka č. 6: Sdílení domácnosti

Sdílení domácnosti	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Sám/sama	51	54,3
S partnerem/kou	8	8,5
S dětmi nebo jinými rodinnými příslušníky	27	28,7
Jiné	8	8,5
Neuvedeno	8	

Největší Počet (absolutní četnost) respondentů z celkového počtu 102 osob, a to 51 osob, žilo před odchodem do pobytové sociální služby samo, jedná se o 54,3% z celkového množství. Další skupina jsou osoby žijící s dětmi nebo jinými rodinnými příslušníky, do této skupiny patří 27 osob (28,7%). S partnerem nebo partnerkou žilo 8 osob (8,5%).

Vyhodnocení otázky č. 7

Tabulka č. 7: Závislost na pomoci jiné osoby

Závislost na pomoci jiné osoby	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Nebyl/a jsem na péči jiné osoby závislý/á	16	20,3
Lehce (I. stupeň příspěvku na péči)	17	21,5
Středně (II. stupeň příspěvku na péči)	23	29,1
Těžce (III. stupeň příspěvku na péči)	14	17,7
Úplně (IV. stupeň příspěvku na péči)	9	11,4
Neuvedeno	23	

Z celkového počtu respondentů je největší skupina osob závislých na pomoci jiné osoby ve II. stupni příspěvku na péči, a to 23 osob (29,1%). Druhou největší skupinu tvoří osoby závislé na pomoci jiné osoby v I. stupni, a to 17 osob (21,5%). Těžce závislých na pomoci jiné osoby je 14 osob (17,7%) a úplně závislých je 9 osob (11,4%). 16 osob uvedlo, že nebyly v domě uzavření smlouvy na péči jiné osoby závislé (20,3%).

Této otázce se budu podrobněji věnovat v diskusi a v etických aspektech výzkumu, protože v průběhu výzkumu a vyhodnocování se ukázala jako problematická.

Vyhodnocení otázky č. 8

Tabulka č. 8: Řízení o příspěvku na péči

Řízení o posouzení nebo o změně výše příspěvku na péči	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Ano	49	60,5
Ne	32	39,5
Neuvedeno	21	

Z celkového počtu 102 respondentů u 49 osob probíhalo některé z řízení o příspěvku na péči (60,5%).

Vyhodnocení otázky č. 9

Tabulka č. 9: Využívání terénních služeb

Využívání terénních služeb	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Ano	24	25,8
Ne	69	74,2
Neuvedeno	9	

Z celkového počtu 102 respondentů využívalo terénní sociální služby 24 osob (25,8%).

Vyhodnocení otázky č. 10

Tabulka č. 10: Důvody nevyužívání terénních služeb

Důvody nevyužívání terénních služeb	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Nepotřeboval/a jsem takové služby	36	57,1
Neměl/a jsem zájem	17	27
Nevěděl/a jsem o žádných terénních službách	8	12,7
Vhodná terénní služba nebyla dostupná	2	3,2
Neuvedeno	39	

Z celkového počtu 102 respondentů terénní služby nepotřebovalo 36 osob (57,1%), nemělo o ně zájem 17 osob (27%) a nevědělo o nich 8 osob (12,7%). Pro dvě osoby (3,2%) nebyla vhodná terénní služba dostupná. Vzhledem k tomu, že 39 osob na tuto otázku neodpovědělo, budu se této otázce ještě podrobněji věnovat v diskusi.

Vyhodnocení otázky č. 11

Tabulka č. 11: Důvody pro využití pobytové sociální služby

Důvody pro využití pobytové sociální služby	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Z nabídky dostupných sociálních služeb jste ji vyhodnotil/a jako nejvhodnější	43	46,2
O jiných sociálních službách jste nevěděl/a	6	6,5
Jste neměl/a jinou možnost (nedostupnost jiné služby, absence rodiny...)	44	47,3
Neuvedeno	9	

Z celkového počtu 102 respondentů jako důvod pro využití pobytové sociální služby 44 osob (47,3%) uvedlo, že nemělo jinou možnost. Další skupinu tvoří respondenti, kteří uvedli, že tuto službu vyhodnotili jako nejvhodnější, což je 43 osob (46,2%). O jiných sociálních službách nevědělo 6 osob (6,5%).

Vyhodnocení otázky č. 12

Tabulka č. 12: Průběh zhoršování soběstačnosti

Průběh zhoršování soběstačnosti	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Postupně	61	63,5
Došlo k náhlé změně a velkému snížení soběstačnosti	35	36,5
Neuvedeno	6	

Z celkového počtu 102 respondentů se 61 osobám (63,5%) soběstačnost snižovala postupně, k náhlé změně a velkému snížení soběstačnosti došlo u 35 osob (36,5%).

Vyhodnocení otázky č. 13

Tabulka č. 13: Aktuální místo pobytu před uzavřením smlouvy

Aktuální místo pobytu před uzavřením smlouvy	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Ve své domácnosti	19	18,6
V domácnosti jiné osoby (rodina, přátelé), která Vám poskytovala podporu nebo péči	15	14,7
Ve zdravotnickém zařízení (LDN, nemocnice)	50	49
V jiné pobytové sociální službě	18	17,6
Neuvedeno	0	

Vyhodnocení této otázky ukazuje, že největší skupinou osob odcházejících do pobytové sociální služby jsou senioři, kteří před uzavřením smlouvy a přistěhováním do sociální služby pobývali ve zdravotnickém zařízení, ať už v léčebně dlouhodobě nemocných nebo v nemocnici. Jedná se o skupinu 50 osob (49%). 18 osob (17,6) pobývalo v jiné pobytové sociální službě. Tyto služby jsou podrobněji zpracovány v níže uvedené tabulce:

Tabulka č. 13a: Jiné pobytové sociální služby

Služba	Odlehčovací služby	Dům s peč. službou	Domov pro seniory
Počet (absolutní četnost)	6	2	6

Z této tabulky vyplývá, že jako určitý „mezistupeň“ před rozhodnutím odejít do pobytové služby může sloužit pobyt v odlehčovací službě, který je omezen zpravidla na dobu 3 měsíců. Pokud se situace seniora nezlepší, pak volí pobytovou službu, což v tomto případě nastalo u 6 seniorů. Podobná situace byla zřejmě i u 2 seniorů, kteří již pociťovali omezení soběstačnosti, a proto se přestěhovali do domu s pečovatelskou službou (jedná se o domy zvláštního určení, které nespádají do sociálních služeb). Zřejmě i u nich pak došlo k takovému omezení soběstačnosti, že pečovatelská služba již jejich potřeby nedokázala zajistit a senioři se rozhodli pro pobytovou sociální službu. Pokud jde o osoby, které se do zkoumané sociální služby přistěhovaly z jiného domova pro seniory, jde o běžný jev, protože senior se takovým přestěhováním může třeba chtít

vrátit do místa, kde dříve žil, či kde má rodinu a známé.

Vyhodnocení otázky č. 14

Tabulka č. 14: Omezení v oblasti chůze a pohybu

Omezení v oblasti chůze a pohybu	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Nebyl jsem omezován	36	36
Částečně jsem byl omezován	37	37
Velmi jsem byl omezován	27	27
Neuvedeno	2	

Omezení v oblasti chůze a pohybu nepřinášelo žádné problémy 36 osobám (36%), částečně činilo problémy 37 osobám (37%) a velmi činilo problémy 27 osobám (27%).

Vyhodnocení otázky č. 15

Tabulka č. 15: Problémy s přípravou stravy

Problémy s přípravou stravy	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Ne	29	29,6
Částečně	35	35,7
Velmi	34	34,7
Neuvedeno	4	

Problémy s přípravou stravy nemělo 29 osob (29,6%), částečně je mělo 35 osob (35,7%) a velmi je mělo 34 osob (34,7%) z celkového počtu 102 respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 16

Tabulka č. 16: Schopnost samostatně se najíst

Omezení schopnosti se samostatně najíst	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Neomezovala mě	62	60,8
Částečně mě omezovala	32	31,4
Velmi mě omezovala	8	7,8
Neuvedeno	0	

V oblasti schopnosti samostatně se najíst odpovědělo 62 osob (60,8%), že nebyly nijak omezeny, 32 osob (31,4%) schopnost samostatně se najíst omezovala částečně a velmi omezenou schopnost najíst se uvádí 8 osob (7,8%).

Vyhodnocení otázky č. 17

Tabulka č. 17: Neschopnost obléci se a about

Neschopnost se obléci a about	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Neomezovala mě	39	38,6
Částečně mě omezovala	45	44,6
Velmi mě omezovala	17	16,8
Neuvedeno	1	

Na tuto otázku respondenti odpověděli, že 39 z nich (38,6%) neschopnost obléci se a about nijak neomezovala, 45 osob (44,6%) tato neschopnost omezovala částečně a 17 osob (16,8%) omezovala velmi.

Vyhodnocení otázky č. 18

Tabulka č. 18: Problémy se samostatným provedením hygieny

Problémy se samostatným provedením hygieny	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Ne	34	33,7
Částečně	41	40,6
Velmi	26	25,7
Neuvedeno	1	

Problémy se samostatným provedením hygieny nemělo 34 respondentů (33,7%), částečně mělo 41 (40,6%) respondentů a velmi to omezovalo 26 osob (25,7%). K této otázce se vrátím ještě v diskusi.

Vyhodnocení otázky č. 19

Tabulka č. 19: Neschopnost samostatného použití WC

Neschopnost samostatného použití WC	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Neomezovala mě	49	48
Částečně mě omezovala	33	32,4
Velmi mě omezovala	19	18,6
Neuvedeno	0	

Na tuto otázku odpovědělo 49 respondentů (48%), že je neschopnost samostatného použití WC nijak neomezovala, 33 respondentů (32,4%) tato neschopnost omezovala částečně a 19 respondentů (18,6%) omezovala velmi.

Vyhodnocení otázky č. 20

Tabulka č. 20: Neschopnost zvládat léčebný režim

Neschopnost zvládat léčebný režim	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Neomezovala mě	31	33,7
Částečně mě omezovala	36	39,1
Velmi mě omezovala	25	27,2
Neuvedeno	10	

Neschopnost zvládat léčebný režim neomezovala 31 osob (33,7%) z celkového počtu respondentů, částečně omezovala 36 osob (39,1%) a velmi omezovala 25 osob (27,2%). Odpovědi na tuto otázku podrobněji rozeberu v diskusi.

Vyhodnocení otázky č. 21

Tabulka č. 21: Problémy se zapomínáním

Problémy se zapomínáním	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Neomezovaly mě	39	41,5
Částečně mě omezovaly	33	35,1
Velmi mě omezovaly	22	23,4
Neuvedeno	8	

Problémy se zapomínáním neomezovaly 39 osob (41,5%), částečně omezovaly 33 osob (35,1%) a velmi omezovaly 22 osob (23,4%).

Vyhodnocení otázky č. 22

Tabulka č. 22: Problémy s orientací v prostředí

Problémy se orientací v prostředí	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Neomezovaly mě	52	55,3
Částečně mě omezovaly	24	25,5
Velmi mě omezovaly	18	19,2
Neuvedeno	8	

Problémy s orientací v prostředí neomezovaly 52 osob (55,3%), částečně omezovaly 24 osob (25,5%) a velmi omezovaly 18 osob (19,2%).

Vyhodnocení otázky č. 23

Tabulka č. 23: Kontakt s rodinou a přáteli

Kontakt s rodinou, přáteli, sousedy	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Ne, kontakt jsem neudržoval	5	5,3
Ano, s rodinou a přáteli	63	66,3
Částečně, jen s rodinou	27	28,4
Neuvedeno	7	

Kontakt s rodinou a přáteli neudržovalo 5 osob (5,3%) z celkového počtu 102 respondentů, kontakt s rodinou i přáteli udržovalo 63 osob (66,3%) a kontakt pouze s rodinou udržovalo 27 osob (28,4%).

Vyhodnocení otázky č. 24

Tabulka č. 24: Neschopnost samostatně pečovat o domácnost

Neschopnost samostatně pečovat o domácnost	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Neomezovala mě	19	19,8
Částečně mě omezovala	36	37,5
Velmi mě omezovala	41	42,7
Neuvedeno	6	

Neschopnost samostatně pečovat o domácnost neomezovala 19 osob (19,8%), částečně omezovala 36 osob (37,5%) a velmi omezovala 41 osob (42,7%).

Vyhodnocení otázky č. 25

V této otázce jsem použila intervalové škály. Jednotlivé škály se skládají z 5 intervalů, mezi nimiž je stejná vzdálenost. Škály byly konstruovány tak, že 1= ano, rozhodně a 5 = vůbec ne.

V dotazníku jsem uvedla další důvody pro odchod do pobytového zařízení viz.níže uvedené tabulky.

Tabulka č. 25a: Obavy z majetkového a finančního zneužití

Obavy z majetkového a finančního zneužití	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	12	17,1
2	6	8,6
3	6	8,6
4	8	11,4
5	38	54,3
neuvedeno	32	

Obavy z majetkového a finančního zneužití rozhodně mělo 12 respondentů (17,1%), vůbec je nemělo 38 respondentů (38%).

Průměrná hodnota: 3,77

Medián: 5

Tabulka č. 25b: Nátlak rodinných příslušníků

Nátlak rodinných příslušníků	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	14	19,2
2	7	9,6
3	16	21,9
4	3	4,1
5	33	45,2
neuveдено	29	

Nátlak rodinných příslušníků jako důvod pro odchod do pobytové sociální služby rozhodně pocíťovalo 14 respondentů (19,2%).

Žádný nátlak nepocíťilo 33 respondentů (45,2%).

Průměrná hodnota: 3,47

Medián: 3

Tabulka č. 25c: Špatný technický stav domácnosti

Špatný technický stav domácnosti	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	10	15,3
2	7	10,8
3	7	10,8
4	7	10,8
5	34	52,3
neuveдено	37	

Špatný technický stav domácnosti jako důvod k odchodu do pobytové sociální služby rozhodně pocíťovalo 10 respondentů (15,3%).

Vůbec špatný technický stav domácnosti neměl vliv na rozhodnutí 34 respondentů (52,3%).

Průměrná hodnota: 3,74

Medián: 5

Tabulka č. 25d: Uvolnění bytu pro jinou osobu

Uvolnění bytu pro jinou osobu	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	9	12,9
2	2	2,9
3	2	2,9
4	4	5,7
5	53	75,6
neuvedeno	32	

Uvolnění bytu pro jinou osobu uvedlo jako rozhodný důvod 9 respondentů (12,9%), vůbec tento důvod neovlivnil 53 osob (75,6%).

Průměrná hodnota: 4,29

Medián: 5

Tabulka č. 25e: Jiné důvody

Jiné důvody	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	21	87,5
2	0	0
3	2	8,3
4	0	0
5	1	4,2
Neuvedeno	78	

Dva respondenti (8,3%) slovně uvedli, že rozhodně byly důvodem k odchodu do sociální služby rodinné důvody. Ostatní slovně uvedli, že rozhodným důvodem byl zdravotní stav. Otázkou jsem však chtěla zjistit něco jiného, a to spíše ještě jiné důvody, než jsou možnosti uvedené v předešlých tabulkách.

Vyhodnocení otázky č. 26

Tabulka č. 26: Příprava na stáří

Příprava na stáří	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
Ne	64	78
Ano	18	22
Neuvedeno	20	

Na stáří se nepřipravovalo 64 osob (78%), připravovalo se 18 osob (22%). Z těchto osob slovně dvě osoby uvedly, že se připravovaly tím, že provedly úpravy bytu, a 11 osob uvedlo, že se připravovalo na stáří prostřednictvím spoření.

Vyhodnocení otázky č. 27

V této otázce jsem chtěla podrobněji rozlišit způsob vyplnění dotazníku, proto jsem nabídla možnosti:

- a) sám/sama
- b) s pomocí referenční osoby
- c) byl vyplněn na základě spisové dokumentace.

V rámci každé z těchto možností jsem nabídla ještě tři stupně vyplnění:

- ano, zcela
- ano, částečně
- ne.

Tabulka č. 27a: Dotazník jsem vyplnil sám

Dotazník jsem vyplnil sám	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	12	13
2	33	35,9
3	47	51,1
neuvedeno	10	

Z celkového počtu 102 respondentů 12 osob (13%) uvedlo, že dotazník vyplnili zcela sami, 33 (35,9%) respondentů dotazník vyplnilo dotazník částečně samo a 47 (51,1%) respondentů nevyplnilo dotazník samo vůbec.

Tabulka č. 27b: Dotazník jsem vyplnil s pomocí referenční osoby

Dotazník jsem vyplnil s pomocí referenční osoby	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	44	47,3
2	39	41,9
3	10	10,7
neuveďeno	9	

Z celkového počtu 102 respondentů uvedlo 44 osob (47,3%), že dotazník vyplnili zcela s pomocí referenční osoby, 39 respondentů (41,9%) uvedlo, že dotazník vyplnili částečně s pomocí referenční osoby a 10 osob (10,7%) uvedlo, že dotazník vůbec nevyplňovalo s pomocí referenční osoby.

Tabulka č. 27c: Dotazník vyplněn ze spisové dokumentace

Dotazník vyplněn ze spisové dokumentace	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	0	0
2	24	26,4
3	67	73,6
neuveďeno	11	

Zcela na základě spisové dokumentace nebyl vyplněn ani jeden dotazník, což podrobněji rozeberu v diskusi.

6.2 Obecná zjištění z dotazníku pro zaměstnance

Dotazník pro zaměstnance obsahoval tři otázky, kde třetí otázka měla 5 podotázek, ke každé byla přiřazena stupnice s číslicemi 1 – 5, kde číslo 1 znamenalo odpověď „ano,

určitě“ a číslo 5 znamenalo odpověď „vůbec ne“.

Dotazník byl administrován v papírové podobě zaměstnancům pracujícím v přímé obslužné péči v Senior domech Pohoda a. s. v Českém Těšíně a v Třinci, celkem se vrátilo 32 dotazníků.

Průměrná doba praxe zaměstnanců v oblasti sociálních služeb byla 4,6 roku, medián doby praxe byl 2 roky. Nejmenší doba praxe byla 2 měsíce, nejdelší 25 let.

Tabulka č. 28a: Potřeba každodenní péče a podpory ¹

Potřeba každodenní péče a podpory	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	25	78,1
2	3	9,4
3	1	3,1
4	2	6,3
5	1	3,1
Neuvedeno	0	

Potřebu každodenní péče jako důvod pro odchod do pobytové sociální služby považovalo za rozhodující 25 zaměstnanců (78,1%).

Jen jeden (3,1%) zaměstnanec se domníval, že tato potřeba neměla na odchod do pobytové sociální služby žádný vliv.

Průměrná hodnota: 1,47

Medián: 1

¹ Jsem si vědoma toho, že při nízkých počtech respondentů je u některých otázek převádění na procenta poněkud problematické, ale pro jednotnost je uvádím všude.

Tabulka č. 28b: Řešení bytové otázky své nebo rodiny

řešení bytové otázky své nebo rodiny	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	5	15,6
2	11	34,4
3	11	34,4
4	1	3,1
5	4	12,5
neuvedeno	0	

Řešení bytové otázky jako důvod pro odchod do pobytové sociální služby vnímá jako rozhodující 5 zaměstnanců (15,6%). Naproti tomu 4 zaměstnanci (12,5%) toto jako důvod odchodu do pobytové sociální služby odmítají.

Průměrná hodnota: 2,63

Medián: 2,5

Tabulka č. 28c: Osamělost

Osamělost	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	11	34,4
2	6	18,7
3	11	34,4
4	3	9,4
5	1	3,1
Neuvedeno	0	

Osamělost jako rozhodující důvod pro odchod seniora do pobytové sociální služby vnímá 11 zaměstnanců (34,4%). Naopak 1 zaměstnanec (3%) to vnímá tak, že osamělost nemá na rozhodnutí seniora vůbec žádný vliv.

Průměrná hodnota: 2,28

Medián: 2

Tabulka č. 28d: Pocit, že je na obtíž

Pocit, že je na obtíž	Počet (absolutní četnost)	Relativní četnost (v %)
1	3	9,7
2	5	16,1
3	10	32,3
4	8	25,8
5	5	16,1
neuveďeno	1	

Pocit seniora, že je na obtíž, jako rozhodující důvod k odchodu do pobytové sociální služby vnímají 3 zaměstnanci (9,7%), podle 5 zaměstnanců (16,1%) to nemá vůbec žádný vliv na rozhodnutí.

Průměrná hodnota: 3,22

Medián: 3

Zaměstnanci považují podle výsledků dotazníkového šetření za nejčastější důvod odchodu seniorů do pobytové služby potřebu každodenní péče a podpory. Menší důležitost podle nich hraje potřeba řešení bytové otázky, osamělost nebo pocit, že jsou na obtíž.

V bodě e) jiné mohli zaměstnanci uvést i jiné důvody, zde 3 zaměstnanci uvedli, že důvodem je nezvládnutí péče o seniora v rodině, tato odpověď ale nepřináší novou informaci, což jsem od tohoto bodu očekávala. Jeden zaměstnanec uvedl, že důvodem jsou finance.

6.3 Ověření hypotéz

6.3.1 Vyhodnocení hypotézy H1

H1: Do zkoumané pobytové sociální služby přicházejí senioři s vysoce omezenou soběstačností častěji než senioři s lehce omezenou soběstačností (otázky č. 7, 8).

Hypotézu H1 lze prohlásit za **prokázanou**. Jak ukazuje tabulka 6, jen 20,3% (tj. 16) seniorů přicházejících do pobytové služby uvedlo, že nebyli závislí na péči jiné osoby a 21,5% (tj. 17) bylo na péči jiné osoby závislých lehce. Lehce omezenou soběstačností tedy mělo v době uzavření smlouvy o poskytování sociální služby domov pro seniory a domov se zvláštním režimem celkem 33 osob, což je 41,7%. Naproti tomu celkem 58,3% seniorů (tj. 46) mělo vysoce omezenou soběstačnost (II., III. a IV. stupeň příspěvku na péči).

Jak ukazuje následující tabulka, ze skupiny 16 seniorů, kteří nepobírali příspěvek na péči, u 8 z nich probíhalo řízení o posouzení závislosti na pomoci jiné osoby, a rovněž u 8 ze 17 seniorů, kteří pobírali příspěvek v I. stupni, probíhalo řízení o změně výše příspěvku. To vše nasvědčuje tomu, že hypotéza platí, ale nemůžeme to konkrétně kvantitativně specifikovat, protože v době zpracovávání dotazníku nebylo ještě známo, jak tato řízení dopadla. Ale z těchto počtů lze usoudit, že by to mohlo ještě velmi zvýšit podíl těch seniorů, kteří mají velmi omezenou soběstačnost.

Tabulka č. 29: Příspěvek na péči

Příspěvek na péči	probíhalo řízení o posouzení zdravotního stavu
Nebyl přiznán	8
Přiznán v I. stupni	8
Přiznán ve II. stupni	13
Přiznán ve III. stupni	3
Přiznán ve IV. stupni	3

6.3.2 Vyhodnocení hypotézy H2

H2: Častějším důvodem odchodu seniorů do zkoumané pobytové sociální služby je deficit v oblasti psychické (zapomínání, poruchy orientace, komunikace) než fyzické (otázky č. 14 – 24).

Pro vyhodnocení hypotézy se přiřadily odpovědím u otázek č. 14 - 22 a č. 24 body následujícím způsobem:

- ne, neměl/a jsem s tím problém: 1 bod
- ano, částečně mě to omezovalo: 2 body
- ano, velmi mě to omezovalo: 3 body.

U otázky č. 23 se body přiřadily takto:

- ne, kontakt jsem neudržel/a : 3 body
- ano, byl/a jsem v kontaktu s přáteli i s rodinou : 1 bod
- částečně, komunikoval/a jsem jen s rodinou: 2 body.

Otázky č. 14-19 se hodnotily jako deficit v oblasti fyzické.

Otázky č. 20-24 jako deficit v oblasti psychické.

Ze zpracovaných dat hypotéza H2 **nebyla potvrzena**. Průměrná hodnota odpovědí byla totiž u otázek týkajících se oblasti fyzické 1,80 a v oblasti psychické také 1,80. Lze tedy říci, že lidé odcházející do pobytové služby pocítují deficit v oblasti fyzické i psychické stejně. Můžu ještě podotknout, že jestliže je průměr 1,80, znamená to, že jsou senioři v průměru omezováni méně než částečně. Pak se naskýtá otázka, proč tedy odchází do pobytové služby?

Tuto otázku budu nadále rozebírat v diskusi.

6.3.3 Vyhodnocení hypotézy H3

H3: Do zkoumané pobytové sociální služby přicházejí senioři ze zdravotnických zařízení nebo jiné sociální služby častěji než z domácího prostředí (otázka č. 13).

Hypotézu lze považovat za **prokázanou**. Ze své domácnosti přišlo 18,6% seniorů, z domácnosti jiné osoby 14,7%, takže v domácím prostředí žilo celkem 33,3% seniorů. Ze zdravotnického zařízení přišlo 49,0% a z jiné pobytové sociální služby 17,6 % seniorů, tj 18. Z nich 6 přišlo z odlehčovací služby, 2 z domu s pečovatelskou službou a 6 z jiných domovů pro seniory.

6.3.4 Vyhodnocení hypotézy H4

H4: Seniori, u kterých dojde k náhlému snížení soběstačnosti, přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby častěji, než seniori, u kterých se soběstačnost snižovala postupně (otázka č. 12).

Hypotézu H4 lze považovat za **vyvrácenou**. 63,5 % seniorů uvedlo, že se soběstačnost u nich zhoršovala postupně. Toto nepotvrzuje vyslovenou hypotézu.

6.3.5 Vyhodnocení hypotézy H5

H5: Seniori žijící osaměle přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby s nižší mírou soběstačnosti než seniori, kteří mají rodinu (otázka č. 4, 5, 6, 13, 23, 25).

Počty seniorů žijících sami, s rodinou a míra jejich soběstačnosti jsou zahrnuty v následující tabulce.

Tabulka č. 30 : Soužití a míra soběstačnosti

	Vyšší míra soběstačnosti	Nižší míra soběstačnosti	Σ
Žili sami	21	27	48
Žili s rodinou	9	15	24
Σ	30	42	72

Hypotézu H5 lze považovat za **vyvrácenou**.

Pro ověření závislosti byla použita statistická metoda Chí-kvadrát (Chráška, 2007, s. 69 - 82). Pro hladinu významnosti 0,05 (5%) a 1 stupeň volnosti $\chi^2(0,05)(1) = 3,841$.

Pro předchozí tabulku bylo spočteno $\chi^2 = 0,252$. Protože $0,252 < 3,841$, musíme hypotézu zamítnout, tedy se nepodařilo prokázat, že seniori žijící osaměle přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby s nižší mírou soběstačnosti než seniori, kteří mají

rodinu.

6.3.6 Vyhodnocení hypotézy H6

H6: Seniori přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby, protože nevědí o možnosti terénních sociálních služeb (otázka č. 9, 10, 11).

Hypotézu H6 lze považovat za **vyvrácenou**.

74,2% seniorů uvedlo, že nevyužívali před příchodem do pobytové sociální služby žádnou z terénních služeb. Jako důvod, proč terénní služby nevyužívali, pak 57,1% z nich uvedlo, že důvodem bylo, že je nepotřebovali a 27% o ně nemělo zájem. Jen 12,7% uvedlo, že o žádných terénních službách nevěděli, a 3,2% uvedlo, že vhodná terénní služba nebyla dostupná.

7 Diskuse

Cílem mojí práce bylo zjistit sociální situaci a míru soběstačnosti seniorů, kteří se rozhodli odejít ze svého přirozeného prostředí do pobytové sociální služby, a tím odpovědět na výzkumnou otázku, která zněla: jaká je sociální situace a soběstačnost seniorů odcházejících do pobytové sociální služby?

Sociální situace a soběstačnost byla zkoumána na výzkumném souboru 102 seniorů žijících ve dvou pobytových sociálních službách. Data byla získána prostřednictvím dotazníkového šetření, který byl seniorům osobně předkládán jejich klíčovými pracovníky, případně s jejich souhlasem vyplněn ze spisové dokumentace.

Vyhodnocení výzkumu umožnilo vyhodnotit stanovené hypotézy, dále pak ukázalo podrobnější obraz o seniorech, jejichž sociální situace a soběstačnost byla zkoumána.

Výzkumný soubor tvořilo 102 respondentů, z nichž 31 osob byli muži (30,7%) a 70 osob ženy (69,3%). Jedna osoba nevybrala žádnou možnost. Tyto informace jsem získala pomocí otázky č. 1. Poměr mužů a žen není nijak překvapivý, protože je všeobecně známo, že ženy žijí déle než muži.

Odpovědí na otázku č. 2 jsem zjistila, že průměrný věk v době uzavření smlouvy byl 78,2 roku, nejčastější hodnota věku je 85 let, v tomto věku uzavřelo smlouvu 8 klientů.

Otázkou č. 3 se respondenti rozdělili na službu domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Překvapivě senioři ze služby domov se zvláštním režimem (celková kapacita 68 lůžek) odpovídali v mnohem větším počtu než senioři z domova pro seniory v poměru ke kapacitě služby (celková kapacita 110 lůžek) – ze služby domova pro seniory odpovědělo 54 seniorů a ze služby domova se zvláštním režimem odpovědělo 44 seniorů. Může to být ovlivněno tím, že senioři z domova pro seniory jsou mnohem lépe orientovaní a dokážou lépe o sobě rozhodovat a volit si činnosti, kterými se budou zabývat, kdežto senioři z domova se zvláštním režimem mají jakožto klienti této sociální služby svá omezení např. problémy se schopností utvářet si svůj den, proto zřejmě více uvítali, že se jim klíčoví pracovníci věnovali a probírali s nimi jednotlivé otázky dotazníku.

Vyhodnocení otázky č. 4 přineslo zjištění, že největší skupinou jsou ovdovělé osoby (67 osob), druhou největší skupinou jsou rozvedení (18 osob) a další pak ženatí/vdané (6 osob). Toto zjištění nijak nepřekvapí, protože u ovdovělých osob, stejně jako u rozvedených, schází manžel, který by pomohl, s čím je třeba. Proto je mezi skupinou ovdovělých a ženatých/vdaných natolik velký rozdíl.

Otázka č. 5 na počet dětí posloužila spíše k podrobnějšímu zmapování výzkumného vzorku. Průměrně měli senioři 2,1 dětí.

Otázka č. 6 poskytuje informace o tom, s kým senior bydlel. V době před odchodem do pobytové sociální služby bydlelo 51 osob (54,3%) samo, s dětmi nebo jinými rodinnými příslušníky bydlelo 27 osob (28,7%), 8 osob (8,5%) uvedlo bydlení s partnerem. Zde je velký rozdíl mezi osobami, které bydlely samy, a těmi, které bydlely s někým, kdo se o ně mohl starat, ať už to byly jejich děti, partner či jiný příbuzný. Lidé žijící s někým, kdo jim je schopen poskytovat sociální oporu, nemají důvod opouštět svoje přirozené sociální prostředí. I v takovém případě však nastává situace, kdy rodina péči již nezvládá a nemůže nebo nechce ji poskytnout. Do sociální služby tedy přicházejí senioři jak žijící osaměle, tak žijící s jinými osobami, jen jejich procentuální zastoupení je

odlišné.

Otázka č. 7 zjišťuje, v jakém stupni byl senior před uzavřením smlouvy o poskytování sociální služby závislý na pomoci jiné osoby. Ze sebraných dat vyplývá, že 16 osob (20,3%) nebylo závislých na pomoci jiné osoby, 17 osob (21,5%) bylo závislých na pomoci jiné osoby v I. stupni, 23 osob (29,1%) bylo závislých na pomoci jiné osoby ve II. stupni, 14 osob (17,7%) bylo závislých ve III. stupni a 9 osob (11,4%) bylo závislých na pomoci jiné osoby ve IV. stupni.

Při zpracování dat jsem však narazila na problémy s touto otázkou. U seniorů, kteří nekomunikují slovně a jejich stav je natolik závažný, že vyžadují komplexní ošetrovatelskou péči, nebylo možno získat jejich odpovědi na otázky. Část informací by však bylo možno zjistit ze spisové dokumentace, případně z referenčního rozhovoru s rodinou nebo zaměstnanci. Pokud však chceme zachovat etiku výzkumu, musíme mít od respondenta souhlas s vyplněním dotazníku, který od některých seniorů závislých těžce nebo úplně na péči jiné fyzické osoby nebylo možno získat a ani by nebylo vhodné se o to vůbec snažit. Toto jsem si však uvědomila až v průběhu výzkumu, kdy klíčoví pracovníci upozornili na takovéto svoje klíčové klienty. Vzhledem k tomu, že jsem dotazník koncipovala jako dobrovolný s tím, že bude rozdán všem seniorům, nebyl dotazník těchto klientů vyplňován ze spisové dokumentace, ale bylo nahlíženo, jako by ho neodevzdali. V průběhu zpracování dat jsem si pak uvědomila, že mi to zkreslí odpovědi na tuto otázku, ale v této fázi už jsem na tom nemohla už nic změnit.

S otázkou č. 7 souvisí otázka č. 8, která se ptá na to, zda u seniora v období uzavření smlouvy o poskytování sociální služby probíhalo řízení o posouzení závislosti pro účely příspěvku na péči nebo řízení o změně výše příspěvku na péči. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 49 osob, že u nich některé z řízení o příspěvku na péči probíhá. Proto se domnívám, že skutečný stav soběstačnosti seniorů byl horší, než je uvedeno, protože o přiznání nebo přehodnocení příspěvku na péči je žádáno, zhorší-li se soběstačnost žadatele. Není však už možno zjistit, jak jednotlivá řízení dopadla.

Otázky č. 9, 10 a 11 se týkají terénních sociálních služeb a sociálních služeb obecně, stejně jako hypotéza H6. Z dat vyplývá, že 24 osob (25,8%) využívalo terénní sociální

služby, kdežto 69 osob (74,2%) žádné takové služby nevyužívalo. Z těchto 69 osob odpovědělo 36 osob (57,1%), že takové služby nepotřebovalo, 17 osob (27%) odpovědělo, že nemělo zájem, 8 osob (12,7%) odpovědělo, že nevědělo o žádných terénních službách, 2 osoby (3,2%) uvedly, že vhodná terénní služba nebyla dostupná. 39 osob neuvedlo důvody, proč terénní služby nevyužívalo. Toto množství mi připadá vysoké, takže je možno se dohadovat, že tito respondenti neporozuměli otázce a nevěděli, co jsou to terénní sociální služby, označili tedy, že je nevyužívali, ale nedokázali už pak uvést důvod.

Otázkou č. 11 bylo zjištěno, že 43 osob (46,2%) si vybralo pobytovou sociální službu, protože ji vyhodnotilo jako nejvhodnější, 6 osob (6,5%) o jiných sociálních službách nevědělo, 44 osob (47,3%) si ji vybralo, protože nemělo jinou možnost. Tyto údaje podporují můj výše zmiňovaný názor, že respondenti neměli dostatek informací o tom, že svou situaci mohou řešit prostřednictvím terénní sociální služby, všeobecně je známo, že „staří a bezmocní lidé odcházejí do domova důchodců“, takže svou situaci taky vyřešili tímto způsobem. Roli v rozhodování může mít i rodina seniora, která nemůže nebo nechce se o něj starat, takže je pro ni pohodlnější a bezpečnější, když je senior někde, kde o něj bude po všech stránkách postaráno, ačkoli by s vhodnou terénní službou ještě mohl třeba pobývat ve své domácnosti. Toto jsou však jen mé dohady, přesněji o situaci vypovídá hypotéza H6, která zní: Senioři přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby, protože nevědí o možnosti terénních sociálních služeb, a která byla zamítnuta.

Otázka č. 12 se týká snižování soběstačnosti u seniorů, dle výsledků zpracování se 61 osobám (63,5%) soběstačnost snižovala postupně, kdežto u 35 osob (36,5%) došlo k náhlému snížení soběstačnosti. Tyto výsledky vedou spíše k zamyšlení, že postupné snižování soběstačnosti mohlo vést seniory k tomu, že si mohli svou budoucnost naplánovat a měli dost času se rozhodnout, ve které fázi snižování soběstačnosti se přestěhují do pobytové sociální služby. Naproti tomu senioři, u nichž se soběstačnost zhoršila náhle, s touto situací nemuseli nijak počítat a pak se podle aktuálního stavu museli rozhodnout. Je tedy možné, že před svým rozhodnutím neměli dostatek informací a pobytovou službu volili, protože to byla služba, o jejíž existenci věděli.

Otázka č. 13 sloužila zejména pro testování hypotézy H3, která byla potvrzena. Výsledky nasvědčují tomu, že pokud dojde ke změně soběstačnosti u seniora, který žije ve své domácnosti nebo v domácnosti jiné osoby (rodina, přátelé), dokáže i se sníženou soběstačností ještě život v přirozeném prostředí zvládat, protože buď mu jiné osoby vytvářejí podmínky pro setrvání ve svém prostředí, nebo se senior může adaptovat na změny a postupně se jim přizpůsobovat, ať už pomocí terénních služeb, nebo např. úpravou bytových podmínek apod... Pokud však dojde k takové změně soběstačnosti, že je senior hospitalizován nebo v jiné sociální službě, je předpoklad, že už je jeho soběstačnost omezena do té míry, že se do svého přirozeného prostředí nedokáže vždy vrátit a volí tedy raději pobytovou sociální službu. Pokud uvážíme, že senior například pobývá v nemocnici, pak ještě několik měsíců v léčebně dlouhodobě nemocných a svou domácnost opravdu dlouhou dobu neviděl, může mu připadat nemožné se do ní vrátit. V této situaci rovněž může hrát roli rodina seniora, která ho může při rozhodování ovlivňovat oběma směry – k návratu do své domácnosti i k odchodu do pobytové sociální služby.

Otázky č. 14 až 24 sloužily zejména pro testování hypotézy H2. Vycházely z vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a týkaly se oblastí, prostřednictvím kterých se posuzuje schopnost zvládat základní životní potřeby. Jedná se o posouzení mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieny, výkonu fyziologické potřeby, péče o zdraví, péče o domácnost, osobní aktivity. U otázek jsem uvedla tři možnosti, aby bylo podrobněji zjištěno, jaká činnost seniora neomezovala, omezovala částečně nebo omezovala velmi. Podle zjištěných výsledků seniory ze všech výše uvedených oblastí nejvíce omezovala péče o domácnost, a to 41 osob, dále pak problémy s přípravou stravy, které omezovaly nejvíce 34 seniorů, následují problémy s chůzí, které omezovaly 27 seniorů.

Pokud jde o činnosti, které omezovaly seniory částečně, tak nejvíce osob bylo částečně omezeno v oblasti samostatného provedení hygieny, a sice 41 osob. Dále pak následují problémy v oblasti chůze a pohybu, které částečně omezovaly 37 osob, a oblasti péče o domácnost a zajištění léčebného režimu, které částečně omezovaly v obou případech 36 osob.

Oblasti, se kterými senioři neměli žádný problém a nepociťovali v nich žádná omezení, jsou tyto: schopnost samostatně se najíst, orientace a schopnost samostatně použít WC. Samostatně se najíst bylo schopno 62 osob, žádné problémy s orientací nemělo 52 osob a samostatně použít WC bylo schopno bez omezení 49 osob.

U těchto otázek bych chtěla ještě poukázat na to, že odpovědi seniorů jsou subjektivní a může být rozdíl mezi tím, jak jednotliví respondenti vnímají sami sebe a jak opravdu zvládali zajistit si uvedené základní potřeby. Někteří si jistě ani neuvědomují, že jim například v mnohém pomáhali rodinní příslušníci, sousedé, domácí péče apod., a připadá jim, že byli docela soběstační. Služba domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem však není určena seniorům, kteří jsou schopni ještě žít ve svém přirozeném sociálním prostředí, takže už to, že respondenti jsou klienty takovýchto služeb, svědčí o tom, že měli problémy se soběstačností.

Otázkou č. 25 jsem chtěla zjistit, zda seniory vedly k odchodu i jiné důvody než neschopnost pobývat ve svém přirozeném sociálním prostředí. Nabídla jsem jim možnosti: obavy z majetkového nebo finančního zneužití, nátlak rodinných příslušníků, špatný technický stav domácnosti, uvolnění bytu pro jinou osobu a jiné, kde mohli uvést vlastní jedinečný důvod. K jednotlivým možnostem jsem přiřadila škály, aby odpovědi byly jemněji rozlišitelné. Na tuto otázku velké množství dotazovaných neodpovědělo, protože zřejmě žádný takový důvod o odchodu do pobytové sociální služby neměli. Odpovědi na jednotlivé otázky na úrovni „ano, rozhodně mě to ovlivnilo“ jsou u všech otázek přibližně ve stejném počtu, stejně jako na úrovni „ne, nijak mě to neovlivnilo“, zdá se tedy, že žádný z důvodů, které jsem uvedla v dotazníku, nebyl převažující. Možná je znepokojivé, že obavy z majetkového nebo finančního zneužití pocíťovalo rozhodně 12 osob (17,1%), ale na druhé straně vůbec tyto obavy nepociťovalo 38 osob (54,3%), což je téměř pětinašobek těch osob, které rozhodně měly obavy. Také odpověď 14 osob (19,2%), že rozhodně pocíťovali nátlak rodinných příslušníků, není zanedbatelná, ale na druhé straně s žádným nátlakem se nesetkalo 33 osob (45,2%), což je ze sociálního hlediska příznivé.

Otázkou č. 26 jsem zjišťovala, zda se senioři připravovali na stáří a pokud ano, tak jakým způsobem. Z celkového počtu odpovědí se 64 osob (78%) nijak na stáří

nepřipravovalo a 18 osob (22%) se připravovalo. Slovně uvedly 2 osoby, že se připravovaly úpravou bytu, a 11 osob uvedlo, že se připravovalo prostřednictvím spoření. Počet osob, které se na stáří nijak nepřipravovaly, je na první pohled vysoký, ale je třeba si uvědomit, že se jedná o generaci, která vyrůstala, pracovala a do důchodu šla ještě v době socialismu, takže vyrůstala v přesvědčení, že stát se o seniory postará, pak se už výsledek nezdá tak překvapivý.

Otázka č. 27 řešila způsob vyplnění dotazníků, vyplynulo z ní, že nejčastěji senioři vyplnili dotazník za pomoci referenční osoby. To s ohledem na míru soběstačnosti u jednotlivých respondentů bylo možno očekávat.

Diplomová práce v sobě přinášela velké množství omezení, zejména s ohledem na cílovou skupinu. Cílovou skupinou mého výzkumu byli senioři, což je skupina, u níž lze očekávat deficity jak psychické, tak fyzické, mohla se projevit nedůvěra, únava, neporozumění otázkám, problémy se čtením otázek, možností je mnoho. Rovněž mohl být omezující způsob, jakým jsem sestavila otázky, protože jsem se sice snažila o srozumitelnost, ale během vyhodnocování dat jsem došla k závěru, že jsem některé otázky mohla formulovat lépe. Proto získané poznatky dle mého názoru spíše přinášejí vhled do problematiky než exaktní údaje.

8 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zjistit sociální situaci a soběstačnost seniorů odcházejících do pobytové sociální služby. Výzkumný soubor tvořilo 102 seniorů z celkem tří pobytových sociálních služeb, a to dvou služeb domov pro seniory a jedné služby domov se zvláštním režimem. Jedná se o registrované sociální služby fungující na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Sociální situaci a soběstačnost jsem zkoumala prostřednictvím dotazníku pro seniory a dotazníku pro zaměstnance v přímé obslužné péči. Chtěla jsem zjistit, zda sociální situace ovlivňuje rozhodnutí pro odchod do domova pro seniory, k tomu bylo potřeba zjistit, z jakého prostředí senior do sociální služby přichází, jaká byla jeho rodinná situace, kolik měl dětí, zda nemohl situaci řešit jiným způsobem, například prostřednictvím terénních sociálních služeb. V oblasti soběstačnosti mě zajímalo, které každodenní úkony seniora v jeho domácím prostředí nejvíce omezovaly, zda ke snížení soběstačnosti došlo náhle nebo zda se snižovala postupně, zda byl seniorovi přiznán příspěvek na péči, zda se nějak připravoval na příchod stáří a zda ho k odchodu do pobytové sociální služby nevedly zcela jiné důvody.

Stanovila jsem šest hypotéz, z nichž dvě byly prokázány, jedna nebyla potvrzena a tři byly zamítnuty. Bylo prokázáno, že do pobytových sociálních služeb odcházejí senioři s vyšší mírou závislosti na péči jiné osoby, což je dobrá zpráva zejména pro poskytovatele těchto služeb, protože je tím naplňováno jejich poslání, což je poskytování svých služeb osobám, které nemohou z důvodu věku nebo zdravotního stavu zůstat ve svém přirozeném sociálním prostředí.

Dále bylo prokázáno, že do pobytové sociální služby přicházejí senioři více z nemocnic, léčen dlouhodobě nemocných a jiných sociálních služeb než z domácího prostředí. To mě přivedlo k propojení s odpovědí na otázku, zda se senioři nějakým způsobem připravovali na stáří. Na tuto otázku totiž odpověděla většina, konkrétně 78% respondentů, že se na stáří nijak nepřipravovalo. Podle mě totiž tyto dvě otázky spolu

souvisí a vedou k zamyšlení, zda by senior, který se připravoval na stáří ať už formou úspor, vhodné úpravy bytu apod. neměl větší možnost vrátit se i přes omezení v soběstačnosti zpět do své domácnosti.

Hypotéza, že klienty sociální služby jsou spíše lidé s deficitem psychickým než fyzickým, nebyla vyvrácena, ale ani potvrzena, protože průměrná hodnota odpovědí byla u obou souborů odpovědí stejná. To se mi zdá dobré pro poskytovatele, protože obě skupiny jsou vyrovnané, takže není třeba péči uzpůsobovat více klientům s deficitem psychickým nebo naopak fyzickým.

Mne osobně nejvíce překvapilo, že tzv. „existenční“ hypotéza, podle níž přicházejí senioři do pobytové sociální služby, protože nevědí o možnosti terénních sociálních služeb, se nepotvrdila. 74,2% dotazovaných seniorů uvedlo, že terénní služby nevyužívalo, a to u 57% osob proto, že je nepotřebovali nebo neměli zájem. Přitom někteří ze seniorů ve zkoumaných zařízeních sociálních služeb by podle mého mínění zvládli život ve své domácnosti, pokud by měli vhodně nastaveny terénní sociální služby. Možná se senioři rozhodují raději pro pobytovou službu, protože podpora soběstačnosti pomocí terénních služeb je řešení, které je v začátku složitější, je třeba vhodnou službu lépe vyjednat, naplánovat a v neposlední řadě i zaplatit.

Rovněž byla vyvrácena hypotéza, že senioři žijící osaměle přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby s nižší mírou soběstačnosti než senioři, kteří mají rodinu.

Stejně tak byla vyvrácena hypotéza, že senioři, u kterých dojde k náhlému snížení soběstačnosti, přicházejí do zkoumané pobytové sociální služby častěji, než senioři, u kterých se soběstačnost snižovala postupně.

Dále se mi prostřednictvím dotazníku podařilo získat data, která více přiblížila výzkumný soubor a poskytla ucelenější informace o seniorech žijících v pobytových sociálních službách.

Psaní diplomové práce mě obohatilo, nabyla jsem nové vědomosti o cílové skupině a o stáří jako takovém. Poznala jsem velké množství lidí, jak klientů sociální služby, tak zaměstnanců. Slyšela jsem různé osobní příběhy, ostatně ty jsou za každým vyplněným dotazníkem. Pro sebe jsem do budoucna pochopila, že na stáří je třeba se připravit, protože je neodvratné, a s touto přípravou nelze otálet.

Domnívám se, že cíl mé práce se mi podařilo naplnit. Moje práce může být využita jak začínajícími sociálními pracovníky, tak například studenty, kteří se ještě tolik neorientují v sociální oblasti. Oběma skupinám může posloužit jako vhled do problematiky seniorů a sociálních služeb.

9 Přílohy

9.1 Seznam literatury:

Čevela, R., Kalvach, Z., Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

ČSÚ (2014). *Věková struktura obyvatel podle dat sčítání lidu 2011* [on-line]. Dostupné 31.10.2015 z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekova-struktura-obyvatel-podle-dat-scitani-lidu-2011-57nxh52aw2>

ČSÚ (2014a). *Obyvatelstvo podle způsobu bydlení* [on-line]. Dostupné 31.1.2016 z: <https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo-podle-zpusobu-bydleni-2011-x4dkqoclsq>

ČSÚ (2014b). *Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2101* [on-line]. Dostupné 31. 10. 2015 z: https://www.czso.cz/csu/czso/ocekavany_vyvoj_poctu_obyvatel_podle_hlavnich_vekovyh_skupin_do_roku_2101

ČSÚ (nedatováno). *Průměrná měsíční výše důchodu od roku 2010* [on-line]. Dostupné 6. 12. 2015 z:

https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt-vyhledavani&filtr=G~F_M~F_Z~F_R~F_P~_S~_null_null_&verze=-1&katalog=all&nahled=N&sp=N&zo=N&vyhltext=v%C3%BD%C5%A1e+d%C5%AFchodu&pvo=SZB06D&z=T&f=TABULKA&str=v404&c=v4__RP2014MP12

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.

Gavora, P. (2010). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.

Hartl, P., Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.

Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.

Haškovcová, H. (2002). *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

Hrozenská, M., Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.

- Chráska, M. (2007). *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Kalvach, Z. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.
- Kaufmanová, P. (2004). Pohled seniorů na pečovatelskou službu. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 2, s. 95-105.
- Klvetová, D., Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Klimczuk, A. (2012). *Kapitał społeczny ludzi starych na przykładzie mieszkańców miasta Białystok*. Lublin: Wiedza i edukacja.
- Kováč, D., (2003). Quality of life: A paradigmatic challenge to psychologists. *Studia psychologica*, č. 2, s. 81
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál 2001.
- Łukaszewski, W. (2012). *Międzypokoleniowy dialog czy zderzenie pokoleń?* Kraków: (Nie)czekając na starość – Małopolski Kongres Polityki Społecznej. Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových zařízeních*. Praha: Grada Publishing.
- Marková, D. (2012). *O sexualite, sexuálnej morálke a súčasných partnerských vzťahoch*. Nitra: Garmond.
- Mátl., O., Jabůrková, M. (2007). *Kvalita péče o seniory*. Praha: Galén.
- Matoušek, O. (2007). *Sociální služby*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- Mlýnková, J. (2010). *Pečovatelsví 1. díl. Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Praha: Grada Publishing.
- MPSV. (2008). *Kvalita života ve stáří* [on-line]. Dostupné dne 31. 1. 2016 z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5045/starnuti_cz_web.pdf.
- MPSV [nedatováno]. Registr poskytovatelů sociálních služeb [on-line]. Dostupné 14. 2. 2016 z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do;jsessionid=5AE72483DB9D05886AFCF56D798E2ABC.node1?SUBSESSION_ID=1456591280223_1
- MPSV. (2012). *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017* [on-line]. Dostupné 31. 10. 2015 z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/NAP_2013-2017_070114.pdf
- MPSV. (2008). *Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012* [on-

line]. Dostupné 31. 10. 2015 z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>

MZČR. (2014). *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí* [on-line]. Dostupné 31. 1. 2016 z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5

Nakonečný, M. (1995). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.

Němečková, M. a kol. Projekce obyvatelstva ČR 2013-2100 (2013) [on-line]. Dostupné 26. 1. 2015 z: [http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/prezentace_z_tk_rok_2101_a_obyvatelstvo_cr_1/\\$File/csu_tk_projekce_prezentace1.pdf](http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/prezentace_z_tk_rok_2101_a_obyvatelstvo_cr_1/$File/csu_tk_projekce_prezentace1.pdf)

Nešporová, O., Svobodová, K., Vidovičová, L. (2008). *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV.

Průša, L. a kol. (2010). *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. Praha: VÚPSV.

Rabušic, L. (1995). *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita v Brně.

Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: Portál.

Sak, P., Kolesárová, K. (2012). *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing.

Seniordomypohoda.cz [on-line]. Dostupné 24. 3. 2016 z <http://www.seniordomypohoda.cz/>.

Sokol, R., Trefilová, V. (2008). *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI.

Topinková E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.

EU (2012). *Aktywność osób starszych i solidarność międzypokoleniowa. Statystyczny portret Unii Europejskiej* [on-line]. Dostupné 20. 2. 2016 z: http://www.mpips.gov.pl/gfx/mpips/userfiles/_public/1_NOWA%20STRONA/Aktualnosci/seniorzy/badania%20aktywne%20starzenie/1Final_statystyczny_portret_UE_pl.pdf

Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.

Venglařová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada Publishing.

Vidovičová, L., Rabušic, L. (2003). *Senioři a sociální opatření v oblasti stárnutí z pohledu české veřejnosti*. Praha: VÚPSV.

Vohralíková, L., Rabušic, L. (2004). *Čeští senioři včera dnes a zítra*, Brno: VÚPSV.

Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška č. 505/2006 Sb. v účinném znění ke dni 1.1.2007.

Výkladový sborník pro poskytovatele (2008) [on-line]. Dostupné dne 24.11.2015 z:
http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 1. 1. 2007.

Zavázalová, H., Zikmundová, K., Zaremba, V. (2004). *Terénní a zdravotnické služby pro seniory. Geriatrie a gerontologie*. Praha: Grada Publishing.

9.2 Seznam grafů, tabulek a obrázků

Tabulka č. 1: Vývoj počtu obyvatel podle věku z výsledků sčítání lidu, domů a bytů

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 3: Sociální služba

Tabulka č. 4: Rodinný stav a partnerská situace při uzavření smlouvy

Tabulka č. 5: Počet dětí

Tabulka č. 6: Sdílení domácnosti

Tabulka č. 7: Závislost na pomoci jiné osoby

Tabulka č. 8: Řízení o příspěvku na péči

Tabulka č. 9: Využívání terénních služeb

Tabulka č. 10: Důvody nevyužívání terénních služeb

Tabulka č. 11: Důvody pro využití pobytové sociální služby

Tabulka č. 12: Průběh zhoršování soběstačnosti

Tabulka č. 13: Aktuální místo pobytu před uzavřením smlouvy

Tabulka č. 13a: Jiné pobytové sociální služby

Tabulka č. 14: Omezení v oblasti chůze a pohybu

Tabulka č. 15: Problémy s přípravou stravy

Tabulka č. 16: Schopnost samostatně se najíst

Tabulka č. 17: Neschopnost obléci se a about

Tabulka č. 18: Problémy se samostatným provedením hygieny

Tabulka č. 19: Neschopnost samostatného použití WC

Tabulka č. 20: Neschopnost zvládat léčebný režim

Tabulka č. 21: Problémy se zapomínáním

Tabulka č. 22: Problémy s orientací v prostředí

Tabulka č. 23: Kontakt s rodinou a přáteli

Tabulka č. 24: Neschopnost samostatně pečovat o domácnost

Tabulka č. 25a: Obavy z majetkového a finančního zneužití

Tabulka č. 25b: Nátlak rodinných příslušníků

Tabulka č. 25c: Špatný technický stav domácnosti

Tabulka č. 25d: Uvolnění bytu pro jinou osobu

Tabulka č. 25e: Jiné důvody

Tabulka č. 26: Příprava na stáří

Tabulka č. 27a: Dotazník jsem vyplnil sám

Tabulka č. 27b: Dotazník jsem vyplnil s pomocí referenční osoby

Tabulka č. 27c: Dotazník vyplněn ze spisové dokumentace

Tabulka č. 28a: Potřeba každodenní péče a podpory

Tabulka č. 28b: Řešení bytové otázky své nebo rodiny

Tabulka č. 28c: Osamělost

Tabulka č. 28d: Pocit, že je na obtíž

Tabulka č. 29: Příspěvek na péči

Tabulka č. 30 : Soužití a míra sobětačnosti

Graf č.1: Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2101

Graf č.2: Proměny stromu života – výsledky projekce (střední varianta)

Graf č. 3: Věkové spektrum

9.3 Dotazník pro seniory

Dobrý den,

Jmenuji se Šárka Cieslarová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci. Touto formou bych Vás chtěla požádat o spolupráci a o odpovědi na níže uvedené otázky.

Dotazník je dobrovolný a anonymní a výsledky budou využity ke studijním účelům magisterské práce na téma „Sociální situace a soběstačnost seniorů odcházejících do pobytové sociální služby“.

Předem děkuji za Vaši spolupráci a ochotu.

Své odpovědi označte prosím křížkem, případně doplňte slovy.

1. Pohlaví:

- a) muž
- b) žena

2. Věk v době uzavření smlouvy:

3. Jakou službu v tomto zařízení využíváte?

- a) Domov pro seniory
- b) Domov se zvláštním režimem

4. Jaký byl Váš rodinný stav a partnerská situace při uzavření smlouvy?

- a) svobodný/á bez partnera/ky
- b) svobodný/á žijící s partnerem/kou
- c) ženatý/vdaná
- d) rozvedený/á bez partnera/ky
- e) rozvedený/á žijící s partnerem/kou
- f) vdovec/vdova bez partnera/ky
- g) vdovec/vdova žijící s partnerem/kou
- h) registrovaný/á

5. Kolik máte dětí?

6. V době bezprostředně před uzavřením smlouvy jste bydlel/a:

- a) sám/sama
- b) s partnerem/kou
- c) s dětmi nebo jinými rodinnými příslušníky
- d)

7. V době bezprostředně před uzavřením smlouvy jste byl/a závislý/á na pomoci jiné osoby:

- a) nebyl/a jsem na péči jiné osoby závislý/á
- b) lehce (I. stupeň příspěvku na péči)
- c) středně (II. stupeň příspěvku na péči)
- d) těžce (III. stupeň příspěvku na péči)
- e) úplně (IV. stupeň příspěvku na péči)

8. Bylo v době před uzavřením nebo bezprostředně po uzavření smlouvy o poskytování

sociální služby zahájeno řízení o posouzení nebo o změně výše Vaší závislosti na pomoci jiné osoby z důvodu snížení Vaší soběstačnosti?

- a) ano
- b) ne

9. Využíval/a jste některé z terénních služeb?

- a) ano
- b) ne

10. Pokud jste terénní služby nevyžíval/a, bylo to z důvodu:

- a) nepotřeboval/a jsem takové služby
- b) neměl/a jsem zájem
- c) nevěděl/a jsem o žádných terénních službách
- d) vhodná terénní služba nebyla dostupná

11. Pro pobytovou sociální službu jste se rozhodl/a, protože

- a) z nabídky dostupných sociálních služeb jste ji vyhodnotil/a jako nejvhodnější
- b) o jiných sociálních službách jste nevěděl/a
- c) jste neměl/a jinou možnost (nedostupnost jiné služby, absence rodiny...)

12. Vaše soběstačnost se snižovala

- a) postupně
- b) došlo k náhlé změně a velkému snížení soběstačnosti

13. Bezprostředně před uzavřením smlouvy jste žil/a:

- a) ve své domácnosti
- b) v domácnosti jiné osoby (rodina, přátelé), která Vám poskytovala podporu nebo péči
- c) ve zdravotnickém zařízení (LDN, nemocnice)
- d) v jiné pobytové sociální službě (uved'te, v jaké)

.....

14. Omezovaly Vás v běžném životě problémy s chůzí a pohybem?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

15. Omezovaly Vás ve fungování v domácnosti problémy s přípravou stravy?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

16. Omezovala Vás ve fungování v domácnosti neschopnost se samostatně najíst?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

17. Omezovala Vás ve fungování v domácnosti neschopnost se bez pomoci obléct a obout?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

18. Omezovaly Vás ve fungování v domácnosti problémy se samostatným provedením hygieny?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

19. Omezovala Vás ve fungování v domácnosti neschopnost samostatného použití WC?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

20. Omezovala Vás ve fungování v domácnosti neschopnost zvládat lékařem stanovený léčebný režim (podávání léků, dodržování diety apod.)?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

21. Omezovalo Vás ve fungování doma zapomínání?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

22. Omezovaly Vás při pobytu doma problémy s orientací v prostředí?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

23. Když jste byla doma, udržovala jste kontakt s přáteli, sousedy, známými, rodinou apod.?

- a) ne, kontakt jsem neudržoval/a
- b) ano, byl/a jsem v kontaktu s přáteli i s rodinou
- c) částečně, komunikoval/a jsem jen s rodinou

24. Omezovala Vás ve fungování v domácnosti neschopnost samostatně pečovat o domácnost?

- a) ne, neměl/a jsem s tím problém
- b) ano, částečně mě to omezovalo
- c) ano, velmi mě to omezovalo

25. Vedly Vás k odchodu do pobytového zařízení následující důvody? Zakroužkujte prosím na níže uvedených stupnicích, do jaké míry Vás jednotlivě vyjmenované důvody případně ovlivnily (1 = ano, rozhodně; 5 = vůbec ne):

- a) obavy z majetkového nebo finančního zneužití (půjčky, zástavy majetku apod.)

1 2 3 4 5

b) nátlak rodinných příslušníků

1 2 3 4 5

c) špatný technický stav domácnosti (např. nevyhovující koupelna, nevyhovující topení atd.)

1 2 3 4 5

d) uvolnění bytu pro jinou osobu

1 2 3 4 5

e) jiný důvod

(uved'te):.....

1 2 3 4 5

26. Přípravoval/a jste se nějak na příchod stáří? Pokud ano, jak? (např. spoření, úprava bytu...)

a) ne

b)

ano:.....

27. Dotazník jsem vyplnil/

a) sám/sama

ano, zcela

ano, částečně

ne

b) s pomocí referenční osoby

ano, zcela

ano, částečně

ne

c) byl vyplněn na základě spisové dokumentace

ano, zcela

ano, částečně

ne

Děkuji za ochotu a spolupráci.

9.4 Dotazník po zaměstnanci

Dobrý den,

Jmenuji se Šárka Cieslarová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci.

Touto formou bych Vás chtěla požádat o spolupráci a o odpovědi na níže uvedené otázky.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné a anonymní a výsledky budou využity ke studijním účelům magisterské práce na téma „Sociální situace a soběstačnost seniorů odcházejících do pobytové sociální služby“.

Předem děkuji za Vaši spolupráci a ochotu.

1. Na jaké pozici pracujete v tomto zařízení?

.....

2. Jak dlouhá je Vaše praxe v oblasti sociálních služeb?

.....

3. Co považujete za nejčastější důvod příchodu seniora do pobytové sociální služby?

Zakroužkujte prosím na níže uvedených stupnicích, do jaké míry jednotlivě vyjmenované důvody ovlivnily podle Vás seniorovo rozhodnutí (1 = ano, rozhodně; 5 = vůbec ne):

a) potřeba každodenní péče a podpory

1 2 3 4 5

b) řešení bytové otázky své nebo svojí rodiny

1 2 3 4 5

c) osamělost

1 2 3 4 5

d) pocit, že je na obtíž

1 2 3 4 5

e) jiné

.....

Děkuji Vám.