



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Sociální vyloučení jako determinanta zdraví ve stáří

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Lucie Bastlová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Sociální vyloučení jako determinanta zdraví ve stáří*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. května 2021

.....

Lucie Bastlová

Poděkování

Tímto bych velmi ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Lence Motlové, Ph.D., za její odborné vedení, cenné připomínky, rady a nesmírnou ochotu. Dále děkuji všem informantům za poskytnutí rozhovoru a jejich vstřícnost.

Sociální vyloučení jako determinanta zdraví ve stáří

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda a v jakých oblastech (sociální vztahy, zdravotní stav, občanská vybavenost, finanční situace, bydlení, aj.) čelí senioři 65+ žijící v domácím prostředí sociálnímu vyloučení. V teoretické části jsem definovala základní pojmy související s tématem bakalářské práce, které jsem rozdělila do třech částí. V první části jsem se zabývala zdravotními faktory sociálního vyloučení. V další části jsem se zabývala psychickými faktory sociálního vyloučení a ve třetí části jsem se věnovala sociálním faktorům sociálního vyloučení. V praktické části byly charakterizovány výzkumné otázky, které se týkaly příčin sociálního vyloučení u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí a aktivity, které vedou k odstranění sociálního vyloučení u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí.

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie a metoda dotazování s technikou polostrukturovaného rozhovoru. Analýza dat byla provedena metodou otevřeného kódování. Výzkumný soubor byl vybrán pomocí metody Sněhové koule a tvořilo ho sedm seniorů, kteří žili ve vlastní domácnosti v okrese Tábor. Bakalářská práce byla zpracována v souvislosti s vědeckým projektem, který byl řešen na ZSF - JU, COST LTC 18066 „Sociální vyloučení u seniorů žijících v domácím prostředí v České republice“ podpořeného MŠMT ČR v rámci programu INTER-EXCELLENCE, podprogram INTER-COST.

Z výzkumu vyplynula souvislost mezi zdravotním stavem a sociálním vyloučením, a to důvodu nepříznivého zdravotního stavu, kde senioři uváděli: zlomený obratel, artróza, fyzický úbytek sil, cukrovka, aneurysma břišní aorty a AIM. Všechny tyto zdravotní problémy ovlivňují seniory v jejich účasti v sociálním životě. Výzkum přinesl zjištění, že každý z dotázaných seniorů má určitou představu, co daný pojem znamená, a to buď „omezená účast na společenském životě, Romové, zůstanu zcela zavřená doma nebo bezdomovectví či nemožnost udržet kontakt s ostatními lidmi.“

Výsledky kvalitativního výzkumu budou sloužit jako informační materiál pro populaci seniorů, které se to zejména týká, ale také pro sociální pracovníky a širokou veřejnost.

Klíčová slova: sociální vyloučení; senior; stáří; domácí prostředí; zdraví; determinant zdraví; sociální práce

Social Exclusion as a Determinant of Health in the Old Age

Abstract

The aim of this bachelor's thesis was to find out in which areas (social relations, health status, civic amenities, financial situation, housing, etc.) seniors over the age of 65 who live in the home environment face social exclusion. In the theoretical part, I defined the basic concepts related to the topic of the bachelor's thesis, which I divided into three parts. In the first part, I dealt with the health factors of social exclusion. In the next part I dealt with the psychological factors of social exclusion and in the third part I dealt with the social factors of social exclusion. In the practical part, research questions concerning the causes of social exclusion in seniors over 65 years of age living at home and activities that lead to the elimination of social exclusion in seniors over 65 years of age living at home were set.

A qualitative research strategy was chosen for the research, a method of questioning with the technique of semi-structured interview. Data analysis was performed by open coding method. The research group was selected using a technique called "Snowball" and consisted of seven seniors who lived in their own households in the district of Tábor. The bachelor thesis was prepared in connection with a scientific project, which was solved at ZSF JU, COST LTC 18066 "Social exclusion in seniors living at home in the Czech Republic" supported by the Ministry of Education, Youth and Sports of the Czech Republic.

The research revealed a link between health status and social exclusion, due to an unfavorable health condition, where seniors reported: broken vertebra, osteoarthritis, physical loss of diabetes, diabetes, abdominal aortic aneurysm and AIM. All these health problems affect seniors in their participation in social life. The research concluded that each of the interviewed seniors has some idea of what the term means, either "limited participation in social life, Roma, staying completely locked up at home or homelessness or the inability to maintain contact with other people." The results of qualitative research will serve as information material for the elderly population, which is particularly affected, but also for social workers and the general public

.Key words: age, determinant of health, health, home environment, senior, social exclusion, social work.

OBSAH

ÚVOD	8
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	9
1.1 Stárnutí a stáří	9
1.1.1 <i>Klasifikace stárnutí a stáří</i>	11
1.1.2 <i>Tělesné změny ve stáří</i>	12
1.1.3 <i>Psychické změny ve stáří</i>	14
1.1.4 <i>Sociální změny ve stáří</i>	14
1.2 Zdraví a sociální determinanty zdraví.....	15
1.3 Sociální vyloučení u seniorů v kontextu sociální práce	21
1.3.1 <i>Politická dimenze sociálního vyloučení</i>	24
1.3.2 <i>Sociální dimenze sociálního vyloučení</i>	24
1.3.3 <i>Prostorová dimenze sociálního vyloučení</i>	25
1.3.4 <i>Faktory sociálního vyloučení</i>	26
1.3.5 <i>Prevence sociálního vyloučení</i>	26
1.3.6 <i>Sociální pracovník a sociální vyloučení</i>	32
2 PRAKTICKÁ ČÁST	34
2.1 Cíl práce	34
2.2 Hlavní a dílčí výzkumné otázky.....	34
3 METODIKA	36
3.1 Předvýzkum.....	37
3.2 Realizace výzkumu a časový harmonogram	37
3.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	38
3.4 Způsob zpracování dat a etika výzkumu	39
4 VÝSLEDKY	40
4.1 Sociodemografické údaje	40
4.2 Zdravotní faktory sociálního vyloučení	41
4.3 Psychické faktory sociálního vyloučení.....	45
4.4 Sociální faktory sociálního vyloučení.....	47
4.5 Shrnutí výsledků.....	53
5 DISKUZE	56
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62

SEZNAM PŘÍLOH.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	79

Úvod

Téma sociálního vyloučení je aktuální v rámci sociálních služeb a sociální práce, a to nejen v České republice, ale i celé Evropě. Tato bakalářská práce je zaměřena na sociální vyloučení jako determinanta zdraví ve stáří. Důvodem mého výběru tohoto tématu je volba mého budoucího povolání, protože bych po ukončení studia ráda pracovala s cílovou skupinou seniorů. Téma bakalářské práce bylo zadáno a zpracováno v souvislosti s vědeckým projektem COST LTC 18066 „Sociální vyloučení u seniorů žijících v domácím prostředí v České republice“ podpořeného MŠMT ČR v rámci programu INTER-EXCELLENCE, podprogram INTER-COST, který byl řešen na ZSF JU v období srpen 2018 až březen 2020.

Stárnutí a stáří neodmyslitelně patří k lidskému životu. Je naprosto přirozené, i když se jej mnozí lidé bojí. Pro některé seniory stáří znamená mnoho změn a více volného času, na který nebyli doposud zvyklí. Tito lidé najednou neví, jak mají s nadbytkem času naložit. Dále se to může týkat změn jejich zevnějšku, a to konkrétně vrásek, upadání očních víček, zmenšování a hrbení těla. A v neposlední řadě u těchto lidí dochází k bilancování celého života – co se jim povedlo, co naopak ne. Toto pro některé seniory může představovat hodně stresující a zatěžující životní situaci, která může vést až k depresi, a právě sociálnímu vyloučení. Právě v období odchodu do důchodu je důležité nezapomínat na své rodiče a věnovat jim dostatek času a pozornosti. Reakce na odchod do penze je u každého seniora jiná, těžko předvídatelná a nikdo neví, jak se s ní senior vypořádá, co se mu zrovna může „honit“ hlavou a jak se v této pro něho nové životní roli cítí.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí – na teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. Nejprve jsou charakterizovány pojmy související s problematikou stárnutí a stáří. Následně jsou popsány determinanty zdraví, zdraví, sociální determinanty zdraví a sociální vyloučení. V praktické části bakalářské práce jsou uvedeny cíle, hlavní a dílčí výzkumné otázky, metodologie výzkumu, charakteristika výzkumného souboru, použité metody, techniky sběru dat a způsob zpracování dat. Dále jsou zde uvedeny výsledky výzkumu i se shrnutím, diskuze a dostupná literatura. V závěru práce jsou uvedeny moje názory na sociální vyloučení, závěr práce a shrnutí celé bakalářské práce.

1 Teoretická východiska

1.1 Stárnutí a stáří

Malíková (2011) uvádí, že všichni žijeme ve společnosti, která postupně stárne. Je to nezvratný proces a ani Česká republika v tom nemá výjimečné postavení, jedná se o světový trend (Malíková, 2011). Věkové složení obyvatel se mění a vzhledem k tomu, že za poslední desetiletí došlo k navyšování poměrného podílu i absolutního počtu starších občanů, tak mluvíme o stárnutí populace (Čeledová et al., 2016). Podle Malíkové (2011) není vůbec jednoduché odpovědět si na otázku, proč vlastně stárneme. Situace zde není vůbec jednoznačná, pro stárnutí existuje široká řada teorií, které na konkrétním podkladu vysvětlují jeho důvody (Malíková, 2011). Hrozenková (2013) v následujících čtyřech větách konstatuje, že teorií ohledně stárnutí populace, jak už bylo zmíněno, je dnes nepřeberné množství, ale zatím žádná z nich nebyla přijata všeobecně. Můžeme odlišit dvě kategorie stárnutí. První je teorie z opotřebování, jež informují o stárnutí poškozenými strukturami a funkcemi lidského těla. Druhá teorie nahlíží na stárnutí a stáří jako na určitý proces vedoucí ke genetickým změnám.

Čeledová et al., (2016) pojednávají o tom, že v seniorské populaci převažují ženy – ovdovělé, osamělé. V celé populaci 65+ je žen pouze 60 %, zatímco ve věku 85+ se jedná o 72 %. Srovnáme-li ženy věku 100+, tak je poměr k mužům 4:1 (Čeledová et al., 2016). Obyvatelstvo České republiky postupně stárne a dle dlouhodobých demografických prognóz se bude počet starších jedinců navyšovat (Kalvach et al., 2014). Stárnutí populace se promítá do oblasti sociálních vztahů a rodiny, především ale do postojů společnosti ke starším lidem a ke stáří (Suchomelová, 2016). Stárnutí doprovázejí změny funkční i morfologické. S postupným narůstáním věku jedince podléhají jeho orgány změnám na úrovni tkání a buněk (Hrozenková, 2013). Dnešní senior stárne ve společnosti, jež se snaží stárnutí oddálit na neurčito nebo zcela popřít a které chybí povědomí o přirozené společenské funkci a nenahraditelnosti starších občanů (Suchomelová, 2016).

Čeledová et al., (2016) uvádějí, že stárnutí populace je způsobeno hned několika faktory. Prvním může být nízká porodnost (stárnutí relativní), druhým nízká úmrtnost (stárnutí absolutní).

Změny, které se v lidském těle odehrávají, je možno rozdělit na:

- a) **stárnutí primární** – projevuje se tělesnými změnami organismu, který stárne;
- b) **stárnutí sekundární** – změny ve stáří, které se objevují mnohem častěji, ale nejsou jeho naléhavým průvodním znakem (Hrozenská, 2013).
- c) **stárnutí terciální** – spjata s umíráním a rychlejším tělesným úpadkem v tomto období (Příbyl, 2015).

Populační stárnutí souvisí zejména se zvyšováním nákladů na sociální a zdravotní péči a zvyšováním nákladů na důchodový systém, jak zmiňuje Dvořáčková (2014). Základní příčinou stárnutí populace je dokončování demografické změny (Čeledová et al., 2016). Obavy české veřejnosti ze stárnutí populace, podporované zápornými stereotypy ve vztahu ke stáří, může vyústit až v demografickou paniku (Suchomelová, 2016).

Pokusů o vydefinování pojmů stárnutí a stáří bylo opravdu několik, z toho důvodu však proto není absolutně žádná z definic definitivní (Jarošová, 2006). Uvádí se, že existuje okolo tří set definic stáří a stárnutí (Příbyl, 2015). O tom, že stáří a stárnutí spolu úzce souvisí, svědčí i společný kořen těchto slov (Křivohlavý, 2011). Pojetí obou definic ovlivňuje i to, jak je na stáří a stárnutí nahlíženo – psychologie, gerontologie aj. (Příbyl, 2015). Stárnutí a stáří jsou v dnešní době velmi používané termíny, které jsou spjata s relevantními společenskými i osobními důsledky (Kalvach et al, 2014). Mezi autory panuje shoda, že stáří je konečná etapa života a stárnutí je fyziologický proces, kterému se nikdo nevyhne (Příbyl, 2015).

Stáří je nezbytný stav ve vývoji jedince (Nováková, 2011). Podíváme-li se do historie, tak už Aristoteles vymezil stáří jako ztrátu tepla a Hippokrates jako ztrátu vlhka (Příbyl, 2015). Je to období, které zahrnuje radost, smutek, naděje a zklamání (Ondrušová, 2011). Stáří se vyznačuje úpadkem fyzických, psychických a sociálních možností i sil (Novák, 2014). Gruss (2009) charakterizuje stáří plasticitou, proměnlivostí mezi jedinci a funkcemi a vyšší mírou biografické individuality. Sak a Kolesárová (2012) uvádějí, že stáří patří do životního období člověka, které je ohraničeno dvěma časovými body. Horní věková hranice stáří je charakterizována smrtí a dolní věková hranice je zase vymezena tím, že procesy a jevy, které stáří přináší, do života jedince vstupují postupně (Sak a Kolesárová, 2012).

Topinková (2005) konstatuje, že stáří je zatíženo polymorbiditou, vysokou nemocností, polypragmazií, zhoršením soběstačnosti a fyzické zdatnosti. Stáří ještě můžeme

charakterizovat jako poslední ontogenetické období v životě jedince (Motlová, 2016). Stáří je veliký životní mezník jedince (Balogová, 2011). Jedná se o období, které ukončuje život osobnostně, spirituálně, duševně a tělesně (Čeledová et al. 2016). V neposlední řadě stáří odráží celý náš život (Zavázalová et al., 2008).

Stárnutí je proces, který začíná narozením (Nováková, 2011). Rozumí se tím souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho vyšší zranitelnost, a úbytek výkonnosti a schopností člověka, které vrcholí v terminálním stadiu a ve smrti (Langmeier a Krejčířová, 2006). Stárnutí představuje dynamický a komplexní proces, který zahrnuje procesy tělesného, psychologického i sociálního charakteru (Sýkorová, 2007). Stárnutí je všestranný, avšak druhově specifický biologický proces (Topinková, 2005). Je to naprosto přirozený, oprávněný jev, který je charakteristický pro všechny živé organismy (Špatenková a Smékalová, 2015). Stárnutí postihuje různým tempem téměř všechny orgány, které ztrácí svojí funkční rezervu (Topinková, 2005). *Stárnutím se rozumí děj, proces, obrazně řečeno: plynutí vody od pramene k moři* (Křivohlavý, 2011, s. 17).

Je to dynamický proces, který je spjat s involučními změnami a mluví se o vzájemně propojených procesech tělesného, psychologického a sociálního stárnutí (Příbyl, 2015). Jedná se tedy o specifický biologický proces, který je nezvratný, neopakuje se a nezanechává žádné trvalejší stopy (Hrozenková, 2013). Nemoci v dětském i pozdějším věku pravděpodobně stárnutí urychlují a přispívá k němu i špatná životospráva a kouření (Langmeier a Krejčířová, 2006). Stárnutí je zcela individuální věc, ovlivňují ho genetické, biologické, výchovné a sebevýchovné aspekty a mezilidské vztahy v sociálním prostředí (Klevetová, 2017). Dále se stárnutí charakterizuje jako proces funkčních a strukturálních změn organismu, ale i celkovým poklesem výkonnosti a schopnosti osobnosti (Hrozenková, 2013). Celý proces stárnutí se může ve vysokém věku zpomalovat či stagnovat a projevuje se snížením reprodukce a zvýšeným rizikem úmrtí (Gruss, 2009).

1.1.1 Klasifikace stárnutí a stáří

Průběh života je periodizován různými způsoby a způsobů kategorizace stáří a stárnutí existuje nepřeberné množství (Jarošová, 2006). Lidský věk byl pokaždé určitým způsobem členěn a dříve se období stáří nazývalo jako třetí věk (Haškovcová, 2012). Různé odborné literatury se rozcházejí i v rozdělení periodizace stáří (Příbyl, 2015).

Nováková (2011) podle Světové zdravotnické organizace rozlišuje stárnutí a stáří na tři jednotlivé období:

- a) stárnutí (60–74 let);
- b) vlastní stáří (75–89 let);
- c) stařeckost (nad 90 let je už pak dlouhověkost).

Současná gerontologie užívá členění, které navrhla Neugartenová (1966):

- a) mladí senioři (65–74 let);
- b) staří senioři (75–84 let);
- c) velmi staří senioři (85 let a výše).

V anglosaské literatuře se pak třetí fáze života jedinců dělí na dvě části, a to na young-old a pak old-old, tzn. mladší jedinec staršího věku a starší jedinec staršího věku (Křivohlavý, 2011). Příbyl (2015) ještě uvádí oldes-old nebo very-old, což jsou velmi staří senioři. K členění dle anglosaské literatury se v dnešní době přiklání většina autorů (Příbyl, 2015).

1.1.2 Tělesné změny ve stáří

Křivohlavý (2011) uvádí, že se stárnutím občanů je v našem povědomí mnohdy spojována představa negativních projevů. Ty jsou spjaty s vnějším vzhledem, zdravotním stavem, sociální péčí o starší obyvatelstvo nebo ekonomickou úrovní života (Křivohlavý, 2011). Nováková (2011) zmiňuje, že změny během stárnutí jsou výsledkem biochemických procesů, které jsou zakódovány v DNA molekule a probíhají u každé osobnosti zcela individuálně. Ve stáří postupně dochází k přeměně některých potřeb, především potřeb psychických a biologických (Hauke, 2014). Biologické projevy ve stáří se současně prolínají i se sociálními projevy (Čeledová et al. 2016). Tělesné stáří je geneticky daným programem, který se vyznačuje involučními změnami – jako příklad můžeme uvést atrofii nebo změny adaptačních a regulačních mechanismů (Žumárová, 2012). Klevetová (2017) pojednává o tom, že tělesné stárnutí vymezuje takové změny organismu, které se uskutečňují na fyziologické úrovni. Tyto změny se týkají orgánů a tkání, ty však neprobíhají u každého člověka zcela stejně, jsou určeny životním stylem a dědičnými dispozicemi (Klevetová, 2017). Tělesné projevy ve stáří jsou nápadné, jedná se například o nižší odolnost k infekcím, zvyšující se sklon k nádorovým onemocněním a pomalejší hojení ran (Langmeier a Krejčířová, 2006). Již okolo 25–30 let života

můžeme vyzorovat malý, ale postupný pokles výkonnosti duševních i fyzických sil (Příbyl, 2015).

Tělesné projevy stárnutí zahrnují průběh tělesných změn u stárnoucího organismu a změny probíhají u každého člověka jinou rychlostí a s různou intenzitou (Malíková, 2011).

U tělesného stárnutí se mluví o imunologických změnách, o vyčerpání buněčného systému a o změně funkce thymu (Křivohlavý, 2011). Nováková (2011) popisuje změny týkající se zhoršené funkce orgánů, které se objevují u jednotlivých systémů, jako je srdečně-cévní systém, dýchací systém, trávicí systém, vylučovací systém, nervový systém a reprodukční systém. Ubývá svalové a kostní hmoty, klesá svalová síla, kosti jsou mnohem křehčí a snadno se zlomí (Nováková, 2011). Kůže se ztenčuje a jsou patrné vrásky (Příbyl, 2015). Dále je patrné vysušování kůže, šedivějící vlasy, změny postavy a chůze (Příbyl, 2015). Objevuje se snížení odolnosti vůči zátěži a adaptačních schopností a dále zhoršování smyslů (Ondrušová, 2011).

Konkrétně u poruchy sluchu dochází ke špatnému vnímání vyšších tonů a objevuje se zvýšená citlivost na šumy (Příbyl, 2015). Je to nejčastější sensorická porucha, která má invalidizující potenciál a vyskytuje se častěji u mužů (Topinková, 2005). U zraku dochází k horšímu přizpůsobení se tmě a světlu (Příbyl, 2015). Jedná se o častou příčinu disability ve stáří (Topinková, 2005). Poruchy sensorické percepce mnohdy ztěžují dostupnost komunikace s dalšími lidmi, a to může mít za následek nejistotu, úzkost (Langmeier a Krejčířová, 2006). Zhoršuje se paměť, zejména v případě nových prožitků, kdežto zážitky minulé (z dětství) zůstávají po většinou v paměti dobře uchovány (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Postupně se začínají objevovat chronické obtíže, které se mohou i zhoršovat a ovlivňovat kvalitu života (Špatenková a Smékalová, 2015). Žumárová (2012) uvádí, že změny způsobené stárnutím se projevují nestejně a v různých obdobích a v různých částech těla. Rozsah těchto změn, ke kterému u osob v určitém časovém období dochází, je zcela odlišný (Žumárová, 2012). Všechny tyto výše uvedené morfologické a funkční projevy mají vliv na chování daného seniora, ale i na jeho vzhled (Dvořáčková, 2012). Začíná se objevovat introvertní chování a senior se mnohem více zaobírá sám sebou, svými tělesnými orgány a jejich funkcemi (Dvořáčková, 2012).

1.1.3 Psychické změny ve stáří

Stejně jako dochází k biologickým změnám, tak se mění i psychika jedince (Jarošová, 2006). Psychické stárnutí se dá charakterizovat jako zpomalení psychomotorického tempa, potřebou přijetí nové role a změnou kognitivních funkcí (Ondrušová, 2011).

Malíková (2011) konstatuje, že kromě událostí patologického stárnutí není vůbec žádný důvod, aby psychické změny nějak významně negativně ovlivnily kvalitu života starého jedince. Do psychologického stárnutí můžeme zařadit všechny změny psychiky, které se s se zvyšujícím se věkem objevují čím dál tím častěji (Jarošová, 2006). V osobnostních rysech a v psychické oblasti by nemělo i přes narůstající věk dojít k zásadním změnám (Malíková, 2011).

Staří lidé se mohou cítit nejistí při kontaktu s cizími lidmi anebo v neznámém prostředí (Žumárová, 2012). Mezi nejdůležitější psychické změny patří snížené sebehodnocení a pocity zbytečnosti (Nováková, 2011). Může se objevit podezíravost, nedůvěra a nechut' k novým věcem (Žumárová, 2012). Hodně se věnují vzpomínkám a mění se jim priority v oblasti potřeb, cílů i hodnot (Nováková, 2011). Do psychických změn Ondrušová (2011) dále zařazuje strach, poruchy chování a úzkosti. V ojedinělých případech mohou tělesné (biologické) změny vést až k intelektovým změnám (Malíková, 2011).

1.1.4 Sociální změny ve stáří

Jedinec je na společnosti závislý tvor, a proto jeho život ovlivňují i sociální faktory (Žumárová, 2012). Sociální změny ve stáří provází několik velikých změn (Jarošová, 2011). Dvořáčková (2012) uvádí, že poslední desetiletí je dáváno do souvislosti s dynamickými změnami a rozvojem ve všech oblastech. Z toho důvodu lze předpokládat, že sociální situace seniorské populace bude dána úrovní připravenosti na tyto dané změny (Dvořáčková, 2012). Sociální změny zahrnují vzájemné vztahy mezi seniorem a společností a jeho postoje k okolí (Ondrušová, 2011).

Důležitou změnou je odchod do důchodu, kteří hůře snášejí muži bez koníčků (Malíková, 2011). Zanikají přátelství, pracovní vztahy, senior se snaží hledat nové uplatnění (Nováková, 2011). S ukončenou pracovní rolí se snižuje společenská prestiž a autorita (Jarošová, 2006). Senior se musí vypořádat se změnou sociálních rolí, ale jiné role naopak zase získává, např. roli dědečka nebo babičky (Špatenková a Smékalová, 2015). Zhoršuje se finanční situace, objevují se pocity osamělosti, strachu ze stárnutí a nesoběstačnosti

(Malíková, 2011). Žumárová (2012) uvádí, že míra sociální izolace hodně souvisí s tím, zda má senior partnera, děti, vnoučata, přátele, zda má nějaké zájmy a je soběstačný.

Z toho důvodu je důležitá adaptace a příprava na stáří (Žumárová, 2012). Ve okamžiku odchodu člověka do důchodu se mění jeho společenská role a přikládá se mu role – nemít roli (Dvořáčková, 2012). Sociální kontakty seniorů postupně ubývají – kamarádi jsou nemocní nebo umírají, takže jejich sociální kontakt probíhá především v rámci rodiny, kde se cítí být jistí (Špaténková a Smékalová, 2015). Někteří senioři trpí pocitem ztráty příslušnosti k širší společnosti, cítí se vyřazení, a to vede k nižšímu sebevědomí (Žumárová, 2012). Obecně však můžeme shrnout, že sociální změny ve stáří velmi úzce souvisí s osobním postojem jedince ke stáří a stárnutí a se společenskou situací (Suchomelová, 2016).

1.2 Zdraví a sociální determinanty zdraví

Nováková (2011) konstatuje, že pojem „zdraví“ je dnes používán velmi často a mluví se o něm při jakýchkoliv událostech. Pokud jedinec přikládá něčemu prioritu ve svém osobním životě, pak vysloví slovo „zdraví“. Zdraví se týká každého z nás a je pro nás velmi důležité co do kvality života. Udržení si zdraví je ovlivněno i tím, jak je jedinec schopný si získat potřebné informace. Marková (2012) uvádí, že zdraví se za posledních několik let mnohem více posunulo v žebříčku základních hodnot, a to hned na první místo. Zdraví je elementární ekonomickou a společenskou hodnotou (Němeček et al., 2014). Je součástí základní lidské potřeby a pokud tato potřeba není uspokojována, je jedinec nespokojený a má pocity prázdnoty (Mastiliaková, 2014). Ke zdraví nemůžeme přistupovat jako k izolovanému jevu, protože jeho kvalita je pokaždé výsledkem interakcí jedince s prostředím, ve kterém žije (Kebza, 2005). Pro každého člověka znamená zdraví něco jiného (Nováková, 2011). Jeden z důležitých kroků v podpoře zdraví je poznání všech klíčových faktorů, které jej ovlivňují (Marková, 2012).

Za poslední dvě desetiletí mnoho autorů zdůraznilo význam a důležitost sociálních determinant zdraví (Ratcliff, 2017). Sociální determinanty zdraví jsou takové podmínky, do kterých se lidé rodí, ve kterých rostou, žijí, pracují a stárnou (Čeledová et al., 2016). Toto prostředí je utvářeno zejména ekonomickými a sociálními podmínkami, kdy špatné sociální podmínky mohou být příčinou nemocí předčasného úmrtí (Brabcová a Vacková, 2013). Tyto podmínky mají vliv na jedincovo zdraví, ovlivňují míru rizika jeho onemocnění i délku života (WHO, 2019).

Sociální determinanty zdraví souvisí se způsobem života občanů, sociálních vrstev a lidských komunit (Janečková a Hnilicová, 2009). Janečková a Hnilicová (2009) dále uvádějí, že vzdělání, zaměstnanecká pozice, příjem, úroveň bydlení, lokalita bydliště, sociální změny a existence sociálních opor mohou být zdrojem rizik, která se projeví v rozdílech ve zdraví různých sociálních skupin a vrstev.

Holčík (2014) konstatuje, že sociální rysy determinant zdraví připomínají, že je dobře, pokud se každý člověk stará sám o své zdraví, ale že pouze toto nestačí. Každý žije v určitém společenství a má odpovědnost za sebe, za své blízké i celou společnost. Pojetí sociálních determinant zdraví je v současnosti velmi aktuálním tématem, o kterém se hojně diskutuje a které určuje priority zdravotní politiky mnoha zemí na celém světě (Brabcová a Vacková, 2013).

Sociální determinanty zdraví jsou do určité míry zodpovědné za zdravotní rozdíly, které jsou odstranitelné a nespravedlivé a které jsou uvnitř zemí, ale i mezi státy (Čeledová et al., 2016). Sociální determinanty zdraví se také mohou záporně promítat do života jedinců (Urban, 2016). Důležitost sociálních determinant zdraví je charakteristická tím, že ovlivňuje zdraví jedinců a má zprostředkovaný vliv na rozhodování a jednání lidí, na možnost jejich volby, na jejich životní záměry, které pak působí na osobní volbu životního stylu a ovlivňují stárnutí i kvalitu života ve stáří (Čeledová et al., 2016). Wilkinson a Marmot vymysleli deset sociálních determinant zdraví – sociální gradient, dětství, práce, nezaměstnanost, výživa, stres, závislosti, sociální opora, doprava a sociální vyloučení. Všechny tyto determinanty se v posledních letech ukazují jako velmi důležité (Čeledová a Čevela, 2010).

a) Sociální gradient

Slovo „gradient“ znamená, že nejde o rozdíl mezi nejchudšími a nejbohatšími, ale že kvalita zdraví jedince je přímo úměrná jeho sociální situaci (Holčík, 2014). Sociální gradient dopadá na celou naši společnost, protože sociální i materiální ukazatele mají vliv na výskyt úmrtí a nemocnosti mezi nejrůznějšími sociálními skupinami (Čeledová a Čevela, 2010). Ve snaze snížit nepříznivý vliv sociálních rozdílů na zdraví jedinců, hrají důležitou roli opatření, která se týkají zaměstnání, vzdělání a bydlení (Holčík, 2014).

Je dokázáno, že chudší lidé se dožívají nižšího věku a jsou mnohem více nemocní, než lidé bohatí, proto je důležité podporovat důležitost sociálního gradientu (Čeledová a Čevela, 2010).

b) Dětství

Nevhodné návyky ve vztahu ke zdraví získané během dětství vedou ke zdravotním obtížím v dospělosti (Čeledová a Čevela, 2010). Jedinec nedokáže ovlivnit prostředí, do kterého se narodí a jehož důsledky jej ovlivňují po celý zbytek jeho života (Holčík, 2014). Nedostatečné emoční zázemí v rodině vytváří základ nezdravého lidského potenciálu (Čeledová a Čevela, 2010).

c) Práce

Pocit dobře vykonané práce, který je pro naše zdraví nesmírně důležitý, není jen spjat se zaměstnáním, protože i senioři mohou zažívat radost při péči o vnoučata (Holčík, 2014). Čeledová a Čevela (2010) uvádí, že nejistá nebo neuspokojující práce má úplně stejně nepříznivé dopady na zdravotní stav jedinců stejně jako nezaměstnanost (Čeledová a Čevela, 2010). Být zaměstnán je pro zdravotní stav člověka přínosnější než být bez práce (Wilkinson a Marmot, 2005). Pro udržení si dobrého zdraví je velmi důležité mít zajímavou práci, která umožňuje další rozvoj (Holčík, 2014). Stres na pracovišti má dopad na zdravotní stav člověka (Čeledová a Čevela, 2010).

d) Nezaměstnanost

Jedná se o nepříznivý důsledek psychologických a finančních problémů (Holčík, 2014). Nezaměstnanost představuje zdravotní riziko, které je vyšší v těch regionech, kde je vysoká míra nezaměstnanosti (Čeledová a Čevela, 2010). Opatření týkající se nezaměstnanosti by se prevence pracovní nezaměstnanosti, rozšíření možností najít si vhodné zaměstnání a omezení nepříznivého důsledku nezaměstnanosti (Holčík, 2014). Zdravotní důsledky nezaměstnanosti úzce souvisí s psychickými a finančními i problémy (Brabcová a Vacková, 2013). Nezaměstnanost naruší dosavadní životní rytmus, může se objevit pocit promarněného času a prázdnoty (Holčík, 2014). Holčík (2014) ještě dále uvádí, že právě proto je důležité naplnit svůj čas aktivitou, která by odpovídala schopnostem a umožnila tak zažít pocit dobře prožitého času. Nezaměstnanost má negativní vliv na nezaměstnaného člověka, ale i na jeho rodinu (Wilkinson a Marmot 2005).

e) Výživa

Vhodné stravovací návyky mají důležitý význam pro dobře fungující zdraví (Čeledová a Čevela, 2010). Holčík (2014) uvádí, že nevhodná strava ohrožuje seniory, jedince s nízkými příjmy a nezaměstnané. Nadbytek či nedostatek potravin nebo špatné složení

potravy se promítne do zdravotních komplikací či do předčasného úmrtí (Čeledová a Čevela, 2010). Velmi nežádoucím jevem u některých seniorů je ten, že mají nízké sebevědomí a mají dojem, že už na nich nezáleží (Holčík, 2014). Je chybou, když jsou senioři kvůli okolnostem nuceni hodně šetřit na stravě a jsou nuceni kupovat pouze jednotvárnou stravu (Holčík, 2014). V Evropě se změnila stravovací návyky v extrémní spotřebu energeticky hodnotných jídel a tím pádem se navýšil výskyt obezity (Čeledová a Čevela, 2010).

f) Stres

Stres je vysoká, mnohdy až nadlimitní zátěž, která působí na psychiku člověka (Haškovcová, 2012). Stres je reakcí organismu na stresový podnět (Šamánková et al., 2011). Krátkodobý stres je nepříjemný, ale po odeznění opět přichází pocit pohody a klidu (Haškovcová, 2012). Stresující podmínky, které jedinci dlouhodobě zažívají, zvyšují úzkost vedoucí k pocitům, se kterými se nedokáží vyrovnat (Čeledová a Čevela, 2010). Nepříznivý vliv na zdraví má déletrvajícím pocitem méněcennosti a úzkost (Holčík, 2014). Nejistota, úzkost a sociální izolace mají obrovský vliv na celé zdraví člověka (Wilkinson a Marmot, 2005). Psychosociální rizika se během života hromadí, což zvyšuje pravděpodobnost duševních a fyzických onemocnění (Čeledová a Čevela, 2010). K nejsilnějším stresorům patří ztráta blízké osoby, avšak pozitivně založené osoby se s takovýmto stresem vyrovnají (Holčík, 2014). Holčík (2014) ještě uvádí, že řešení stresových situací není vůbec snadné a neexistuje na ně jednotný návod (Holčík, 2014).

g) Závislost

Lidé mohou být závislí na omamných látkách, alkoholu a hracích automatech (Haškovcová, 2012). Závislosti na užívání drog, pití alkoholu, kouření nebo lécích jsou spojeny s ekonomickým a sociálním znevýhodněním a poškozením zdraví (Čeledová a Čevela, 2010). Haškovcová (2012) sděluje, že u dnešních seniorů se nejvíce objevuje závislost na tabáku a alkoholu. Závislosti se nedají řešit jen tím, že dotyčné osobě pomůžeme, aby se návyku zbavila, ale důležité je věnovat pozornost příčinám vzniku závislosti (Holčík, 2014). Kterékoliv forma závislosti je škodlivá pro zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

h) Sociální opora

Kebza (2005) uvádí, že sociální opora byla jedním z prvních faktorů, který byl identifikován jako faktor moderující vliv nepříznivých životních událostí na zdraví

a psychickou pohodu jedince. Sociální opora je tvořena sociálními vztahy, díky nimž jedinec v případě potřeby získá podporu, péči a pomoc (Mandincová, 2011). Čeledová a Čevela (2010) pojednávají o tom, že dobré sociální vztahy a sociální opora velmi významně přispívají ke zdraví. Na sociální oporu můžeme nahlížet i z organizačního hlediska jako na poskytování souboru potřebných a důležitých informací, díky kterým mají lidé v zaměstnání pocit, že jim spolupracovníci věnují kolegiální pozornost a že jsou zapojeni do sítí vzájemných vztahů (Paulík, 2017).

Dobrá sociální opora pomáhá zvládnout stres (Holčík, 2014). Holčík (2014) dále uvádí, že další studie zase potvrzují, že pacienti, které v nemocnici nikdo nenavštěvuje, se uzdravují hůře než ti, za kterými pravidelně chodí rodina. Sociální opora působí v rovině individuální a sociální (Čeledová a Čevela, 2010). Sociální opora má mimo jiné pozitivní vliv na lidskou adaptaci (Paulík, 2017). Dobře fungující vztahy v rodině jsou zárukou sociální opory (Holčík, 2014). Jedinci, kterým chybí emocionální a sociální opora, více trpí psychickými a zdravotními problémy (Čeledová a Čevela, 2010). Sociální opora navozuje pocit bezpečí, odstraňuje bezmoc a pomáhá čelit pesimismu (Holčík, 2014).

i) Doprava

Možnost dojíždět za prací vlastním dopravním prostředkem zvyšuje pracovní mobilitu a pravděpodobnost získání pracovního místa (Brabcová a Vacková, 2013). Dopravou se zde chápe taková doprava, která podporuje zdraví a sociální kontakty (Čeledová a Čevela, 2010). S ohledem na zdraví člověka je vhodné doporučovat déle trvající pravidelnou chůzi (Holčík, 2014). Do zdravé dopravy můžeme zařadit jízdu na kole, chůzi a používání veřejné dopravy (Čeledová a Čevela, 2010). Je žádoucí omezit automobilovou dopravu, rozšířit více turistiku a budovat veřejnou dopravu (Holčík, 2014). Senioři jsou do určité míry odkázáni na veřejnou dopravu, proto jsou zaváděny bezbariérové dopravní spoje a jsou nabízeny slevy (Holčík, 2014). Čím více jsou jedinci závislí na dopravních prostředcích, tím více se zvyšuje sociální izolace (Čeledová a Čevela, 2010).

j) Sociální vyloučení

O sociálním vyloučení bude samostatně pojednáno v kapitole 1.3.

1.2.1 Definice zdraví

Definovat zdraví není vůbec jednoduché (Machová et al., 2016). Jeho definice se neustále měnila v průběhu společenského vývoje (Nováková, 2011). Na začátku převažoval pouze

biologický pohled na zdraví, pak to byl pohled sociální, a ještě později bylo na zdraví nahlíženo ve smyslu psychologickém (Šťastný, 2006). Mnohdy to, co hodnotí senior ještě jako zdraví, mladý člověk pokládá za nemoc, proto se definice zdraví stanovuje obtížně (Velemínský et al., 2012). Zdravím se rozumí zdravotní stav obyvatel a jeho skupin (zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů). Pohled na definici zdraví se zaobírá dvěma směry, a to na hodnocení potenciálu zdraví a pak na sledování či odhalování determinant zdraví (Šťastný, 2006).

Zdraví je pokládáno za jednu z nejvýznamnějších životních hodnot každé osobnosti a v celé lidské historii je ve srovnání s dalšími hodnotami dáváno na přední místo (Čeledová a Čevela, 2010). Zdraví můžeme chápat jako dynamický proces vzájemného působení determinant zdraví a potenciálu zdraví, jehož důsledkem je vymizení či vznik poruchy zdraví (Šťastný, 2006). Nováková (2011) sděluje, že zdraví je předpokladem kvalitního, plnohodnotného života a ze začátku se na něj nahlíželo jako na zdraví těla. Poté bylo zdraví vnímáno jako schopnost zcela normálního zapojení se do společnosti a mnohem později bylo chápáno jako subjektivní pocit (Nováková, 2011). Čeledová a Čevela (2010) v následujících třech větách uvádí, že zdravím se rozumí prostředek k dosažení určitého cíle. Jedinec o něco usiluje a chce něčeho dosáhnout. Aby toho však dosáhl, tak potřebuje, aby byl zdravý a jeho zdravotní stav byl uspokojivý. Zdraví má hned několik aspektů, jejichž důležitost se mění s historickým vývojem společnosti, ale i během ontogenetického období, a závisí na ekonomice, kultuře a sociálních podmínkách (Machová et al., 2016).

1.2.2 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou takové faktory, respektive podmínky a příčiny, jež celkově působí na zdraví člověka (Čeledová, Čevela, 2010). Determinanta je buď činitel anebo složka (Haškovcová, 2012). Determinanty mají usměrňující a rozhodující vliv (Nováková, 2011). Zdraví jedinců je složitě determinováno účinkem různých faktorů (Machová et al., 2016). Determinanty, které ovlivňují zdraví jedince, jsou životní styl, dědičný základ a životní prostředí (Nováková, 2011). Čeledová a Čevela (2010) uvádějí, že dílčí faktory mohou působit na zdraví jedince zprostředkovaně, anebo přímo, ale pokaždé se vzájemně ovlivňují. Působení faktorů na osobnost člověka může být bionegativní, což znamená, že vyvolávají nemoc a oslabují zdraví, ale také biopozitivní, ty zase posilují a chrání zdraví (Čeledová a Čevela, 2010). Determinanty zdraví jsou

takové faktory, které mají buď kladný nebo negativní vliv na samotné zdraví jedinců (Němeček et al., 2014). V souvislosti se zdravím člověka pak determinanta znamená, že jsou ve státním i nadnárodním ukazateli sledovány ty činitele, které mají důležitý význam pro zdravotní stav populace a které mohou vládu ovlivnit natolik, aby nežádoucí jevy bylo vůbec možné zmírnit (Haškovcová, 2012). Jeden z nejdůležitějších determinantů zdraví je životní styl, který má výrazný dopad na zdraví člověka, protože odráží vykazované chování, které se zdravím souvisí (Dosedlová et al., 2016).

Do základních determinantů socioekonomického statusu můžeme zařadit dosažené vzdělání, zaměstnání a příjem (Brabcová a Vacková, 2013). Ty determinanty zdraví, jež působí zátěžově na organismus, jsou nazývány stresory (Šťastný, 2006). Determinanty zdraví se mohou během života za přispění vlastního úsilí měnit (Dosedlová et al., 2016). Celý komplex determinant je ve svých elementárních dimenzích hodně proměnlivý a složitý (Marková, 2012).

Nováková (2011) rozlišuje vnitřní a vnější determinanty zdraví z hlediska jejich ovlivnitelnosti:

- a) **vnitřní determinanty** jsou genetické determinanty, které zahrnují věk, pohlaví a genetické dispozice;
- b) **vnější determinanty** zahrnují životní styl, životní podmínky a životní prostředí.

Další dělení můžeme vymežit podle Šťastného (2006), který determinanty zdraví rozděluje následovně:

- a) **přímé** – jedná se o takové determinanty zdraví, které přímo působí na lidský orgán (genetický základ, životní prostředí, životní styl a zdravotnictví);
- b) **nepřímé** – nepůsobí přímo na organismus, ale i tak mají vliv na zdravotní stav obyvatel (sociální prostředí, role jednotlivce, sociální stratifikace, demografická situace, politicko-ekonomický systém a kulturní tradice).

Holčík (2014) uvádí, že determinanty zdraví se občas rozdělují na chemické, fyzické, biologické a sociální. Vzhledem ke skutečnosti, že občané spolu žijí ve společenství, můžeme všechny čtyři determinanty označit za sociální (Holčík, 2014).

1.3 Sociální vyloučení u seniorů v kontextu sociální práce

V poslední době je sociální vyloučení velmi aktuální téma (Haškovcová, 2012). Koncept sociálního vyloučení ovládl na konci 90. let diskurz sociální politiky v České republice i Evropské unii (Mareš, 2006). Sociální vyloučení se vztahuje k dynamickému procesu

buď úplného, nebo částečného vyloučení ať už ze sociálních, politických, ekonomických nebo kulturních systémů, které předurčují sociální integraci jedince do společnosti (Sheppard, 2006). Sociální vyloučení je možné vymezit jako multidimenzionální problém (Kajanová, 2017 c). Je to proces, během něhož jsou jednotlivci nebo skupina vytěsněni na samotný okraj společnosti a je jím ztížen nebo omezen přístup k příležitostem a ke zdrojům, které jsou jinak běžně dostupné ostatním jedincům společnosti (Čeledová et al., 2016).

Backwith (2015) uvádí, že sociální vyloučení je spojeno s hlubokými sociálními změnami včetně rostoucího konzumerismu, individualismu a členění komunity. Na rozdíl od často diskutovaného sociálního vyloučení romské populace v ČR, není sociální vyloučení seniorů dostatečně diskutováno a zpracováno (Dvořáčková, 2014). Sociální vyloučení (vytěsňování, exkluze) se velmi rychle stalo součástí slovníku nejen antropologů, sociálních pracovníků, sociologů, ale také laické veřejnosti (Toušek, 2007). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje sociální vyloučení jako vyčlenění jedince mimo život společnosti, do něhož je naprosto nemožné se jakkoliv zapojit, a to v důsledku seniorovy špatné situace. Je to proces, ve kterém se společnost nápadně polarizuje (Mareš, 2007).

Sociální vyloučení je spjato s nedostatkem sociálních kontaktů (Stephoe et al., 2013). Steptoe et al., (2013) ještě doplňuje, že tento problém se týká především lidí ve starším věku, kdy se snižují finanční zdroje, mobilita a v důsledku úmrtí vrstevníků postupně dochází k omezení sociálních kontaktů. Dále se to dá vymezit jako nepřetržitý společenský fenomén a jeho řešení si vyžaduje komplexní přístup (Čeledová et al., 2016). Senioři, kteří žijí v domovech pro seniory, může trápit syndrom uzavřené komunity (Haškovcová, 2012). Navíc dochází k narušení důvěrné lidské blízkosti a postupně se snižují komunikační činnosti (Čevela et al., 2012). Někteří jedinci mohou mít potíže se získáním bydlení nebo mohou mít stížený přístup ke zdravotní péči (Haškovcová, 2012). Můžeme tedy říci, že se jedná o nerovné šance v nejrůznějších oblastech života jedinců (Kajanová, 2017 c).

Proces sociálního vyloučení se týká celé společnosti a jedním z jeho záporných rysů je nepřetržitě narušení společenské soudržnosti (Čeledová et al., 2016). Steptoe et al., (2013) uvádí, že sociálně vyloučené osoby mají vyšší riziko vzniku srdečně-cévních infekčních onemocnění. Sociální vyloučení jde také ruku v ruce se zvýšenými metabolickými

reakcemi na stres a vyšším krevním tlakem (Steptoe et al., 2013). Čeledová a Čevela (2010) uvádí, že čím delší dobu jedinec žije ve znevýhodněných poměrech, tak tím se navyšuje pravděpodobnost, že nemoc vznikne. Míra sociálního vyloučení je ovlivněna rozdílnými regionálními přístupy k jejich řešení i mírou rozvinutí jednotlivých regionů ČR (Čeledová et al., 2016). Dvořáčková (2016) uvádí, že u přesného vymezení sociálního vyloučení je mnoho otázek nezodpovězeno. Strategie boje proti sociálnímu vyloučení 2016–2020 se zaměřuje na eliminaci a řešení sociálního vyloučení (Čeledová et al., 2016). Osamělost a sociální vyloučení seniorů vede k daleko vyšší mortalitě (Perissinotto et al., 2012). Pocit zoufalství a nouze je spojen se sociálním vyloučením (Holčík, 2014). Nováková (2011) konstatuje, že sociální izolace může také zkracovat život.

1.3.1 Druhy sociálního vyloučení

Jednotlivé dimenze sociálního vyloučení jsou popsány v níže uvedených podkapitolách 1.3.2, 1.3.3, 1.3.4 a 1.3.5.

1.3.2 Ekonomická dimenze sociálního vyloučení

Sociální vyloučení ve stáří souvisí s rostoucími hospodářskými nerovnostmi v Evropě. Špatné materiální podmínky se u mnoha starších lidí projevují ve všech oblastech sociálního vyloučení (Ogg et al, 2020). Finanční a materiální zdroje jsou důležité k uspokojování lidských potřeb, jestliže člověk tuto možnost nemá, tak je snížena jeho životní úroveň, kvalita života a může dojít k deprivaci, frustraci anebo ke stresu (Šamánková, 2011). Ekonomická složka sociálního vyloučení je příčinou a zároveň důsledkem chudoby a zahrnuje vyloučení ze životního standardu a životních šancí ve společnosti (Mareš, 2006). Ne všichni chudí občané musí být sociálně vyloučení, ale na druhou stranu, ne všichni sociálně vyloučení občané musejí být chudí (Mareš a Sirovátka, 2008). U ekonomického vyloučení se nejčastěji setkáváme se znevýhodněním na pracovním trhu (Sýkora a Temelová, 2005). Brož et al. (2007) sdělují, že uzavřený přístup na trh práce není důsledkem nedostatku pracovních nabídek nebo diskriminací, ale i ztrátou pracovních návyků nebo zvýšenou mírou zadluženosti. Ekonomické vyloučení se ve stáří neomezuje jen na důchodové reformy, ale musíme jej chápat jako celoživotní proces (Ogg et al, 2020).

1.3.1 Politická dimenze sociálního vyloučení

Politické vyloučení zahrnuje zejména upření politických, občanských, ale i základních lidských práv (Dvořáčková, 2016). Objevuje se neparticipace na politických aktivitách, například neúčast ve volbách (Mareš a Sirovátka, 2008).

Do základních lidských práv můžeme zařadit níže uvedené:

- a) každý je způsobilý k tomu, aby měl práva;
- b) každý má právo na život;
- c) osobní svoboda;
- d) nedotknutelnost osoby a jejího soukromí;
- e) zákaz nucených služeb či prací;
- f) právo na zachování lidské důstojnosti, dobré pověsti, osobní cti a ochrana jeho jména;
- g) vlastnické právo;
- h) nedotknutelnost obydlí;
- i) svoboda pobytu a pohybu;
- j) listovní tajemství, tajemství přepravovaných zpráv, tajemství jiných záznamů a písemností;
- k) právo zcela svobodného projevu víry či náboženství;
- l) svoboda svědomí, myšlení a náboženského vyznání, umělecké tvorby a vědeckého bádání (Spirit, 2014).

Politická práva zahrnují:

- a) právo na informace a zaručenou svobodu projevu;
- b) petiční právo;
- c) právo na shromažďování;
- d) právo na svobodné sdružování;
- e) právo na podílení se na správě veřejných věcí či svobodnou volbou svých zástupců (MVCR, 1993).

1.3.2 Sociální dimenze sociálního vyloučení

Kajanová (2017b) konstatuje, že složka sociálního vyloučení znamená, že vyloučené osoby mají kontakt s lidmi, kteří mají podobný socioekonomický status, a že o vyloučených lidech se ve společnosti hovoří jako o komunitě. I počet kontaktů sociálně

vyločeného jedince bývá daleko nižší, než je tomu u průměrného člověka z majoritní společnosti (Brož et al., 2007).

Sociální dimenze vyloučení je často charakterizována schopností a frekvencí kontaktu s příbuznými (Dvořáčková, 2016). Odborníci zde hovoří o tzv. vyloučení ze sdílení sociálního kapitálu dané společnosti (Brož et al., 2007).

1.3.3 Prostorová dimenze sociálního vyloučení

Nejzřetelnějším projevem sociálního vyloučení je prostorové vyloučení (Toušek, 2007). Sýkora a Temelová (2005) sdělují, že formy prostorového vyloučení jsou dány charakteristikami oddělené skupiny, a to jak stavem a typem bydlení, tak velikostí odloučeného území (čtvrť, sídlo, část ulice, jeden dům, skupina domů). Sociálně vyloučení jedinci převážně žijí v místech, která jsou charakteristická nízkou kvalitou bydlení (Brož et al., 2007). Nemůžeme vždy jednoznačně říci, že prostorové vyloučení je důsledkem diskriminace, protože národnostní, etnické či jiné skupiny mají většinou i nízký ekonomický status, a té kvůli dalším mechanismům sociálního vytěsňování (Toušek, 2007). Záporné důsledky prostorového vyloučení vedou až ke zhoršení sociální situace ve společnosti (Toušek, 2007). Je důležité zmínit, že život ve vyloučené oblasti přináší vyšší ekonomickou zátěž pro samotné obyvatele, ale i státní a místní samosprávu (Brož et al., 2007).

1.3.6 Příčiny sociálního vyloučení

Příčiny sociálního vyloučení u seniorů mají svá určitá specifika (Dvořáčková, 2016). Mareš (2006) uvádí, že mezi příčiny sociálního vyloučení můžeme zařadit obecně diskriminaci a specificky diskriminaci na trhu práce, selhávání mechanismů integrace a inkluze, nesoulad mezi povinnostmi a oprávněními a nezamýšlené efekty sociální politiky. K sociálnímu vyloučení může také vést i přebytečná invalidizující péče (Dvořáčková, 2014). Dvořáčková (2016) uvádí, že sociální vyloučení je úzce spjato s uspokojováním základních lidských potřeb a při neuznávání těchto potřeb může k vyloučení u seniorů dojít. Do základních lidských potřeb můžeme zařadit potřeby biologické, sociální a duchovní (Příbyl, 2015). Dále sem patří potřeby psychické, estetické, sociální a kulturní a také sebevyjádření (Šamánková et al., 2011). Sociální vyloučení může být přenášeno z generace na generaci v procesu sociální reprodukce (Mareš, 2006).

Vlivy či příčiny sociálního vyloučení můžeme rozdělit následovně:

a) Vnitřní vlivy/ příčiny

Příčiny jsou takové jevy, které jsou důsledkem konání osob, kterých se sociální vyloučení přímo týká a mohou svým jednáním svoji situaci sociálního vyloučení způsobovat či posilovat její dosavadní existenci (nízká motivace a apatie k řešení problémů, ztráta pracovních návyků při delší nezaměstnanosti a dlouhodobá neschopnost hospodaření s penězi).

b) Vnější vlivy/ příčiny

Jedná se o takové jevy, které jsou mimo kontrolu a dosah vyloučených jedinců – trh práce, sociální politika státu, stigmatizace, bytová politika místní samosprávy a státní správy (Brož et al., 2007). Řešení příčin sociálního vyloučení zahrnuje klíčové téma evropské sociální politiky, a to odráží zvyšující se povědomí o sociálních nákladech, které vznikají, když jednotlivci, komunity či rodiny jsou vyloučeni ze široké společnosti (Dvořáčková, 2016).

1.3.4 Faktory sociálního vyloučení

Pro sociální vyloučení hrají důležitou roli faktory sociální a zdravotní (Dvořáčková, 2016). Do zmiňovaných sociálních faktorů můžeme zařadit (především úmrtí partnera, kamarádů, diskriminaci) a do faktorů zdravotních zase (sníženou sebeobslužnost, pohyblivost a ubývání fyzických a psychických sil uvádí Dvořáčková (2016).

Kromě sociálních a zdravotních faktorů hraje důležitou roli psychický stav, onemocnění či poruchy. Objevuje se snížená schopnost přizpůsobení se novému prostředí nebo nižší psychická odolnost (Dvořáčková, 2014). Do specifických faktorů, které mohou ovlivnit sociální vyloučení u seniorů můžeme zařadit např. odloučení a osamělost, nedostatečnou dostupnost sociálních a zdravotních služeb, nerespektování autonomie a v neposlední řadě snížený počet společenských kontaktů (Dvořáčková, 2014). Vysokému riziku sociálního vyloučení jsou vystaveni senioři, kteří jsou závislí na pomoci dalšího člověka (Dvořáčková, 2016). Mnohdy se jedná o jedince s mentálním nebo tělesným postižením, se sníženou mobilitou či chronickým onemocněním (Dvořáčková, 2016).

1.3.5 Prevence sociálního vyloučení

Pojmenovat daný problém, poukázat na něj a obeznámit s ním širokou veřejnost je důležitým krokem k prevenci sociálního vyloučení (Dvořáčková, 2014). Mnoho

gerontologů jako prevenci doporučují různé činnosti, které oddálí stárnutí a tím přispějí k lepší kvalitě života a ke spokojenosti (Dvořáčková, 2016).

Do prevence sociálního vyloučení patří Univerzita třetího věku, Akademie třetího věku, sociální služby, reminiscence, edukace seniorů, kluby seniorů, Centra pro seniory a komunitní centra, trénování paměti.

a) Univerzita třetího věku jako prevence sociálního vyloučení

Univerzitu třetího věku (U3V) lze pokládat za jednu ze součástí celoživotního vzdělávání seniorů (Dvořáčková, 2012). U3V mohou být realizovány jen vysokými školami, protože se jedná o zásadu, která je dodržována (Janiš a Skopalová, 2016). V dnešní době mohou senioři studovat na téměř všech vysokých školách a U3V se stává nezbytnou součástí českých univerzit a postupně se prosazuje i na vysokých soukromých školách (Špaténková a Smékalová, 2015). Toto vzdělávání je příznačné tím, že seniorům poskytuje vzdělání na co nejvyšší možné úrovni (Dvořáčková, 2012). Univerzity třetího věku zajišťují vzdělání na nejvyšší možné úrovni, tedy vysokoškolské. Podmínkou pro přijetí uchazeče je seniorský věk a maturita (Špaténková a Smékalová, 2015). U3V podporuje aktivizaci seniorů a představuje jednu z dalších možností naplnění trávení volného času, rovněž podporuje autonomii a fyzickou a psychickou svěžest seniorů (CŽV, 2012-2019). Základem výukových programů je kurz v trvání jednoho semestru, který obsahuje nejméně dvanáct hodin výuky za přítomnosti lektora (Špaténková a Smékalová, 2015). Studium je zaměřeno na osobní rozvoj, nikoli však na profesní přípravu (Dvořáčková, 2012).

Časté formy výuky jsou semináře, přednášky a teoretická nebo laboratorní cvičení (Špaténková a Smékalová, 2015).

b) Akademie třetího věku jako prevence sociálního vyloučení

Akademie třetího věku se poměrně podobají univerzitám třetího věku, a to z hlediska náročnost nebo organizace vzdělávací činnosti (Janiš a Skopalová, 2016). A3V jsou realizovány jinými institucemi, než jsou samotné vysoké školy – knihovnou, městem, krajem, kulturním střediskem apod. (Janiš a Skopalová, 2016). Posluchačem se může stát naprosto kdokoli, aniž by musel prokázat úroveň dosaženého vzdělání či skládat zkoušky ověřující jeho znalosti či dovednosti (Špaténková a Smékalová, 2015). Nabídka vzdělávacích aktivit je vcelku široká a odvíjí se od místních specifik (Žumárová, 2012).

Obsahové zaměření A3V se netýká pouze studia, ale i doplňujících aktivit pohybových a zájmových jako turistika, umění a exkurze. Je tak umožněno vzdělávání na všeobecně přístupné úrovni (Špatenková a Smékalová, 2015). A3V jsou jakousi alternativou pro seniory, kteří bydlí v místech, kde není žádná vysoká škola (Janiš a Skopalová, 2016).

c) Sociální služby jako prevence sociálního vyloučení

Sociální služby jsou jedním z důležitých nástrojů pro realizaci sociální politiky (Matoušek, 2012). Matoušek (2012) dále uvádí, že v anglosaském prostředí považuje za sociální službu vše, co poskytuje výhody těm, kteří mají problémy.

Sociální služby můžeme rozdělit na:

- a) sociální poradenství – základní a odborné;
- b) služby sociální prevence;
- c) služby sociální péče (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění).

Formy poskytovaných sociálních služeb se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění).

Cílem sociálních služeb je:

- a) vycházet z individuálních potřeb uživatelů;
- b) zachovat lidskou důstojnost uživatelů;
- c) aktivně rozvíjet schopnosti uživatelů;
- d) poskytovat dané služby v zájmu uživatelů a v určité kvalitě;
- e) zlepšit anebo zachovat soběstačnost uživatelů (MPSV, 2017).

Nejrozšířenější sociální službou je služba pečovatelská, která má ambulantní nebo terénní formu a je poskytována osobám se sníženou soběstačností, a to z důvodu věku, zdravotního postižení, chronického onemocnění, či rodinám s dětmi, jejichž situace si žádá pomoc jiné fyzické osoby (MPSV, 2017).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění poskytuje těchto pět následujících činností:

- a) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu či pomoc při výkonu osobní hygieny;
- b) pomoc při zvládnání běžných činností v péči o vlastní osobu;
- c) pomoc při zajištění běžného chodu v domácnosti;

- d) zajištění či poskytnutí stravy;
- e) zajištění kontaktu se sociálním prostředím;

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění můžeme rozlišit tyto služby sociální prevence:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) sociální poradny,
- h) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- i) zařízení následné péče,
- j) osobní asistence,
- k) sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.

d) Reminiscence jako prevence sociálního vyloučení

Jde o metodu, která využívá vybavování si starších vzpomínek jako prostředek k aktivizaci a dalším cílům (Holmerová et al., 2009). Dále můžeme reminiscenci charakterizovat jako validační a aktivizační metodu, která využívá vzpomínek a jejich vybavování si prostřednictvím nejrůznějších podnětů (Holmerová a Suchá, 2003). Vzpomínky seniorů jsou mnohdy přehlíženy, i když vzpomínání může napomoci adaptaci na stáří a hledání smyslu života (Dvořáčková, 2013). Tato skutečnost přispěla k tomu, že je reminiscenční terapie považována za speciální metodu práce se seniory v rezidenčních zařízeních (Dvořáčková, 2013). Cílem reminiscence je zlepšení stavu pacienta, ale především posílení jeho lidské důstojnosti a zlepšení komunikace (Holmerová et al., 2009). Dvořáčková (2013) uvádí, že reminiscenci bychom neměli chápat pouze jako soubor technik, ale jako celkový přístup k seniorům, který zahrnuje zájem o ně samotné, snahu lépe je pochopit a porozumět jim. Je vhodná i pro zdravé seniory, kde má aktivizační a preventivní charakter, ale je především velmi důležitá pro pacienty s demencí, kteří mají poruchy krátkodobé paměti, ale mnohdy si velmi dobře vybavují události z minulosti (Holmerová a Suchá, 2003).

Jejím největším přínosem pro práci se seniory je vytváření prostoru pro aktivní naslouchání a vnímání jejich individuálních potřeb (Dvořáčková, 2013).

e) Možnosti edukace seniorů

Edukací, tedy vzděláním a výchovou seniorů, se zabývá gerontagogika (Kalnický, 2009). Při kterékoliv vzdělávací akci pro seniory si daná instituce a edukátor musí vždy uvědomit, že akce se koná v rámci zájmové činnosti nebo volnočasové aktivity pro seniory. Tudíž tam jsou dobrovolně a rádi by účastníky viděli i na dalších akcích podobného rázu (Janiš a Skopalová, 2016). Kalnický (2009) uvádí, že v gerontagogice můžeme rozlišit edukaci kmetů a edukaci seniorů. V souvislosti se vzděláváním seniorů, a tedy i jeho významem, mluvíme o vyšší kvalitě života a o zachování intelektových sil (Janiš a Skopalová, 2016). Význam vzdělávání nespočívá jen v získávání nových znalostí nebo jejich prohlubování, ale má i dopad na zdraví seniorů (Janiš a Skopalová, 2016).

f) Kluby seniorů

Jedná se o zařízení a jejich činnost spadá do oblasti sociální péče (Žumárová, 2012). Kluby seniorů zahrnují zejména institucionalizovaná kulturně-výchovná zařízení, která umožňují setkávání občanů podobného věku i zájmů a přispívají tak k plnohodnotnému trávení volného času (Špaténková a Smékalová, 2015). Organizaci a náplň činností zajišťují samotní členové klubu (Žumárová, 2012). Špaténková a Smékalová (2015) uvádějí, že vzdělávací činnost klubů má široký záběr, edukační aktivity na úrovni těchto klubů mají jednorázový a zájmový charakter – jedná se o besedy, přednášky, návštěvy divadel, relaxační cvičení a poznávací zájezdy. Mohou fungovat jako zcela samostatná zařízení, nebo jsou součástí například domova seniorů (Žumárová, 2012).

g) Centra pro seniory a komunitní centra

Seniorská centra mají charakter komunitních center a jejich význam spočívá zejména ve vytvoření místa pro setkávání seniorů (Žumárová, 2012). Žumárová (2012) uvádí, že nabídka aktivit může zahrnovat přednášky, kurzy a odborné semináře. Posláním komunitního centra pro seniory je snižovat rizika sociální exkluze za základě věku nebo zdravotního stavu uživatele (Charita Česká republika, 2021). Cílem komunitního centra je motivovat uživatele k aktivnímu životu, udržet nebo rozvíjet sociální začlenění klientů do společnosti a v neposlední řadě vytvářet bezpečné zázemí pro neformální setkávání uživatelů (Charita Česká republika, 2021).

h) Trénování paměti

Trénování paměti je komplexní proces specializované geragogické intervence, který je veden systematickou snahou zmírnit za pomoci specifických i nespecifických psychologických metod a postupů úbytek pocíťovaný v oblasti mentálního výkonu i komunikace, což se promítá i do oblasti zdravotní a afektivní (Špatenková, 2013). Trénování paměti zahrnuje známou a do určité míry i typickou edukační aktivitu pro seniory (Špatenková a Smékalová, 2015). Změny v paměti jsou seniory vnímány subjektivně. Nepříjemné a negativní důsledky zhoršování seniorovy paměti značně dopadá na ošetřující personál a i rodinné příslušníky (Špatenková, 2013). Důsledkem tohoto stavu je zvýšená závislost na blízkém okolí a ztráta soběstačnosti (Špatenková, 2013). Špatenková a Smékalová (2015) uvádí, že k trénování paměti se nejčastěji dochází v institucích sociálních služeb jako součást aktivizačních programů, ale může mít i jiné aranžmá, například může být součástí komunitní péče o seniory, může být v nabídce nejrůznějších institucí anebo součástí jiných edukačních aktivit. Zhoršování paměti je možné odvrátit nebo zpomalit, a to za trvalého využívání a procvičování psychických funkcí (Špatenková, 2013).

Můžeme rozeznat tři druhy paměti – ultrakrátkou (senzorickou), krátkodobou (pracovní) nebo dlouhodobou paměť (Tiefenbacher, 2010).

Trénování paměti je dobré hned z několika důvodů:

- a) dobrá paměť je předpokladem vzdělání a znalosti;
- b) rozvíjení kreativity;
- c) rozvíjení fantazie;
- d) budete myslet komplexně a flexibilně;
- e) zvýší se rychlost myšlení a budete rychleji chápat;
- f) posílíte svoji vnímavost, sociální kompetence a vyjadřovací schopnosti;
- g) získáte cit pro vnímání času a time management;
- h) zvýší se motivace, odpovědnost, sebevědomí a sebedůvěra;
- i) ch)lepší se schopnost koncentrace;
- j) lépe se naučíte bojovat se stresem (Stenger, 2011).

Mezi další možnosti edukace seniorů patří:

- a) knihovny;
- b) soukromé vzdělávací agentury;

- c) kulturní domy a střediska;
- d) domy dětí a mládeže, které například organizují počítačové kurzy pro seniory (Špatenková a Smékalová, 2015).

1.3.6 Sociální pracovník a sociální vyloučení

Sociální pracovník je profesionál, který se zabývá sociální pomocí jednotlivcům, skupině či komunitě, kteří se ať už na dočasnou dobu nebo natrvalo nacházejí v tíživé sociální situaci vyžadující společenskou sociální intervenci (Žilová a Tokárová, 2009). Jako teoretický přístup, kterým se sociální pracovník musí ve vztahu k sociálně vyloučeným uživatelům řídit, můžeme uvést antiopresivní přístup. Na konci 80. let a během 90. let 20. století se v moderní sociální práci postupně začal prosazovat přístup, který je nazýván jako antiopresivní a antidiskriminující (Navrátil, 2001). V případě antiopresivního přístupu je zajímavé, že autoři vydefinovali jako cíl intervencí sociálních pracovníků změnu situace kulturně a statutově znevýhodněných menšin (Navrátil, 2001). Jako základní pojem u AOP je oprese, která znamená strukturální znevýhodnění určitých skupin obyvatel (Novotná, 2014). Za východisko tohoto přístupu můžeme pokládat schopnost vnímat opresi jako základní charakteristiku životní situace, se kterou se uživatelé potýkají (Novotná, 2014).

Sociální pracovník se ze zákona musí řídit Etickým kodexem sociálních služeb, který se skládá z 6bodové preambule (APSSCR, 2011). Kodex uvádí hodnoty, kterými by se sociální práce měla řídit: lidská důstojnost, sociální změna, sociální rovnost, mezilidské vztahy, diskrétnost a mlčenlivost (APSSCR, 2011). Dále zmiňuje etickou zodpovědnost – etická zodpovědnost k uživateli sociální služby, etická zodpovědnost k zaměstnavateli, etická zodpovědnost ke kolegům v sociální práci, etická zodpovědnost k profesi a odbornosti sociálního pracovníka, etická zodpovědnost ke společnosti (APSSCR, 2011). Dále jsou to etické problémy a dilemata (APSSCR, 2011).

Cíle terénních sociálních pracovníků/ terénních pracovníků sociálních služeb:

a) Prostřednictvím terénních sociálních pracovníků a terénních pracovníků sociálních služeb dochází k navázání kontaktu se sociálně vyloučenými osobami, identifikování problému, hledání řešení a společné práci na vyřešení situace klienta. Dlouhodobá spolupráce s klientem přináší nejen prospěch klientovi samotnému, ale i jeho blízkému a širšímu okolí (Agentura pro sociální začleňování, 2018).

b) Koordinovaný přístup k sociálně vyloučeným lokalitám je prostředkem pomoci obcím při začleňování sociálně exkludovaných osob a prevence vzniku sociální exkluze. Cílem tohoto přístupu je na daném území pomocí komplexních, vzájemně provázaných intervencí přispět ke komplexním změnám v oblasti sociálního vyloučení, a to i s využitím participace (Agentura pro sociální začleňování, 2018).

Obyvatelé sociálně vyloučených lokalit se potýkají s širokou škálou problémů, se kterými si mnohdy nedovedou bez pomoci poradit (Agentura pro sociální začleňování, 2018). Podle Agentury pro sociální začleňování (2018) mezi nejčastější problémy patří závislost na sociálních dávkách, nízký nebo žádný příjem, malá sociální mobilita, nízké právní povědomí, nezaměstnanost a neřešení těchto problémů jsou důsledkem prohlubování sociálního vyloučení (Agentura pro sociální vyloučení, 2018).

Terénní sociální práce s obyvateli sociálně vyloučených lokalit se ke klientům dostává zejména prostřednictvím depistáže (Hůlová, 2017). Hůlová (2017) uvádí, že sociální pracovník, který depistáž vykonává musí mít transparentní vystupování a vždy pravdivě uvádět svou roli, postavení a instituci, kterou zastupuje a brát získané informace za důvěrné, tedy pokud nepodléhají oznamovací povinnosti ze zákona. I v takovém případě je nutné informovat cílovou skupinu o tom, komu budou získané údaje poskytnuty, a jak s nimi bude naloženo (Hůlová, 2017). Kvalitně vedená depistáž může zabránit zhoršování sociální situace lidí, kteří se rozhodnou nabídky spolupráce využít, a ke kterým by se informace běžnou cestou nedostaly (Hůlová, 2017). Díky terénním sociálním pracovníkům a terénním pracovníkům sociálních služeb dochází k navazování kontaktu se sociálně vyloučenými lidmi, identifikování daného problému, hledání řešení a společné práci na vyřešení celé situace klienta (Agentura pro sociální začleňování, 2018).

2 Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda a v jakých oblastech (sociální vztahy, zdravotní stav, občanská vybavenost, finanční situace, bydlení, aj.) čelí senioři 65+ žijící v domácím prostředí sociálnímu vyloučení.

2.2 Hlavní a dílčí výzkumné otázky

Vzhledem ke stanovenému cíli bakalářské práce byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky:

HVO₁: Jaké jsou příčiny sociální exkluze u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí?

DVO₁: Jak senioři 65+ vnímají pojem sociální exkluze?

DVO₂: Setkali se senioři 65+ s diskriminací na základě věku?

HVO₂: Jaké aktivity vedou k odstranění sociálního vyloučení u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí?

DVO₃: Přispívají volnočasové aktivity k zapojení seniorů 65+ do komunity k prevenci sociálního vyloučení?

2.2.1 Operacionalizace pojmů

Operacionalizace se v žádném případě neobejde bez definic a začíná už tehdy, kdy vytváříme první operativní definice (Reichel, 2009). Reichel (2009) uvádí, že operacionalizací se ukazuje, jakou podobu mají sledované znaky, jak se v realitě projeví a na základě jakých konkrétních indikátorů je lze charakterizovat. Pro účely výzkumu jsou vysvětleny následující pojmy takto:

Příčina – nauka o souboru příčin, jež spouštějí sledovaný jev (Bělík et al., 2017).

Sociální exkluze – je to proces, během něhož jsou jednotlivci nebo skupina vytěsněni na samotný okraj společnosti a je jim buď ztížen, nebo omezen přístup k příležitostem a ke zdrojům, které jsou ostatním jedincům běžně dostupné (Čeledová et al., 2016).

Senior – osoba starší 65+ podle periodizace stáří.

Domácí prostředí – přirozené prostředí seniora, intimní zóna, odpočinková a klidová oblast (Janiš a Skopalová, 2016).

Aktivita – činnost, která značným způsobem prospívá našemu zdraví (Haškovcová, 2012).

Odstranění – vymizení negativních jevů.

Sociální vztahy – jsou založeny na stejných základech, odehrávají se v podobném kulturním prostředí a jsou transformovány totožnými životními milníky a body (Bednář et al., 2013).

Zdravotní stav – celkový zdravotní stav lidského organismu.

Občanská vybavenost – pojem hovořící o počtu, kapacitě a rozmístění jednotlivých občanského vybavení v daném území (Rozmanová et al., 2020).

Finanční situace – jak je na tom senior po finanční stránce, zda vychází s penězi dobře či zda má něco našetřeno nebo nikoliv.

Bydlení – vlastní domácnost, která zajišťuje uspokojení základních lidských potřeb, jako je přístřeší, soukromí a bezpečí (Kučera, 2017).

Diskriminace – je to jednání, kdy je s jedincem zacházeno méně příznivě na základě domnělého důvodu (zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů).

Komunita – sociální útvar, který je charakterizovaný zvláštním typem sociálních vazeb mezi jeho členy i specifickým postavením v rámci širšího sociálního prostředí (Keller, 2017).

Prevence – nezbytná součást péče o zdraví, i když se člověk cítí zdravý, neměl by zapomínat na preventivní prohlídky, která mohou odhalit závažná onemocnění (VZP ČR, 2021).

3 Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Pro naplnění cíle byl zvolen kvalitativní výzkum. Vybrána byla metoda dotazování a technika polostrukturovaného rozhovoru.

Metoda dotazování slouží k shromažďování dat a v komunikaci mezi výzkumným pracovníkem a informantem (Chráska, 2016). Podstata dotazování spočívá v kladení otázek, a to buď ve formě mluvené jako je rozhovor nebo v písemné, kam můžeme zařadit dotazník (Reichel, 2009). Během dotazování je nezbytné, abychom byli dostatečně otevření zkušenostem informantů. Klademe otevřené otázky tak, abychom zajistili, že nedojde k omezení autenticity respondenty sdělování zkušenosti a necháme tak co největší prostor pro vyjádření se k danému tématu (Šuráňová, 2013). Informantům se u jednotlivých otázek nabízí hned několik alternativ odpovědí, ale navíc se od nich vyžaduje vysvětlení či zdůvodnění (Chráska, 2016). Otevřené otázky ještě dále doplňujeme otázkami, které podporují konkretizaci a rozvíjení odpovědí (Šuráňová, 2013).

Rozhovor můžeme definovat tak, že požadované informace získáme z přímé interakci s informantem (Disman, 2011). U rozhovorů sledujeme reakce informantů na položené otázky a podle nich usměřňujeme jeho další průběh (Chráska, 2016). Úspěšnost rozhovoru také závisí na schopnosti výzkumníka navázat s respondentem přátelský vztah a na navození zcela otevřené atmosféry (Chráska, 2016). Výhodou rozhovoru je navázání osobního kontaktu, který nám umožní hlubší proniknutí do postojů a motivů informantů (Chráska, 2016).

Byl vytvořen jeden záznamový arch polostrukturovaných rozhovorů, který se skládal ze čtyř oblastí, které byly dále členěny na konkrétní otázky. Tyto okruhy otázek se týkají identifikačních údajů komunikačních partnerů, zdravotních faktorů sociálního vyloučení, psychických faktorů sociálního vyloučení a sociálních faktorů sociálního vyloučení (Příloha č. 1). Nedílnou součástí rozhovorů byl také standardizovaný dotazník – Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS). Bartoš a Raisová (2019) uvádějí, že tento dotazník je v České republice nejpoužívanějším dotazníkem, který zjišťuje depresivní příznaky u seniorů a zároveň zmiňují, že je to spolehlivý a validní screeningový nástroj. Původní verze má 30 položek, ale v roce 1986 přichází autoři Sheik a Yesavage s kratší

verzí, která má 15 položek a ta je nyní používanější (Bartoš a Raisová, 2019) (Příloha č. 2).

Pro zjištění stavu deprese jsem předala všem komunikačním partnerům Dotazník škála deprese pro geriatrické pacienty. Při vyhodnocení tohoto testu bylo zjištěno, že KP 5, KP 6 a KP 8 mají mírnou depresivitu. Na základě tohoto zjištění jsem na konci rozhovoru s těmito komunikačními partnery na toto téma hovořila a následně jsem jim nabídla zprostředkování odborné pomoci, ale všichni tři jakoukoliv pomoc odmítli.

Výsledky bakalářské práce byly zpracovány pomocí otevřeného kódování. Výsledky jsou vyobrazeny prostřednictvím tabulek a myšlenkových map. Myšlenkové mapy byly zvoleny proto, že nám pomohou k preciznějšímu a jasnějšímu myšlení a také nám umožní zpracovat komplexní skutečnosti (Müller, 2013). Myšlenkové mapy byly vytvořeny v aplikaci FreeMind verze 1.0.1.

3.1 Předvýzkum

Jak uvádí Disman (2011), předvýzkum by měl být nevyhnutelnou součástí každého výzkumu. Účelem daného předvýzkumu je prověřit si připravenou realizaci výzkumné části přímo v terénu (Reichel, 2009). Ačkoliv jsou pro nás otázky z našeho výzkumu naprosto přijatelné a srozumitelné, u jiné cílové skupiny tomu tak být nemusí. Z toho důvodu jsem se zaměřila na realizaci předvýzkumu u třech náhodně vybraných seniorů 65+ žijících v okrese Tábor v jejich domácím, přirozeném prostředí a pokládala jsem jim otázky z mého výzkumu. Všichni vybraní senioři ústně souhlasili se zapojením do výzkumu a jeho způsobem provádění. Tento předvýzkum byl uskutečněn v měsíci březen roku 2019.

3.2 Realizace výzkumu a časový harmonogram

Pro praktickou část bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Všeobecně platí, že výzkum kvalitativní je možná méně náročný na sběr dat než výzkum kvantitativní, ale určitě je více náročný na analýzu (Kajanová et al. 2017a). Kvalitativní výzkum nemůžeme chápat jako jednolitý, homogenní celek, nýbrž tak, že se jedná o paletu různorodých postupů, které vychází z jednoho základního principu – zkoumat určitý prvek, proces v přirozených podmínkách a snažit se mu porozumět a vytvořit jeho komplexní obraz (Reichel, 2009). Kvalitativní výzkumník na začátku výzkumu vybírá téma a určí si základní výzkumné otázky (Hendl, 2016). Hendl (2016) uvádí, že tyto

otázky se můžou modifikovat či doplňovat v průběhu celého výzkumu, během sběru a analýzy dat.

Pro zpracování mé bakalářské práce jsem si stanovila časový harmonogram, podle kterého jsem pak jednotlivé části zpracovala (viz tabulka 1, s 38). Nejprve jsem začala studiem odborné literatury a na základě toho sepsání teoretické části. Dále pak následovalo samotné sepsání metodologie (charakteristika výzkumného souboru, použití metod a technik sběru dat, předvýzkum a způsob zpracování dat). Třetí fáze se týkala praktické části a rozhovory se seniory v jejich přirozeném domácím prostředí dle metody Snowball sampling. Čtvrtá část se zabírala zpracováním, analýzou dat a výsledků.

Tento výzkum byl uskutečněn ve městě Tábor a okolních vesnicích. Město je dle zákona obec s více než 3000 obyvatel, vesnice má naopak do 3000 obyvatel (zákon č. 128/2000 Sb., o obcích). Tento výzkum byl realizován ve dvou obcích do 250 obyvatel.

Tabulka 1 Časový harmonogram

Etapy	Aktivita	Časový plán
1. etapa	Studium odborné literatury a tvorba teoretické části	listopad 2018 – leden 2019
2. etapa	Sepsání metodologie	leden 2018 – březen 2019
3. etapa	Praktická část	březen 2019 – květen 2019
4. etapa	Zpracování, analýza dat a výsledků	květen 2019 – květen 2020
5. etapa	Finální podoba a aktualizace literárních zdrojů	květen 2020 – březen 2021

Zdroj: vlastní výzkum

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán pomocí metody „Snowball sampling“. Metoda je charakteristická výběrem osob, při kterém nás původní informátor vede zase k dalším členům naší cílové skupiny (Disman, 2011). Pro účely tohoto výzkumu vybrání seniory

a seniorky splňující kritéria, a to senioři ve věku 65+, žijící v okrese Tábor ve vlastní domácnosti.

Můj výzkumný soubor se skládal z osmi KP, z toho bylo pět žen a tři muži. Průměrný věk KP je 78,5 let. KP 4 a 5 mají vystudovanou základní školu. KP 2 má vystudované střední odborné učiliště. Z výzkumu vyplynulo, že KP 1 a 3 mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské a pouze KP 6 a 8 mají nejvyšší dokončené vzdělání vysokoškolské. KP 3 a KP 5 jsou vdovy a žijí samy v domácnosti, zatímco ostatní KP žijí s manželem/kou. Výzkum ukázal, že KP 1, 2 a 3 žijí ve městě a ostatní KP bydlí na vesnici. Všichni vybraní senioři a seniorky splnili kritéria výběru a ústně souhlasili se zapojením se do výzkumu (viz. Tabulka 3, s. 41).

3.4 Způsob zpracování dat a etika výzkumu

Zpracování dat bylo provedeno pomocí otevřeného kódování. Kódování můžeme chápat jako rozkrytí dat směrem k jejich interpretaci, konceptualizaci a dále pak k nové integraci (Hendl, 2016). Data, která získáme, je nutné redukovat (Kajanová, 2017a). V otevřeném kódování jsou významové jednotky nazývány jako kódy, které obsahují určitou míru konceptualizace, tzn. vystižení podstaty označeného jevu (Gulová, 2013). Otevřené kódování je možné dělat různými způsoby, a to kódovat podle odstavců, slovo po slovu či podle celých textů a případů (Hendl, 2016). Gulová (2013) uvádí, že je důležité kódovat slovo od slova, řádek po řádku, tzn. že přepsané rozhovory se musí rozebrat na významové části a postupně seskupovat pojmy, které poslouží k samotné tvorbě kategorií.

Etika je ve společenskovědním výzkumu u nás považována za důležité téma od 60. let minulého století (Kajanová, 2017a). Na začátku každého polostrukturovaného rozhovoru byli jednotliví senioři informováni, že účast ve výzkumu je zcela dobrovolná, s možností neodpovídat na otázku nebo účast ve výzkumu zcela ukončit. Každý z účastníků výzkumu byl informován o tématu bakalářské práce, cíli, průběhu a délce rozhovoru. Anonymitu dat jsem zajistila tak, že jsem před samotným zahájením rozhovoru všechny komunikační partnery informovala o naprosté anonymitě a vysvětlila, že všechny zjištěné informace budou použity pouze k účelu bakalářské práce. Dále pro uchování anonymity jsem každému z účastníků dala fiktivní jméno a neuváděla jsem konkrétní místo bydliště, ale jen to, zda je daná osoba z města či z venkova. Pro vzájemné odlišení jsem u komunikačních partnerů použila označení KP (dále KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5, KP 6, KP 7, KP 8).

4 Výsledky

V této části bakalářské práce budou zpracovány informace z kvalitativního výzkumu, které jsem získala od komunikačních partnerů v jejich přirozeném domácím prostředí. Výsledky rozhovorů jsem analyzovala a snažila jsem se v nich najít podobnosti či naopak odlišnosti, které se během výzkumu objevily.

Dále jsem všem osmi KP dala dotazník na posouzení stavu deprese dle YESAVAGE (GDS - 15).

Tabulka 2 Posouzení stavu deprese

KP	Normální afekt	Mírná depresivita	Těžká depresivita
KP 1	-	ANO	-
KP 2	ANO	-	-
KP 3	ANO	-	-
KP 4	ANO	-	-
KP 5	ANO	-	-
KP 6	-	ANO	-
KP 7	ANO	-	-
KP 8	-	ANO	-

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 2 vyplývá, že normální afekt (0–5 bodů) mají KP 2, KP 3, KP 4, KP 5, KP 7. Mírná depresivita, která je v rozmezí 6–10 bodů trápí KP 1, KP 6 a KP 8. Těžkou depresivitou netrpí žádný z KP.

4.1 Sociodemografické údaje

V této části jsem zjišťovala identifikační údaje od komunikačních partnerů, konkrétně věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, zda žije sám/a, bydliště (vesnice, město) (viz tabulka 3, s. 41).

Tabulka 3 Sociodemografické údaje komunikačních partnerů

KP	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Rodinný stav	Žije sám/a	Bydliště
KP 1	71	žena	SŠ	vdaná	s manželem	město
KP 2	73	muž	SOU	ženatý	s manželkou	město
KP 3	76	žena	SŠ	vdova	sama	město
KP 4	78	žena	základní	vdaná	s manželem	vesnice
KP 5	79	žena	základní	vdova	sama	vesnice
KP 6	82	žena	VŠ	vdaná	s manželem	vesnice
KP 7	83	muž	základní	ženatý	s manželkou	vesnice
KP 8	86	muž	VŠ	ženatý	s manželkou	vesnice

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky č. 3 vyplývá, že průměrný věk KP je 78,5 let. Výzkumu se účastnilo pět žen a tři muži. KP 4, KP 5 a KP 7 uvedli, že mají základní vzdělání. KP 1 a KP 3 vystudovaly střední školu. KP 2 si vybral za školu střední odborné učiliště. Pouze KP 6 a KP 8 mají vysokoškolské vzdělání. Kromě KP 3 a KP 5, které jsou vdovy a žijí samy, jsou všichni ostatní v manželském svazku. KP 1, KP 2 a KP 3 žijí ve městě, ostatní KP bydlí na vesnici.

4.2 Zdravotní faktory sociálního vyloučení

K okruhu otázek se zaměřením na zdravotní faktory sociálního vyloučení jsem sestavila několik otázek. Dotazovala jsem se na zdravotní stav, zdravotní služby, preventivní prohlídky, sníženou nebo omezenou pohyblivost, omezení fyzického onemocnění v denních aktivitách a na pocit vyloučenosti z důvodu vlastního zdravotního stavu.

Zdravotní stav za poslední měsíc

Schéma 1 Zdravotní stav za poslední měsíc



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 1 zobrazuje zdravotní stav KP za období posledního měsíce.

Z výzkumu vyplynulo, že KP 1 a KP 2 trápí artróza. KP1 dále doplňuje: „Beru léky na vysoký tlak 3 roky, štítnou žlázu 7 let a na dnu 3 roky.“ KP 2 dále uvádí: „Užívám léky na ucho a na cholesterol“. KP 3 ještě doplňuje: „Můj zdravotní stav za poslední měsíc odpovídá přiměřeně mému věku. Jinak užívám léky na uši konkrétně pentomer.“ KP 4 uvádí: „Dlouhodobě trpím cukrovkou a píchám si inzulín. V důsledku cukrovky špatně vidím, byla jsem na čtyřech očních operacích. Před třemi týdny mi dali kardiostimulátor. Jinak beru léky agen a rytmonorm.“ KP 5 dále uvedla: „Žádné léky neberu a chronické onemocnění také nemám.“ KP 6 doplňuje: „Na hypertenzi užívám lék bisoprolol a tezeo. Na štítnou žlázu v důsledku její nedostatečnosti beru lék letrox.“ KP 7 ještě uvádí: „Před dvěma lety jsem prodělal infarkt. Od té doby jsem více unavený. Za poslední měsíc se můj zdravotní stav nijak nezměnil. Jinak užívám lék betaloc.“ KP 8 dodává: „Momentálně užívám léky monotab, molsihexal, sotahexol, preductal, detralex a stacyl.“

Zdravotní služby

Schéma 2 Zdravotní služby



Zdroj: vlastní výzkum

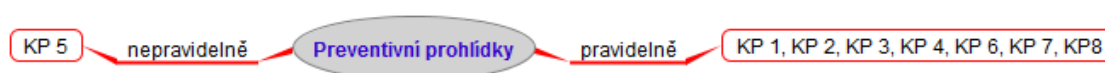
Schéma č. 2 ukazuje, které zdravotní služby konkrétně senioři využívají.

KP 1 a KP 2 se shodli a uvedli: „K praktickému lékaři chodím pravidelně na preventivní prohlídky a pak vždy, když mám nějaké problémy a k zubaři chodím taky pravidelně 2x do roka už od svých mladých let.“ KP 3 uvádí: „Navštěvuji pravidelně praktického lékaře. Jednou za rok chodím na ORL již po dobu osmi let a s tím jsou spojené série deseti infuzí, aby se můj zdravotní stav nezhoršil. Dále chodím na oční už 8 let. Na gynekologii chodím do nemocnice jednou za rok a na mamografii chodím 1x za dva roky do Českých Budějovic.“ KP 4 dodává: „Chodím k praktickému lékaři na preventivní prohlídky a pak pokaždé při obtížích. Dále pak chodím na oční už asi tři roky, kde mám kontroly po operacích. Na gynekologii chodím od svých 20 let pravidelně 1 do roka. Asi poslední dva roky navštěvuji kardiologa 2x do roka a v neposlední řadě mám 10 let potíže s cukrovkou, takže chodím na diabetologii 1x za tři měsíce.“ KP 5 dodává: „Praktického lékaře

navštěvují zcela nepravidelně a na gynekologii chodím taky nepravidelně.” KP 6 uvedla: „Praktického lékaře navštěvuji 1x za dva roky a pak pokaždé, když jsem nemocná nebo mě něco bolí. Na gynekologii chodím od 18 let pravidelně 1 do roka a pak podle potřeby. Na mamografii jezdím do Českých Budějovic 1 za dva roky společně se svojí sestrou. Na kardiologii chodím poslední tři roky, a to vždy dvakrát do roka. A na endokrinologii chodím už čtyři roky a to vždy dvakrát do roka.” KP 7 a KP 8 se shodli a uvedli, že pravidelně chodí k praktickému lékaři už od mládí a na kardiologii chodí už dva roky.

Preventivní prohlídky

Schéma 3 Preventivní prohlídky



Zdroj: vlastní výzkum

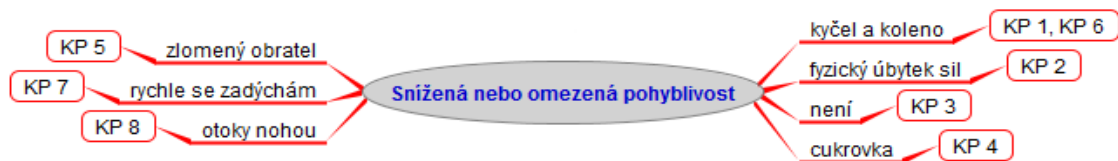
Schéma č. 3 znázorňuje, zda KP chodí pravidelně či nepravidelně na preventivní prohlídky.

Z výzkumu vyplynulo, že KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 6, KP 7, KP 8 chodí pravidelně na preventivní prohlídky. KP 1 uvádí, „Ano, na preventivní prohlídky chodím pravidelně, a to konkrétně k obvodňákovi a k zubařovi.” KP 2 dodává: „Léta letoucí chodím k obvodňákovi a k zubařovi.” KP 3 doplňuje svoji odpověď: „Chodím 1x za 2 roky k obvodnímu lékaři na dvouletou prohlídku, dále na oční 2x za rok, na gynekologii 1x za rok a na mamografii 1x za dva roky.” KP 4 ještě uvádí: „Chodím k praktickému lékaři a ke gynekologovi.”

Výjimkou byla pouze KP 5, která uvedla: „Na preventivní prohlídky ke svému obvodnímu lékaři nechodím z toho důvodu, že nezvou. Chodím jen výjimečně, když mám třeba kašel.” KP 6 dodává: „Navštěvuji praktického lékaře, chodím na kontrolu štítné žlázy, na gynekologii a na mamografii.” KP 7 a KP 8 se vzájemně shodli, že chodí pouze k obvodnímu lékaři a na kardiologii.

Snížená nebo omezená pohyblivost

Schéma 4 Snížená nebo omezená pohyblivost



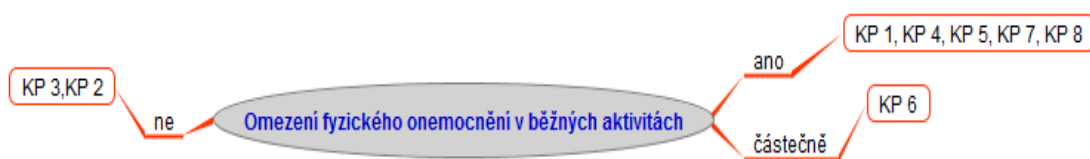
Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 4 zobrazuje, z jakého důvodu mají KP sníženou nebo omezenou pohyblivost.

KP 1 a KP 6 se ve své odpovědi shodli a dále svoji odpověď doplnili: „*Má chůze je omezená z důvodu bolesti kyčle a kolene.*” KP 2 uvedl, že ho za poslední dobu trápí fyzický úbytek sil. KP 3 dále uvedla: „*Sníženou ani omezenou pohyblivost nemám, zatím je vše v pořádku.*” KP 4 doplnila svoji odpověď: „*Pohyblivost je mírně snižená, protože jsem často unavená.*” KP 5 uvádí: „*Momentálně mám hodně omezenou pohyblivost z důvodu zlomeného obratle, který jsem si před nedávnem zlomila. Zatím můžu chodit jen na záchod, snad za pár týdnů budu mít povoleno více pohybu.*” KP 7 dále uvedla: „*Má pohyblivost je snižená, protože se daleko rychleji zadýchám, než tomu bylo dříve.*” KP 8 ještě dodala: „*V posledních pár letech mě trápí otoky nohou, takže mám omezenou pohyblivost a nemůžu si chůzi užívat tak jako dříve.*”

Omezení fyzického onemocnění v běžných aktivitách

Schéma 5 Omezení fyzického onemocnění v běžných aktivitách



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 5 ukazuje, jestli fyzické onemocnění limituje KP ve výkonu jejich běžných aktivit

KP 1, KP 7 a KP 8 uvádí: „*Ano omezuje mě v pohybu, musím se více šetřit a spoustu věcí nemůžu dělat tak rychle jako tomu bylo dříve.*” KP 2 a KP 3 ve své odpovědi uvedli, že je fyzické onemocnění zatím v běžných aktivitách neomezuje. KP 4 uvádí: „*Kvůli mé cukrovce špatně vidím, takže veškeré činnosti musím dělat pomaleji a s větší opatrností.*”

KP 5 dále dodává: „Z důvodu mého zlomeného obratle mě to hodně omezuje v mých běžných denních aktivitách. Dříve jsem byla zvyklá si uvařit, napéct, vyprat, vyžehlit a nyní to za mě musí dělat dcera, což mě trápí, protože jsem na nějakou dobu nesoběstačná.“ KP 6 uvedla: „Fyzické onemocnění mě omezuje částečně a to z toho důvodu, že musím dodržovat pravidelné pauzy na odpočinek, pravidelně si měřit tlak a celkově ten svůj způsob života jsem musela trochu zpomalit a na to jsem celý život nebyla zvyklá.“

Pocit vyloučení

V tabulce č. 4 jsou zpracovány informace, zdali se KP cítí být sociálně vyloučení.

Tabulka 4 Subjektivně vnímaný pocit vyloučení

KP	Ano	Ne	Částečně
KP 1	-	X	-
KP 2	-	X	-
KP3	X	-	-
KP 4	-	X	-
KP 5	-	X	-
KP 6	-	-	X
KP 7	-	X	-
KP 8	-	-	X

Zdroj: vlastní výzkum

KP 1, KP 2, KP 4, KP 5 a KP 7 se shodli, že zatím nemají žádný pocit, že by byli vyloučení ze společenského života. Pouze KP 3 se cítí být vyloučena ze společnosti. Ve své odpovědi uvedla: „Nemůžu chodit do divadla kvůli hluchotě, protože neslyším.“ KP 6 a KP 8 svoji odpověď dále doplnili: „Musím se více šetřit a trávit čas odpočíváním.“

4.3 Psychické faktory sociálního vyloučení

K problematice psychických faktorů sociálního vyloučení jsem sestavila čtyři otázky týkající se psychické stránky, pocitu osamocení, snížené psychické odolnosti a omezení psychického onemocnění v každodenních aktivitách.

Psychická stránka

Schéma 6 Psychická stránka



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 6 ukazuje, jak se KP cítí po psychické stránce za období posledního měsíce.

Výzkum ukázal, že KP 1, KP 2, KP 3, KP 4 a KP 7 se po psychické stránce za poslední měsíc cítí dobře. KP 4 ještě zmiňuje: „Po aplikaci kardiostimulátoru se cítím v lepší pohodě.“ KP 7 svoji odpověď ještě rozšířil: „Manželka byla hospitalizována v nemocnici, měla problémy se srdcem, tak jsem o ni měl strach. Její stav se stabilizoval a tak se cítím dobře.“ KP 5 doplňuje: „Měla jsem teď úraz a nevím, jak to se mnou bude, tak se cítím nejistá a pramení z toho mé občasné deprese.“ KP 6 KP 8 se shodli a dodali: „Už nejsem nejmladší, tak mám strach, jak to bude nadále s mým zdravím.“

Pocit osamělosti

Schéma 7 Pocit osamělosti



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 7 vyobrazuje, kdo z KP má či nemá pocity osamělosti.

KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5, KP 7 souhlasně odpověděli, že pocit osamocení nepocítují a cítí se dobře. KP 6 uvedla: „Přeci jen je mi už 82 a už to není tak jako dřív. Spoustu mých přátel, známých a spolužáků umřelo, tak se už nemám tolik s kým stýkat. A děti bydlí daleko, takže jsem tak často nejezdí, proto se cítím osaměle.“ KP 8 jako jediný odpověděl, že se občas osaměle cítí a svoji odpověď dále doplnil: „Je to z toho důvodu, že jsem nedávno prodělal infarkt myokardu a od té doby musím mít více klidového režimu a odpočívat. Proto teď nechodím moc do společnosti a cítím se osaměle.“

Snížení psychické odolnosti

Schéma 8 Snížení psychické odolnosti



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 8 znázorňuje sníženou psychickou odolnost a schopnost přizpůsobit se novému prostředí.

KP 1, KP 2, KP 3 a KP 7 se shodli, že nemají sníženou psychickou odolnost. KP 4, KP 5 a KP 8 svou odpověď dále rozšířili: „Ano, protože nejlépe je mi doma v rodinném kruhu.“ KP 6 ještě uvedla: „Ano, protože užívám lék neurol.“

Omezení psychického onemocnění v každodenních aktivitách

Schéma 9 Omezení psychického onemocnění v každodenních aktivitách



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 9 ukazuje, zda psychické onemocnění limituje seniory v běžných činnostech.

KP 1 – K5 a KP 7 shodně uvedli, že psychické onemocnění je neomezuje v jejich aktivitách. KP 6 a KP 8 dodali: „*Jelikož mám deprese, tak se kolikrát nemohu soustředit na běžné věci a musím myslet pořád na něco jiného a jsem pak bez nálady a smutná.*”

4.4 Sociální faktory sociálního vyloučení

K této problematice byly vytvořeny otázky zjišťující, co si klienti představí pod pojmem „sociální vyloučení“, zda jsou spokojeni se svým životem, jak jsou zapojeni do komunity, jaké mají sociální kontakty, služby v okolí, trávení volného času, co si myslí, že může přispět k prevenci sociálního vyloučení, diskriminace na základě (věku, pohlaví, statusu...), jejich příjem, využití sociálních služeb, příčiny sociálního vyloučení.

Pojem sociální vyloučení

Schéma 10 Pojem „sociální vyloučení“



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 10 znázorňuje, co si pod pojmem sociální vyloučení představí KP.

Výzkum ukázal, že KP 1, KP 3 a KP 8 v odpovědích shodně uvedli, že to mají spojené s omezenou účastí na společenském životě. KP 3 dále svoji odpověď dále rozšířila: „*Představím si to, že nemohu chodit na kulturní akce, do kaváren nebo na různá shromáždění z důvodu mé hluchoty.*” KP 2 a KP 6 se ve své odpovědi vzájemně shodli a uvedli: „*Pod tímto pojmem si představím Romy, protože berou dávky, kradou a využívají stát.*” KP 4 dodává: „*Zůstanu zavřená doma a ztratím kontakt s okolním světem.*” KP 5 uvádí: „*Mám to spojené s bezdomovectvím s lidmi, kteří jsou bez domova.*” KP 7 dále svoji odpověď rozšířil: „*V důsledku nemoci a nemohoucnosti nemůžu udržovat kontakt s ostatními lidmi.*”

Spokojenost se životem

Schéma 11 Spokojenost se životem



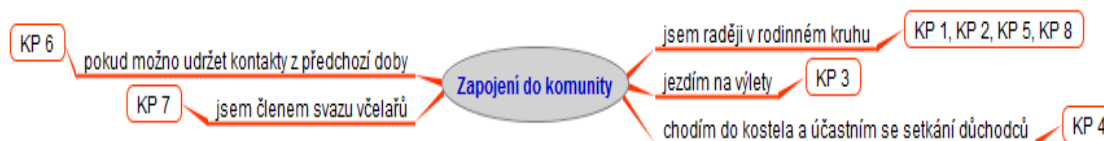
Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 11 ukazuje, zda jsou KP spokojeni se svým životem.

Z výzkumu vyplynulo, že KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5 a KP 6 jsou spokojeni se svým životem i přes drobné zdravotní problémy. KP 7 a KP 8 dodali: „*Sice mám nějaké starosti, ale to už k životu prostě patří.*”

Zapojení do komunity

Schéma 12 Zapojené do komunity



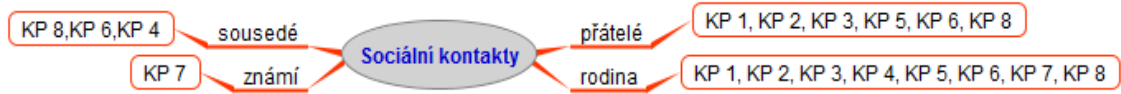
Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 12 zobrazuje, jak jsou KP zapojeni do komunity.

KP 1, KP 2, KP 5 a KP 8 podobně uvedli, že jsou raději v rodinném kruhu. KP 3 dodala: „*Podnikám jednodenní výlety po jižních a středních Čechách. Nejvíce jsou to zámky, památky a muzea.*” KP 4 dále uvádí: „*Moji rodiče byli věřící, takže jsem byla zvyklá celý život chodit do kostela. A jednou za měsíc se v naší obci koná setkání důchodců, kam každý přinese něco dobrého. Nejčastěji to je nějaká buchta nebo zákusek. Člověk aspoň s ostatními může probrat, co je zase nového.*” KP 6 uvedla: „*Je důležité udržet si kontakty z předchozí doby, jako jsou bývalý spolužáci a kolegové z práce.*” KP 7 dodal: „*Už 40 let jsem členem svazu včelařů. Věnoval se tomu můj dědeček, tatínek a myslím, že v tom bude pokračovat i můj vnuk.*”

Sociální kontakty

Schéma 13 Sociální kontakty



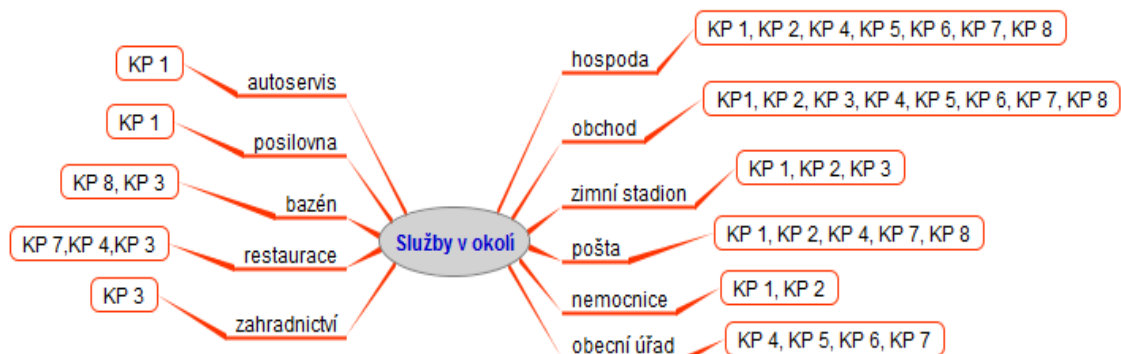
Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 13 znázorňuje s kým jsou KP v sociálním kontaktu.

KP 1, KP 2, KP 3, KP 5 se ve svých odpovědích shodli a uvedli, že jsou v kontaktu s přáteli a s rodinou. KP 1 a KP 2 dále uvedli: „S přáteli jsem v kontaktu 1x do týdne, s dětmi také 1x do týdne a vnuky vidám 2x do měsíce.“ KP 3 dále uvedla: „Dcera Lenka za mnou jezdí 1x za měsíc na celý den. Vnuk Martin a Marek s přítelkyněmi mě navštěvují 1x za tři měsíce asi tak na dvě hodiny. Za sestrou Miladou jezdím 6x do roka vždy na celý den a s přáteli se vidám jednou do týdne.“ KP 5 dodala: „S přáteli jsem v kontaktu 1x do měsíce, s rodinou se vidám každý den, protože syn bydlí hned v patře nahoře a dcera za mnou každý den jezdí z práce na půl hodiny.“ KP 4 dále uvádí: „S rodinou jsem v kontaktu každý den a se sousedy 1x do týdne.“ KP 6 a KP 8 se ve svých odpovědích shodli. KP 6 dále uvedla: „S přáteli jsem v kontaktu 2x do půl roku, s rodinou se vidím jednou do týdne a se sousedy jsem v kontaktu každý den.“ KP 8 dále dodal: „Přátelé mě navštěvují 1x za měsíc, rodina každý den a se sousedy se vidám obden.“ KP 7 dodal: „S rodinou se vidám každý den a se známými 2x do měsíce.“

Služby v okolí

Schéma 14 Služby v okolí



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 14 vyobrazuje, jaké sociální služby jsou v okolí klientů.

Z výzkumu vyplynulo, že KP 1 a KP 2 mají ve svém okolí hospodu, obchod, zimní stadion, poštu a nemocnici. KP1 svoji odpověď dále doplnila o autoservis a posilovnu. KP 3 dále svoji odpověď rozvinula: „Přímo před domem je obchod jednoty COOP a do vzdálenosti jednoho kilometru je zimní stadion, bazén, restaurace a hned na konci ulice se nachází zahradnictví.“ KP 4 a KP 7 se shodli, že v jejich okolí se nachází hospoda, obchod, pošta, obecní úřad a restaurace. Komunikační partnerky KP 5 a KP 6 se vzájemně shodly a uvedly: „Pár metrů od mého bydliště se nachází místní hospoda, hned naproti je prodejna COOP a do vzdálenosti asi 200 metrů se nachází obecní úřad.“

KP 8 dále uvedl: „Hospoda se nachází hned naproti mému domu, obchod je asi 300 metrů od mého domu, dále pak pošta a bazén jsou asi tři kilometry od mého bydliště.“

Samostatné rozhodování

Schéma 15 Samostatné rozhodování



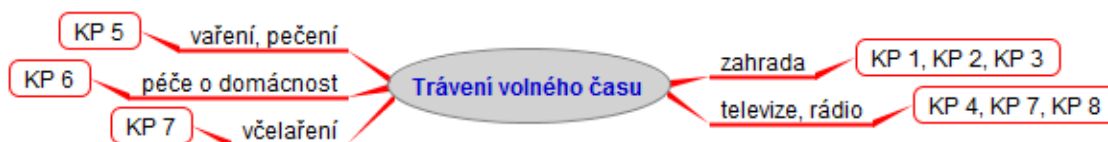
Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č.15 zobrazuje, zdali a kým jsou KP ovlivněni v jejich samotném rozhodování.

KP 1, KP 3, KP 5, KP 6, KP 8 se v odpovědích shodli, že nejsou nikým ovlivněni ve svém rozhodování. KP 3 navíc odpověď doplnila: "Občas by to ale bylo potřeba, protože se někdy rozhoduju špatně. Například pozdě vyrazím z domu na autobus, který mi pak dost často ujede, a tak musím čekat na další nebo se vracet pěšky domů." KP 2 a KP 7 uvedli, že: „Ano, manželkou, protože mi zakazuje utrácet.“ KP 4 dále uvedla: „Přeci jen už jsme na všechno dva, takže podle toho se taky musím rozhodovat a myslet na to.“

Trávení volného času

Schéma 16 Trávení volného času



Zdroj: vlastní výzkum

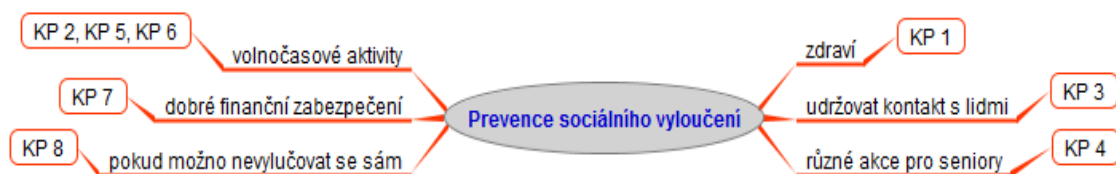
Schéma č. 16 znázorňuje, jak KP tráví svůj volný čas.

Výzkum ukázal, že KP 1, KP 2 a KP 3 svůj volný čas tráví na zahradě. KP 1 dále svoji odpověď rozšířila: „Každý víkend jezdím na zahradu s chatou, kde pleju a seču trávu a skoro vedle bydlí má spolužačka, tak si chodíme popovídat.“ KP 2 dále uvedla: „Jezdím na chatu 2x do týdne i přes zimu a přes prázdniny tam bydlím a hned vedle mám sousedku, která je moje kamarádka.“ KP 3 dále doplnila: „Osm kilometrů od svého bydliště mám starou chalupu kam přes léto často jezdím na zahradu. Mám zde květinovou zahrádku, pěstuji jahody a zeleninu. Ve vesnici mám hned několik kamarádek, se kterými se zde setkávám.“

KP 4, KP 7 a KP 8 se shodli a uvedli, že svůj čas tráví sledováním zpráv, vzdělávacích pořadů, kriminálních seriálů a poslechem dechové hudby. KP 4 dále dodala: „Dechovky nejraději poslouchám se svojí sousedkou, která je má vrstevnice.“ KP 5 uvedla: „Můj největší koníček je vaření a pečení. Pokaždé se těším, když můžu něco uvařit a upéct pro rodinu, přátele a můžu je pozvat na ochutnávku. Tím trávím veškerý svůj čas.“ KP 6 dále dodala: „Mám veliký dům, který jsem vždycky chtěla mít, takže většinu volného času trávím péčí o domácnost. Nejvíce si u toho odpočívám.“ KP 7 dále uvádí: „Nejvíce času trávím včelařením. To je má největší záliba, která zabere hodně času. I jeden můj známý je včelař, takže se tomu věnujeme spolu.“

Prevence sociálního vyloučení

Schéma 17 Prevence sociálního vyloučení



Zdroj: vlastní výzkum

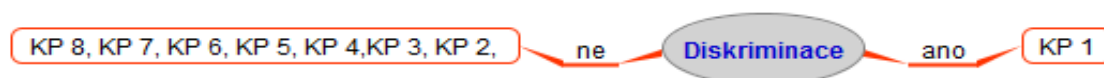
Schéma č. 17 ukazuje, co si KP považuje za možnou prevenci sociálního vyloučení.

KP 1 dále uvádí: „Je důležitá správná životospráva, aby byl člověk zdravý. Bez zdraví by se lidé nemohli účastnit společenského života a mohli by být vyloučeni.“ KP 3 uvádí: „Chodit do společnosti je velmi důležité a kord v našem věku. Neuzavírat se do sebe a vytáhnout paty z domu.“ KP 4 dodává: „Nejlepší je, když člověk může navštěvovat nejrůznější akce pro seniory, jako jsou pravidelná setkání důchodců, společné plavání a návštěva výstav, divadel.“ KP 2, KP 5 a KP 6 se ve svých odpovědích vzájemně shodli a uvedli: „Volnočasové aktivity jsou dobrou prevencí sociálního vyloučení, do kterých

můžeme zařadit cvičení a vaření.“ KP 7 uvedl: „Je dobré mít jistou finanční rezervu, protože bez toho by se lidé nemohli účastnit kulturních akcí, chodit například do kina, divadla.“ KP 8 ještě doplnila: „Když jsou lidi staří, tak mají spousty potíží a už se jim nechce chodit do společnosti a tím pak ale přispívají právě k sociálnímu vyloučení.“

Diskriminace

Schéma 18 Diskriminace



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 18 zobrazuje, kteří KP během svého života zažili diskriminaci.

KP 2, KP 3, KP 4, KP 5, KP 6, KP 7, KP 8 se vzájemně shodli, že nikdy ať už na základě pohlaví, věku či sociálního statusu nebyli diskriminováni. Výjimkou byla KP 1, která doplnila: *„Zažila jsem to jako dítě na základce (sedlák vs. Komunisti, smáli se mi kvůli hospodářství, že jsme ho nakradli, přitom se to dědilo po generace.“*

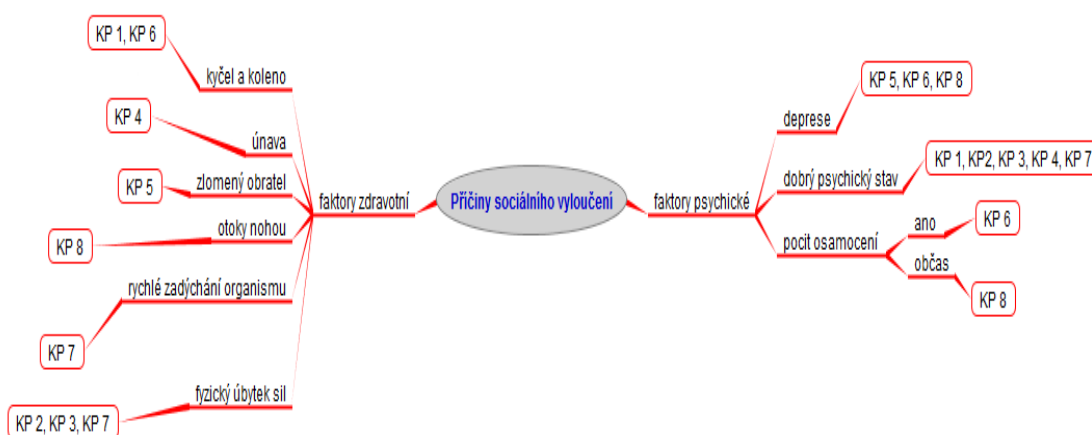
Dále jsem se pak dotazovala na otázku: *„Z čeho se skládá Váš příjem?“* Touto otázkou jsem zjišťovala, zda KP pobírají nějaké dávky, příspěvky a jak vychází s penězi. Všichni se v odpovědích shodli, že akorát pobírají starobní důchod, příspěvky žádné nepobírají a s penězi vychází dobře.

Další otázkou jsem se ptala na to, zda komunikační partneři mají nějaké půjčky. Odpověď byla u všech seniorů stejná a to, že žádné půjčky nemají.

Má předposlední otázka se týkala sociálních služeb, a to konkrétně otázky: *„Využíváte nějaké sociální služby?“* Touto otázkou jsem zjišťovala, jak dlouho senioři využívají konkrétní sociální služby. Všichni shodně odpověděli, že žádné sociální služby nevyužívají.

Příčiny sociálního vyloučení

Schéma 19 Příčiny sociálního vyloučení



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 19 znázorňuje, co KP považují za příčinu sociálního vyloučení.

Z výzkumu vyplynulo, že mezi příčiny sociálního vyloučení patří faktory zdravotní a psychické. Jako zdravotní faktory KP uváděli: kyčel a koleno, únava, zlomený obratel, otoky nohou, rychlé zadýchání organismu a fyzický úbytek sil. Všechny tyto zdravotní potíže trápí seniory, protože omezují jejich plnohodnotný život. Nejsou tak rychlí, jak byli zvyklí a musí se více šetřit. KP 5, KP 6 a KP 8 označili jako příčinu deprese. Ostatní KP se po psychické stránce cítí dobře. Pocit osamocení má KP 6 a občas tyto pocity mívá KP 8.

4.5 Shrnutí výsledků

HVO₁: Jaké jsou příčiny sociální exkluze u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí?

Z výsledku výzkumu všech osmi dotazovaných komunikačních partnerů vyplynulo, že mezi příčiny sociálního vyloučení patří faktory zdravotní, u kterých KP uvedli, že je fyzické onemocnění omezuje v běžných aktivitách. Jako důvody uváděli: kyčel a koleno, únava, zlomený obratel, otoky nohou, rychlé zadýchání organismu a fyzický úbytek sil, které jim zamezuje žít život jako předtím, když byli zdraví. Dále sem patří psychické příčiny, kdy se někteří KP cítí po psychické stránce dobře a tři KP mají občas deprese. Jeden senior se cítí osamocen, a to z toho důvodu, že už se nemá tolik s kým stýkat, protože mnoho přátel, známých a kamarádů zemřelo. Další senior se cítí být občas

osamocen, protože nedávno prodělal infarkt myokardu a od té doby musí mít více klidového režimu a odpočívat. Proto teď nechodí moc do společnosti a cítí se osamocen.

DVO₁: Jak senioři 65+ vnímají pojem sociální exkluze?

Z výzkumu je patrné, že tři z osmi dotazovaných, si pod tímto pojmem představí omezenou účast na společenském životě, například kulturních akce či návštěva kaváren. Další dva dotazovaní to mají spojené s romskou komunitou, protože že Romové podle nich kradou, pobírají sociální dávky a pouze využívají stát. Jedna KP uvedla, že se jí vždy vybaví to, že zůstane zavřená doma a ztratí kontakty s okolním světem. Jedna dotazovaná to má spojené s bezdomovectvím, tedy lidmi bez domova. A poslední dotazovaný uvedl, že v důsledku své nemoci a s ní spojené nemohoucnosti nemůže udržovat kontakty s dalšími lidmi.

DVO₂: Setkali se senioři 65+ s diskriminací na základě věku?

Nikdo z komunikačních partnerů nezažil diskriminaci na základě věku. Pouze jedna seniorka zažila diskriminaci z důvodu sociálního statusu (sedlák vs. komunisti), kdy se její rodině smáli, že nakradli hospodářství, které se přitom dědilo z generace na generaci.

HVO₂: Jaké aktivity vedou k odstranění sociálního vyloučení u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí?

Z výzkumu vyplynulo, že každý senior svůj volný čas, který vede k odstranění sociálního vyloučení, tráví jinak. Každého seniora baví něco jiného a každý si najde to, co jej zrovna naplňuje a dává mu smysl. Senioři se ve svých odpovědích lišili. Některé baví trávit volný čas na zahradě, kde plejí a sečou trávu. Jiní zase sledují televizi či poslouchají dechovku v rádiu. Jako další aktivity uvedli vaření, pečení, úklid domácnosti a v neposlední řadě včelaření.

DVO₃: Přispívají volnočasové aktivity k zapojení seniorů 65+ do komunity k prevenci sociálního vyloučení?

Z výpovědí všech dotazovaných plyne, že volnočasové aktivity přispívají k prevenci sociálního vyloučení. Tři z osmi dotazovaných odpověděli, že svůj čas rádi tráví na zahradě v blízkosti svého bydliště, kde si mohou popovídat se známými. Dva dotazované baví hokej v televizi se sousedem, který je také hokejový fanda. Jedna seniorka má ráda dechovou hudbu, kterou poslouchá se svojí sousedkou, spolu si prozpěvují a pak si povídají, co je u nich nového. Jedna dotazovaná uvedla, že ji nesmírně baví vaření a pečení, kterým tráví nejvíce svůj volný čas. Pokaždé se těší, že bude moci někoho

pozvat (rodinu, přátele) na ochutnávku a že si nimi popovídá o tom, co je nového. Další dotazovaný odpověděl, že nejvíce času tráví včelařením, které ho nesmírně naplňuje a baví stejně jako ostatní lidi od něj z vesnice. Pouze jedna dotazovaná odpověděla, že svůj čas tráví nejvíce péčí o domácnost, které vzhledem k velikosti jejího domu, zabere mnoho času. Nicméně s rodinou je v kontaktu často.

5 Diskuze

V této části bakalářské práce jsem získala informace od komunikačních partnerů pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který jsem dále zasadila do kontextu poznatků z odborné literatury i mých vlastních. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda a v jakých oblastech (sociální vztahy, zdravotní stav, občanská vybavenost, finanční situace, bydlení, aj.) čelí senioři 65+ žijící v domácím prostředí sociálnímu vyloučení. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak senioři 65+ vnímají pojem „sociální exkluze“. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jestli se setkali senioři 65+ s diskriminací na základě věku. Třetím a zároveň posledním dílčím cílem bylo zjistit, zdali volnočasové aktivity přispívají k zapojení seniorů 65+ do komunity a tím k prevenci sociálního vyloučení.

První ze dvou hlavních výzkumných otázek (HVO1) zněla: *„Jaké jsou příčiny sociální exkluze u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí?“* Druhá otázka byla (HVO2) *„Jaké aktivity vedou k odstranění sociálního vyloučení u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí?“*

V první části záznamového archu jsem se dotazovala komunikačních partnerů na sociodemografické údaje. Nejvíce mě však zajímal věk komunikačních partnerů, protože ten byl obsahem stanoveného cíle a musel být 65+. Dále to pak byli senioři z okresu Tábor a senioři žijící ve vlastní domácnosti. Lze usuzovat, že sociální vyloučení má negativní vliv na člověka, protože působí na zdravotní, psychickou i sociální stránku. Výsledky výzkumu jsem rozdělila do třech částí, a na zdravotní faktory sociálního vyloučení, psychické faktory sociálního vyloučení a sociální faktory sociálního vyloučení.

Začala jsem nejprve zdravotními faktory sociálního vyloučení, které jsem rozdělila do šesti otázek. Výzkum k tomuto prvnímu okruhu otázek se mi realizoval dobře, protože všichni KP se mnou spolupracovali. Přestože mě respondenti nikdy osobně nepotkali, byli velmi milí a svěřili se mi se svou zdravotní stránkou, která pro některé lidi může být velmi nepříjemná. Myslím si, že i oni byli rádi, že jsem je do výzkumu zahrnula, protože se mohli někomu dalšímu vyzpovídat. Má první otázka se týkala zdravotního stavu, a to konkrétně otázky: *„Popište mi Váš zdravotní stav za poslední měsíc (chronické onemocnění, léky, fyzický úbytek sil).“* Z výzkumu vyplynulo, že všichni KP mají nějaké zdravotní neduhy, které je trápí a znepríjemňují jim život. Chrastina et al., (2011) uvádí, že i když je chronické onemocnění často a běžně užívaný termín, tak neexistuje jednoznačně platná shoda v tom, co je a co není chronické onemocnění, do kterých oblastí

přímo zasahuje a jak dlouho trvá. Chrastina et al., (2011) dále uvádí, že chronické nemoci patří do jedné z kategorií nemocí, které jsou spojovány především s civilizačními nemocemi a s nemocemi, které jsou častou příčinou smrtí jedinců. Mnoho chronických onemocnění neohrožuje život pacienta, ale má střídavý ráz, člověk se určité období cítí dobře, pak dojde ke rapidní změně (Haluzíková, Římovská, 2010). Gurková (2017) uvádí, že neustále roste výskyt chronických onemocnění.

Když jsem se zeptala na otázku „*Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky?*“ Tak to jsem předpokládala, že budou převažovat záporné odpovědi, protože ve svém okolí slychávám, že senioři už v tomto věku nechodí k lékařům na preventivní prohlídky, protože jim to přijde zbytečné. Byla jsem velmi mile překvapena, když z výzkumu vyplynulo, že pouze jedna seniorka nechodí pravidelně na preventivní prohlídky, protože jí nechodí žádné pozvání od ošetřujícího lékaře. Podle mého názoru by se každý občan měl starat o své zdraví a chodit na preventivní prohlídky nehledě k tomu, kolik let mu zrovna je. Ale když se zamyslím nad touto problematikou z druhé stránky, jsem přesvědčena, že by bylo dobré posílat seniorům 65+ schránek dopis, aby se dostavili na preventivní prohlídku. Tím by se předešlo tomu, že si někdo další řekne, že už je starý a nemá cenu tam chodit. Chodit na preventivní prohlídky je velmi důležité proto, aby měl člověk přehled, jak na tom je ze zdravotního hlediska. Jak uvádí Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (2019), prevence by měla být samozřejmostí v naprosto každém věku a neměla by se podceňovat její důležitá role, protože díky ní lze odhalit závažná onemocnění včas (VZP ČR, 2021). Všeobecná preventivní prohlídka se provádí jednou za 2 roky, a to po uplynutí 23 měsíců po předchozí všeobecné preventivní prohlídce (Vyhláška č. 317/2016 Sb., o preventivních prohlídkách).

S tímto souvisí i otázka „*Jaké zdravotní služby využíváte?*“ Touto otázkou bylo zjištěno, že nejvíce využívanou zdravotní službou jsou praktičtí lékaři. Všichni z dotazovaných navštěvují pravidelně svého praktického lékaře, pouze jedna z dotazovaných nikoliv, protože ji na prohlídku nikdo nezve. Jako další nejvíce využívanou službou byla gynekologie, kterou navštěvují čtyři z pěti dotazovaných žen. Naopak méně ženami využívanou službou je mamografie, kterou navštěvují jen dvě z pěti dotázaných žen.

Přitom dle Zdravotní pojišťovny České republiky (2021) je toto vyšetření zcela zdarma od věku 45+ každé dva roky. Podle mého názoru je nezodpovědné nechodit na pravidelná preventivní mamografická vyšetření, která mohou odhalit závažná nádorová onemocnění

ještě v rané fázi. Myslím si, že osvěta ohledně karcinomu prsu je v České republice poměrně na vysoké úrovni, každoročně se například koná Avon Pochod, jehož finanční výtěžek putuje do organizací, jímž Avon pomáhá. Dle mého názoru by k větší návštěvnosti mamografie přispělo i to, kdyby lékaři každé 2 roky zvali seniorky na prohlídky. Jak uvádí Abrahámová et al. (2019), rakovina prsu je nejčastějším zhoubným nádorovým onemocněním u žen. Vysoký výskyt je i v kategoriích žen 70+ (Abrahámová et al., 2019).

Další otázka se týkala toho, zda se senioři kvůli zdravotnímu stavu cítí být vyloučeni ze společnosti. Z výzkumu vyplynulo, že se cítí být vyloučena pouze jedna KP, která nemůže chodit na nejrůznější společenské akce z důvodu hluchoty. Další dva dotazovaní odpověděli, že se částečně cítí být vyloučeni, protože se musí více šetřit a trávit více času odpočíváním. I když oba mají pravidelný kontakt s rodinou a se sousedy, je tento kontakt nedostatečný, protože, když byli mladí a zdraví, sociální kontakty měly jinou intenzitu. Tito lidé neustále někam chodili, s někým se setkávali, nyní to dělat nemohou, proto se cítí vyloučeni. I když KP 5 vypověděla, že se necítí být vyloučena, domnívám se, že z důvodu svého úrazu, kdy si zlomila obratle, vyloučena je, protože musí delší dobu trávit upoutaná na lůžku a nesmí nikam chodit. První měsíc strávila na Oddělení následné péče, kde ji navštěvovala jen dcera a syn. Nikdo další na návštěvu nemohl z důvodu probíhajícího chřipkového období. Proto si myslím, že se nedobrovolně stala vyloučená, protože několik dalších týdnů bude muset být upoutaná na lůžku.

V další části jsem se zabírala psychickými faktory sociálního vyloučení. S touto problematikou úzce souvisí termín deprese. Křivohlavý (2013) uvádí, že deprese je v dnešní době všeobecně známý pojem, latinského původu a znamená sklíčenost, stísněnost, netečnost či lhostejnost. Deprese značně narušuje životní pohodu a snižuje kvalitu života. Lidem trpícím depresemi svět najednou připadá šedý a těžký (Akhtar, 2015). Aby mohl být stav jedince diagnostikován jako deprese, musí se současně vyskytovat minimálně pět z uvedených devíti příznaků (Křivohlavý, 2013). Mezi tyto symptomy patří depresivní nálada, zpomalení myšlení a pohybů, ztráta energie, ztráta chuti k jídlu, malý zájem o běžnou činnost, horší soustředění a snížená schopnost myslet, pocity viny a snížené vlastní hodnoty, myšlenky na sebevraždu nebo činnost k tomu směřující (Křivohlavý, 2013). Otázka k této problematice se týkala psychické stránky a to „*Popište mi, jak se cítíte po psychické stránce za poslední měsíc?*“ S touto otázkou souvisí dotazník Geriatrické škály deprese, který jsem dala všem KP. Tři z osmi

dotazovaných, kteří byli z vesnice, potvrdili, že mají občas deprese. Jedna KP uvedla, že se jí před nedávnem stal velmi nepříjemný úraz, kvůli kterému musí být upoutaná na lůžko a vůbec neví, jak to s ní bude dál do budoucna. Další dva KP odpověděli, že už jsou staří, tak mají obavy, jak to bude nadále s jejich zdravím. Na základě tohoto zjištění jsem na konci rozhovoru s těmito komunikačními partnery hovořila na toto téma a následně jsem jim nabídla zprostředkování odborné pomoci. Všichni ale odmítli.

V poslední části jsem se zabývala sociálními faktory sociálního vyloučení, které jsou rozděleny do třinácti otázek. Výzkum k těmto otázkám se mi realizoval dobře, protože senioři byli velmi sdílní ohledně všech otázek, dokonce i těch týkajících se finanční stránky. Předtím, než jsem začala realizovat výzkum, ptala jsem se seniorů 65+ v mém okolí na otázku „*Co si představíte pod pojmem sociální vyloučení?*“ Mnoho dotazovaných ovšem nevědělo, co to znamená, takže jsem podobný výsledek očekávala i v mém výzkumu, ale tato domněnka se mi naštěstí nepotvrdila. Všichni dotazovaní věděli, co daný pojem znamená, a to bez ohledu na to, zda byli z města nebo vesnice. Výzkum ukázal, že mezi nejčastějšími odpověďmi figurovala omezená účast na společenském životě a problematika související s romskou populací. Dále bylo zmiňováno: bezdomovectví, budu muset zůstat zavřená doma a nemožnost udržovat kontakt s dalšími lidmi. Čambáliková a Sedová (2007) o sociálním vyloučení hovoří jako o neschopnosti společnosti začlenit jednotlivce či skupiny do systému, který se chápe jako společnost, a umožnit jim realizovat vlastní potenciál.

Má další otázky se týkala volného času a zněla: „*Jak trávíte svůj volný čas?*“ Z výzkumu vyplynulo, že všichni KP mají nějakou aktivitu, kterou tráví svůj volný čas, ať už to bylo „vaření a pečení, televize, rádio, trávení času na zahradě, péče o domácnost či včelaření.“ Janiš (2011) uvádí, že volný čas seniorů můžeme definovat jako takový čas, během kterého jsou provozovány zájmové činnosti na základě psychických, fyzických, sociálních a zájmových aspektů jednotlivců, které jsou vykonávané mimo čas věnovaný v péči o svou vlastní osobu, domácnost, rodinu a uspokojování základních potřeb člověka v seniorském věku. Jedná se tedy o takové aktivity, které člověku přinášejí zábavu, radost, spokojenost a potěšení (Janiš, 2011). Výzkum ukázal, že KP 4, KP 7 a KP 8 tráví svůj volný čas poslechem rádia a sledováním televize. Jelikož je sledování televize do určité míry nezdravé (ničí se zrak, u některých seriálů může získat senior zkreslenou představu o současném životním stylu a životě), tak mě zajímalo, na co se senioři v televizi sledují. Z výzkumu vyplynulo, že se nejčastěji sledují zprávy, vzdělávací

pořady a kriminální seriály. Janiš a Skopalová (2016) uvádějí, že sledování televize má samozřejmě i svůj pozitivní rozměr, který spočívá ve sledování naučných pořadů, což přispívá k všeobecnému přehledu. Jako negativní stránku naopak uvádějí nadměrný čas, který senior u televize může trávit, což může vést právě k sociální a dobrovolné izolaci (Janiš a Skopalová, 2016).

Na otázku „*Co podle Vašeho názoru může přispět k prevenci sociálního vyloučení?*“ nejčastější odpovědi byly volnočasové aktivity, například cvičení a vaření uvedli tři z osmi dotázaných. Myslím si, že všichni KP uvedli všechny odpovědi správně, protože jako další uvedli zdraví, udržovat kontakt s lidmi, různé akce pro seniory, dobré finanční zabezpečení a nevylučovat se sám. Aby sociálně exkludované osoby zvládly své vyloučení ze společnosti, potřebují pomoc zvenčí (Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016–2020). Základní podporu a pomoc by jim měl poskytnout stát prostřednictvím souboru nástrojů, jako jsou např. aktivizace sociálně vyloučených osob a podpora služeb určených k přímé pomoci sociálně vyloučených (Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016–2020, 2019). Jak píše Dvořáčková (2016), tak by mnoho gerontologů k prevenci doporučilo nejrůznější činnosti, které přispějí k lepší kvalitě života a spokojenosti. S tímto výrokem musím naprosto souhlasit, protože podle mého názoru jsou nejrůznější činnosti tou nejlepší prevencí zmiňovaného sociálního vyloučení, protože se člověk bude věnovat tomu, co ho zrovna baví.

Další otázkou jsem se ptala na příčiny sociálního vyloučení: „*Jaké jsou podle Vašeho názoru příčiny sociálního vyloučení?*“ Mezi příčiny můžeme uvést faktory zdravotní a psychické. Výzkum ukázal, že do zdravotních faktorů KP uváděli: kyčel a koleno, únavu, zlomený obratel, otoky nohou, rychlé zadýchání organismu, fyzický úbytek sil. Všechny tyto zdravotní obtíže trápí seniory a značně je to omezuje v jejich životě. Mezi další patří psychické faktory, ze kterých vyplynulo, že někteří KP se cítí po psychické stránce dobře a tři KP mají občas deprese. Jeden senior se cítí osamocen, protože už nemá tolik známých, se kterými by se mohl stýkat, protože mnoho z nich již zemřelo. Další senior se cítí být občas osamocen, protože nedávno prodělal infarkt myokardu a od té doby musí mít více klidového režimu a odpočívat. Proto teď nechodí příliš do společnosti a cítí se osamocen. Na závěr bych chtěla zmínit, že veškeré výsledky výzkumu jsou subjektivním projevem všech KP, a tudíž z nich nelze vyvozovat obecné závěry týkající se jiných seniorů.

Závěr

V bakalářské práci na téma „Sociální vyloučení jako determinant zdraví ve stáří“ jsem se v teoretické části snažila objasnit základní pojmy, které jsou s tímto tématem spojeny. Konkrétně jsem se zabírala problematikou stárnutí a stáří od samotné klasifikace až po změny ve stáří, zdravím a sociálními determinanty zdraví a v neposlední řadě sociálním vyloučením v kontextu sociální práce, která zahrnuje druhy, příčiny, faktory, prevenci a přístup sociálního pracovníka k sociálnímu vyloučení.

Cílem praktické části této práce bylo zjistit, zda a v jakých oblastech (sociální vztahy, zdravotní stav, občanská vybavenost, finanční situace, bydlení, aj.) čelí senioři 65+ žijící v domácím prostředí sociálnímu vyloučení. Vzhledem k cíli byly stanoveny dvě hlavní výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťoval příčiny sociální exkluze u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí. Druhá výzkumná otázka se týkala aktivit, které vedou k odstranění sociálního vyloučení u seniorů 65+ žijících v domácím prostředí. Dílčími výzkumnými otázkami jsem se ptala na to, jak senioři 65+ vnímají pojem sociální exkluze, zda se senioři 65+ setkali s diskriminací na základě věku a jestli přispívají volnočasové aktivity k zapojení seniorů 65+ do komunity k prevenci sociálního vyloučení.

Z výzkumu vyplynulo, že zdravotní stav omezuje seniory v jejich společenském životě. Jedna seniorka uvedla, že z důvodu své hluchoty nemůže chodit do divadla. Mezi další důvody omezení společenského života seniorů patří bolest kyčle a kolene, únava, zlomený obratel, otoky nohou a rychlé zadýchání organismu.

Výsledky dále ukázaly, že jako prevence sociálního vyloučení může působit, když je člověk zdravý, navštěvuje nejrůznější akce pro seniory, udržuje pravidelný kontakt s ostatními lidmi, ve svém volném čase má volnočasové aktivity, aby se určitým způsobem nevylučoval sám, tzn. že se nebrání styku se společenským prostředím a neuzavírá se do sebe a v neposlední řadě dobré finanční zabezpečení, které zajistí, že si člověk bude moci dovolit jít třeba do kavárny nebo navštívit společenské akce.

Tato bakalářská práce nebude pouze přínosem nejen pro populaci seniorů, ale i pro mě osobně, protože jsem mohla nahlédnout do méně známé problematiky.

Seznam použitých zdrojů

1. ABRAHÁMOVÁ, J. et al., 2019. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. 2. vydání. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2055-0.
2. AKHTAR, M., 2015. *Pozitivní psychologii proti depresi - Jak svépomocí dosáhnout štěstí, pohody a vnitřní síly*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-4839-9.
3. BACKWITH, D., 2015. *Social work, poverty and social exclusion*. England: Open University Press. 190 s. ISBN 978-0-335-24585-7.
4. BALOGOVÁ, B. et al., 2011. *O zmysle života*. 2. vydání. 173 s. ISBN 978-86-86805-37-9.
5. BARTOŠ, A., RAISOVÁ, M., 2019. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. 2. vydání. Praha: Mladá fronta a.s., 184 s. ISBN 978-80-204-5490-4.
6. BEDNÁŘ, V. et al., 2013. *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-4211-3.
7. BĚLÍK, V. et al., 2017. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-271-9968-6.
8. BRABCOVÁ, I., VACKOVÁ, J., 2013. Koncepce deseti sociálních determinant zdraví. *Kontakt*. 15(4), 406-412. ISSN 1212-4117.
9. BROŽ, M. et al., 2007. *Kdo drží Černého Petra: sociální vyloučení v Liberci, Plzni a Ústí nad Labem*. Praha: Člověk v tísní - společnost při České televizi. 91 s. ISBN 978-80-86961-27-9.
10. ČAMBÁLIKOVÁ, M., SEDOVÁ, T., 2007. *Exklúzia a sociálna situácia na Slovensku*. Bratislava: Vysoká škola Sládkovičovo, Fakulta sociálnych štúdií. 328 s. ISBN 978-80-89267-07-1.
11. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8.
12. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum. 152 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

13. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie - Úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
14. ČEVELA, R. et al., 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
15. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
16. DOSEDLOVÁ, J. et al., 2016. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. Brno: Filosofická fakulta, Masarykova univerzita. 221 s. ISBN 978-80-210-8458-2.
17. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
18. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. Reminiscenční terapie. In: HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, s. 64-69. ISBN 978-80-247-4697-5.
19. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2014. Specifické faktory ovlivňující sociální exkluzi seniorů žijících v domácím prostředí. *Aktuální otázky sociální politiky - teorie a praxe* [online]. Univerzita Pardubice, Fakulta ekonomicko -správní, roč. 8, č. 2, 23-36 s. [cit. 2019-03-11]. ISSN 1804-9095. Dostupné z: <https://aosp.upce.cz/article/view/290/217>.
20. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2016. Sociální exkluze u seniorů jako jedna z determinant zdraví. In: DVOŘÁČKOVÁ, D. et al. *Sociální determinanty zdraví u seniorů žijících v Jihočeském kraji*. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, s. 21-40. ISBN 978-80-7422-546-8.
21. GULOVÁ, L., 2013. Zakotvená teorie podle Strausse a Corbinové. In: GULOVÁ, L., ŠÍP, R. et al., *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, s. 45-71. ISBN 978-80-247-4368-4.
22. GURKOVÁ, E., 2017. *Nemocný a chronické onemocnění*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-271-0461-1.
23. GRUSS, P., 2009. *Perspektivy stárnutí*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

24. HALUZÍKOVÁ, J., ŘÍMOVSKÁ, Z., 2010. Psychosociální podpora u pacientů s autoimunitním onemocněním – s revmatoidní artritidou. *Medicína pro praxi*. 7(2), 88-9. ISSN 1803-5310.
25. HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén. 193 s. ISBN 978-80-7492-058-5.
26. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7.
27. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. 4. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
28. HOLČÍK, J., 2014. Co má vliv na zdraví. In: ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. et al. *Sociální gerontologie-Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. s. 71-81. ISBN 978-80-247-9290-3.
29. HOLMEROVÁ, I., SUCHÁ, J., 2003. Reminiscenční terapie. *Praktický lékař*. 83(5), 295-297.
30. HOLMEROVÁ, I et al., 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum. 300 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
31. HOLMEROVÁ, I., VAŇKOVÁ, H., 2009. Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicína pro praxi*. 6 (2), 111-114.
32. HŮLOVÁ, K., 2017. Depistáž v terénní sociální práci. In: HŮLOVÁ, K. et al., *Přínosy a limity terénní sociální práce*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, s. 13-19. ISBN 978-80-7421-138-6.
33. HROZENSKÁ, M., 2013. Senioři. In: HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D.. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, s. 12-59. ISBN 978-80-247-4139-0.
34. CHRASTINA, J. et al., 2011. Chronická nemoc, její definování a chápání pohledem nemocného a rodinných příslušníků. In: ŽIAKOVÁ, K., ČÁP, J., et al., *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: UK Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, Ústav ošetrovatel'stva, s. 112-27. ISBN 978-80-89544-00-4.

35. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu-základy kvantitativního výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-271-9225-0.
36. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
37. JANIŠ, K., 2011. Volný čas seniorů. In: POLÁCHOVÁ, J., et al. *Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů VIII*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s 693-700. ISBN 978-80-244- 2815-4.
38. JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5535-9.
39. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
40. URBAN, D., 2016. Sociální determinanty zdraví sociálně vyloučených lokalitách. In: KAJANOVÁ, A., et al. *Sociální determinanty zdraví u obyvatel sociálně vyloučených lokalit žijících v Jihočeském kraji*. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny. s 16-21. ISBN 978-80-7422-545-1.
41. KAJANOVÁ, A. et al., 2017a. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 106 s. ISBN 978-80-7394-639-5.
42. KAJANOVÁ, A., 2017b. *Proč selhává sociální práce se sociálně exkludovanými*. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny. 69 s. ISBN 978-80-7422-613-7.
43. KAJANOVÁ, A., 2017c. *Sociální práce s romskou minoritou*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 54 s. ISBN 978-80-7394-661-6.
44. KALNICKÝ, J., 2009. *Základy pedagogiky*. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 117 s. ISBN 978-80-7248-543-7.
45. KALVACH, Z., ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. Stáří a stárnutí v současném světě. In: ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. et al. *Sociální gerontologie-Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. s. 16-27. ISBN 978-80-247-9290-3.

46. KEBZA, V., 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
47. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vydání. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-271-9567-1.
48. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
49. KŘIVOHLAVÝ, J., 2013. *Jak zvládat depresi*. 3. vydání. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-4774-3.
50. KUTNOHORSKÁ, J. et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
51. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
52. MACHOVÁ, J. 2016. *Výchova ke zdraví*. 2. vydání. Praha: Grada. 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.
53. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
54. MANDINCOVÁ, P., 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3811-6.
55. MAREŠ, P., 2006. *Faktory sociálního vyloučení*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno. 41 s. ISBN 80-87007-15-8.
56. MAREŠ, P., SIROVÁTKA, T., 2008. Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluze) - koncepty, diskurz, agenda. *Sociologický časopis*. Vol. 44, No. 2: 271-294.
57. MARKOVÁ, M., 2012. *Determinanty zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 54 s. ISBN 978-80-7013-545-7.
58. MASTILIAKOVÁ, D., 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

59. MATOUŠEK, O. et al., 2012. *Základy sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 310 s. ISBN 978-80-262-0211-0.
60. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
61. MOTLOVÁ, L., 2016. Sociální opora jako sociální determinanta zdraví ve stáří. In: DVOŘÁČKOVÁ, D. et al., *Sociální determinanty zdraví u seniorů žijících v Jihočeském kraji*. Praha: NLN, s.r.o., Nakladatelství Lidové noviny, s. 42-76. ISBN 978-80-7422-546-8.
62. MÜLLER, H., 2013. *Myšlenkové mapy - Jak zlepšit své myšlení, paměť, koncentraci a kreativitu*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5057-6.
63. NAVRÁTIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman. 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
64. NĚMEČEK, S. et al., 2014. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem. 78 s. ISBN 978-80-85047-47-9.
65. Neugarten, B. L. (1966). Adult personality [Electronicversion]. *Human Development*, 9, 61-73.
66. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2 díl, Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
67. NOVÁK, T., 2014. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-5152-8.
68. NOVOTNÁ, J., 2014. *Teorie sociální práce*. Jihlava: VŠ polytechnická. 127 s. ISBN 978-80-87035-96-2.
69. OGG, J. et al., 2020. *Economic exclusion in later life*. Irish Centre for Social Gerontology: National University of Ireland Galway. 12 s. ISBN 978-1-908358-75-2.
70. ONDRUŠOVÁ, J., 2011. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum. 168 s. ISBN 978-80-246-1997-2.

71. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
72. PERISSINOTTO, C. M., STIJACIC, C. I., COVINSKY, K., 2012. *Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death*. Arch Intern Med. 172(14): 1078-1083.
67. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
73. RATCLIFF, K., 2017. *The social determinants of health*. Great Britain: Polity Press. 256 s. ISBN 978-1-5095-0432-9.
74. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
75. SAK, P., KOLESÁROVÁ, K., 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
76. SHEPPARD, M., 2006. *Social Work and Social Exclusion*. Burlington, VT: Ashgate Publishing Limited 278 p. ISBN 978-0-7546-4770-6.
77. SPIRIT, M., 2014. *Úvod do studia práva*. 2. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-5280-8.
78. STENGER, CH., 2011. *Jak si vybudovat fantastickou paměť*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3776-8.
79. STEPTOE, A., SHANKAR, A., DEMAkakOS, P., WARDLE, J., 2013. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 110(15): 5797-5801, doi: 10.1073/pnas.1219686110.
80. SUCHOMELOVÁ, A., 2016. *Senioři a spiritualita - duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. 303 s. ISBN 978-80-7255-361-7.
81. SÝKOROVÁ, D., 2007. *Autonomie ve stáří - kapitoly z gerontosociologie*. Praha: SLON. 285 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

82. SÝKORA, L., TEMELOVÁ, J., 2005. *Prevence prostorové segregace* [online]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Přírodovědecká fakulta, Ministerstvo pro místní rozvoj [cit. 2019-3-2]. Dostupné z: http://urrlab.cz/sites/default/files/sykora_l._temelova_j._eds._2005_prevence_prostorove_segrecace.pdf
83. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
84. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: VUP. 83 s. ISBN 978-80-244-3653-1.
85. ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L., 2015. *Edukace seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-9916-2.
86. ŠŤASTNÝ, J., 2006. *Zdraví a nemoc*. Hradec Králové: Gaudeamus. 62 s. ISBN 80-7041-775-7.
87. ŠURÁŇOVÁ, V., 2013. Interpretativní fenomenologická analýza (IPA). In: GULOVÁ, L. et al., *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Praha: Grada, s. 105-116. ISBN 978-80-247-8813-5.
88. TIEFENBACHER, A., 2010. *Trénink paměti - Osvědčené tipy, metody a cvičení*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3177-3.
89. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
90. VELEMÍNSKÝ, M. et al., 2012. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 170 s. ISBN 978-80-7394-360-8.
91. WILKINSON, R., MARMOT, M., 2005. *Sociální determinanty zdraví - Fakta a souvislosti*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. 52 s. ISBN 80-86625-46-X.
92. ZAVÁZALOVÁ, H., ZIKMUNDOVÁ, K., ZAREMBA, V., 2008. Vybrané determinanty života osob v předdůchodovém věku. *Kontakt*. 10(88), 89-92. ISSN 1212-4117.

93. ŽILOVÁ, H., TOKÁROVÁ, A., 2009. Vybrané teoreticko - metodologické otázky sociální práce. In: TOKÁROVÁ, A. *Sociálna práca - Kapioly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. AKCENT PRINT: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešově, s. 31-80. ISBN 978-80-89295-16-6.

94. ŽUMÁROVÁ, M., 2012. *Subjektivní pohoda a kvalita života seniorů*. Prešov: Akcent print. 179 s. ISBN 978-80-89295-43-2.

Internetové zdroje

APSSCR., © 2011. *Etický kodex sociálního pracovníka České republiky* [online]. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR [cit. 2019-11-09]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf

CŽV © 2012 - 2019. *Filozofie a poslání univerzit třetího věku (U3V)* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://u3v.upol.cz/>

Charita Česká republika © 2021. *Komunitní centrum pro seniory*[online]. Ostrava: Charita Česká republika [cit. 2021-2-12]. Dostupné z: <https://ostrava.caritas.cz/seniori/komunitni-centrum-pro-seniory-gabriel/>

KELLER, J., 2017. *Sociologická encyklopedie* [online]. Praha: Sociologický Ústav AV ČR [cit. 2021-02-03]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Komunita>

KUČERA, M., 2017. *Sociologická encyklopedie* [online]. Praha: Sociologický Ústav AV ČR [cit. 2021-02-03].

Odbor 22., 2017. *Sociální služby* [online]. MPSV: Praha [cit. 2019-03-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>

TOUŠEK, L., © 2007. *Sociální vyloučení a prostorová segregace*[online]. Plzeň: Západočeská univerzita [cit. 2019-3-24]. Dostupné z: http://www.antropologie.org/sites/default/files/publikace/downloads/143_143_ladislav_tousek_socialni_vyloucen_i_a_prostorova_segregace.pdf

ROZMANOVÁ, N. et al., 2020. *Principy a pravidla územního plánování*[online]. Brno: Ústav územního rozvoje [cit. 2021- 02-3]. Dostupné z: <http://www.uur.cz/images/5->

publikacni-cinnost-a-knihovna/internetove-prezentace/principy-a-pravidla-uzemniho-planovani/kapitolaC/C4-2020-12-18.pdf

Usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součást ústavního pořádku České republiky, 1993. [online]. [cit. 2019- 03-3]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 1, s. 17-23. ISSN 1211-1244. Dostupné z: aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5989

World Health Organisation., © 2019 *Social determinants*[online]. [cit. 2019-3-24]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants>

Agentura pro sociální začleňování., © 2018 *Koordinovaný přístup k sociálně vyloučeným lokalitám*[online].[cit. 2021-2-16]. Dostupné z: <https://www.socialni-zaclenovani.cz/onas/#co-je-socialni-vylouceni>

Strategie boje proti sociálnímu vyloučení,2019. [online]. [cit. 2020-3-24]. Dostupné z: <file:///C:/Users/Notebook/Downloads/Strategie%20boje%20proti%20soc.%20vylou%20C4%8Den%C3%AD%202016-2020.pdf>

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky., © 2019. *Preventivní prohlídky* [online].Praha:ZPMV[cit.2-12-2020].Dostupnéz:<https://www.zpmvcr.cz/pojistenci/informace-pro-pojistence/preventivni-prohlidky/>

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky., © 2021. *Preventivní prohlídky* [online]. Praha:VZPČR[cit.1-11-2021].Dostupnéz:<https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>

Vyhláška č. 317/2016 Sb., o preventivních prohlídkách, 2016. [online]. [cit. 2020-3-12]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 124, ISSN 1211 - 1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (zákon o sociálních službách), 2006. [online]. [cit. 2019-2-10]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, ISSN 1211 - 1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (zákon o obcích, 2000. [online]. [cit. 2020-5-21]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, ISSN 1211 – 1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), 2009. [online]. [cit. 2020-4-21]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 58, ISSN 1211 –1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o ochraně veřejného zdraví), 2000. [online]. [cit. 2019-2-23]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 108, ISSN 1211 - 1244. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

Seznam příloh

Příloha 1 Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory se seniory	74
Příloha 2 Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15)	76
Příloha 3 Seznam schémat	77
Příloha 4 Seznam, tabulek	78

Záznamový arch pro polostrukturované rozhovory se seniory

Kritéria pro výběr komunikačních partnerů

- Senioři ve věku 65 +.
- Senioři žijící v okrese Tábor.
- Senioři žijící ve vlastní domácnosti.

1. Sociodemografické údaje

- Věk
- Pohlaví
- Vzdělání
- Rodinný stav
- S kým bydlí
- Bydlení (vesnice, město)

2. Zdravotní faktory sociálního vyloučení

- Popište mi Váš zdravotní stav za poslední měsíc (chronické onemocnění, léky, fyzický úbytek sil).
- Využíváte nějaké zdravotní služby? (Jaké? Jak dlouho? Jak často?)
- Na jaké preventivní prohlídky docházíte? (jak často).
- Popište mi Vaši pohyblivost? (snížení, omezení)
- V čem Vás limituje fyzické onemocnění v běžných denních aktivitách?
- Cítíte se kvůli svému zdravotnímu stavu vyloučen/a ze společnosti?

3. Psychické faktory sociálního vyloučení

- Popište mi, jak se cítíte po psychické stránce za poslední měsíc.
- Cítíte se osaměle?
- Jaká je Vaše psychická odolnost a přizpůsobení se na nové prostředí? (úbytek psychických sil, léky)
- V čem Vás limituje psychické onemocnění v každodenních aktivitách?

4. Sociální faktory sociálního vyloučení

- Co si představíte pod pojmem sociální vyloučení?
- Jak jste spokojena se svým životem?
- Co děláte proto, abyste byl/a zapojen/a do komunity?(Jakým způsobem jste začlenění do komunity? Jaké aktivity využíváte?)
- Popište mi Vaše sociální kontakty? (s kým, jak často)
- Jaké služby využíváte tady v okolí, kde žijete? (obchod, bazén, restaurace, atd.)
- Jak se rozhodujete o svých záležitostech? (sám/a, s jinými lidmi)
- Jak trávíte svůj volný čas?
- Co podle Vašeho názoru může přispět k prevenci sociálního vyloučení ve stáří?
- Byl/a jste někdy diskriminován/a na základě vašeho věku? (v čem - pohlaví, věk, sociální status)
- Z čeho se skládá Váš příjem? (dávky, příspěvky, jak vycházíte s penězi)
- Máte nějaké půjčky?
- Využíváte nějaké sociální služby? (Jaké? Jak dlouho? Jak často?)
- Jaké jsou podle Vašeho názoru příčiny sociálního vyloučení?

Příloha 2 Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15)

Geriatrická škála deprese dle Yesavage (GDS-15)

U každé otázky zakroužkujte odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se v posledním týdnu cítil/a:

1. Jste se svým životem v zásadě spokojen/a?	ano	ne
2. Zanechal/a jste mnoha svých činností a zájmů?	ano	ne
3. Máte pocit, že Váš život je prázdný?	ano	ne
4. Nudíte se často?	ano	ne
5. Jste většinou v dobré náladě?	ano	ne
6. Bojíte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne
7. Cítíte se většinou šťastný/á?	ano	ne
8. Cítíte se často bezmocný/á?	ano	ne
9. Zůstáváte raději doma, než abyste vyšel/a ven a dělal/a něco nového?	ano	ne
10. Máte pocit, že v poslední době máte s pamětí více problémů než ostatní?	ano	ne
11. Máte dojem, že je pěkné žít v této době?	ano	ne
12. Připadáte si zbytečný/á?	ano	ne
13. Cítíte se pln/a energie?	ano	ne
14. Máte dojem, že Vaše situace je beznadějná?	ano	ne
15. Máte dojem, že se většině lidí vede lépe než Vám?	ano	ne

Za každou odpověď označenou tučným písmem počítejte 1 bod.

Celkové skóre bodů

Hodnocení

0–5 normální afekt; 6–10 mírná depresivita; 11+ těžká depresivita

Krátká verze, GDS-5 (Hoyl 1999)

5 otázek vyznačených tučně (otázka č. 1, 4, 8, 9 a 14)

Hodnocení

2+ suspektní deprese, potřebné další vyšetření

Zdroj: (Holmerová a Vaňková, 2009).

Příloha 3 Seznam schémat

Schéma 1 Zdravotní stav za poslední měsíc	41
Schéma 2 Zdravotní služby.....	42
Schéma 3 Preventivní prohlídky	43
Schéma 4 Snížená nebo omezená pohyblivost	44
Schéma 5 Omezení fyzického onemocnění v běžných aktivitách	44
Schéma 6 Psychická stránka	45
Schéma 7 Pocit osamělosti	46
Schéma 8 Snížení psychické odolnosti	46
Schéma 9 Omezení psychického onemocnění v každodenních aktivitách.....	47
Schéma 10 Pojem „sociální vyloučení“	47
Schéma 11 Spokojenost se životem.....	48
Schéma 12 Zapojené do komunity.....	48
Schéma 13 Sociální kontakty.....	49
Schéma 14 Služby v okolí	49
Schéma 15 Samostatné rozhodování	50
Schéma 16 Trávení volného času	50
Schéma 17 Prevence sociálního vyloučení	51
Schéma 18 Diskriminace	52
Schéma 19 Příčiny sociálního vyloučení	53

Příloha 4 Seznam, tabulek

Seznam tabulek

Tabulka 1 Časový harmonogram	38
Tabulka 2 Posouzení stavu deprese	40
Tabulka 3 Sociodemografické údaje komunikačních partnerů.....	41
Tabulka 4 Subjektivně vnímaný pocit vyloučení	45

Seznam použitých zkratek

aj - ajiné

např - například

tzn - to znamená

DNA –testování genetického původu

AIM – akutní infarkt myokardu

U3V - univerzita třetího věku

A3V - akademie třetího věku

AOP - antiopresivní přístup

KP - komunikační partner

KP 1 - komunikační partner 1

KP 2 - komunikační partner 2

KP 3 - komunikační partner 3

KP 4 - komunikační partner 4

KP 5 - komunikační partner 5

KP 6 - komunikační partner 6

KP 7 - komunikační partner 7

KP 8 - komunikační partner 8