

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKTULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE A ANDRAGOGIKY

ŽIVOT SENIOROV A JEHO KVALITA

SENIORS LIFE AND ITS QUALITY

Bakalárska diplomová práca

Dana Áčová

Vedúca bakalárskej diplomovej práce: Doc. PhDr. Martina Mojtoová, PhD.

Olomouc 2010

Prehlasujem, že som túto bakalársku prácu vypracovala samostatne a použila som len literatúru a ostatné zdroje, ktoré uvádzam v zozname.

.....
Dana Áčová

V Olomouci 19.3.2010

ABSTRAKT

V teoretickej časti sme sa venovali frekventovanej téme dnešnej doby, ktorou je staroba, starnutie a jej korelácia na kvalitu života seniorov. Cieľom našej práce bolo priniesť poznatky, fakty, osobné postrehy, inšpirácie a pocity z oblasti starnutia ľudí, ktoré sprevádzajú človeka v jeho dospelosti a potom až cez tretí vek života. Bližšie sme špecifikovali možnosti aktivít seniorov v domácom prostredí, kluby dôchodcov a inštitucionálnu starostlivosť o seniorov. Časť teórie venujeme vplyvu domáceho prostredia a domovov dôchodcov na osobnosť seniorov, možnostiam aktívneho prežívania ich staroby.

V empirickej časti sa zaoberáme podrobnou analýzou a interpretáciou vlastných výsledkov prieskumu, prostredníctvom ktorého našim cieľom bolo zistiť a porovnať kvalitu života seniorov v domovoch dôchodcov a seniorov v domácom prostredí. Empirická časť rozširuje uvedené teoretické poznatky o empirický prieskum, opierajúci sa o charakteristiku prieskumných metód, výberového súboru, analýzu a overovanie predpokladov.

ABSTRACT

In the theoretical part, we give today's busy theme, which is old age, aging and its correlation to quality of life of seniors. Our goal was to bring knowledges, facts, personal insights, inspiration and feelings of aging people, accompanying a man in his adulthood and then old age and through life. We closer, specified the modalities of action in the seniors home, retirement clubs and institutional care for seniors. In the part of theory we impact a domestic environment and retirement homes for seniors personality, their survival possibilities for active aging.

Empirical part is concerned with detailed analysis and interpretation of its own survey, whereby our goal was to determine and compare the quality of life of seniors in retirement homes and elderly at home. Empirical part often spreads mentioned theoretical knowledge of empirical research, based on the characteristics survey methods, samples, analysis and verification of assumptions.

PREDHOVOR

Starnutie a staroba nie sú záležitosťou modernej doby, ale sú to javy staré ako ľudstvo samo. Vzniklo a vzniká mnoho teórií, ktorými sa vysvetľuje ich mnohotvárnosť. „Koncom dvadsiateho a na prelome dvadsiateho prvého storočia sa v modernej dobe všeobecne konštatuje, že starnutie a staroba sú prirodzenou a zákonitou etapou vnútorného i fyzického života človeka“ (Hamžík, 2003, s. 13).

Našu bakalársku prácu sme venovali problematike starých ľudí v domove dôchodcov a v domácom prostredí, nakoľko otázka starnutia a staroby je pre našu spoločnosť stále aktuálnejšia. Jedným z cieľov našej práce bolo načrtnúť prípadné rozdiely v kvalite života a v uspokojovaní životných potrieb seniorov v domove dôchodcov a seniorov žijúcich v domácom prostredí, vzhľadom k odlišnosti prostredia, v ktorom žijú. K rozhodnutiu venovať svoju pozornosť starým ľuďom v domove dôchodcov nás priviedol aj fakt, že počet žiadateľov o inštitucionálnu starostlivosť stále rastie a taktiež fakt, že aj seniori žijúci v domácom prostredí sa stále vo väčšej miere obracajú o pomoc na siete opatrovateľských služieb.

Problematikou seniorského veku sa zaoberá veľa odborníkov vo svete, ale aj na Slovensku, preto knižnica literárnych zdrojov s touto problematikou je veľmi bohatá. Podklady pre teoretickú časť pre nás tvorili najnovšie, ale i staršie literárne zdroje mapujúce danú problematiku, pričom sme čerpali nielen z knižnej a časopiseckej publikácie, ale i zo zdrojov dostupných na internete.

Pri opise biologických aspektov staroby sme vychádzali predovšetkým zo štúdia literatúry Balogovej, Poledníkovej, Határa a Hamžíka. Šimová a Džuka so svojimi web stránkami nám pomohli nahliadnuť do konceptu kvality života.

Prieskumnú časť predstavuje analýza a prezentácia nami zistených výsledkov a snaha o ich porovnanie s poznatkami uvádzanými v prácach slovenských autorov.

Výsledky v rámci našej bakalárskej práce môžu predstavovať prvý krok pre získanie orientácie v problematike potrieb starých ľudí, najmä pre pracovníkov v domovoch dôchodcov, ale i pre všetkých pracovníkov poskytujúcich opatrovateľské i sociálne služby. Sme presvedčené, že i keď naša práca z pohľadu na kvalitu života seniorov celkom nevyčerpáva problematiku potrieb starých ľudí bývajúcich v domove dôchodcov a taktiež aj starých ľudí žijúcich v domácom prostredí, bude prínosom pre nové poznanie v tejto oblasti.

OBSAH

Úvod	9
Teoretická časť	
1 Seniorský vek – dôležitá etapa v živote človeka	11
1.1 Pojem senior, starnutie a staroba	11
1.2 Periodizácia ľudského života s akcentom na seniorský vek	12
2 Kvalita života	15
2.1 Sociálna dimenzia kvality života seniorov	16
2.2 Indikátory kvality života seniorov	17
3 Starí ľudia a domáce prostredie	21
3.1 Aktivity seniorov žijúcich v domácom prostredí v ich voľnom čase	22
3.2 Vzdelávanie osôb tretieho veku	22
3.3 Klub dôchodcov	24
4 Inštitucionálna a edukatívna starostlivosť o seniorov	25
4.1 Strategické dokumenty ako východiská sociálno-edukatívnej starostlivosti o seniorov	25
4.2 Seniori pred nástupom do DD	26
4.3 Domov dôchodcov, domov – penzión pre dôchodcov	27
4.3.1 Domov penzión pre dôchodcov, Domov dôchodcov a Domov sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom v Leviciach	28
Empirická časť	
5 Formulácia problému	31
5.1 Cieľ prieskumu	31
5.2 Hypotézy	31
5.3 Časový harmonogram prieskumu, výber a charakteristika prieskumnej vzorky	33
5.4 Metódy prieskumu a ich charakteristika	34
5.5 Výsledky, analýza a interpretácia získaných údajov	35
5.6 Overovanie predpokladov	51
5.7 Diskusia	54
5.8 Záver z prieskumu a jeho využitie v praxi	56

Záver	59
Zoznam bibliografických odkazov	61
Zoznam príloh	65

ZOZNAM SKRATIEK

WHO	- World Health Organization (Svetová zdravotnícka organizácia)
UTV	- Univerzita tretieho veku
DD	- domov dôchodcov
DP	- domáce prostredie
DPD	- domov penzión pre dôchodcov
NOC	- Národné osvetové centrum
MRSI	- Medzinárodný rok starších ľudí
NsP	- Nemocnica s poliklinikou
DSS	- Domov sociálnych služieb
MPSVaR	- Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny
ZOS	- Zariadenie opatrovateľskej služby
SOS	- Stanica opatrovateľskej služby
NSK	- Nitriansky samosprávny kraj
PaM	- plánovanie a mzdy
VZ	- Valné zhromaždenie
OSN	- Organizácia spojených národov
SR	- Slovenská republika
MZ	- Ministerstvo zdravotníctva
SNR	- Slovenská národná rada

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

Tabuľka 1	Veková štruktúra respondentov	36
Tabuľka 2	Pohlavie respondentov	37
Tabuľka 3	Rodinný stav respondentov	37
Tabuľka 4	Vzdelanie respondentov	39
Tabuľka 5	Pôvodné bydlisko respondentov	40
Tabuľka 6	Zdravotný stav respondentov	42
Tabuľka 7	Spokojnosť respondentov s prežívaním svojej staroby	48
Tabuľka 8	Periodicita návštev	49
Graf 1	Spolužitie	41
Graf 2	Celkový zdravotný stav	43
Graf 3	Spokojnosť s finančnou situáciou	44
Graf 4	Adaptácia v domove dôchodcov	46
Graf 5	Pocit osamelosti	48
Graf 6	Návšteva zdravotných prehliadok	50
Graf 7	Životná úroveň	51

ÚVOD

„ Už je to pätnásť rokov, čo sa učim byť starcom. Predtým som si myslel, že želania slabnú zároveň s možnosťami; potom som začal chápať, že telo starne skôr ako duša, že sa treba naučiť žiť po starecky. Áno, učiť sa umeniu žiť v starobe je ťažké, ale nevyhnutné; dlhý život má zmysel, inak sa na bremeno zmení sám život.

G. Erenburg

Je úžasné ak sa narodí človek, ale aj napriek tomu by si nikto nemal robiť zásluhu na tom, že prišiel a žije na tomto svete. Potom akým spôsobom v dospelosti prežíva svoje roky, už v najpodstatnejšej miere len sám zodpovedá za vnútorné i vonkajšie formovanie svojho života, teda za jeho kvalitatívnu úroveň a jeho predlžovanie alebo skracovanie. To treba zavčas pochopiť a precítiť (Hamžík, 2003, s.11).

Svojou bakalárskou prácou by som chcela upozorniť na skutočnosť, a k tomu použijem slová autora publikácie Edukatívne a sociálne aspekty rezidenčnej starostlivosti o seniorov Ctibora Határa (2008, s.79) „ že nielen zdravotnícka, materiálna či sociálno-právna starostlivosť je jedinou zárukou osobnej spokojnosti klienta, ale k dôstojnému prežívaniu staroby je potrebné urobiť o čosi viac. Je dôležité doceniť všetky stránky osobnosti, a to v celej svojej integrálnej podstate, pretože kvalita života seniora nezávisí iba od toho, či má čo jesť, čo si obliecť a kde skloniť hlavu, ale tiež od toho, akým spôsobom naplní ďalšie roky svojho bytia“.

Podnetom a motiváciou pre výber danej témy je snaha o komplexnejšie oboznámenie sa s problematikou kvality života seniorov, ktorá je stále aktuálnejšia aj napriek skutočnosti, že zariadenia sociálnych služieb ako domovy dôchodcov a domovy sociálnych služieb nie sú veľmi obľúbené, avšak počet žiadateľov o inštitucionálnu starostlivosť stále rastie.

Jedným z cieľov našej práce bude analýza sociálnej dimenzie kvality života vybranej vzorky seniorov žijúcich v zariadení Domov penzión pre dôchodcov, Domov dôchodcov a Domov sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom v Leviciach a seniorov žijúcich v domácom prostredí v meste Nitra. Naša analýza bude podkladom pre zistenie úrovne rozsahu zúčastnenosti seniorov na ekonomickom a sociálnom živote spoločnosti a to v tých oblastiach, ktoré podporujú jeho dobro, rast a osobný potenciál.

Predkladaná bakalárska práca bude určená každému, kto má záujem dozvedieť sa viac o aktuálnej problematike súčasnej doby, ktorou je staroba, starnutie a inštitucionálna

sociálna starostlivosť o seniorov. Môže pomôcť študentom odborov sociálna práca, ošetrovateľstvo, zdravotníctvo pri komparácii výsledkov prieskumu s podobnou problematikou.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 SENIORSKÝ VEK – DÔLEŽITÁ ETAPA V ŽIVOTE ČLOVEKA

Staroba sa podľa niektorých definícií začína po šesťdesiatke. Podľa iných o päť rokov neskôr. Ďalšie hovoria o skutočnej starobe až po dovŕšení sedemdesiatpäť rokov. Subjektívne sa môže začínať u každého inokedy – vtedy, keď si ju sami pripustíme často oveľa skôr. Alebo i oveľa neskôr, ako uvádzajú odborníci. Nepríjemnou sa stáva až vtedy, keď strácame schopnosť sami sa o seba postarať (Premeny, 2009).

1.1 Pojem senior, starnutie a staroba

Podľa Čornaničovej (2007, s. 10) pojem **senior** používame ako významovo neutrálny termín nahradzujúci alebo zastrešujúci iné terminologické vymedzenia, ktoré vznikli na pôde lekárskejších, psychologických, sociologických a iných vedných disciplín na označenie človeka staršieho a starého vekového obdobia, prípadne zaužívali sa ako termíny dôchodkovej administratívy alebo vzdelávacej praxe.

Čornaničová konštatuje, že starnutie a staroba sú významnou etapou ontogenetického vývinu jednotlivca a predstavujú prirodzenú súčasť životného cyklu človeka. Sú javom individuálnym a spoločenským a z ontogenetického hľadiska môžeme starnutie považovať za jednu z etáp ľudského veku (Balogová, 2005, s. 9).

Starnutie je všade prítomná súčasť našej živej a neživej prírody a nakoniec nám neostáva nič iné iba si uvedomiť, že tento proces prebieha aj v nás samotných. Je to jediná nutnosť, ktorá sa nikomu z nás nemôže vyhnúť. Definovať starnutie je samo o sebe ťažké. Nie je to len obyčajné plynutie času. Je však prejavom biologických dejov, ktoré nastávajú v určitom čase a po určitý čas trvajú tvrdí Hayflick (1997, s. 2), ktorý zašiel vo svojej definícii starnutia ešte ďalej a popísal starnutie ako súhrn biologických zmien a funkčných strát, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť úmrtia (1997, s.82).

Pri popise starnutia sa stretávame v prevažnej miere s negatívnymi výrazmi ako regres, strata, nemohúcnosť, porucha, slabosť, poškodenie atď.. Z dostupných zdrojov sa dozvedáme, že väčšina odborníkov sa stotožňuje s týmto názorom a tento proces je vo všeobecnosti vnímaný záporne. Tento postoj podporuje napr. aj Hocman (1985, s.6), podľa ktorého „starnutie určuje úbytok telesných i duševných síl, spomaľovanie

chemických procesov v organizme, zmeny vo všetkých orgánoch, zvráskavenie pokožky, šedivenie vlasov, znižovanie ostrosti zmyslov, ďalej väčšia náchylnosť k chorobám...“

Stotožňuje sa s Herchlom, podľa ktorého proces starnutia demonštruje ubúdanie duševných a telesných síl, spomaľovanie dejov v organizme, zmeny vo všetkých orgánoch a väčšia náchylnosť k chorobám (Balogová, 2005, s. 16).

Podľa Hamžíka (2003, s. 29) hranice starnutia každého jedinca však nemožno taxatívne stanoviť.

Optimistickejšie popisuje starnutie Litomerický (1992), podľa ktorého výskumy objavili fakt, že systémy organizmu starnú rôznou rýchlosťou, a že dynamika starnutia v rôznom veku môže byť rôzna. Zistilo sa, že starnutie nezahrňuje len stratu, ale aj stabilitu a zisk, a zmeny v procese starnutia nespočívajú iba v biologickom procese, ale rovnako sú výsledkom pôsobenia prostredia, ako aj vplyvov psychologických a sociálnych. Takže zmena môže byť pozitívna (teda zisk), negatívna (čiže strata) alebo neutrálna (ani zisk ani strata, ale jednoducho rozdiel) (Balogová, 2005, s.20).

Krajčík konštatuje, že pojem **staroba** môžeme pochopiť dvojakým spôsobom a to ako ukončenie procesu starnutia, alebo ako bod, v ktorom náš život končí., Kým starnutie je zákonitý biologický proces, staroba je posledným obdobím života a je vždy zakončená smrťou“ (Balogová, 2005, s. 18).

Staroba je na konci prirodzeného vývinového procesu individua, ako uvádza Pacovský (1990). V každej fáze ontogenetického vývinu možno identifikovať zmeny vzostupnej povahy (progresie) a zostupnej povahy (regresie) a z toho hľadiska sa staroba označuje prevahou regredujúcich zmien (Balogová, 2005, s. 17).

1.2 Periodizácia ľudského života s akcentom na seniorský vek

Podľa Čornaničovej najzaujímavejším meradlom na určovanie periodizácie etáp ľudského života v odbornej literatúre je vek. Vek chápeme ako vymedzenie určitého časového úseku, doby niečím charakteristickej či už v spoločensko-historickom význame alebo vo vzťahu k ľudskému životu (Balogová, 2005, s. 9). Za cieľ periodizácie ľudského života považuje Balogová (2005, s. 9) potrebu poukázať na určité všeobecné charakteristiky ľudí. Na základe porovnania jednotlivých členení vytvorila nasledovnú kategorizáciu periodizácie veku:

- 1/ chronologické hľadisko veku
- 2/ biologicko-funkčné hľadisko veku
- 3/ demografické hľadisko veku
- 4/ hľadisko veku z pohľadu štátnej politiky

Chronologické hľadisko veku (kalendárny vek) je údaj o veku človeka, ktorý začína narodením. Je to dimenzia kvantity.

Experti Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) prijali takéto chronologické delenie dospelosti a staroby:

stredný vek	45-59 rokov,
čiasťočná staroba	60-74 rokov,
vysoký vek	75-89 rokov,
dlhovekosť	90 rokov a viac.

Litomerický (in: Balogová, 2005, s. 11) hovorí, že najbežnejším meradlom starnutia je chronologický vek, a však nie je vhodný informatívny údaj. Je známe, že čím sú ľudia starší, tým viac sa líšia jeden od druhého. Tieto rozdiely sú v úzkom vzťahu k fyzickému zdraviu. Balogová (2005, s.11) zase konštatuje, že podľa chronologického hľadiska veku starne každý rovnako. Každý jedinec je podľa veku zaradený do rovnakej skupiny, hoci jeho danosti sú odlišné. Toto delenie veku sa používa aj v praxi sociálnej starostlivosti, ale malo by slúžiť sociálnemu pracovníkovi len ako pomôcka.

Podľa Pacovského (1990, s. 29) skutočnému funkčnému potenciálu človeka však zodpovedá *biologicko-funkčné hľadisko veku*. Funkčný vek sa označuje aj ako vek biologický, je dimenziou biologickej kvality. „Poukazuje na objektívny stav fyzického vývinu či degenerácie“ tvrdí Stuart-Hamilton (in: Balogová, 2005, s.11).

Balogová (2005, s. 11) sa domnieva, že pre jednotlivca je ideálnym stavom ak existuje rovnováha medzi kalendárnym /chronologickým/ a funkčným vekom, dokonca existujú názory, že pri priaznivých podmienkach funkčný vek jedinca zaostáva za jeho kalendárnym vekom, a tak človek v pokročilom veku pôsobí mladistvo. *Demografické hľadisko veku* charakterizuje ako podiel osôb určitého kalendárneho veku v pomere k danému počtu obyvateľstva. Konštatuje, že toto delenie veku je dôležité zo spoločenského hľadiska, aby sa spoločnosť na percento rastu starších ľudí adekvátne pripravila. V tejto súvislosti sa využíva tzv. „koeficient závislosti starnutia“.

Čornaničová (in: Balogová, 2005, s. 12) charakterizovala hľadisko veku z pohľadu štátnej politiky - dôchodkový vek. Vychádza z chronologického veku a z počtu prežitých rokov. Toto hľadisko veku býva označované aj ako dôchodkový vek, ktorý

„možno charakterizovať ako určenú vekovú hranicu, od ktorej občanovi daného štátu vzniká právo zanechať pracovnú činnosť a požiadať o starobný dôchodok“. Previedla (in: Határ , 2005, s. 31) výlučne periodizáciu životného cyklu ľudí v treťom veku, na základe ktorej z hľadiska ontogenetického vo vzťahu k edukácii seniorov odporúča používať nasledovné termíny:

1/ Sénium - ide o termín, ktorý zastrešuje celé obdobie života človeka po 60 roku. Človeka, žijúceho v celej tejto etape života, možno považovať za seniora.

2/ Starší vek - veková perióda od 60 do 74 rokov je fázou počiatkovej staroby. Jednotlivec v tomto období života sa označuje ako starší človek, ktorý je z hľadiska účasti na edukačných aktivitách radený do skupiny mladých seniorov.

3/ Staroba - t.j. obdobie od 75 do 89 rokov. Jednotlivca v tomto vekovom rozpätí označujeme ako starého človeka, prežívajúceho obdobie vlastnej staroby. Z hľadiska účasti na edukačných aktivitách ho zaraďujeme do skupiny starých seniorov.

4/ Dlhovekosť – t.j. vek od 90 rokov vyššie. Človek, ktorý sa dožije takéhoto veku, býva označovaný ako dlhoveký človek. V edukačných aktivitách sa zaraďuje do skupiny veľmi starých seniorov.

Populácia seniorov nie je vnútorne rovnorodá, predovšetkým z hľadiska životného štýlu, zdravotného stavu a tým aj z hľadiska svojich nárokov na spoločnosť. Preto je dôležité ju ďalej rozčleňovať na tretí vek a štvrtý vek.

Hegyí tvrdí, že ak na starobu nazeráme ako na obdobie tretieho veku, tak potom hovoríme o senioroch vo veku 60-74 rokov. Väčšinou ešte netrpia závažnými chorobami, sú aktívni, integrovaní v spoločnosti, schopní cestovať. Štvrtý vek potom nastáva v dobe zhoršenia zdravia, obvykle po 75 roku života. Tento vek sa nesie v znamení choroby, úpadku telesných i psychických funkcií a blížiacej sa smrti (Poledníková, 2004, s. 8).

I.Stuart-Hamilton (1999, s.21) označuje tretí vek ako aktívny a nezávislý život v starobe, zatiaľ čo štvrtý vek znamená obdobie, kedy je človek pri zabezpečovaní základných potrieb odkázaný na druhých a domnieva sa, že termíny tretí a štvrtý vek vo svojej podstate klasifikujú seniorov podľa toho, koľko pomoci potrebujú od druhých.

2 KVALITA ŽIVOTA

Začiatky výskumu kvality života siahajú do konca 60. a začiatku 70. rokov. Vtedy išlo hlavne o výskum indikátorov blahobytu, pričom kvalita života vyjadrovala mieru kongruencie objektívnych životných podmienok a ich subjektívneho hodnotenia veľkými skupinami ľudí – išlo o výskumy týkajúce sa stavu spoločnosti (Andrews a Whitley, 1976) (Džuka, 2004).

Podľa Mühlpachra (2002) je kvalita života veľmi subjektívna a veľmi individuálna – predstavuje rôzne veci pre rôznych ľudí a v rôznom čase. Upozorňuje, že individuálne tempo starnutia vedie k väčšej diferenciacii kvality života v post produktívnom veku. Okrem veku, zdravotného stavu, fyzickej a psychickej výkonnosti sa do posudzovania kvality života premietajú aj ďalšie faktory, ako je pohlavie, rodinná situácia, životná úroveň, vzdelanostná úroveň, získaný socioprofesionálny status a pod. Tento posledný faktor sa môže podieľať na subjektívnej kvalite života dvojako: ako zdroj uspokojenia, pri pohľade späť, resp. pri reflektovaní pretrvávajúceho uznania svojho sociálneho prostredia. Ale aj negatívne, ako upozorňuje Mühlpachr, ...“tým, že človek stráca svoju profesnú rolu, stráca svoju funkčnú identitu. Má rolu, ktorá má charakter nie – role, čo ho často demoralizuje a znižuje jeho vlastnú hodnotu.“ Uvedená skutočnosť teda môže znamenať aj významný zdroj záťaže v podobe nároku na adjustáciu na zmenu, po definitívnom odchode na dôchodok (Šimová, 2004).

Strieženec (1999, s. 20) pod kvalitou života chápe súhrn objektívne i subjektívne posúdiateľných stránok činností a vnemov človeka v jeho každodennom živote, v reálnom sociálnom priestore s konkrétnymi pravidlami vzájomného spolužitia, s reálnymi otázkami cieľa, zmyslu a údelu pozemského života. Kvalita života je i prejavom, modelom konania sociálnych skupín.

Podľa Tokárovej (in: Balogová, 2005, s. 49) obsah pojmu kvalita života si človek najlepšie uvedomuje najmä vtedy, keď sa jeho životná situácia zásadným spôsobom zmení. Tvrdí, že zásadnou zmenou u seniora je aj vstup do dôchodku. Mení sa doterajšia sociálna pozícia človeka a s touto zmenou sú poznamenané aj zmeny doterajších hodnôt. Doterajšie hodnoty, ktoré dodávali jeho životu zmysel (zamestnanie, pracovné vzťahy...) prestávajú platiť a nové ešte nie sú vytvorené, respektíve existujú len v predstavách.

Balogová (2005, s.60) zase konštatuje, že v rámci charakteristiky zmeny kvality života pri vstupe do dôchodku vychádzame z predstavy, že kvalita života je polyrozmerný fenomén. Má svoj rozmer biologický, neurofyziologický, psychologický, sociálny, ekonomický, kultúrny, etický, estetický a pod. V konkrétnom živote môže byť niektorý z faktorov dominantný alebo môže byť niektorý z nich potlačený. Pojem kvalita života nie je možné objasniť bez axiologického pohľadu, pretože kvalita života závisí od hľadania hodnôt v živote človeka.

Podľa psychológov P.Hartla a H.Hartlovej (2000) môžeme kvalitu života chápať ako mieru seberealizácie a duševnej harmónie, čiže mieru životnej spokojnosti a nespokojnosti, vyjadrenie pocitu životného šťastia, k jej najvšeobecnejším znakom patrí sebestačnosť pri obsluhu vlastnej osoby a pohyblivosť. Subjektívna pohoda je jedným z aspektov duševného zdravia. Vyznačuje sa istou štruktúrou, ktorá je v súčasnosti najčastejšie definovaná v súlade s E. Dienerovým (1994, in: Džuka, Dalbertová, 2002) modelom subjektívnej pohody. Sociologický slovník (1996, s. 557) definuje kvalitu života ako pojem, ktorý označuje „kvalitatívne parametre ľudského života, životného štýlu a životných podmienok spoločnosti“ (Balogová, 2005).

J. Křivohlavý (2001, s. 164) kvalitu života charakterizuje ako „súd (v logickom slova zmysle) – ide o subjektívny súd (úsudok), ktorý je výsledkom porovnávania a zvažovania viacerých hodnôt“ (in: Balogová, 2005, s.55).

Za spoločensko - politickú snahu o naplnenie kvality života seniorov môžeme označiť vyhlásenie rezolúcie Valného zhromaždenia (VZ) OSN č. 47/5, ktorým sa VZ rozhodlo vyhlásiť rok 1999 za Medzinárodný rok starších ľudí. Reakciou na výzvu OSN, bol v Slovenskej republike vytvorený a uznesením vlády prijatý Národný program ochrany starších ľudí (Balogová, 2005).

Predstavuje komplexný koncept dlhodobej stratégie starnutia populácie zdôrazňujúc jednotlivé aspekty, ktoré starnutie populácie zo sebou prináša. Uvedená stratégia je dlhodobou prezentáciou zabezpečenia kvality života staršieho človeka, odrážajúc demografické, sociálno - kultúrne a ekonomické reality 21. storočia (Súhrnná správa o realizácii Národného programu ochrany starších ľudí).

2.1 Sociálna dimenzia kvality života

Sociálna dimenzia pokrýva všetky aspekty ako zdravie, sociálne vzťahy, mobilitu, spoločenský status, atď.

Podľa Strieženca (1999, s. 20) je sociálna dimenzia kvality života jednou z východiskových kategórií sociálnej politiky a sociálnej práce. S otázkou kvality života je spojený zmysel života, veľké tajomstvo bytia individua a jeho hodnotového systému, zodpovedajúceho konkrétnym životným podmienkam. Obsah zmyslu života, jeho pochopenie, stanovenie a prijatie vlastného miesta, priestoru v živote, je konkrétnym vyjadrením jeho kvality.

Koncept kvality života má málo všeobecne akceptovaných poznatkov. Základným je poznanie, že blahobyť (prosperita, bohatstvo) sám o sebe neprináša uspokojenie všetkých ľudských potrieb. Po saturovaní základných, akými sú jedlo, ošatenie, bývanie, „nastupujú“ potreby nemateriálne, nemerateľné ekonomickými parametrami. Ďalším poznaním sú dve dimenzie kvality života: subjektívna a objektívna. Domnievame sa, že subjektívnu dimenziu možno stotožniť s psychologickou, je predmetom záujmu psychológie a medicíny, objektívnu dimenziu možno zase stotožniť s priestorovou, je predmetom záujmu geografie a priestorovej sociológie (Murgaš).

V súčasnej dobe sa odborníci vo všetkých odboroch výrazne prikláňajú k subjektívnemu hodnoteniu kvality života ako zásadnému a určujúcemu pre život človeka. K tomuto posunu došlo i v medicíne, kde objektívne merateľné ukazovatele zdravia boli dlho považované za najpodstatnejšie a najhodnotnejšie pre voľbu ďalšej liečby a pomoci. Subjektívna kvalita života sa týka toho ako jedinec vníma svoje postavenie v spoločnosti v kontexte jeho kultúry a hodnotového systému. Výsledná spokojnosť je závislá na jeho osobných cieľoch, očakávaniach a záujmoch. Objektívna kvalita života sleduje materiálne zabezpečenie, sociálne podmienky života, sociálny status a fyzické zdravie. Je možné ju teda vymedziť ako súhrn ekonomických, sociálnych, zdravotných a environmentálnych podmienok, ktoré ovplyvňujú život človeka (Múhlpachr, 2005).

2.2 Indikátory kvality života

V otázke indikátorov kvality života sa autori jednotlivých štúdií a kníh najviac rozchádzali. A. S. Todorov sústredil výsledky diskusií a ako najcharakterickejšie stanovisko sa v nich prezentovali názory, že kvalita života je nejasný pojem (P.Ugolini), že „nikto nevie povedať, čo presne znamená sociálny zmysel kvality života“ (D.Gabor), že „nejestvujú nijaké jednotky na meranie kvality života“ (A.Toffler) a pod.

W.Forrester sa pokúsil vytvoriť systém, v ktorom určil štyri hlavné faktory zvyšovania kvality života: zabezpečenie ľudí potravinami, financie zabezpečujúce životný štandard, stav znečistenia životného prostredia a stav rastu počtu obyvateľov. K takýmto pokusom sa pridružili závery a odporúčania OSN. Už v roku 1961 prijala odporúčanie dvanástich hľadísk na „podmienky života“ a v roku 1974 Európska komisia OSN systematizovala „sociálne indikátory“ do ôsmich skupín: zdravie, kvalita pracovného miesta, nákup tovarov a služby, možnosti naplnenia voľného času, pocit sociálnej istoty, šance rozvoja osobnosti, kvalita životného prostredia, možnosť účasti v spoločenskom živote (Halečka, 2001, s.5).

Na hodnotenie kvality života sa v súčasnosti používa pomerne široké spektrum indikátorov, pričom je ich možné vo všeobecnosti rozdeliť do dvoch základných skupín: a/ objektívne ukazovatele, ktoré kvalitu života hodnotia prostredníctvom vybraných charakteristík (napr. kvalita bývania, zdravotná starostlivosť, ekonomické ukazovatele a pod.),

b/subjektívne ukazovatele odvodené zo skúmania percepcie a hodnotového systému obyvateľov vo vzťahu k miestam, kde prebiehajú ich každodenné aktivity (Andráško).

Indikátory kvality života podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO)

(in Kováč, 2003):

- 1.Fyzické zdravie – od neho závisí energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a rozvoj
- 2.Psychologické zdravie – vyjadruje image, negatívne a pozitívne city, sebahodnotenie, spôsob myslenia, učenie, pozornosť (sústredenosť)
- 3.Úroveň nezávislosti: pohyb, denné aktivity, pracovná kapacita, závislosť na liekoch
- 4.Sociálne vzťahy – osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálna aktivita
- 5.Prostredie – prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie a sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreáciách, cestovanie, fyzické prostredie
- 6.Spiritualita – osobná viera a presvedčenia, hodnotová orientácia (Džuka, 2004)

Z uvedených ukazovateľov vyplýva, že zdravie je východiskovým predpokladom kvality života, ktoré však nevystupuje samo o sebe. Je do značnej miery výsledkom interakcií človeka s obklopujúcim ho prostredím.

„ Každý má právo na ochranu zdravia“. /Ústava SR č. 460/1992 Zb., čl. 40/

World Health Organization (WHO) - definuje zdravie ako „ *stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody a nie iba neprítomnosť ochorenia alebo poruchy funkcie*“ (Kaplan et al .,1996, s.24).

V empirickej časti som vo svojom prieskume zisťovala úroveň kvality života seniorov za pomoci dvoch indikátorov a to indikátoru zdravia a indikátoru úrovne nezávislosti. **Fyzické zdravie** - tento indikátor sa môže meniť v priebehu celého života dosť výrazne v závislosti na fyzickom zdraví, čo sa považuje aj za ukazovateľ biologického starnutia (miery biologickej staroby nezávisle na veku, Bergeman, 1997). Psychika sa na nej podpisuje tým, že jednak súvisí so subjektívnym spracovaním čohokoľvek čo vnímame - teda aj svoje vlastné telo, jednak tým, že súvisí s celou psychickou aktivitou človeka, ktorá môže pôsobiť aj pozitívne aj negatívne na proces starnutia a aj na jeho kvalitu. Súčasne je dobré uvedomiť si, že od fyzického starnutia závisí aj individuálne tempo starnutia nezávisle na veku. **Psychologické zdravie** tvorí jeden z indikátorov psychologického veku, resp. miery psychologického starnutia, zase nezávisle na veku, ale do istej miery závisle od biologického veku. Psychologický vek sa prejavuje našim kognitívnym fungovaním – a ten závisí od miery jeho rozvinutosti, od miery jeho neustáleho precvičovania a aktívneho využívania. To, čo individuum urobí so svojimi kognitívnymi schopnosťami, bude určite závisieť aj od spôsobu socializácie a vzdelávania počas dospievania a mladej dospelosti. Ide totiž o to, že rozvoj otvoreného spôsobu myslenia, schopnosť dialektického a synergetického myslenia nezávisí iba od dosiahnutého formálneho vzdelania, ani iba od vrodenej dispozície. Táto dimenzia myslenia však bude rozhodovať o tom, či v procese starnutia budeme schopní prijímať nové poznatky, aj úplne odlišné od doterajších a najmä, či budeme mať tendenciu ku zvažovaniu miery, v akej môžu a za akých podmienok a dokedy platiť. Alebo inak: ako sa bude môcť zladit' naša potreba istoty s variabilitou sveta a nášho poznávania i prežívania v ňom. Táto vlastnosť kognitívneho fungovania úzko súvisí aj so schopnosťou adaptácie a adjustácie na zmeny. Napriek uvedenému, vo všeobecnosti treba počítať so znižujúcou frustračnou toleranciou starnúceho, ako aj s ťažšou (azda skôr s dlhšou dobou) adaptácie a adjustácie na akékoľvek (aj pozitívne!) zmeny. Pri výskumoch o kvalite života napr. je dôležité zohľadniť prežívanie zmien v profesijných aktivitách, bývaní, v štruktúre rodiny, v početnosti kontaktov s členmi rodiny a pod. a registrovať dobu, ktorá od akýchkoľvek životných udalostí uplynula. **Úroveň nezávislosti** úzko súvisí s fyzickým zdravím, ako aj s psychickým. V gerontopsychológii sa už nie podľa veku, ale podľa miery sebestačnosti, delí celý

seniorský vek na tri obdobia: na úplne sebestačného - mladší senior, na čiastočne sebestačného - starší senior a na úplne závislého - pokročilo starý, (predtým tu zdravotníci používali nehumánny pojem prestarnutý). Pritom sa nie vždy vyskytuje istá miera fyzickej sebestačnosti s rovnakou mierou psychickej a sociálnej sebestačnosti. (Džuka, 2004).

Na ukazovatele kvality života je možné pozrieť aj z iného, negatívneho hľadiska, ktoré znižuje želanú úroveň kvality života u starých ľudí. Medzi hlavné ukazovatele narušenia kvality života seniorov patrí choroba, ktorú môžeme charakterizovať ako poruchu zdravia, je to potenciál vlastností organizmu, ktoré obmedzujú jeho možnosť vyrovnáť sa počas života s určitými nárokmi, pôsobením vnútorného a vonkajšieho prostredia bez porušenia životných funkcií. Pod genézu mnohých ochorení sa podpísal aj vplyv životného prostredia (Halašková, 2004, s. 11).

Verejnosť sa vyjadruje kriticky na adresu pracovného, životného prostredia a zdravotníctva. Kubáni (1998, s.60) uvádza, že zdravie je z 50–60% ovplyvňované spôsobom života, asi z 20 % závisí od okolitého prostredia a zvyšok je ovplyvnený zdravotnou starostlivosťou.

Indikátory sa v praxi získavajú prostredníctvom výpovede respondentov (kedy ide o subjektívne vyjadrenia, postoje, pocity, sudy a hodnotenia), ale využívajú sa aj objektívne údaje (zozbierané a spracované rôznymi inštitúciami, orgánmi, útvarmi) (Balogová, 2005, s. 56).

3 STARÍ ĽUDIA A DOMÁCE PROSTREDIE

V desaťročí pred starobným dôchodkom, keď rodinu opúšťajú dospelé deti, sa práca stáva najčastejšou ústrednou hodnotou v životnom programe dospelého človeka. Stáva sa aktivitou, ktorej venuje najviac životnej energie. V tomto štádiu zrazu – zo dňa na deň – prichádza odchod do dôchodku. To, čo bolo po celé roky nosné v živote jedinca, zmysluplné a akceptované ním samým, rodinou, okolím a spoločnosťou, sa stráca. Vstupom do dôchodku jednotlivec stráca svoj pevne vytýčený program a spoločenský status bez toho, aby získal primeranú náhradu (Čornaničová, 2007, s. 51). Podľa Határa (2005, s. 37) rozhodujúcu úlohu prirodzene zohráva sociálne prostredie, v ktorom sa senior po vstupe do dôchodku ocitá. Domnievame sa, že rýchlejšie sa so starobou zmieri človek žijúci na vidieku, prípadne vo vlastnej rodine (pretože je viac zaťažený povinnosťami, napr. starostlivosťou o vnúčatá, domácnosť atď.), ako človek žijúci v meste, resp. v niektorom zo zariadení sociálnych služieb.

Strieženec (1996, s. 176) opisuje prostredie v sociálnej teórii a politike ako „súhrn bytostí, podmienok a javov, medzi ktorými jedinec žije. Celok predmetov, javov, systémov, s ktorými objekt, systém, jedinec vstupuje do vzájomného pôsobenia“.

Človek starne v určitom sociálnom prostredí. Starnutím sa menia jeho sociálne úlohy, status v rodine a v spoločnosti, zužujú sa jeho sociálne kontakty. Rodinný život je pre seniora veľmi dôležitý, najmä z hľadiska zotrvania v prirodzenom a navyknutom prostredí., Rodina ako primárna, referenčná sociálna skupina umožňuje svojim členom najintímnejší a najtesnejší sociálny kontakt “(Hrozenská, in: Marcinková, et al. 2005, s. 60).

Pod domácnosťou rozumieme prirodzenú elementárnu spoločenskú skupinu, združujúcu jednotlivcov k spoločnému hospodáreniu, ktorá je založená najčastejšie na príbuzenskom základe. Domáce prostredie a každodenný styk s najbližšími hrá dôležitú ba priam nenahraditeľnú úlohu v emocionálnej, sociálnej a tiež aj v psychologickej rovine staršieho človeka práve v čase odchodu do dôchodku, v čase keď jeho zdravie začína slabnúť, zužujú sa sociálne kontakty a narastá závislosť na pomoci iných (Halašková, 2004, s. 22).

3.1 Aktivity seniorov žijúcich v domácom prostredí v ich voľnom čase

Voľný čas sa chápe ako ten výsek dňa, počas ktorého sa človek venuje podľa vlastného uváženia výberu a možností aktivítam, ktoré prispievajú k jeho oddychu, sebarealizácii, seba rozvoju, seba zdokonaľovaniu (Stanek, a kol., 2002).

Činnosti, ktoré človek vykonáva väčšinou vo svojom voľnom čase, prebiehajú v domácnosti, v okolí domu, vo vymedzených inštitúciách a spolkoch, ktoré k tomu poskytujú služby, vo voľných priestranstvách a zónach, ktoré sú v dnešnej dobe veľmi atraktívne. Starí ľudia majú väčšinou svoje záľuby ako majstrovanie a u žien sú to ručné práce.

Od sedemdesiatych rokov je problematika prevencie predčasného starnutia, prípravy na starnutie a starobu jednou z ťažiskových tém gerontológie v svetovom i v domácom meradle. Edukačné aktivity zamerané na prípravu na starnutie predstavovali vo významných firmách mnohých štátoch Európy už v 70. rokoch pevnú súčasť vzdelávacích aktivít pre zamestnancov pred dôchodkového veku. V tomto období sa postupne stávali tiež súčasťou edukačných ponúk aj v záujmovej kultúrno-osvetovej oblasti (Preparation, 1977, in: Čornaničová, 2007, s. 88).

Starší ľudia aj naďalej považujú vzdelanie za dôležitý faktor ovplyvňujúci mieru ekonomickej nezávislosti v staršom veku. Patrí sem samo vzdelávanie, štúdium, čítanie kníh a časopisov.

Patrí sem voľno časové typy vzdelávacích programov pre starých ľudí, ktoré vychádzajú zo špeciálnych podmienok a možností jednotlivých oblastí, regiónov a krajín. Ďalej sú to poznávacie zájazdy seniorov so vzdelávacím charakterom. K hodnotnému vyplňaniu voľného času prispieva aj Národné osvetové centrum (NOC), rozhlas či televízia.

3.2 Vzdelávanie osôb tretieho veku

V súčasnej dobe, kedy starnutie populácie nadobúda charakter sociálneho fenoménu a problému, sa v oblasti seniorskej problematiky stáva frekventovane diskutabilnou otázkou: Je alebo nie je starší človek vychovávateľný a vzdelávateľný? Každý senior je totiž schopný vplyvom sociálnych faktorov z prostredia a vlastnou aktivitou pretvárať, formovať a kultivovať svoju vlastnú osobnosť (Čornaničová, 2007, s. 58).

Geragogika (z gréc. geront- kmeňa slova gerón = stavec + gr.agógé = viesť niekoho) je konštituujúca sa vedná disciplína zameraná na skúmanie a systematizáciu poznatkov, týkajúcich sa edukácie v senu a edukácie vo vzťahu k seniorskému veku človeka. Predmetom štúdia geragogiky je edukácia seniorov, teda edukácia v seniorskom veku a edukácia v prospech senu – preseniorská edukácia (príprava človeka na starobu) a proseniorská transgeneračná edukácia (v prospech seniorskej generácie ako integrálnej súčasti ľudskej spoločnosti). Edukácia seniorov je ťažiskovou oblasťou skúmania geragogiky, Jej účastníkmi sú priamo seniori, starší a starí ľudia v seniorskom veku. Edukáciu seniorov chápeme ako spôsob facilitácie kvality života v senu. Jej cieľom je optimálne a zmysluplné využitie voľného času v starobe, výchova k aktívnej starobe, k uplatneniu tvorivých schopností človeka vo vyššom veku. Edukácia seniorov podporuje a priamo umožňuje realizáciu životných možností starších ľudí, pozitívne ovplyvňuje ich vlastný postoj k starobe ako životnému obdobiu (Čornaničová, 2007. s. 5).

Geragogika je teda vedná oblasť, ktorá sa zaoberá výchovou a vzdelávaním seniorov, prostredníctvom cieľovo a vekovo špecifických ponúk edukácie dospelých. F. Pöggeler (2004) ju definuje ako vedu o ďalšom vzdelávaní v procese starnutia, ktorá sa zaoberá cieľom, obsahom, metódami a organizačnými formami vzdelávania seniorov. Ďalšie vzdelávanie i tzv. výchovné vzdelávanie v mnohých prípadoch stimuluje seniorov k zvýšeným životným ašpiráciám, k seba formovaniu, vytvára príležitosti pre saturáciu základných psychických a sociálnych potrieb a prostredníctvom rôznych edukatívnych aktivít nachádzajú starší ľudia aj zmysel svojho života (Határ, Porubská, 2004).

Vlastná seniorská edukácia sa objavuje v spoločenskej praxi v ostatných 25 rokoch spontánne a edukačné aktivity vznikajú a rozvíjajú sa častejšie z podnetov odborníkov z mimo vzdelávacej sféry. Edukácia seniorov ako spoločenský jav vstúpila do podvedomia aj našej širokej verejnosti a stáva sa súčasťou života spoločnosti na Slovensku. Najznámejšie inštitúcie edukácie seniorov u nás sú:

- univerzity tretieho veku
- akadémie tretieho veku
- kluby dôchodcov
- seniorské centrá (Čornaničová, 2007. s. 90)

Bližšie popíšem inštitúciu klub dôchodcov, keďže respondentov v mojej bakalárskej práci zastupujúcich domáce prostredie som oslovila práve v tejto inštitúcii.

3.3 Klub dôchodcov

Kluby dôchodcov podľa tvrdenia Matunovej (in: Čornaničová, 2007, s.103) sú u nás najrozšírenejším typom inštitucionalizovaného združovania sa s niekoľko desaťročnou tradíciou. Kluby ako kultúrno-výchovné zariadenia na využívanie voľného času začali u nás vznikať v päťdesiatych rokoch, široko sa rozšírili v sedemdesiatych rokoch.

Miestne rajonizované kluby dôchodcov zriaďuje štátna správa, okrem toho pôsobia kluby dôchodcov aj pri niektorých podnikoch (Čornaničová, 2007, s.103).

Podľa § 35 Zákona o sociálnej pomoci č.195/1998 v znení neskorších predpisov je a priori úlohou klubov dôchodcov utvárať podmienky na záujmovú a kultúrnu činnosť, ako aj na udržiavanie fyzickej a psychickej aktivity seniorov i občanov s nepriaznivým zdravotným stavom. V pripravovanom zákone o sociálnych službách má klub dôchodcov štatút denného centra, ktoré bude poskytovať najmä sociálne poradenstvo a záujmovú činnosť (Határ, 2008, s. 53).

Határ (2008, s. 54) konštatuje, že klub dôchodcov združuje nielen inštitucionalizovaných seniorov, ale tiež starších ľudí, ktorí žijú vo svojom prirodzenom prostredí, čím umožňuje klientom sociálnych zariadení, ktorí ho navštevujú, žiť v realite, vidieť veci také, aké v skutočnosti sú, rozvíjať medziľudské vzťahy, participovať na veciach verejných a pod. Prostredníctvom rôznych aktivít (hranie spoločenských hier, odborné prednášky, rôzne kurzy, poradenstvo...) vytvára priestor na rozvíjanie osobnosti seniora, uspokojovanie jeho potrieb, riešenie rôznych problémov, socializáciu a sebarealizáciu seniorov, atď. Je pravdepodobné, že klub dôchodcov môže seniorom kompenzovať aj absentujúce kultúrno-spoločenské programy, resp. aktivity, ktoré by mali zabezpečovať samotné domovy – penzióny.

Farský (in: Čornaničová, 2007, s.104) hovorí, že klubová činnosť sa realizuje na báze dobrovoľnosti a býva rôznorodá. V značnej miere závisí od záujmov členov, finančných možností, správy klubu a od osobnosti vedúceho klubu. „Aj keď silná osobnosť vedúceho je rozhodujúcim faktorom pre úspešnú činnosť, klub klubom nikdy nerobí jeden človek, ale vždy je to kolektív nadšencov – klubistov“.

Klubový život na Slovensku je organizovaný predovšetkým prostredníctvom občianskeho združenia Jednota dôchodcov na Slovensku.

4 INŠTITUCIONÁLNA EDUKATÍVNA STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV

4.1 Strategické dokumenty ako východiská sociálno - edukatívnej starostlivosti o seniorov.

Populačné a demografické analýzy predkladané relevantnými európskymi inštitúciami dokumentujú fenomén starnutia ľudského pokolenia, ktorý predstavuje akiste opodstatnenú výzvu pre mnohé profesie. Odpoveďou na predmetný trend populačného vývoja sú rôzne medzinárodné ratifikované programy, zmluvy či dohovory, ktoré našu krajinu zaväzujú k plneniu uznesení z mnohých nadnárodných stretnutí členských štátov Európskej únie o európskej sociálnej a vzdelávacej politike. Medzi tieto kľúčové dokumenty radíme predovšetkým Memorandum o celoživotnom vzdelávaní (2000), Lisabonskú stratégiu pre Slovensko (2005) a Medzinárodný akčný plán o starnutí (2002), ktoré upozorňujú na potrebu recipročnej spojitosti hospodárskej a vzdelávacej politiky štátu. V podmienkach našej krajiny považujeme za zvlášť smerodajné dva programy, a to Národný program ochrany starších ľudí (1999) a Národný program výchovy a vzdelávania v SR (2002) (Határ, 2008, s. 8).

Národný program ochrany starších ľudí „predstavuje prezentáciu vládnej politiky vo vzťahu k starším občanom a je jednou z aktivít v rámci Slovenskej republiky v súvislosti s vyhlásením roka 1999 za Medzinárodný rok starších ľudí rezolúciou prijatou Valným zhromaždením Organizácie Spojených národov (ďalej len “OSN“) č.47/5 zo 16. októbra 1992, ktorej príloha obsahuje Vyhlásenie o starnutí, ktorým sa Valné zhromaždenie OSN rozhodlo vyhlásiť rok 1999 za Medzinárodný rok starších ľudí (ďalej len “MRSL“). OSN vyzvala všetky členské štáty, aby vyvinuli primeranú stratégiu na národnej, regionálnej a miestnej úrovni v záujme uspokojenia zvyšujúcej sa potreby starostlivosti a podpory starších ľudí (Národný program ochrany starších ľudí).

Podľa Határa (2008, s. 8) je potešiteľné, že s odstupom času sa seniorská problematika dostáva do centra pozornosti rôznych tuzemských i medzinárodných organizácií a inštitúcií, politických subjektov, ako aj tretieho mimovládneho sektora. Celková starostlivosť multifunkčného charakteru o starších spoluobčanov sa stáva takpovediac, témou dňa.

4.2 Seniori pred nástupom do DD

S procesom starnutia a so starobou prichádzajú mnohé problémy, ktoré súvisia s adaptáciou človeka na nové životné podmienky. Dĺžka adaptačného procesu podľa Határa (2005, s. 37) spravidla závisí od mnohých faktorov.

M. Vágnerová v súvislosti s celkovou schopnosťou človeka adaptovať sa na starobu, rozlišuje päť základných typov osobnosti človeka:

- 1/ človek, ktorý svoju starobu reálne akceptuje, je optimistický a aktívny
- 2/ človek, ktorý je realistický a prijateľne optimistický, ale pasívny
- 3/ človek, ktorý odmieta skutočnosť, že starne
- 4/ človek, ktorý je realistický a zároveň pesimistický
- 5/ človek rezignujúci a pesimistický (in: Határ, 2005, s. 37).

Zhoršený zdravotný stav a potreba dlhodobej starostlivosti o fyzicky a psychicky upadajúceho seniora, strácajúceho postupne sebestačnosť môžu v rodine časom vyvolať krízu, ktorú je možné v niektorých prípadoch vyriešiť len za pomoci terénnych sociálnych služieb alebo inštitucionálnej formy sociálnej starostlivosti. Výber konkrétnej služby či formy inštitucionálnej starostlivosti je daný mierou odkázanosti, resp. mierou sebestačnosti seniora, jeho aktuálnym zdravotným stavom, množstvom a kvalitou požadovaných služieb (Bayerová, 2005).

K radikálnym zmenám v živote seniorov dochádza vtedy, ak sú z rozličných dôvodov, spravidla z dôvodu sociálnej núdze, t.j. „stav, keď si občan nemôže sám zabezpečiť starostlivosť o svoju osobu, starostlivosť o svoju domácnosť, ochranu a uplatňovanie svojich práv a právom chránených záujmov alebo kontakt so spoločenským prostredím najmä vzhľadom na vek, nepriaznivý zdravotný stav, sociálnu neprispôsobenosť alebo stratu zamestnania“ (§ 10 Zákona č. 195/1998 o sociálnej pomoci), či už dobrovoľne alebo nedobrovoľne umiestnení do niektorého zo zariadení sociálnych služieb (Határ, 2005, s. 38).

Inštitucionálna starostlivosť o seniorov sociálno-právneho, zdravotníckeho, kultúrno-osvetového a výchovno-vzdelávacieho charakteru má vo svete i v SR relatívne dlhú a bohatú tradíciu. V našich podmienkach ju zabezpečujú predovšetkým rôzne inštitúcie a zariadenia, ktoré sú v správe rezortu;

- *Ministerstva školstva SR* (napr. univerzity tretieho veku, jazykové školy...),
- *Ministerstva kultúry SR, MZ SR* (napr. doliečovacie oddelenia pri NsP...),

- *MPSVaR SR* (napr. domov sociálnych služieb (DSS) pre dospelých, domov dôchodcov (DD) , zariadenie opatrovateľskej služby (ZOS).... (Határ, 2005, s. 56).

4.3 Domov dôchodcov, domov - penzión pre dôchodcov

Tieto formy inštitucionálnej starostlivosti poskytujú komplexné služby seniorom, ktorí v dôsledku trvalo zmeneného zdravotného stavu potrebujú permanentnú starostlivosť, ktorú im nemôžu zabezpečiť rodinní príslušníci alebo iné služby sociálnej starostlivosti, prípadne, ktorí potrebujú umiestnenie z iných vážnych dôvodov. Okrem ubytovania, stravovania, ošetrovateľsko-opatrovateľskej starostlivosti poskytujú tieto zariadenia aj poradenské služby pre klientov, vytvárajú príležitosti pre kultúrne a záujmové aktivity seniorov (Bayerová, 2005).

Domov dôchodcov teda vytvára seniorom relatívne dobré podmienky na zabezpečenie ubytovania, ktorého súčasťou môže byť aj poskytnutie osobného vybavenia, ak dôchodca a jeho rodina nemá finančné prostriedky, stravovania a zaopatrenia. Domov dôchodcov môže a spravidla aj poskytuje ďalšiu starostlivosť, ktorou sa rozumie poradenstvo, kultúrna, záujmová a rehabilitačná činnosť, pričom akcent treba klásť aj na podporu spoločenského vyžitia seniorov v tomto zariadení (Határ, 2005, s. 57).

Domov dôchodcov teda plní dve základné funkcie:

- 1) odbremeňuje rodinu, resp. rodinné príbuzenstvo a preberá systém celkovej starostlivosti o osobu toho ktorého seniora na vlastné plecia
- 2) svojim klientom – seniorom poskytuje širokú paletu služieb a starostlivosti v oblasti ubytovania, osobného vybavenia, stravovania, zaopatrenia, poradenstva, zdravotníctva (rehabilitácie, lekárska služba), kultúrneho, záujmového a spoločenského vyžitia. Z predchádzajúceho nám teda vyplýva, že domov dôchodcov možno považovať za zariadenie, ktoré poskytuje seniorom komplexnú starostlivosť o ich vlastnú osobu (telesnú i duševnú schránku) (Határ, Porubská, 2004).

V domovoch dôchodcov je strava poskytovaná v súlade so zásadami zdravej výživy, s prihliadnutím na vek a zdravotný stav občanov, ktorým je poskytovaná podľa stravných jednotiek, čo sú finančné normy priemerných nákladov na potraviny. Za celodennú stravu sa považujú raňajky, obed a večera a dve vedľajšie jedlá pri diétach sú to tri vedľajšie jedlá. Obyvatelia v domovoch dôchodcov sú ubytovaní v 2-lôžkových a 3-lôžkových izbách, spoločné priestory a zariadenie musia využívať šetrne a bez

súhlasu riaditeľky nemôžu vykonávať úpravy v izbách. Povolené majú iba osobné veci, prípadne bytové doplnky.

Na druhej strane domov – penzión pre dôchodcov poskytuje starostlivosť občanovi, „ktorému nemožno inak zabezpečiť bývanie, ak je poberateľom starobného dôchodku alebo poberateľom výsluhového dôchodku staršiemu ako 60 rokov a jeho zdravotný stav nevyžaduje sústavnú starostlivosť inej osoby“ (Zákon o sociálnej pomoci č.198/1998, § 34a). V domove – penzióne pre dôchodcov býva seniorom poskytované ubytovanie, zaopatrenie, a v prípade záujmu aj obedňajšie stravovanie. Z hľadiska andragogického majú osobitné opodstatnenie práve služby, ktoré sú zamerané na pomoc človeku, t.j. poradenstvo a na rozvoj i kultiváciu jeho osobnosti po všetkých stránkach, t.j. záujmová a kultúrna činnosť, ako aj účasť na spoločenskom živote (Határ, 2005, s. 57).

Umiestnenie do inštitucionálneho zariadenia predstavuje pre seniora zásadnejšiu zmenu jeho životného štýlu, ktorá je spojená so stratou zázemia, známeho teritória a s ním spojenej identity. Takáto závažná zmena je vždy pre seniora záťažovou situáciou, pričom intenzita záťaže je závislá od mnohých okolností. Starší človek stráca istotu orientácie a pocit bezpečia vyplývajúci zo známeho prostredia. Umiestnenie do inštitucionálneho zariadenia môže senior chápať ako signál blížiaceho sa konca svojho života, čo zaiste pôsobí stresujúco a prejavuje sa to okrem iného aj v oblasti základných psychických potrieb (Bayerová, 2005).

Príchod starých ľudí do domova dôchodcov sprevádzajú najrôznejšie okolnosti tvrdí Guráň, aby bola poskytnutá efektívna pomoc, je veľmi dôležité mať objektívne poznatky o ich životnej situácii a hodnotovom svete. Prevencia v tomto prípade znamená zmiernenie ich pasívneho či už depresívneho postoja k životu a možno až u 1/3 z nich aj predídanie geriatrickému mal adaptačnému syndrómu, dôsledkom ktorého je vysoká úmrtnosť do polroka po nástupe do domova dôchodcov (in: Halašková, 2004, s. 27).

4.3.1 Domov penzión pre dôchodcov, Domov dôchodcov a Domov sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom v Leviciach

Domov penzión pre dôchodcov bol otvorený 1.októbra 1988. Ako rozpočtová organizácia bol zriadený Okresným úradom Levice v súlade so zákonom SNR č.472 dňa 1.2.1991. Rozhodnutím štátneho obvodného hygienika č.96/05078/7 zo dňa

16.4.1996 bol objekt penziónu rozšírený o lôžkovú časť. Doplnkom č.2/2001 k zriaďovacej listine domova penziónu pre dôchodcov a domova dôchodcov zo dňa 1.12.2001 bol zmenený i názov organizácie na Domov penzión pre dôchodcov, Domov dôchodcov a Domov sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom v Leviciach .

V zmysle zákona NR SR č.416/2001 o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a na vyššie územné celky, v znení ďalších zmien a zákonov, sa uskutočnila s účinnosťou od 1.7.2002 delimitácia, v zmysle ktorej prechádza zariadenie do vyššieho územného celku. Nitriansky samosprávny kraj vydal zriaďovaciu listinu, v ktorej zriaďuje s účinnosťou od 1.7.2002 Domov penzión pre dôchodcov, Domov dôchodcov a Domov sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom v Leviciach, ktoré bolo zriadené na účel ako základná starostlivosť pre starých občanov, stanica opatrovateľskej služby pre deti v Leviciach /SOS Levice/ a útulok v Želiezovciach.

Doplnkom č.1 k zriaďovacej listine zo dňa 8.3.2006 bola správa Útulku v Želiezovciach presunutá na DSS Želiezovce.

Stanica opatrovateľskej služby pre deti v Leviciach nie je využívaná.

Zariadenie je organizáciou rozpočtovou s právnou subjektivitou a od 1.6.2001 má kapacitu 160 osôb, z toho 15 miest pre DSS. 38 obyvateľov je v Domove penzióne pre dôchodcov, 104 v Domove dôchodcov a 18 v Domove sociálnej starostlivosti. Počtom obyvateľov sa toto zariadenie radí medzi najväčšie zariadenia svojho typu.

Zariadenie poskytuje s účinnosťou od 23.8.2006 v zmysle VZN NSK č.4/06 nasledovné služby: stravovanie, bývanie, zaopatrenie.

Ďalej zariadenie poskytuje celodennú stravu obyvateľom DD a DSS, obyvatelia DPD majú väčšinou záujem iba o odoberanie obedov.

Zaopatrenie v sebe zahrňuje tieto služby: pranie osobnej bielizne, posteľnej bielizne 1x mesačne, štvrťročné veľké upratovanie a bežné upratovanie podľa výšky úhrady za zaopatrenie.

Celé zariadenie má zvlášť vyčlenenú miestnosť na vykonávanie rehabilitácie obyvateľov zariadenia. Rehabilitácia je vybavená diadinamikom, galvanickým kúpeľom, parafínom, magnetickými prístrojmi na končatiny, subaquálnou masážou, Sonoter-liečebným prístrojom a pod. Prostredníctvom rehabilitačných sestier je zabezpečený presun obyvateľov na invalidnom vozíku. Poskytovanie zdravotnej starostlivosti, potrebných ošetrovateľských úkonov a rehabilitácie klientov zariadenia

zabezpečuje zdravotný úsek, ktorý spadá pod kompetenciu hlavnej sestry. Ďalší personál tohto úseku je staničná sestra, rehabilitačné pracovníčky a zdravotné sestry. Na ubytovanie slúžia jednoizbové jednotky v počte 24 a dvojizbové jednotky v počte 55, tak isto jednoizbové a dvojizbové jednotky s obytnou kuchynkou a ležiace oddelenie dvoj- a trojmiestne. Obytné jednotky sú vybavené základným prevádzkovým zariadením, t.j. elektrickým varičom, kuchynskou linkou, nábytkom, kobercami, záclonami.

V zariadení je zriadená aj modlitebňa a knižnica, ktorá je k dispozícii pre obyvateľov každý utorok a štvrtok. Na jednotlivých poschodiach sú spoločenské miestnosti, ktoré sú vybavené televízormi.

O chod celého zariadenia sa stará 58 pracovníkov. Z toho 54 žien.

Ekonomický úsek tvorí ekonómka - účtovníčka, ekonóm PaM, ekonómka stravovacej prevádzky, diétna sestra, hospodárka a vedúca prevádzky. Tento úsek sa zaoberá napr. rozpočtom zariadenia, vedením personálnej agendy, účtovníctva, skladovej evidencie, ale i zabezpečením evidencie došlej a odoslanej pošty, prípravou jedálneho lístka.

Sociálny úsek tvoria 2 sociálne pracovníčky. Dozerajú nad vedením poradovníka žiadostí o umiestnenie v zariadení, vydávajú rozhodnutia o prijatí, ukončení pobytu, výške úhrady za poskytované služby. Úhrada za služby poskytované v DD sa určuje podľa Vyhlášky MPSVaR SR č. 304/ 1994 Z. z. o rozsahu a bližších podmienkach poskytovania služieb v ústavoch sociálnej starostlivosti o úhrade za služby a o vreckovom. Tiež zabezpečujú vedenie pokladničnej knihy, depozit, evidenciu peňažnej hotovosti klientov, pozostalostných finančných prostriedkov atď. Pod sociálny úsek spadá aj príprava a výdaj stravy, o ktorý sa starajú dve hlavné kuchárky a päť pomocných síl v kuchyni.

Prevádzkovo-technický úsek tvorí päť pracovníkov na vrátnici, traja údržbári, sedem upratovačiek, štyri pracovníčky v práčovni a deväť opatrovateliek. Tento úsek vykonáva aj revíziu vyhradených technických strojov a zariadení a tiež i údržby a opravy v celom objekte zariadenia. Riadi prevádzku kotolne a vykonáva potrebné dopravy služobným autom.

V zariadení je realizovaná kultúrno-záujmová činnosť, ktorú vedie jedna kultúrno-výchovná pracovníčka, napr. 2x do týždňa vedie krúžok ručných prác, o ktorý je veľký záujem, realizovaná je aj pracovná rehabilitácia v rámci výchovných skupín, do ktorej sú zapojení takmer všetci obyvatelia.

Na čele zariadenia je riaditeľka, ktorá je štatutárnym zástupcom zariadenia.

EMPIRICKÁ ČASŤ

Nástroj získavania empirických (založených na skúsenosti) poznatkov o spoločnosti a overovania ich zhody so stanovenou teóriou sa nazýva prieskum. Charakterizujeme ho ako špecificky stanovený postup, ktorý je zameraný na skúmanie spoločenských (sociálnych) javov, využívajúc pritom empirické údaje. Zväčša vychádza z existujúcich teoretických poznatkov, ktoré buď potvrdzuje, prehĺbuje, upresňuje, prípadne ich modifikuje či odmieta.

V teoretickej časti sme sa venovali frekventovanej téme dnešnej doby, ktorou je staroba, starnutie a jej koreláciou na kvalitu života seniorov. Na teoretickú časť našej práce chronologicky nadväzuje empirická časť, doplnená informáciami získanými nami realizovaným prieskumom.

5 FORMULÁCIA PROBLÉMU

5.1 Cieľ prieskumu

Naším hlavným cieľom prieskumu bolo zistiť a porovnať úroveň kvality života seniorov žijúcich v domove dôchodcov a seniorov žijúcich v domácom prostredí.

Na lepšie dosiahnutie hlavného cieľa sme si stanovili štyri čiastkové ciele:

C1: zistiť a porovnať úroveň kvality života seniorov žijúcich v domove dôchodcov a seniorov v domácom prostredí v oblasti zdravia

C2: preveriť do akej miery je ovplyvnená úroveň kvality života seniorov z hľadiska miery nezávislosti od pomoci iných pri rôznych činnostiach potrebných pre každodenný život (napr. vykonávanie osobnej hygieny, domáce práce, nákupy)

C3: preskúmať subjektívnu spokojnosť seniorov z domova dôchodcov a seniorov žijúcich v domácom prostredí s prežívaním svojej staroby

C4: zistiť a porovnať efektívnosť využívania ich voľno časových aktivít

5.2 Hypotézy

Na základe našich sformulovaných cieľov a teoretických poznatkov sme stanovili nasledujúce hypotézy.

H1: *predpokladáme, že seniorov, ktorí budú pociťovať pokles úrovne kvality života z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu a to konkrétne z dôvodu postihnutia chorobou pohybového aparátu bude viac v domovoch dôchodcov ako v domácom prostredí*

Zaremba a iní (1976) analyzujú päť skupín faktorov, ktoré ovplyvňujú rozhodnutie o prípadnom odchode do domova dôchodcov, z ktorých jedným sú *zdravotné dôvody* (neschopnosť vykonávať základné životné úkony v domácnosti, stála potreba pomoci druhej osoby, celkový zlý zdravotný stav).

Najčastejšia choroba, s ktorou sa u ľudí „tretieho veku“ stretávame, ktorá ovplyvňuje sebestačnosť a nezávislosť týchto ľudí v rôznych oblastiach života je disfunkčnosť pohybového a obehového ústrojenstva. Prejavuje sa to potrebou nevyhnutnej pomoci týmto ľuďom v oblasti sebaobsluhy, pri každodenných prácach spojených s udržiavaním domácnosti, pri vykonávaní osobnej hygieny, pri nákupoch a pri nevyhnutných pochôdkach (Halašková, 2004, s. 46).

H2: *predpokladáme, že seniori žijúci v domove dôchodcov budú potrebovať vo väčšej miere pomoc v dôležitých oblastiach života (napr. pri vykonávaní osobnej hygieny, pri každodenných prácach v domácnosti, pri nákupoch, vo finančných záležitostiach) ako seniori žijúci v domácom prostredí, nakoľko mnohí z nich či už dobrovoľne alebo nedobrovoľne odišli do domova – penziónu pre dôchodcov práve z dôvodu absencie pomoci druhou osobou*

Ďalšie *sociálne činitele* (nezaistenie pomoci druhou osobou, nefungujúca opatrovateľská služba) sú tiež jednými z piatich faktorov podľa Zarembu (1976), ktoré ovplyvňujú rozhodnutie o prípadnom odchode do domova dôchodcov, popri týchto faktoroch sa uplatňujú aj *krízové faktory*, ktoré rozhodnutie o umiestnení urýchlia (napr. náhla porucha sebestačnosti a osamelosť osoby po strate životného partnera, ktorý potrebu zaisťoval).

H3: *predpokladáme, že bude preukázaný významný rozdiel v spokojnosti s prežívaním svojej staroby u seniorov žijúcich v domácom prostredí a u seniorov v domove dôchodcov*

Pocit spokojnosti je dôležitým aspektom pre kvalitný život. Je výrazom subjektívneho hodnotenia stupňa realizácie konkrétne vnímaných potrieb. Pre pocit spokojnosti môže

byť niekedy dôležitejšie uspokojenie zdanlivo nevýznamnej osobnej potreby, ako niektoréj spoločensky akceptovateľnej základnej potreby.

H4: *predpokladáme, že seniori v oboch súboroch budú vnímať prínos edukatívnych a voľno časových aktivít ako racionálne vyplňanie svojho voľného času, udržiavanie svojej mysle a tela v kondícii, teda nebude preukázaný významný rozdiel v ich využívaní, tak ako u seniorov v domove dôchodcov tak u seniorov z domáceho prostredia*

5.3 Časový harmonogram prieskumu, výber a charakteristika prieskumnej vzorky

Prieskum sme realizovali v troch fázach: fáza prípravy prieskumu, fáza zbierania informácií a záverečná fáza prieskumu.

V prípravnej fáze sme si zvolili tému nášho prieskumu, zhromaždili sme si údaje a zaoberali sme sa ich štúdiom. Vytýčili sme si ciele prieskumu a hypotézy. Doba prípravnej fázy bola časovo ohraničená dvoma mesiacmi.

Existujú rôzne prístupy a možnosti ako získať informácie o ľuďoch. Dobrou metódou sú priame rozhovory, pri ktorých sa obyčajne používa dotazník. Treba rozmýšľať nielen o tom, aké otázky sú dobré, ale tiež ako sa tieto otázky pýtať. Podľa charakteru danej skupiny môže byť vyhovujúcejším spôsobom získania odpovedí klásť otázky ústne, u inej skupiny naopak písomne. A tu začína druhá fáza nášho prieskumu a to je zbieranie informácií. V tejto fáze sme si zostavili dotazník. Časovo nám zber informácií prostredníctvom dotazníkov trval jeden mesiac u každej vybranej vzorky respondentov. V záverečnej fáze sme spracovali získané údaje. Táto fáza prebiehala asi dva mesiace. Prieskum bol realizovaný na dvoch prieskumných vzorkách. Prvý prieskumný súbor tvorilo 50 obyvateľov zariadenia Domov penzión pre dôchodcov, Domov dôchodcov a Domov sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom v Leviciach, ktoré sme bližšie popísali v teoretickej časti. Zariadenie sme si vybrali z dôvodu absolvovania ročníkovej praxe v tomto zariadení. Prieskumnú vzorku sme si stanovili dostupným a náhodným výberom, tvorili ju iba tí obyvatelia domova dôchodcov, ktorí boli ochotní spolupracovať. Druhý prieskumný súbor pozostával z 50 zástupcov seniorov z domáceho prostredia, ktorí sa stretávajú v klube dôchodcov. Túto vzorku tvorilo 30 respondentov z Klubu dôchodcov na ulici Okánika v Nitre časť Chrenová, a 20 respondentov z Klubu dôchodcov na Baničovej ulici časť Klokočina. Pri výbere

respondentov - zástupcov seniorov domáceho prostredia v kluboch dôchodcov nám pomáhala sociálna pracovníčka, nakoľko niektorí seniori navštevujúci tieto kluby sú klientmi domova dôchodcov. Respondenti prieskumných súborov boli osoby oboch pohlaví a to 69 žien a 31 mužov na diferencovanej vekovej, kognitívnej a psychomotorickej úrovni.

5.4 Metódy prieskumu a ich charakteristika

Metódy, pravidlá alebo normy, s ktorými sa riadi bádateľ, musia umožňovať overenie postupu, jeho opakovanie a zovšeobecniteľnosť.

Z repertoáru najčastejšie využívaných metód v spoločenských vedách, ktorými sú pozorovanie, rozhovor, experiment, štúdium dokumentov sme si vybrali dotazník, ktorý patrí medzi „ najčastejšie používané výskumné nástroje v kvantitatívnom spoločenskovednom výskume “ (Ondrejko, 2005, s.104). Dotazník je výskumný, vývojový a vyhodnocovací nástroj na hromadné a pomerne rýchle zisťovanie informácií a názorov o znalostiach, postojoch opytovaných osôb k aktuálnej alebo potencionálnej skutočnosti prostredníctvom písomného dopytovania sa.

Prednosti dotazníka ako výskumnej metódy:

- a) za relatívne krátky čas môžeme zozbierať veľa údajov, nízke náklady
- b) relatívne ľahko získame údaje
- c) v anonymnej podobe ľudia poskytujú pravdivejšie odpovede (Sociálny výskum v menežmente).

Dotazník môžeme definovať i ako „ merný prostriedok,“ pomocou ktorého sa skúma mienka ľudí na jednotlivé javy, udalosti. Tvorí ho sústava dopredu pripravených a starostlivo písomne naformulovaných otázok o istom probléme, ktorý je predmetom prieskumu a na základe ktorých získavame určité údaje. Môžeme ho použiť pri meraní spokojnosti, postojov, motívov, želaní, vzťahov...

Náš dotazník mal tri časti :

1. vstupná časť – tvorilo ju vysvetlenie opodstatnenosti a cieľ dotazníka
2. hlavná časť – pozostávala z jednotlivých otázok
3. výstupná časť – bolo to poďakovanie (príloha D Dotazník)

Každá otázka by mala mať vzťah k hlavnému problému. Jednotlivé otázky by mali spolu tvoriť uzavretý celok. V nami realizovanom prieskume sme respondentom položili 18 uzatvorených otázok, na ktoré odpovedali voľbou jednej z viacerých

alternatívnych možností. Otázky boli obsahovo odlišne zamerané na päť oblastí: sociodemografické údaje, zdravotná situácia, úroveň nezávislosti, spokojnosť s prežívaním svojej staroby, voľno časové aktivity.

K nevýhodám dotazníka patrí predovšetkým to, že nemáme záruku, že ho skutočne vyplňoval respondent, prípadne, že sa s niekým neradil (Ondrejko, 2005, s.105).

Tento fakt sme eliminovali tým, že vzhľadom na vek a predpokladané zdravotné problémy sme oslovili každého respondenta individuálne a dotazník sme s ním vyplnili osobne. Táto skutočnosť, ale i výhoda sa odrazila v tom, že prieskum sme uskutočňovali dovtedy, pokiaľ sme nemali potrebný počet respondentov z oboch vybraných prieskumných vzoriek. Najdôležitejším kritériom výberu bola ochota a schopnosť s nami spolupracovať. Respondenti, s ktorými sme spolupracovali, boli veľmi ústretoví, srdeční, milí a predovšetkým skromní. Pri žiadosti o poskytnutie rozhovoru, resp. poskytnutí odpovedí na náš dotazník reagovali v prevažnej miere ochotne. Avšak v zariadení DPD, DD a DSS v Leviciach sme sa stretli aj s neochotou a následným odmietnutím. Bolo to u dvoch jednotlivcov a dvoch manželských párov. Nevieme povedať, prečo je tomu tak, ale mali sme taký pocit, že sa tu zastavila doba. Tí ľudia žijú iným tempom ako my vôkol nich. Ich nič nesúri, nenaháňa, majú na všetko čas. Na doplnenie údajov sme použili aj metódu neformálneho rozhovoru, pretože takmer každý respondent mal potrebu, predovšetkým sa s nami porozprávať, až potom nasledovalo vyplňanie dotazníka. Rozprávali najmä o deťoch a ich rodinách, o svojom živote. Koľko rôznych osudov, toľko životných príbehov, radostí, sklamaní i rodinných tragédií. V bežnom živote sa nestretávame s takou otvorenosťou a úprimnosťou. Boli radi, že niekto prejavil o nich záujem, že môžu na chvíľku prežiť svoje spomienky, že boli vytrhnutí na istý čas z ich stereotypného režimu dňa. Po celý čas rozhovoru sálala z nich pokora a skromnosť. Možno to je následok krutej skúsenosti s núdzou a nedostatkom. Táto nenáročnosť k životu, prispôbenie sa situácii, vyhýbanie sa zmenám, sa odrazila aj pri vyplňaní dotazníka.

Pri získavaní odpovedí bolo potrebné, aby respondenti odpovedali spontánne a čo najrýchlejšie. Takouto formou sa najlepšie odrazia pravé myšlienky respondentov.

5.5 Výsledky, analýza a interpretácia získaných údajov

Pri spracovaní získaných údajov sme použili matematicko-štatistické metódy a spracovanie získaných údajov sme urobili pomocou software Microsoft Excel.

Prostredníctvom prvostupňového triedenia sme získané údaje spracovali do tabuliek. Údaje získané komparáciou výsledkov sme interpretovali.

Interpretácia identifikačných znakov opierajúca sa o faktografické otázky (viď príloha D - dotazník - otázky číslo 1, 2, 3, 17).

Ak vychádzame z periodizácie životného cyklu ľudí v treťom veku podľa Čornaničovej (in: Balogová, 2005, s. 12) popísanej v teoretickej časti, do fázy počiatkovej staroby spadá 32 % respondentov, vlastnú starobu prežíva 60 % (táto veková skupina našich respondentov mala najvyššie zastúpenie) a dlhovekosti sa dožíva 3 % respondentov. Avšak 5 % respondentov nášho prieskumu (do 60 roku) môžeme zaradiť do obdobia stredného veku – delenie podľa expertov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), nakoľko Čornaničová previedla výlučne periodizáciu obdobia života človeka po 60 roku.

Na základe predkladaných štatistických faktov z prieskumu vybratej vzorky ako zástupcov populácie Slovenska môžeme konštatovať, že populácia Slovenska sa dožíva relatívne vysokého veku, t.j. nad 70 rokov života. Naše konštatovanie potvrdzuje príloha A.

Tabuľka 1 Veková štruktúra respondentov

Vek		Do 60 rok.		60 – 74		75 – 89		90 a viac		Spolu	
Respondenti		počet	%	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
DPD, DD	muž	1	1,0	1	1,0	15	15,0	0	0,0	17	34,0
	žena	0	0,0	7	7,0	24	24,0	2	2,0	33	66,0
DSS Levice	muž	2	2,0	5	5,0	7	7,0	0	0,0	14	28,0
	žena	2	2,0	19	19,0	14	14,0	1	1,0	36	72,0
Spolu		5	5,0	32	32,0	60	60,0	3	3,0	100	100

Na prieskume sa celkovo podieľalo 100 respondentov, z toho bolo 31 mužského pohlavia a 69 ženského pohlavia, čo znamená, že v našich súboroch mali početnejšie zastúpenie ženy, čo súvisí s celkovou demografickou skladbou obyvateľstva, ktorú dokumentuje príloha A.

Tabuľka 2 Pohlavie respondentov

Respondenti	Počet muži	Počet ženy	Počet spolu	Muži v %	Ženy v %	Spolu v %
DPD, DD, DSS	17	33	50	34,0	66,0	100,0
Seniori dom.prostredie	14	36	50	28,0	72,0	100,0

Aj keď sme v rámci prieskumnej činnosti bližšie neskúmali aký má vplyv rodinný stav respondenta na oblasti, ktoré boli predmetom nášho prieskumu a to zdravotná situácia, úroveň nezávislosti, spokojnosť s prežívaním svojej staroby a voľno časové aktivity, nazdávame sa, že ak má starší človek či v domácom prostredí alebo v sociálnom zariadení svojho životného partnera ľahšie sa adaptuje na nové podmienky v živote, prejavuje väčší záujem o život, na rozdiel od seniora, ktorý už svojho životného partnera stratil prirodzeným spôsobom (smrťou). Najvyššie zastúpenie u oboch súborov mala skupina vdovec-vdova. V DD to bolo 30 respondentov čo je 60 %, z toho 24 bolo žien a šesť mužov, u seniorov z domáceho prostredia to bolo 25 respondentov čo je 50 %, a z toho bolo 18 žien a sedem mužov.

Tabuľka 3 Rodinný stav respondentov

Respondenti Stav	DPD, DD, DSS		Seniori v domácom prostredí		Spolu	
	počet	%	počet	%	počet	%
Slobodný/á/	2	4,0	5	10,0	7	7,0
Ženatý- vydatá	16	32,0	15	30,0	31	31,0
Rozvedený/á/	2	4,0	5	10,0	7	7,0
Vdovec- vdova	30	60,0	25	50,0	55	55,0
Spolu	50	100,0	50	100,0	100	100,0

Môžeme vyjadriť spokojnosť, že okrem jednej ženy, a to zo vzorky respondentov z domova dôchodcov, ostatní respondenti nadobudli nejaký stupeň vzdelania. V skúmanej vzorke bola najpočetnejšie zastúpená skupina respondentov so strednou školou bez maturity a to 36 %, po nej to bola skupina respondentov so základným vzdelaním 28 %. Vzdelanostná štruktúra obyvateľov odráža slabší prístup k vzdelaniu a jeho neadekvátnemu hodnoteniu až podceňovaniu v minulých rokoch, t.j. v rokoch mladosti respondentov.

I napriek tomu tu zohráva svoje opodstatnenie nielen náhradná (vlastná) funkcia vzdelávania dospelých, o ktorej píše G.Porubská (2005). To znamená, že seniori môžu v edukácii ďalej pokračovať, prípadne sa zúčastňovať na takých vzdelávacích programoch, ku ktorým nemali v minulosti z rôznych objektívnych alebo subjektívnych príčin prístup. Globálne však možno konštatovať, že takmer celá skúmaná vzorka seniorskej populácie spadá do skupiny gramotných a vzdelaných (Határ, 2008, s. 31).

Vlastné empirické zistenia nás však presvedčili, že aj napriek tomu, že až 24 respondentov má dosiahnuté stredoškolské vzdelanie s maturitou a 11 respondentov má vysokoškolské vzdelanie, univerzitu tretieho veku navštevujú iba traja respondenti a to jeden muž a dve ženy, ktoré už v minulosti univerzitu tretieho veku navštevovali. Podľa našich štatistických zistení sú to iba respondenti zastupujúci prieskumnú vzorku seniorov z domáceho prostredia. Je zarážajúce, že pri prednesení tejto prieskumnej otázky až 15 respondentov z prieskumného súboru z domova dôchodcov nevedelo čo je „univerzita tretieho veku“.

Toto zistenie považujeme za poľutovaniahodné už len z toho dôvodu, že v súčasnej dobe má univerzita tretieho veku takmer v každom meste (detašované) pracovisko. Domnievame sa, že len aktivizáciou osobnostného potenciálu seniorov, aj prostredníctvom univerzitného vzdelávania, možno doceliť ich osobnú zaangažovanosť na verejnom živote spoločnosti, taktiež eliminovať psychosociálne a fyziologické procesy starnutia, saturovať individuálne potreby seniorov, rozvíjať ich osobnosť po stránke telesnej, psychickej, duchovnej a sociálnej a v neposlednom rade napĺňať kľúčové posolstvá Memoranda o celoživotnom vzdelávaní i výzvy Lisabonskej stratégie pre Slovensko (Határ, 2008, s. 53).

Celoživotné vzdelávanie by malo pomôcť porozumieť zmenám v sebe, tým meniť negatívne stereotypy o starnutí a o starobe, čím by sa prispelo ku zvýšeniu kvality života nielen seniorov (Šimová, 2004).

Tabuľka 4 Vzdelanie respondentov

Respondenti Vzdelanie	DPD, DD, DSS LV		Seniori v domácom prostredí		Spolu	
	počet	%	počet	%	počet	%
Žiadne	1	2,0	0	0,0	1	1,0
Základné	20	40,0	8	16,0	28	28,0
SŠ bez maturity	14	28,0	22	44,0	36	36,0
SŠ s maturitou	10	20,0	14	28,0	24	24,0
Vysokoškolské	5	10,0	6	12,0	11	11,0
Spolu	50	100,0	50	100,0	100	100,0
Navštevoval UTV	0	0,0	2	4,0	2	4,0
Navštevuje UTV	0	0,0	3	6,0	3	6,0

Aj keď prieskumná **otázka č.4: Pochádzate z mesta alebo vidieka?** ohľadne pôvodného prostredia odkiaľ respondent pochádza nepatrila medzi tie, ktoré tvorili jadro nášho prieskumu, predpokladáme, že pre každého sociálneho pracovníka pri príprave plánu sociálno-andragogickej práce s klientom je dôležité poznať i pôvodné prostredie seniora odkiaľ prišiel. Domnievame sa, že človek žijúci na vidieku môže mať v porovnaní s mestským človekom spravidla nižšie životné aspirácie, vyznačuje sa konzervatívnym a radikálnym prístupom k určitým oblastiam života, môže mať obmedzenú schopnosť orientácie v priestore a schopnosť adaptácie na nové socio-kultúrne podmienky, je zvyknutý na viac osobnejšie sociálne interakcie, ktorých je však v porovnaní s mestom menej (Határ, 2008, s. 33).

Predpokladali sme, že aj napriek faktu, že náš prieskum bol realizovaný v mestách, bude naše prieskumné súbory tvoriť klientela pochádzajúca prevažne z vidieka. Podľa našich zistení sa nám náš predpoklad potvrdil iba v prieskumnom súbore v domove dôchodcov, kde až 72 % čo bolo 36 respondentov pochádzalo z vidieka. V druhom súbore bola väčšina respondentov pochádzajúca z mesta a to 62 % čo bolo 31 respondentov. Keď však berieme obidva súbory ako prieskumný celok, môžeme konštatovať, že náš predpoklad sa potvrdil na 55 %, nakoľko 55 respondentov pochádzalo z vidieka.

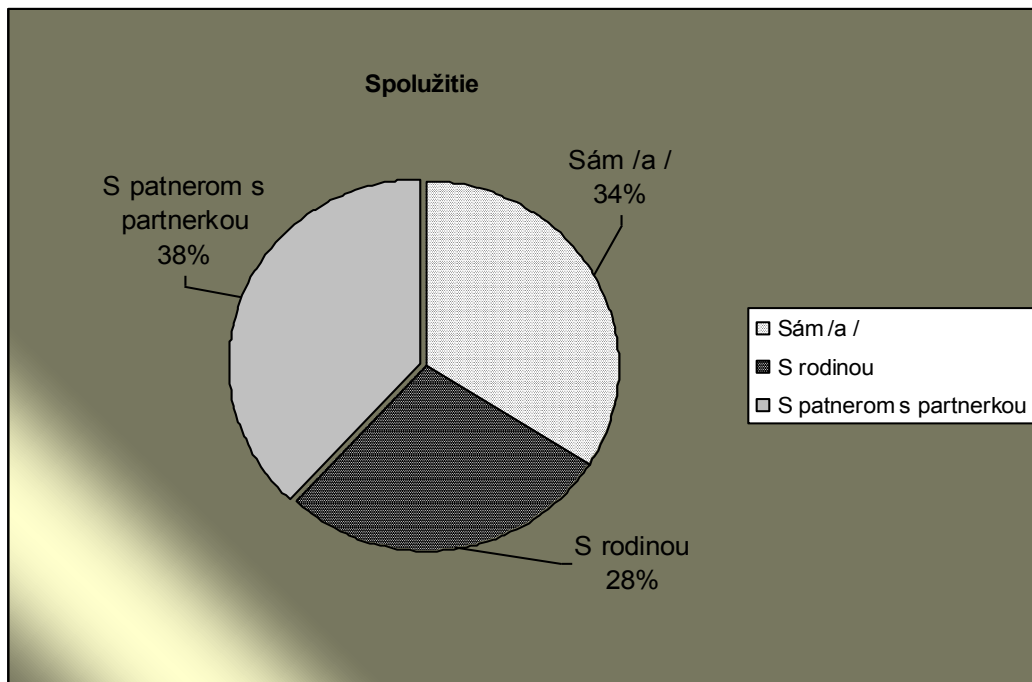
Tabuľka 5 Pôvodné bydlisko respondentov

Respondenti	Vidiak počet	%	Mesto počet	%	Spolu počet	Spolu %
DPD, DD, DSS Levice	36	72,0	14	28,0	50	100,0
Seniori dom. prostredie	19	38,0	31	62,0	50	100,0
Spolu	55	55,0	45	45,0	100	100,0

Otázku č.5 sme tiež vyhodnocovali iba v prieskumnom súbore seniorov v domove dôchodcov, nakoľko sme sa pýtali **ako žili seniori predtým, kým boli umiestnení do domova dôchodcov**. Odpoveď na druh takejto otázky môže byť nápomocná pri práci sociálneho pracovníka v domove dôchodcov pri adaptačnom procese seniorov. Pre úspešné zvládanie adaptačného procesu seniora v inštitucionálnom zariadení má zásadný význam aj kvalita sociálnej práce, realizovaná v zariadení. Táto je determinovaná predovšetkým osobnosťou sociálneho pracovníka, jeho prístupom a postupmi, ktoré v práci s klientom – seniorom uplatňuje. Odborne erudovaný, osobnostne zrelý a komunikačne zdatný sociálny pracovník môže svojím, podľa možnosti každodenným, individuálnym, špecifiká jednotlivca zohľadňujúcim prístupom, proces adaptácie podporiť, urýchliť a uľahčiť. Preto je potrebné aby sociálny pracovník poznal aj osobnú anamnézu (patrí sem aj otázka č.4 a č.5) klienta, ktorý do sociálneho zariadenia prichádza.

Na základe našich výsledkov môžeme konštatovať, že až 66 % respondentov z obidvoch prieskumných súborov nepoznalo samotu, malo pri sebe oporu, pomocnú ruku, čiže 14 (28 %) respondentov žilo s rodinou a 19 (38 %) respondentov žilo s partnerom alebo s partnerkou, čo tiež môžeme považovať za rodinu. 17 (34 %) respondentov žilo pred umiestnením do sociálneho zariadenia osamote.

Graf 1 Spolužitie



Otázkou č.6 sme zisťovali hodnotový rebríček respondentov, pretože sme sa ňou pýtali **ktorá z nasledujúcich hodnôt je dôležitá pre ich spokojný život?** Spokojný život starších ľudí je založený na preferencii takých hodnôt, ako je zdravie. V našom prieskume v obidvoch súboroch obsadil prvé miesto v hodnotovom rebríčku dobrý zdravotný stav. V DD to bolo u 19 respondentov. Ďalšie odpovede u seniorov v DD boli nasledovné: 13 respondentov pokladá za najdôležitejšiu sebestačnosť pri každodenných úkonoch, pre ďalších šesť respondentov to boli dobré rodinné vzťahy, piati respondenti sa vyslovili pre sebestačnosť vo finančnej oblasti, pre štyroch respondentov sú dôležité kontakty s inými ľuďmi a traja respondenti uviedli za najvyššiu hodnotu svojho života záľuby a koníčky. Hodnoty ako uplatnenie v práci a účasť na spoločenskom živote nemajú pre seniorov v DD žiadny význam, nakoľko pre ne nehlasoval ani jeden respondent. U seniorov v DP až 15 respondentov kládlo na vrchol svojho hodnotového rebríčka dobrý zdravotný stav, 11 respondentov sa vyslovilo pre sebestačnosť pri každodenných úkonoch, pre osem respondentov sú najdôležitejšie dobré rodinné vzťahy, štyria respondenti potrebujú k spokojnému životu sebestačnosť vo finančnej oblasti, štyria respondenti zase kontakty s inými ľuďmi, účasť na spoločenskom živote je hodnotou č.1 pre štyroch respondentov, a záľuby a koníčky tiež pre štyroch respondentov. Zaujímavé je zistenie, že ani pre seniorov z DP hodnota pracovného uplatnenia nehrá žiadnu úlohu. Neprejavil o ňu záujem ani jeden opýtaný. Na základe

výsledkov môžeme konštatovať, že uspokojivý zdravotný stav a sebestačnosť pri každodenných úkonoch sú vo vyššom veku najdôležitejšími hodnotami bez rozdielu prostredia, v ktorom sa respondenti nachádzajú. Na treťom mieste v hierarchii hodnôt respondenti oboch prieskumných súborov udávali dobré rodinné vzťahy čo poukazuje na významné miesto rodiny v živote starého človeka. Vo viacerých prípadoch však dôležitosť hodnôt s rastom veku klesá a naopak s rastom vzdelania respondenta rastie.

Na základe výsledkov vykonaného prieskumu možno konštatovať, že starších ľudí na Slovensku dlhodobo ťažia dva základné problémy – zdravotný a nedostatok peňazí. Finančná situácia je veľmi zlá, ale zdravotný stav ešte horší. Ten však súvisí ako je známe s vekom jednotlivca, ako aj so schopnosťou postarať sa sám o seba v bežných životných situáciách. **Otázka č.7** nám mala priblížiť **aký je zdravotný stav** respondentov. Naše zistenia z prieskumu hovoria, že 36 (72 %) respondentov domova dôchodcov hodnotí svoj zdravotný stav ako zlý, 14 (28 %) respondentov celkom dobrý a výborne sa necíti ani jeden respondent (0 %). Na rozdiel u seniorov z domáceho prostredia má 11 (22 %) respondentov zlý zdravotný stav, 37 (74 %) respondentov hodnotí svoj zdravotný stav ako celkom dobrý, dvaja (4 %) respondenti sa cítia výborne

Tabuľka 6 Zdravotný stav respondentov

Respondenti Možnosti	DPD,DD,DSS LV		Seniori dom.prost.		Spolu	
	počet	%	počet	%	počet	%
výborný	0	0,0	2	4,0	2	2,0
celkom dobrý	14	28,0	37	74,0	51	51,0
zlý	36	72,0	11	22,0	47	47,0
spolu	50	100,0	50	100,0	100	100

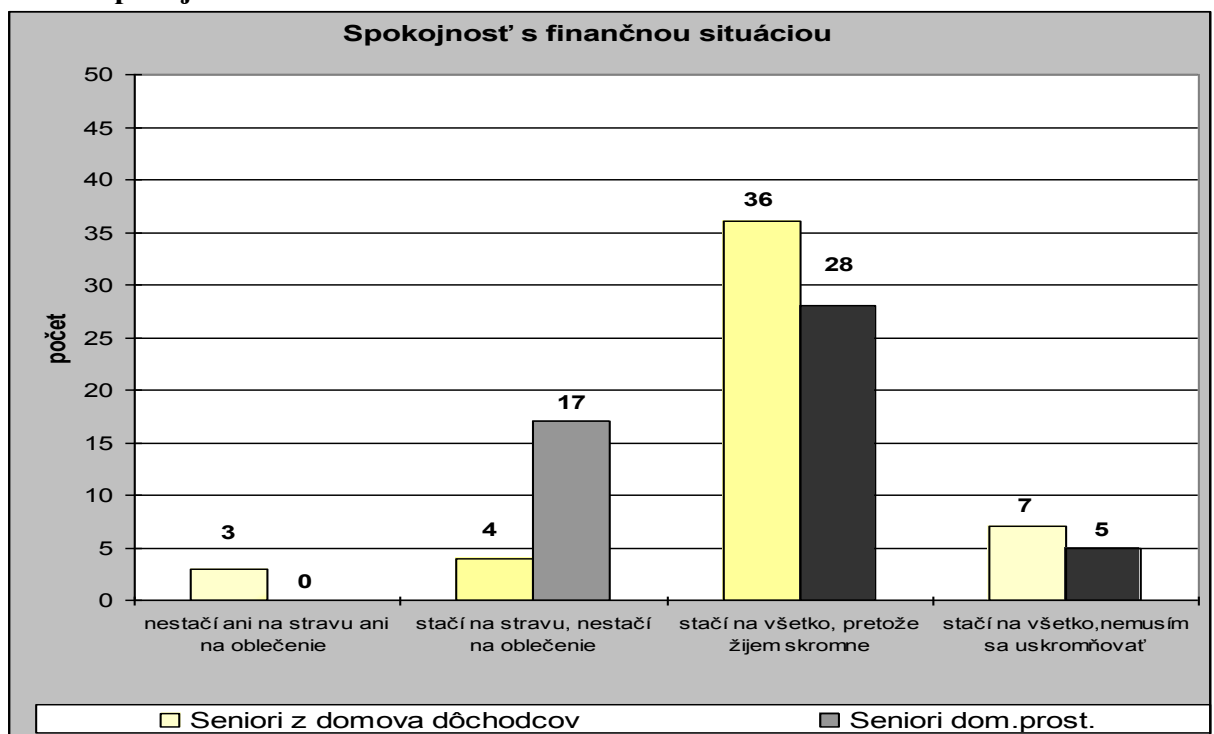
Graf 2 Celkový zdravotný stav



Uspokojená potreba ekonomického zabezpečenia je vedomie človeka, že disponuje dostatočnými prostriedkami na živobytie. V prípade, že je táto potreba nenaplnená, sú starí ľudia úzkostní a majú strach z budúcnosti. Mieru **spokojnosti respondentov so svojou finančnou situáciou** sme zisťovali pomocou **otázky č.8**. Nedostatok peňazí u starších ľudí súvisí najmä s ukončením pracovnej činnosti, ktorá bola hlavným zdrojom ich príjmov v minulosti. V roku 2004 bol vykonaný empirický prieskum sociálno-ekonomickej situácie starších ľudí na Slovensku (dotazník pripravili pracovníci Strediska pre štúdium práce a rodiny (SŠPR) Bratislava, zber údajov v teréne zorganizovala a vykonala Jednota dôchodcov Slovenska na území celého Slovenska). Aktuálna príjmová situácia sa premieta do subjektívneho hodnotenia vlastnej situácie keď len málo starších ľudí (cca 15 %) konštatuje bezproblémovosť vlastnej finančnej situácie a ďalších cca 1/2 starších ľudí za cenu uskromňovania nejako vyjdú so svojimi príjmami. Horšie je to pre zvyšných 34 % starších, ktorí sa výrazne musia obmedzovať v spotrebe (nielen vo výdavkoch na záľuby či na podporu detí, ale aj vo výdavkoch na zariadenie domácnosti, energie, a v 16,4 % prípadov aj vo výdavkoch na ošatenie či v extrémnych prípadoch aj na jedle). Pritom v ešte horšej situácii sú osamelé staršie ženy (ktoré až v 40 % prípadov sú nútené výrazne obmedzovať spotrebu) a dôchodcovia s príjmom pod 6 000 Sk mesačne(kde výrazné obmedzovanie spotreby postihuje až 56,3%)(Bednárik, Bodnárová, 2005).

Tieto údaje je možné podporiť konkrétnymi výsledkami nášho prieskumu, kde 36 (72 %) respondentov z DD potvrdilo fakt, že financie im stačia na všetko, ale len preto, že žijú skromne. Štyrom (8 %) respondentom stačí na stravu, nestačí im na oblečenie, traja (6 %) respondenti sa vyjadrili, že im nestačí na nič prežijú iba vďaka finančnej pomoci svojej rodiny. Finančná situácia siedmich (14 %) respondentov je uspokojivá, nemusia sa uskromňovať. 17 (34 %) respondentov z DP odpovedalo na otázku tak, že ak chcú aby bolo na jedlo, musia obmedziť výdavky na ošatenie. Päť (10 %) respondentov je vo finančnej oblasti sebestačných, a však musia sa uskromňovať. Aj v tomto prieskumnom súbore sa objavili odpovede keď finančná situácia bola dostačujúca, nemuseli sa uskromňovať a to u 28 (56 %) respondentov. K týmto odpovediam patrili ešte dodatky, keď respondenti hodnotili svoju finančnú situáciu za veľmi dobrú iba z toho dôvodu, že počas predchádzajúceho života zdedili alebo nadobudli majetok, ktorý pri odchode do dôchodku mohli speňažiť a tak vlastne zlepšiť svoju finančnú situáciu.

Graf 3 Spokojnosť s finančnou situáciou



Zo získaných dát o voľno časových aktivitách, na ktoré sme sa pýtali **otázkou č.9 ako využívate svoj voľný čas?** sme skonštatovali, že seniori v domove dôchodcov majú zjavne menší záujem o aktívnejšie aktivity vo voľnom čase. Až 19 respondentov uviedlo na prvom mieste sledovanie televízie, 15 respondentov čítanie kníh a dennej tlače, ktorú si požičiavajú medzi sebou alebo kupujú, prechádzkam po okolí sa venuje

šesť respondentov, štyria respondenti navštevujú kultúrne podujatia, ktoré usporadúva personál domova dôchodcov, pričom najviac sa im páči program počas vianočných sviatkov, tri respondentky sa venujú ručným prácam a jeden respondent vo svojom voľnom čase pracuje v záhradke. Možnosť „iné“ si vybral jeden respondent, ktorý odpovedal, že svoj voľný čas venuje *tipovaniu* a jedna respondentka, ktorá si svoj voľný čas vyplní *modlením a návštevou kostola*. U seniorov z domáceho prostredia prvé miesto obsadila záľuba čítať knihy a časopisy a to u 14 respondentov. O jeden hlas menej čiže 13 respondentov navštevuje kultúrne podujatia, sedem respondentov svoj voľný čas trávi sledovaním televízie, šesť respondentov chodí na prechádzky, piati respondenti našli záľubu v práci v záhradke a štyri respondentky zaujali ručné práce. Jeden respondent sa vyjadril, že *nemá žiadne záľuby ani koničky lebo ho nič nebaví a ani nezaujíma*. Rozdiely vo využívaní voľného času u obidvoch súboroch môžeme odôvodniť rozdielnymi podmienkami a možnosťami v DD a DP. Televízia, časopisy, knihy a prechádzky sú dostupné a preto im respondenti venujú najväčšiu pozornosť. Pričom možnosti v domácom prostredí sú ďaleko rozmanitejšie. Je to však dané aj poklesom pohyblivosti v staršom veku, ale v súčasnosti sa jedná aj o dôsledok znížených príjmov u starších ľudí. Taktiež sa domnievame, že niektoré špecifické aktivity, ako napr. práca v záhradke si vyžadujú špeciálne vybavenie, teda minimálne samotnú záhradu, ak je to však v záujme zainteresovaných pracovníkov a vedenia zariadenia DD, je možné aj túto prekážku profesionálne zvládnuť.

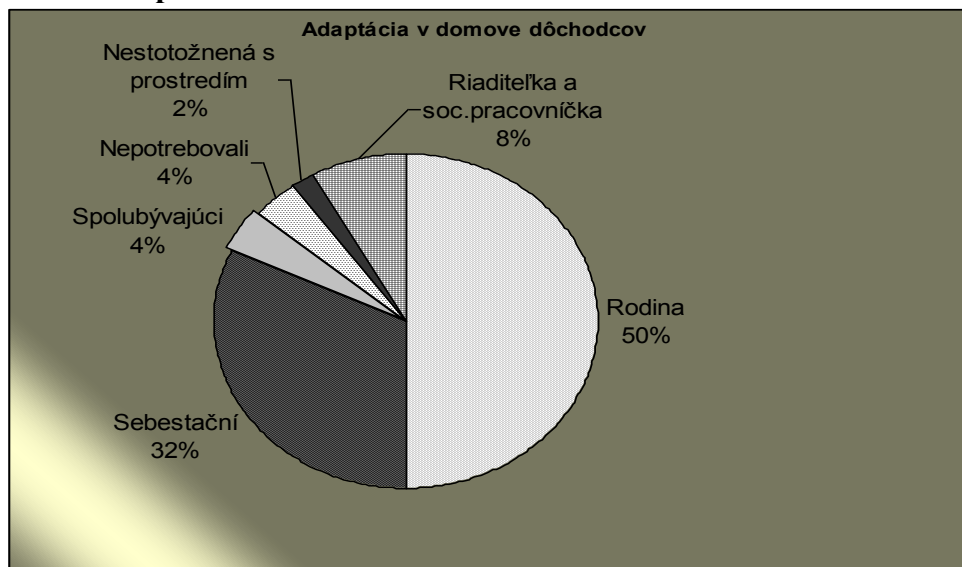
Neporozumenie staršieho človeka, jeho potrieb a z toho vyplývajúca ľahostajnosť k nemu, sú príčinami prekvapujúceho poklesu jeho samostatnosti, nemohúcnosti a odkázanosti na pomoc inej osoby – nezriedka až do konca života. Vysoký vek, ktorého sprievodnými znakmi sú choroby, pokles fyzických a psychických síl, sa odráža aj v stúpajúcej miere oblastí s obmedzeniami, s ktorými sa starý človek musí vyrovnávať. S vekom súvisí zdravotný stav jednotlivca, ako aj schopnosť postarať sa sám o seba v bežných životných situáciách. **V ktorých oblastiach potrebných pre každodenný život potrebujú seniori pomoc** sme zisťovali pomocou **otázky č.10**.

Seniori v DD viac deklarujú pomoc pri nákupoch a to 36 %, ďalej 20 % seniorov pri ťažších domácich prácach, 18 % seniorov potrebuje pomoc pri každodenných prácach v domácnosti, na pomoc pri vykonávaní osobnej hygieny je odkázaných 8 % seniorov, vo finančných záležitostiach je to tiež 8 % seniorov, a zaujímavé je aj zistenie, že až 10 % seniorov sa vyjadrilo, že nepotrebuje pomoc v žiadnej oblasti života. Seniori v DP sú

samostatnejší, žiadajú pomoc pri ťažších domácich prácach a to u 30 % seniorov, 16 % seniorov potrebuje pomoc pri nákupoch, 2 % pri vykonávaní osobnej hygieny, 7 % seniorov potrebuje pomoc vo finančných záležitostiach a 45 % seniorov sa vyjadrilo že nepotrebuje žiadnu pomoc.

Naše domnienky, že rodina hrá v živote seniora významnú úlohu môžeme podložiť zisteniami z prieskumu **otázky č. 11 Kto Vám najviac pomohol pri príchode do domova dôchodcov a pri adaptácii v domove?**, ktorá bola vyhodnotená iba v prieskumnom súbore u seniorov v domove dôchodcov. Ako sme už uviedli, prijatie do domova dôchodcov znamená pre väčšinu seniorov veľkú záťaž na ich adaptačné schopnosti a predstavuje pre nich ťažkú stresovú situáciu často s vážnymi zdravotnými následkami. Práve v tejto ťažkej situácii je pre nich rodina veľkou oporou. Až 25 respondentov (50 %) uviedlo rodinu ako pomocnú ruku, ktorá im uľahčila adaptačný proces. Pri prispôbovaní sa novému domovu si bolo sebestačných 13 (26%) žien a traja (6 %) muži. Riaditeľka domova dôchodcov a sociálna pracovníčka uľahčila proces adaptácie trom (6 %) ženám a jednému (2 %) mužovi. V dvoch (4 %) prípadoch to boli spolubývajúci. Dve (4 %) ženy pomoc nepotrebovali, nakoľko umiestnenie v sociálnom zariadení bolo ich vlastné rozhodnutie a boli s tým zmierené. Odpoveď jednej (2,0%) ženy znela, že mala s adaptáciou ťažkosti, ani teraz štyri roky po vstupe do domova dôchodcov nie je s prostredím sociálneho zariadenia stotožnená, v období adaptácie sa uzavrela pred okolitým svetom, nikoho k sebe nepripustila, takže každá pomoc by bola zbytočná.....

Graf 4 Adaptácia v domove dôchodcov



Otázkou č.12 sme sa pýtali ako sú seniori spokojní s prežívaním svojej staroby?

Starší ľudia i v tomto veku majú svoje životné plány a ciele, ktoré ich v prípade uskutočnenia naplňajú pocitom seberealizácie a spokojnosti. Možno hovoriť o skromnejších a ľudských aspektoch týchto cieľov. Koncentrujú sa predovšetkým na bezprostrednú budúcnosť najbližšej rodiny, v ktorej vidia záruku pokojného prežitia staroby – a to sa za posledných 5 rokov nezmenilo, konštatuje Bednárík a Bodnárová (2005).

Zdravé, akceptujúce sociálne prostredie je pre seniora z hľadiska emocionálnej, sociálnej a psychickej podpory veľmi dôležité. Seniori preferujú hlavne kontakty s rodinou, priateľmi a známymi. Kontakty s priateľmi a známymi sú však v neskoršom veku z viacerých dôvodov (zdravotný stav, opustenie pracovnej pozície a pod.) obmedzené. M.Vágnerová (2000) uvádza, že uspokojenie prinášajú seniorom predovšetkým kontakty s vrstovníkmi, pretože majú podobné skúsenosti, problémy, ťažkosti, a mechanizmus podobnosti uľahčuje udržať existujúci sociálny kontakt alebo naviazať kontakt nový. Je preto ideálne, aby starší ľudia zotrvali čo najdlhšie vo svojom prirodzenom prostredí (definovanom okrem iného aj vzťahmi), na ktoré sú s postupujúcim vekom čoraz silnejšie fixovaní (Bayerová, 2005).

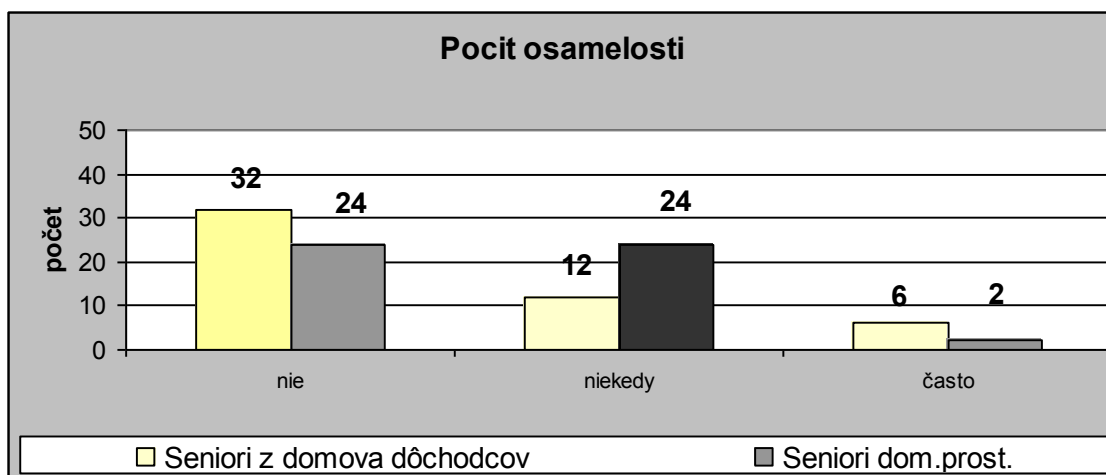
Možno fakt, že naši respondenti v DD aj v DP žijú medzi svojimi vrstovníkmi, alebo sa s nimi často stretávajú ako napr. v klube dôchodcov, a tiež aj kontakty s rodinou sú podľa vyhodnotenia otázky č.13 veľmi časté, ovplyvnil výsledok našej prieskumnej otázky, týkajúcej sa spokojnosti s prežívaním vlastnej staroby. Až 86 % respondentov vyslovilo spokojnosť s prežívaním vlastnej staroby. V DD bolo úplne spokojných 13 (26 %) respondentov a zväčša bolo spokojných až 29 (58 %) respondentov, zväčša sú nespokojní štyria (8 %) respondenti a štyria (8 %) respondenti nie sú vôbec spokojní. U seniorov v DP sú to približné počty respondentov v jednotlivých možnostiach odpovede na otázku. Úplne spokojných s prežívaním vlastnej staroby je 14 (28 %) respondentov, zväčša je spokojných 31 (62 %) respondentov, zväčša sú nespokojní iba dvaja (4 %) respondenti a vôbec nie sú spokojní traja (6 %) respondenti.

Tabuľka 7 Spokojnosť respondentov s prežívaním svojej staroby

Respondenti Možnosti	DPD,DD,DSS LV		Seniori dom. prostredie.		Spolu	
	počet	%	počet	%	počet	%
áno, som úplne spokojný/á	13	26,0	14	28,0	27	27,0
zväčša som spokojný/á	29	58,0	31	62,0	60	60,0
zväčša som nespokojný/á	4	8,0	2	4,0	6	6,0
nie vôbec nie som spokojný/á	4	8,0	3	6,0	7	7,0

Na **otázku č.13**, ktorá znela **trpíte pocitom osamelosti?** sme dostali až 56 % záporných odpovedí, to znamená až 56 respondentov z nášho prieskumného súboru sa necíti osamelých, 36 (36 %) respondentov má pocit osamelosti niekedy, a iba osem (8 %) respondentov sa cíti osamelých často.

Graf 5 Pocit osamelosti



Spokojnosť s prežívaním staroby u seniorov je vo veľkej miere ovplyvnená rodičovstvom. Väčšina starších ľudí očakáva starostlivosť od svojich detí a dáva jej prednosť pred akoukoľvek opatrovateľskou alebo inštitucionálnou formou starostlivosti. Vysoká zamestnanosť detí, nedostatočné finančné ohodnotenie v prípade opatery starého či chorého člena rodiny, geografická vzdialenosť medzi rodičmi a deťmi často nedovoľujú starať sa o rodičov a tak optimálnym riešením (pre deti) je umiestnenie rodičov do zariadenia. Pre seniora je to jeden z kritických momentov. Po odchode do dôchodku, ktorý je často sprevádzaný pocitom prázdnoty a zbytočnosti, obmedzením sociálnych kontaktov je presťahovanie sa do sociálneho zariadenia ďalší stresujúci faktor. Pri tomto kroku je veľmi dôležitá spolupráca s rodinou. **Otázka č.14 Ako často**

majú seniori návštevy? bola ďalšou našou prieskumnou otázkou. Z našej skúmanej vzorky malo 46 % seniorov najčastejšie návštevu 2 a viackrát do týždňa, aj keď tento výsledok bol ovplyvnený tým, že päť respondentov z domáceho prostredia býva v spoločnej domácnosti s deťmi, bola táto odpoveď na našu otázku najčastejšia. Jeden respondent z domova dôchodcov odpovedal, že sa stretáva s rodinou 1-krát za rok a ďalší zase 2-krát za rok. Je však potešiteľné, že možnosť „v deň výplaty dôchodku“ sa v našich odpovediach neobjavila. Zarážajúci je naopak počet odpovedí až 9 % pri možnosti „nenavštevujú ma vôbec“, zvlášť ak vieme, že príjemné udalosti napr. návštevy rodiny či známych majú silný vplyv na pohodu a zdravotný stav starých ľudí, pretože udržiavanie častého kontaktu s členmi rodiny prostredníctvom návštev v zariadeniach pre starých ľudí zlepšuje ich psychickú pohodu.

Tabuľka 8 Periodicita návštev

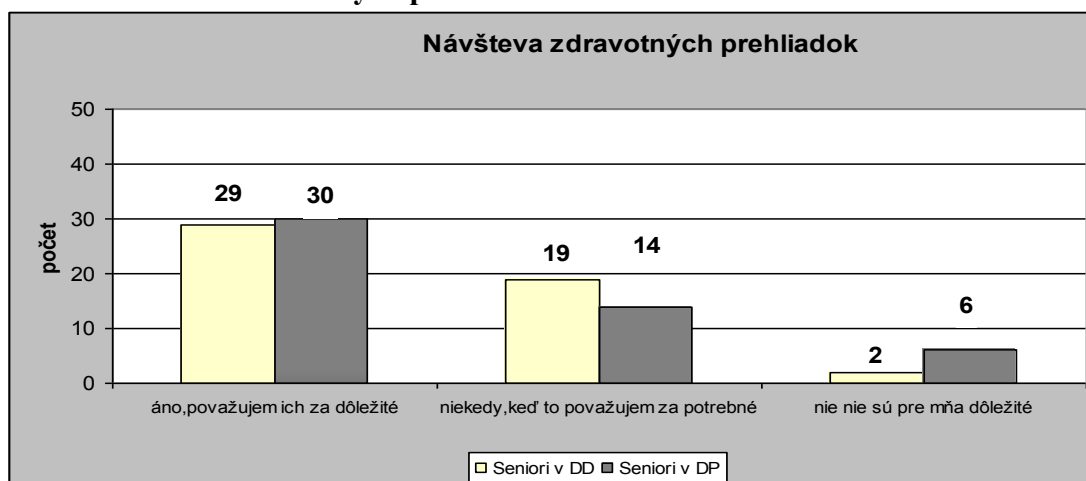
Zariadenie Ako často máivate návštevy	DPD,DD,DSS		Seniori v dom. Pros.		Spolu	
	počet	%	počet	%	počet	%
2x a viackrát do týždňa	18	36,0	28	56,0	46	46,0
1x do týždňa	15	30,0	12	24,0	27	27,0
1x mesačne	11	22,0	7	14,0	18	18,0
v deň výplaty dôchodku	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nenavštevujú ma vôbec	6	12,0	3	6,0	9	9,0
Spolu	50	100,0	50	100,0	100	100,0

Život seniora je často sprevádzaný mnohými zdravotnými ťažkosťami, s ktorými sa vekom oslabený ľudský organizmus ťažko vyrovnáva. Medzi najčastejšie zdravotné problémy seniorov by sme mohli zaradiť tzv. civilizačné choroby, ktoré žiaľ sú tiež dôsledkom nesprávneho životného štýlu dnešného človeka. Na **choroby, ktoré trápia našich respondentov** sme sa pýtali **otázkou č.15**. Najväčšie zdravotné problémy pacientov starších ako 60 rokov v závislosti na veku v % zobrazuje tabuľka v prílohe B. Niektoré ochorenia sú však pre vyšší vek typické a vytvárajú skupinu geriatrických syndrómov.

Podľa našich zistení k najčastejším chorobám, resp. ochoreniam u seniorov v DD patria choroby pohybového aparátu. Štyria respondenti v DD využívajú pri svojom pohybe palicu, ktorou sa počas pohybu podopierajú, a jedna respondentka je na invalidnom vozíku. Podľa odpovedí našich respondentov v DD ich ďalej trápia choroby obehového ústrojenstva, kde najčastejšie to bola hypertenzia a srdcovo-cievne ochorenia, potom sú to poruchy zraku, čoho dôkazom bolo aj to, že 2/3 respondentov siahlo pri predložení dotazníka po dioptrických okuliaroch, a choroby tráviaceho traktu. U seniorov v DP najpočetnejšie boli zastúpené choroby obehového ústrojenstva ako hypertenzia a cholesterol a taktiež sa objavila aj ischemická choroba srdca, potom to boli choroby tráviaceho traktu, veľmi často sa vyskytlo v odpovedi slovo „cukrovka“ čiže diabetes, choroby pohybového aparátu, kde sa respondenti vyjadrili, že síce sa pohybujú bez obmedzenia, no pri tom uvádzajú časté pocity slabosti a bolesti v dolných končatinách, ale aj napriek tomu nepoužívajú žiadne pomôcky uľahčujúce pohyb. V poslednom rade to bili nervové choroby (napr. reuma).

Otázkou č.16 či chodia naši respondenti pravidelne na zdravotné prehliadky? sme zistili, že aj napriek skutočnosti, že zdravotný stav u 51 % respondentov prieskumného súboru je celkom dobrý, zdravotné prehliadky respondenti nepodceňujú. Seniori v domove dôchodcov v počte 29 (58 %) absolvujú zdravotné prehliadky pravidelne, považujú ich za dôležité. 19 (38 %) seniorov ide na prehliadku niekedy, keď to považujú za potrebné a dvaja (4 %) seniori neabsolvujú zdravotné prehliadky, nie sú pre nich dôležité. Seniori v DP sa tiež starajú o svoj zdravotný stav. Tých, ktorí chodia na zdravotné prehliadky z toho dôvodu, že ich považujú za dôležité bolo 30 (60 %), niekedy absolvuje zdravotné prehliadky 14 (28 %) seniorov, a šesť (12 %) seniorov sa vyjadrilo, že nechodí na zdravotné prehliadky, pretože nie sú pre nich dôležité.

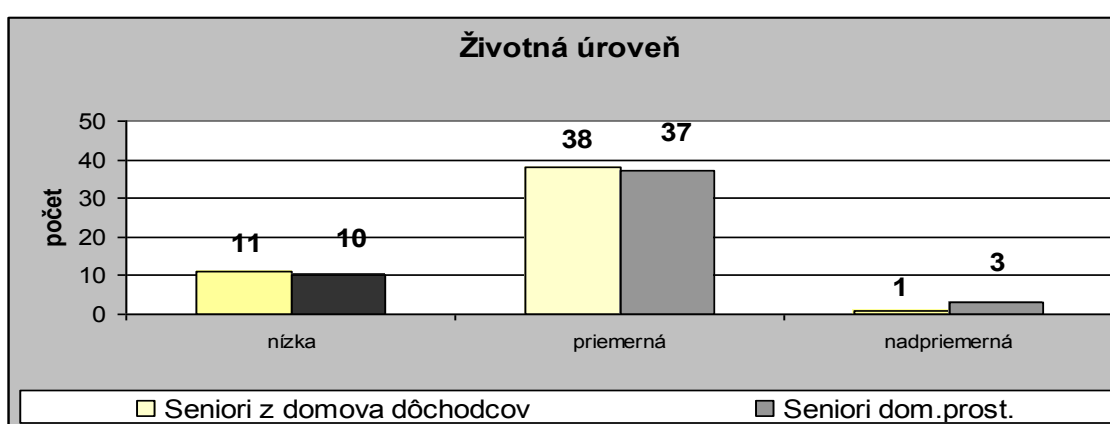
Graf 6 Návšteva zdravotných prehliadok



Vyslovená nespokojnosť s finančnou situáciou u našich respondentov môže mať za následok aj výsledok prieskumu v našej poslednej **otázke č.18**, v ktorej sme sa pýtali našich respondentov **ako by hodnotili svoju životnú úroveň**.

Až 38 (76 %) seniorov v DD hodnotilo svoju životnú úroveň ako priemernú, ďalších 11 (22 %) seniorov ako nízku a iba jeden (2 %) senior ako nadpriemernú. Výsledky v druhom prieskumnom súbore boli podobné, kde 37 (74 %) seniorov ohodnotilo svoju životnú úroveň ako priemernú, 10 (20 %) ako nízku, a traja (6 %) seniori boli so svojou životnou úrovňou nad mieru spokojní a hodnotili ju ako nadpriemernú.

Graf 7 Životná úroveň



5.6 Overovanie predpokladov

Na verifikáciu formulovaných hypotéz sme použili dáta, ku ktorým sme dospeli kvantitatívnym a kvalitatívnym spracovaním jednotlivých výpovedí respondentov našich prieskumných súborov.

Hypotéza č.1: náš predpoklad, že seniorov, ktorí budú pociťovať pokles úrovne kvality života z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu a to konkrétne z dôvodu postihnutia chorobou pohybového aparátu bude viac v domovoch dôchodcov ako v domácom prostredí sa nám potvrdil. Pri vyhodnocovaní hypotézy sme vychádzali z výsledkov odpovedí na otázku č.7, v ktorej až 36 (72 %) respondentov domova dôchodcov hodnotí svoj zdravotný stav ako zlý čo je až o 50 % viac ako u respondentov v domácom prostredí, kde iba 11 (22 %) respondentov hodnotilo svoj zdravotný stav ako zlý. Našu hypotézu sme ďalej potvrdili analýzou otázky č.15, kde na prvom mieste z chorôb, ktoré sa najčastejšie vyskytujú u seniorov v DD sa umiestnili choroby pohybového aparátu,

čo úzko súvisí s obmedzeniami v oblasti ich mobility, v ich sebaobsluže a v možnostiach spoločenského vyžitia, na rozdiel od seniorov v DP, kde choroby pohybového aparátu obsadili až tretie miesto. O tom, že zdravotný stav respondentov v DD nie je uspokojivý a oni robia všetko pre jeho zlepšenie svedčí aj prieskum otázky č.16, z ktorej výsledkov vyplýva, že až 96 % z respondentov DD sa zúčastňujú na zdravotných prehliadkach, že ich význam nepodceňujú.

Hypotéza č.2, ktorej predpokladom bolo, že seniori žijúci v domove dôchodcov budú potrebovať vo väčšej miere pomoc v dôležitých oblastiach života(napr. pri vykonávaní osobnej hygieny, pri každodenných prácach v domácnosti, pri nákupoch, vo finančných záležitostiach) ako seniori žijúci v domácom prostredí, sa náš predpoklad potvrdil. Na základe analýzy výsledkov otázky č.10 môžeme konštatovať, že v DD potrebuje 82 % seniorov pomoc pri každodenných pohybových aktivitách potrebných pre každodenný život ako sú osobná hygiena, nákupy, každodenné práce v domácnosti a ťažšie domáce práce. V DP je takáto pomoc potrebná u 48 % seniorov. Celkom sebestačných je v DD 10 % seniorov na rozdiel od DP kde je sebestačných 45 % seniorov.

Dôležitou oblasťou každodenného života je aj finančná oblasť. Volanie o pomoc vo finančnej oblasti môžeme podporiť konkrétnymi výsledkami nášho prieskumu otázky č.8, kde 72 % seniorov z DD potvrdilo fakt, že financie im stačia na všetko, ale len preto, že žijú skromne, 8 % seniorov má dostatok finančných prostriedkov, ale na úkor ostatných potrieb, no našli sa aj seniori v počte 6 %, ktorí sa vyjadrili, že im nestačí na nič, prežijú iba vďaka finančnej pomoci svojej rodiny. Na rozdiel v DP je iba 56 % seniorov vo finančnej oblasti sebestačných, ale tiež len preto lebo sa uskromňujú. 34 % seniorov žije na úkor ostatných potrieb a 10 % seniorov sa nemusí uskromňovať. Odkázaní na finančnú pomoc svojej rodiny sa v prieskumnom súbore v DP neobjavili. Na základe získaných výsledkov môžeme konštatovať, že seniori v DD sú tí, ktorí potrebujú vo väčšej miere pomoc v oblastiach dôležitých pre každodenný život, či sú to domáce práce, nákupy, vykonávanie osobnej hygieny, ale aj finančná oblasť.

Hypotéza č.3: predpoklad, že bude preukázaný významný rozdiel v spokojnosti s prežívaním svojej staroby u seniorov žijúcich v domácom prostredí a u seniorov v domove dôchodcov, sa nepotvrdil. Pri vyhodnocovaní hypotézy sme vychádzali z otázky č.12. Cieľom bolo preskúmať subjektívnu spokojnosť klientov domova dôchodcov a seniorov žijúcich v domácom prostredí s prežívaním svojej staroby.

Nepotvrdený predpoklad možno dokumentovať údajmi z tabuľky 7. V DD bolo úplne spokojných 26 % respondentov a zväčša spokojných bolo až 58 % respondentov, zväčša nespokojných bolo 8 % respondentov a 8 % nebolo vôbec spokojných. U seniorov v DP sú to približné počty respondentov v jednotlivých možnostiach odpovede na otázku. Úplne spokojných s prežívaním vlastnej staroby bolo 28 % respondentov, zväčša spokojných bolo 62 % respondentov, zväčša boli nespokojné iba 4 % respondentov a vôbec nebolo spokojných 6 % respondentov. Ako málo im chýba k spokojnému prežívaniu staroby dokazujú aj výsledky otázky č.18, kde sa vyjadrili respondenti oboch prieskumných súborov, že svoju životnú úroveň považujú za priemernú, hoci sa musia uskromňovať, so životom aký žijú sú spokojní. Z uvedených výsledkov vyplýva, že v spokojnosti s prežívaním svojej staroby u seniorov žijúcich v DD a seniorov žijúcich v DP nebol preukázaný významný rozdiel.

Viacrát sme vo svojej práci deklarovali, aké významné miesto v živote človeka hrá rodina a deti. Tento fakt môžeme potvrdiť výsledkami otázky č.6, kde dobré rodinné vzťahy obsadili tretie miesto v hodnotovom rebríčku pre spokojný život v obidvoch prieskumných súboroch, a taktiež aj výsledkami otázky č.11 (graf 4), kde výsledky hovoria, že až u 50 % seniorov v DD to bola práve rodina, ktorá im pomohla pri adaptačnom procese v domove dôchodcov. Čím viac majú seniori dobrý pocit z výchovy svojich detí, čím lepší vzťah majú so svojimi deťmi a vnúčatami, tým je ich spokojnosť s prežívaním svojho života väčšia, tým menej sa u nich vyskytuje pocit osamelosti. Toto tvrdenie môžeme dokumentovať údajmi z tabuľky 8 (otázka č.14), z ktorej môžeme vidieť, že až 73 % seniorov sa stretáva so svojou rodinou a deťmi 1 až 2-krát do týždňa, čo znamená, že časté návštevy svedčia o dobrých vzťahoch s rodinou a deťmi a potláčajú v starých ľuďoch pocit osamelosti. To potvrdzuje aj graf 5 (otázka č.13), kde až 56 % seniorov netrpí pocitom osamelosti, čo zjavne tiež ovplyvňuje vyslovenú spokojnosť s prežívaním svojej staroby u obidvoch prieskumných súborov.

V hypotéze č.4, v ktorej sme predpokladali, že seniori v obidvoch súboroch budú vnímať prínos edukatívnych a voľno časových aktivít pre ich osobnosť ako racionálne vyplňanie svojho voľného času, udržiavanie svojej mysle a tela v kondícii, teda nebude preukázaný významný rozdiel v ich využívaní. Predpoklad tejto hypotézy sa nám nepotvrdil. Z analýzy odpovedí na otázku č.9 nám vyplýva, že až 76 % seniorov v DD sa venuje pasívnym voľno časovým aktivitám ako je sledovanie televízie a čítanie časopisov a kníh, ručné práce a modlenie. V DP sa týmto aktivitám venuje 50 %

seniorov. Pohybovým aktivitám ako sú prechádzky, návštevy kultúrnych podujatí a práca v záhradke, sa venuje v DD 22,0% seniorov a v DP sa takýmto pohybovým aktivitám venuje 48 % seniorov. Môžeme teda konštatovať, že voľno časové aktivity seniorov v domove dôchodcov majú skôr pasívny charakter a v nedostatočnej miere zahŕňajú návštevu kina, divadla či koncertov, čo v určitej miere negatívne vplýva na ich zdravotný stav, na kondíciu tela a mysle, na rozdiel od seniorov z domáceho prostredia. Rozdiel sme zistili aj vo využívaní edukatívnych možností v oboch prieskumných súboroch. Na základe analýzy otázky č.17 môžeme konštatovať, že seniori z domáceho prostredia racionálnejšie využívajú možnosti vzdelávať sa na univerzitách tretieho veku, čo dokazuje, že traja zo seniorov sú študentmi UTV, na rozdiel od seniorov z domova dôchodcov, kde poniektorým názov tejto inštitúcie nebol známy.

5.7 Diskusia

Cieľom našej práce bolo komplexnejšie zmapovanie života seniorov v domove dôchodcov a seniorov žijúcich v domácom prostredí, prípadné načrtnutie rozdielov v ich kvalite života a v uspokojovaní životných potrieb vzhľadom k odlišnosti prostredia, v ktorom žijú.

Seniori sú neoddeliteľnou súčasťou spoločnosti bez ohľadu na to, či prežívajú svoju starobu doma alebo v rôznych inštitúciách.

Na orientačné zachytenie kvality života z aspektu zdravia seniorov v zariadení, ale i v domácom prostredí sme použili dotazník, v ktorom sme kládli predovšetkým dôraz na zdravotný stav seniorov a na ich voľno časové aktivity.

Naším cieľom bolo zistiť a porovnať úroveň kvality života seniorov v domove dôchodcov a seniorov v domácom prostredí v oblasti zdravia a preveriť do akej miery je ovplyvnená úroveň kvality ich života z hľadiska miery nezávislosti od pomoci iných pri rôznych činnostiach potrebných pre každodenný život.

Na základe výsledkov prieskumu, ktorý sme realizovali, môžeme konštatovať, že zdravotná situácia starých ľudí ako v DD tak aj v DP je neuspokojivá.

Najčastejšie sme sa stretli s disfunkciou pohybového a obehového ústrojenstva. Ďalej to boli poruchy zraku a sluchu, ktoré sú typickými sprievodnými znakmi obdobia starnutia. Zistili sme, že tieto zdravotné problémy do značnej miery ovplyvňujú sebestačnosť a nezávislosť starých ľudí. V rôznych oblastiach života je mnoho takých, v ktorých majú seniori problémy pri uspokojovaní svojich každodenných potrieb.

Charakter sa líši tak ako u seniorov v DD tak aj u seniorov v DP. Podľa našich zistení až 82 % seniorov v DD potrebuje pomoc pri každodennej činnosti, ktorá v sebe zahŕňa napr. vykonávanie osobnej hygieny, práce v domácnosti a nákupy, a v DP je to 48 % seniorov, ktorí potrebujú pomoc. Naše výsledky korešpondujú s výsledkami prieskumu v práci Bednárika (2005), ktorý hovorí, že s vekom súvisí zdravotný stav jednotlivca, ako aj schopnosť postarať sa sám o seba v bežných životných situáciách. Podľa výpovedí samotných starších ľudí, vyše 80 % z nich má zdravotné problémy, pritom ako vážne ich označilo 40 %, a niektorý zo zdravotných postihov uviedlo 38 %. Polovica starších ľudí sa dokáže sama postarať o seba a len 5 % sa vôbec nedokáže sami o seba postarať. Pri niektorých činnostiach (43 %) potrebujú starší ľudia pomoc.

Ďalším našim cieľom bolo preskúmať subjektívnu spokojnosť klientov domova dôchodcov a seniorov žijúcich v domácom prostredí s prežívaním svojej staroby. Tak ako sme už v empirickej časti našej bakalárskej práce spomínali, seniori v tomto veku majú svoje životné plány a ciele, ktoré ich v prípade uskutočnenia naplňajú pocitom sebarealizácie a spokojnosti. Koncentrujú sa predovšetkým na bezprostrednú budúcnosť najbližšej rodiny, v ktorej vidia záruku pokojného prežitia staroby.

Podľa Šimovej (2004) sú sociálne vzťahy dôležité pre kvalitu života a to nielen starých ľudí. Zahŕňajú vzťahy počnúc celkom povrchnými susedskými vzťahmi, cez bližšie susedské vzťahy, sýtené drobnou výpomocou, po vzťahy blízke v rámci rodiny, sýtené vzájomnou dôvernosťou a starostlivosťou – to všetko veľmi diferencovane podľa individuálnych potrieb a prejavov.

Dôležitosť dobrých rodinných vzťahov môžeme konštatovať aj my na základe nášho prieskumu, v ktorom dobré rodinné vzťahy obsadili tretie miesto, po dobrom zdravotnom stave a sebestačnosti, v hodnotovom rebríčku v oboch prieskumných súboroch. Tiež to dokazuje aj graf 4, z ktorého vidieť, že až u 50 % seniorov v DD to bola práve rodina, ktorá im pomohla pri adaptačnom procese v domove dôchodcov.

Ak porovnáme naše výsledky z výsledkami výskumu Bednárika (2005), z ktorého vyplýva, že pocit spokojnosti v sociálnom prostredí u starších ľudí umožňuje okrem faktorov ako uspokojivý zdravotný stav (96,6%) aj dobré rodinné vzťahy, ktoré až 85 % starých ľudí uviedlo ako veľmi dôležité, ďalej sú to kontakty s inými ľuďmi, ku ktorým sa v zmysle dôležitosti vyjadriло 78,4% starých ľudí môžeme hovoriť o zhodnosti výsledkov.

Posledným našim cieľom bolo zistiť a porovnať efektívnosť využívania voľno časových aktivít seniorov v DD a seniorov v DP a potvrdiť predpoklad, že seniori v obidvoch súboroch budú vnímať prínos edukatívnych a voľno časových aktivít ako racionálne vyplňanie svojho voľného času. Výsledky nášho prieskumu potvrdili, že u seniorov v DD sa pri využívaní voľno časových aktivít prejavuje typický znak staroby – pasivita. Svoj voľný čas vyplňa 76 % seniorov v DD skôr pasívnymi voľno časovými aktivitami ako je sledovanie televízie, čítanie kníh a časopisov a pohybovým aktivitám sa venuje iba 22 % seniorov. V DP je 50 % seniorov, ktorí preferujú pasívne aktivity a 48 % seniorov, ktorí svoj voľný čas venujú pohybovým aktivitám.

Nezáujem o celoživotné vzdelávanie u seniorov nie je prekonaný.

Podľa Mühlpachra (2002) sa vzdelávanie stáva nutnou podmienkou pochopenia života v stále sa meniacom svete. Prostredníctvom nových informácií poskytuje starým ľuďom možnosť voľby, ako usporiadať svoj vlastný život, ako byť psychicky vyrovnanejším a spokojnejším.

5.8 Záver z prieskumu a jeho využitie v praxi

Pochopenie procesu starnutia a pozornosť k starším ľuďom sú najlepšou profylaxiou všetkého negatívneho, čo starnutie prináša.

V. Pacovský (1990, s.46) zdôrazňuje, že zo strany spoločnosti „ide predovšetkým o to, aby prijala starobu ako realitu a staršiu populáciu ako svoju neoddeliteľnú súčasť. Staršia populácia nesmie zostať bez roly. Cieľom nie je segregácia, ale integrácia. Má program stáleho uplatňovania ľudí, uvedomuje si, že i staroba potrebuje šance, a to tým viac, že má svoje ťažkosti. So starobou je možné zaobchádzať ako s kameňom, môže sa nechať valiť na spoločnosť a robiť jej problémy, alebo sa môže použiť aj ako súčasť pevnej stavby spoločnosti.“

Vychádzajúc z prieskumu odporúčame v záujme podpory zdravia a jeho udržiavania do čo najvyššieho veku:

- klásť dôraz na informovanosť a osvetu o možnostiach poskytovania sociálnych služieb zvyšujúcich úroveň kvality života v oblasti zdravia seniorov
- klásť dôraz na prevenciu a intenzívnu rehabilitáciu, aby sa odstránila predčasná závislosť od pomoci a nevyhnutnej potreby poskytovania niektorých foriem sociálnych služieb

- v DD Levice rozšíriť ponuku poskytovaných rehabilitačných služieb o rehabilitáciu, ktorá slúži na udržanie tela človeka v určitej bio-psycho-sociálnej harmónii, na zdokonaľovanie telesného a duševného potenciálu seniora v prospech jeho zdravotného stavu. Zároveň kompenzuje následky stereotypne orientovanej činnosti a umožňuje obnovenie poškodených, resp. narušených orgánov v organizme. V rámci rehabilitácie veľký význam má motivácia, ktorá ovplyvňuje postoj človeka pri prekonávaní nepriaznivých okolností. Rehabilitovaného treba motivovať tak, aby bol sebestačný a chcel si udržať svoju mentálnu a fyzickú aktivitu. Dôvera vo vlastnú kondíciu, liečba a jej očakávané výsledky a presvedčenie o prospešnosti rehabilitácie, sú dôležité faktory v motivácii a spolupráci.

Ako konštatuje Balogová (2005, s. 36) udržanie pohyblivosti u starších ľudí hlavne vo vyššom veku je veľmi dôležité. Je žiaduce, aby starší človek mal pravidelný pohyb, pretože riziko „ničnerobenia“ alebo aj dlhého ležania v posteli pri chorobách je veľké a mnohoraké.

Tak, ako je staršiemu človeku prirodzená potreba sociálneho kontaktu, tak mu je prirodzená i potreba komunikácie so svojimi blízkymi, priateľmi, spolubývajúcimi a pod. Výsledky nášho prieskumu hovoria o tom, že naši respondenti si na „chudobné“ rodinné a priateľské vzťahy nestážovali, ale našli sa aj osamelí jednotlivci. Preto odporúčame:

- pripravovať v DD Levice a v kluboch dôchodcov v Nitre programy, prednášky, besedy rôzneho obsahového zamerania, aby sa zamedzilo sociálnej izolovanosti jednotlivcov. To, že respondenti majú nutnosť vyrozprávať sa, že ich komunikačné potreby nie sú uspokojené, sme zistili pri realizácii prieskumu
- v záujme humanizácie podmienok života občanov v DD Levice doporučujeme kláť významný akcent na zachovanie a podporovanie rodinných väzieb. V rámci podpory rodinného zázemia seniorov organizovať rôzne podujatia napr. spoločné posedenie obyvateľov zariadení a ich rodinných príslušníkov so zamestnancami zariadení, „dni otvorených dverí“ pre rodinných príslušníkov, občanov ktorí uvažujú o vstupe do takéhoto zariadenia, pre dobrovoľníkov.

Mnohí starí ľudia, ktorí sú odkázaní z dôvodu sociálnej núdze na pomoc a starostlivosť o svoju osobu často krát rezignujú na perspektívne smerovanie svojho vlastného života. Vzhľadom na to, že sa ľudský vek neustále predlžuje a populácia starne má byť

prioritnou úlohou našej spoločnosti sprostredkované prostredníctvom klubov dôchodcov, univerzít a akadémií tretieho veku, zariadení sociálnych služieb viesť seniorov k tomu aby prežívali aktívnu jeseň svojho života. K naplneniu uvedeného cieľa môžu byť nápomocné i edukatívne aktivity, ktoré v sebe ukrývajú akúsi aktivizujúcu silu, vďaka ktorej je možné staršieho človeka navrátiť do aktívneho spoločenského i súkromného života (Határ, 2008, s. 51).

Pre zvýšenie aktivity u seniorov doporučujeme:

- organizovať motivačné kultúrne a spoločenské programy pre seniorov v DD Levice vo väčšej miere v objekte tohto zariadenia, aby aj seniori s obmedzeniami pohybového aparátu mali možnosť sa ich zúčastňovať, toto však záleží na finančných možnostiach zariadenia, prípadne od sponzorských darov, ktoré sa v dnešnej dobe zaobstarávajú čím ďalej tým horšie
- venovať väčšiu pozornosť edukácii seniorov v DD Levice a seniorom v kluboch dôchodcov v Nitre, pričom jednou z edukačných tém by mohlo byť napríklad zdravé starnutie, zvýšiť informovanosť o možnostiach vzdelávania pre ľudí v treťom veku, o prínose tohto vzdelávania, sprístupniť prehľad existujúcich inštitúcií s prehľadom ponúkaných možností vzdelávacích programov.

V spoločnosti stále panuje celý rad mýtov o starobe. Niektoré idú až tak ďaleko, že formujú názor, že staroba je to isté čo choroba. V skutočnosti, dožitie sa vysokého veku neznamena automaticky zaradenie človeka do skupiny, ktorá potrebuje nejaké mimoriadne služby, alebo že vedie k vzniku závislosti na príbuzných či iných sociálnych službách. V reálnom živote väčšina starších ľudí vedie nezávislý, samostatný život v svojej domácnosti, bez potreby akýchkoľvek služieb a pomoci. So zvyšujúcim sa vekom, so zhoršujúcim sa zdravotným stavom objavuje sa potreba služieb a tomuto kontinuu je potrebné prispôbiť aj možnosti poskytovania služieb pre starších ľudí.

ZÁVER

Staroba patrí k životu. Kedysi vyvolávali šediny úctu, dnes často nepochopiteľné reakcie a pomýlené predstavy.

Seniorská problematika je dnes vysoko aktuálnou témou, ktorá si zasluhuje, ale bude aj v budúcich rokoch vyžadovať zvýšenú pozornosť. Ide o sociálny jav, ktorý sa v svojej podstate prejavuje, aj keď nie vždy dokážeme odhadnúť jeho podstatu, jeho vývoj a s tým spojené problémy. Je na nás všetkých, aby sme tento jav sledovali, poznali jeho predpokladaný smer vývoja a mali pripravené zásahy, ktoré by znamenali jeho progresívne riešenie (Balogová, 2005, s. 147).

Vo svojom okolí sa stretávame denne so staršími ľuďmi. No naše bežné každodenné starosti a radosti nám zabraňujú uvedomiť si, že jar a leto nášho života prebehnú ako voda, a každého čaká jeseň života – staroba.

Vďaka ročníkovej praxi v zariadení Domov penzión pre dôchodcov, Domov dôchodcov a Domov sociálnych služieb pre dospelých s celoročným pobytom v Leviciach som si uvedomila, že aj na mňa kdesi za dvermi čaká jeseň môjho života. Začala som viac pociťovať potrebu nazrieť hlbšie do procesu starnutia a zaujímať sa o potreby starších ľudí, čo mnohí z nás nepokladajú za životne dôležité. A možno to bola tá pravá chvíľa, kedy som sa rozhodla pre tému mojej bakalárskej práce. Žijem na dedine, kde ľudia majú k sebe akosi bližšie. Je to dedina, ktorej 60 % obyvateľstva tvoria seniori. Stretávam sa s nimi každý deň, sú priateľskí a srdeční. A to bol ďalší dôvod, ktorý moje rozhodnutie pre vybranú tému bakalárskej práce potvrdil.

Tým, že som mala o tejto oblasti málo poznatkov, preštudovala som si najskôr odbornú literatúru uvedenú v zozname. Svoje získané poznatky som si najskôr prekonzultovala a potom som ich aplikovala v praxi prostredníctvom dotazníkov a rozhovorov. Otázkami, ktoré som si dopredu pripravila a kategóriami možných odpovedí som chcela porovnať kvalitu života dvoch kategórií seniorov, žijúcich v rozdielnom prostredí.

Moje poďakovanie patrí Doc. PhDr. Martine Mojtovej, PhD. za jej odborné vedenie a cenné rady, ktoré mi poskytla pri vypracovaní tejto bakalárskej práce. Ďakujem i vedeniu domova dôchodcov v Leviciach a klubom dôchodcov v Nitre za umožnenie realizácie prieskumu a za ochotnú spoluprácu.

Najcennejšie čo človek v živote má je zdravie. A to ovplyvňuje život človeka po celú dobu jeho trvania. A vlastne k tomuto záveru som prišla aj ja, keď respondenti oboch prieskumných súborov postavili na prvé najdôležitejšie miesto vo svojom hodnotovom rebríčku „zdravie“, ktoré ovplyvňuje kvalitu ich života, nezáleží v akom prostredí žijú.

Nie každému jedincovi je dopriate zostarnúť, preto možno konštatovať, že byť starým je zaslúžená výsada. Pritom pôsobí zákonitosť, že na životnej ceste sa už od prvých chvíľ starnutia človeka zužuje priestor a neodvratne sa mu kráti čas. To by mal zavčas vedieť každý a podľa toho žiť. Keďže staroba je životné privilegium, je hodno sa na ňu tešiť.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

ANDRÁŠKO, I. Percepcia činností samosprávy a vybraných aspektov kvality života [online]. [cit. 2009 - 06 - 02]. Dostupný z www:

<http://www.akademickyrepozitar.sk/sk/repozitar/percepcia-cinnosti-samospravy-a-vybranych-aspektov-kvality-zivota.pdf>

BALOGOVIÁ, B. *Seniori*. 2.vyd. Prešov, AKCENT PRINT, 2005. 158 s. ISBN 80-969274-9-3

BALOGOVIÁ, B. Kvalita života seniorov a sociálna opora. Humanistický zborník [online].

Prešov, 2005, [cit. 2009 - 05 - 20]. Dostupný z www: <http://www.ff.unipo.sk/kvdsp/>

BAYEROVIÁ, M. Kvalita života seniorov v ústavnom zariadení. Humanistický zborník [online]. Prešov, 2005, [cit. 2009 - 05 - 13]. Dostupný z www:

<http://www.ff.unipo.sk/kvdsp/>

BEDNÁRIK, R., BODNÁROVIÁ, B. Starnutie populácie – výzva na zmeny v službách pre starších ľudí. Rodina a práca [online]. 2005, č.4 [cit.2010-02-1]. Dostupný z www: www.sspr.gov.sk/texty/File/bulletin/bulletin_4.pdf

ČORNANIČOVÁ, R. *Edukácia seniorov*. Bratislava: UK, 2007. 163 s. ISBN 978-80-223-2287-4

DŽUKA, J. Kvalita života a subjektívna pohoda- teórie a modely, podobnosť a rozdiely. Psychologické dimenzie kvality života [online]. Prešov : Prešovská univerzita. 2004, [cit. 2009 - 05 – 22]. Dostupný z www: <http://194.160.246.99/elpub/FF/Dzuka3/05.pdf>

HALAŠKOVÁ, Zina. *Kvalita života seniorov v domove dôchodcov a v domácom prostredí*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Bakalárska práca. 2004, 55 s.

HALEČKA, T. Kvalita života ako pojem a problém sociálnej politiky a sociálnej práce, In *Práca a sociálna politika*, 2001, roč.9, č.12, s. 2- 6, ISSN 1210-5643

HAMŽÍK, P. *Ako zdravo a optimisticky starnúť*. 2. vyd. Trenčín, Q-EX, 2003. 137 s. ISBN 80-968671-8-0

HATÁR, C. *Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, 2005. 104 s. ISBN 80-8050-821-6

HATÁR, C. *Edukatívne a sociálne aspekty rezidenčnej starostlivosti o seniorov*. Nitra : Univerzita Konštantína Filozofa, 2008. 86 s. ISBN 978-80-8094-383-7

HATÁR, PORUBSKÁ, Sociálno-výchovná starostlivosť o seniorov v domove dôchodcov. Psychologické dimenzie kvality života [online]. Prešov : Prešovská univerzita, 2004, [cit. 2009 - 05 – 03]. Dostupný z www:

<http://www.ff.unipo.sk/kvdsp/download/Zbrnk/ZbrnkKZaRP2005Prsv.pdf>

HAYFLICK, L. *Jak a proč stárneme*. Praha : Knižní klub, 1997. 426 s. ISBN 80-7176-536-8

HOCMAN, G. *Stárnutí* . Praha : Avicenum, 1985. 104 s.

KAPLAN, R. M. et al. 1996. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: SPN, 1996. 24s. ISBN 80- 08- 00332-4.

KOVÁČ, D. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového tisícročia, In *Československá psychologie*, 2001, Roč.XLV, č.1, s. 5

KUBÁNI, V. *Psychológia práce*. Prešov: Prešovská univerzita , 1998. 60 s. ISBN 80 88722-36-5

MARCINKOVÁ, D., HROZENSKÁ, M., VAŇO, I. *Vybrané kapitoly z gerontológie*. Nitra: Fakulta soc. vied a zdravotníctva UKF, 2005. 7, 8, 31 s. ISBN – 80-8050-878-X

MURGAŠ, F. Axiologické hľadanie zmyslu kvality života a návrh indikátorov ako jeho výsledok. [online]. [cit. 2009 – 06 - 11]. Dostupný z www:

<http://www.envigogika.cuni.cz/index.php/cs/inspirace/2007/2/108>

MURGAŠOVÁ, L. Potreby starých ľudí v domove dôchodcov u nás a v zahraničí.

Diplomová práca [online]. Martin, 2007, [cit. 2010 - 02 - 14]. Dostupný z www:

<http://vili.uniba.sk:8880/ddp/dostupne/2007-JL.../2007-JL-YwmWeH.pdf>

MÜHLPACHR, P. Měření kvality života jako metodologická kategorie. Humanistický zborník [online]. Prešov, 2005, [cit. 2009 - 09 -08]. Dostupný z www:

<http://www.ff.unipo.sk/kvdsp/download/Zbrnk/ZbrnkKZaRP2005Prsv.pdf>

Národný program ochrany starších ľudí [online]. 1999 [cit. 2010 – 01 – 29]. Dostupný z www: www.employment.gov.sk/index.php?id=13125

ONDREJKOVIČ, P. *Úvod do metodológie sociálnych vied*. Regent, 2005. 104 s. ISBN 80- 8890- 43-58

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří*. Praha : Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-0076-8

POLEDNÍKOVÁ, L. *Gerontologické ošetrovatel'stvo*. Prešov : Vydavateľstvo Michala Vaška, 2004. 299 s. ISBN 80-8050-799-6

Premeny [online]. Júl 2009 [cit. 2009 - 04 – 11]. Dostupný z www:

www.premeny.sk/content/view/276/87

Sociálny výskum v menežmente [online]. [cit. 2010 - 01 – 22]. Dostupný z www:

<http://referaty-seminarky.sk/socialny-vyskum-v-menezmente/>

STANEK, V. a kol. *Sociálna politika*. Bratislava : Sprint, 2002. 474 s. ISBN 80-88848-92-X

STRIEŽENEC, Š. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X

STRIEŽENEC, Š. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava : AD, 1999. 215 s. ISBN 80-967589-6-9

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. 177 s. ISBN 80-7178-274-2

Súhrnná správa o realizácii Národného programu ochrany starších ľudí [online]. [cit.2009 – 28 – 04]. Dostupný z www:

http://www.employment.gov.sk/pk/1509_2003_III_11/komunike.htm

ŠIMOVÁ, E. Kvalita života seniorov. Fakulta verejnej správy, Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Košice [online]. 2004. [cit. 2009-04-08]. Dostupný z www:

<http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/index.htm>

Vybrané aspekty kvality života vo vnútorných perifériách Slovenska

www.humannageografia.sk/.../clanok_Hornak_Rochovska.pdf

ZAREMBA, V., a i., *Srovnání situace bezdětných osob se žijícími dětmi*. In: Československé zdravotníctví, roč. 24, 1976, č. 5 , s. 128-134

Zákon NR SR c. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci. [online]. 25.Jún1998 [cit. 2007-01-22]. Dostupné z www: <http://www.zbierka.sk/get.asp?rr=98&zz=98-z195>

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha A: Štruktúra obyvateľov SR v percentách podľa pohlavia a základných vekových skupín

Príloha B: Najväčšie zdravotné problémy pacientov starších ako 60 rokov v závislosti na veku v %

Príloha C: Zákon NR SR č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci a zákon NR SR (čiastočný výklad)

Príloha D: Dotazník

Príloha A

Štruktúra obyvateľov SR v percentách podľa pohlavia a základných vekových skupín

(z údajov k 31.12.)

Vek, skupina	veková	Pohlavie	Rok 1996	Rok 1997	Rok 1998	Rok 1999	Rok 2000	Rok 2001*
Predproduktívny (0- 14)		Muži	22,76	22,12	21,48	20,84	20,19	19,58
		Ženy	20,61	20,03	19,43	18,84	18,23	17,64
		Spolu	21,66	21,05	20,43	19,81	19,18	18,58
Produktívny (15–59 m/ 54 ž)		Muži	64,71	65,35	66,00	66,61	67,17	67,64
		Ženy	56,93	57,35	57,78	58,14	58,56	58,84
		Spolu	60,72	61,24	61,78	62,26	62,75	63,11
Poproduktívny (60+ m/ 55+ ž)		Muži	12,53	12,53	12,52	12,55	12,64	12,78
		Ženy	22,46	22,62	22,79	23,02	23,21	23,52
		Spolu	17,62	17,71	17,79	17,93	18,07	18,30
Obyvateľstvo celkom (tis.)		Muži	2 618	2 622	2 624	2,625	2 626	2 612
		Ženy	2 761	2 766	2 769	2 744	2 776	2 767
		Spolu	5 379	5 388	5 393	5 399	5 402	5 379
Stredná dĺžka života (v rokoch)		Muži	68,88	68,90	68,62	68,95	68,95	69,54
		Ženy	76,81	76,72	76,71	77,03	77,03	77,60

*zohľadnené výsledky sčítania obyvateľov

*zdroj: Demografický vývoj v SR za obdobie 1996- 2001 in:
http://www.employment.gov.sk/pk/3080_2002_III_11/vlastnymat.html#_1.2._Demografický_vývoj_v%20SR%20za%20obd

Príloha B

Najväčšie zdravotné problémy pacientov starších ako 60 rokov v závislosti na veku v %

VEKOVÁ SKUPINA	VEK 60-69 rokov	VEK 70-79 rokov	VEK 80 a viac
pohybové bolesti	30,5	41,3	49,4
dýchacie	26,3	31,6	39,4
nespavosť	18,4	24,9	33,1
zažívacie	16,2	24,6	30,0
iné	17,1	18,4	16,9
žiadne	19,4	22,4	21,2
počet respondentov	463	402	160

*Zdroj: Zdravotní situace seniorů a její závislost na věku in:
<http://www.geriatra.sk/geriatra/f/geriatra2006-1.pdf>

Príloha C

Zákon NR SR č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci a zákon NR SR (čiastočný výklad)

Zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci v znení neskorších zákonov upravuje právne vzťahy pri poskytovaní sociálnej pomoci, ktorej cieľom je zmierniť alebo prekonať sociálnu núdzu s aktívnou účasťou občana, zabraňovať príčinám vzniku, prehlbovaniu alebo opakovaniu psychických porúch občana a zabezpečiť jeho integráciu do spoločnosti. Uvedený zákon vymedzuje i formy riešenia sociálnej núdze – sociálne poradenstvo, sociálnoprávnu ochranu, sociálne služby, peňažné príspevky na kompenzáciu a peňažný príspevok za opatrovanie. V zariadeniach sociálnych služieb sa starostlivosť poskytuje celoročne, týždenne alebo denne; možno ju poskytovať aj prechodne, na určitý čas. Pri dennej starostlivosti sa starostlivosť poskytuje v pracovných dňoch a v pracovnom čase. Pri tomto druhu starostlivosti sa neposkytuje bývanie. Pri týždennej starostlivosti sa neposkytuje starostlivosť počas sobôt a nedeľ, štátnych sviatkov a sviatkov. V takýchto zariadeniach nemožno poskytovať ani starostlivosť občanovi, ktorého zdravotný stav vyžaduje ústavnú starostlivosť v zdravotníckom zariadení.

Peňažné príspevky na kompenzáciu a za opatrovanie. Pri poskytovaní kompenzácie sa posudzuje miera funkčnej poruchy občana (t.j. nedostatok telesných, zmyslových alebo duševných schopností., ktoré z hľadiska vývoja zdravotného postihnutia trvá dlhšie ako jeden rok), a to podľa druhu zdravotného postihnutia. Za občana s ťažkým zdravotným postihnutím sa pokladá občan, u ktorého predstavuje miera funkčnej poruchy najmenej 50%.

Peňažný príspevok na zaobstaranie, opravu pomôcky je určený pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorí sú odkázaní na pomôcku. Pomôcku si môžu zaobstarať, pokiaľ sa pomôcka neposkytuje ani nezapožičiava, na základe zdravotného poistenia. Pomôckou sa podľa zákona o sociálnej pomoci rozumie hnutelná vec, ktorá slúži na zmiernenie alebo prekonanie sociálnych následkov ťažkého zdravotného postihnutia (môže to byť aj pes so špeciálnym výcvikom).

Peňažný príspevok na kúpu osobného motorového vozidla sa poskytuje občanovi, ktorý je pre svoj nepriaznivý. zdravotný. stav odkázaný na individuálnu prepravu, najneskôr do 65 rokov jeho veku.

Peňažný príspevok na prepravu je určený pre občanov s ťažkým zdravotným postihnutím, ktorí sú odkázaní na prepravu osobným motorovým vozidlom.

Peňažný príspevok na úpravu bytu, rodinného domu alebo garáže je určený na dosiahnutie bezbariérového bytu, domu alebo garáže a úpravu vstupu do bytového priestoru a prístup k výťahu.

Peňažný príspevok za opatrovanie patrí fyzickej osobe, ktorá opatruje občana s ťažkým zdravotným postihnutím staršieho ako šesť rokov a odkázaného na osobné, celodenné a riadne opatrovanie.

Zdroj: Zákon NR SR c. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci.

Príloha D

DOTAZNÍK

Vážené dámy a vážení páni,

volám sa Dana Áčová, študujem v treťom ročníku na Univerzite Palackého v Olomouci, na Filozofickej fakulte odbor Sociálna práca a momentálne pracujem na svojej bakalárskej práci, ktorá má názov Život seniorov a jeho kvalita.

Na základe Vami vyplneného dotazníka chcem zistiť Vašu hodnotovú orientáciu, ako vnímate svoj sociálny status a kvalitu svojho života. Všetky tieto informácie budú využité v mojej bakalárskej práci. Z toho dôvodu Vás chcem ešte raz požiadať o pomoc a spoluprácu pri vyplňaní môjho dotazníka, ktorý je anonymný a dobrovoľný. Na jednotlivé otázky prosím odpovedajte zakrúžkovaním vhodnej odpovede.

1. Pohlavie

a/ žena

b/ muž

2. Vek

a/ do 60 rokov

b/ od 60 do 74 rokov

c/ od 75 do 89 rokov

d/ nad 90 rokov

3. Aký je Váš rodinný stav?

a/ slobodný /á/

b/ ženatý – vydatá

c/ rozvedený /á/

d/ vdovec – vdova

4. Pochádzate:

a/ z mesta

b/ z dediny

5. Ako ste žili pred tým, ako ste bol/a/ umiestnený/á/ do domova dôchodcov

- a/ sám (a)
- b/ s rodinou
- c/ s partnerom – s partnerkou

6. Ktorá z nasledujúcich hodnôt je dôležitá pre Váš spokojný život?

- a/ aby som bol sebestačný/á/ pri každodenných úkonoch
- b/ dobrý zdravotný stav
- c/ dobré rodinné vzťahy
- d/ sebestačnosť vo finančnej oblasti
- e/ uplatnenie v práci
- f/ kontakty s inými ľuďmi
- g/ účasť na spoločenskom živote
- h/ záľuby a koníčky

7. Aký je Váš zdravotný stav?

- a/ výborný
- b/ celkom dobrý
- c/ zlý

8. Ste spokojný/á/ so svojou finančnou situáciou?

- a/ nestačí ani na stravu ani na oblečenie
- b/ stačí na stravu, nestačí na oblečenie
- c/ stačí na všetko, pretože žijem skromne
- d/ stačí na všetko, nemusím sa uskromňovať

9. Ako využívate svoj voľný čas?

- a/ čítam knihy a časopisy
- b/ navštevujem kultúrne podujatia
- c/ chodím na prechádzky
- d/ vykonávam ručné práce
- e/ pracujem v záhradke
- f/ sledujem televíziu
- g/ iné

10. V ktorej oblasti potrebujete pomoc?

- a/ pri vykonávaní osobnej hygieny
- b/ pri každodenných prácach v domácnosti
- c/ pri ťažších domácich prácach
- d/ pri nákupoch
- e/ pri účasti na spoločenskom živote
- f/ vo finančných záležitostiach
- g/v žiadnej

11. Kto Vám najviac pomohol pri príchode do domova

dôchodcov a pri adaptácii v domove?

- a/ sociálna pracovníčka
- b/ riaditeľ/ka/ domova dôchodcov
- c/ zdravotný personál
- d/ spolubývajúci
- e/ rodina

12. Ste spokojný/á/ s prežívaním svojej staroby?

- a/ áno som úplne spokojný/á
- b/ zväčša som spokojný/á
- c/ zväčša som nespokojný/á
- d/ nie vôbec nie som spokojný/á

13. Trpíte pocitom osamelosti?

- a/ nie
- b/ niekedy
- c/ často

14. Ako často sa stretávate s rodinou?

- a/ 2x a viackrát za týždeň
- b/ 1x do týždňa
- c/ 1 x mesačne
- d/ v deň výplaty dôchodku
- e/ nenavštevujú ma vôbec

15.Ktoré choroby z nasledujúceho zoznamu Vás trápia?

- a/ choroby pohybového ústrojenstva
- b/ choroby tráviaceho ústrojenstva
- c/ choroby obehového ústrojenstva
- d/ poruchy zraku
- e/ poruchy sluchu
- f/ choroby dýchacích ciest
- g/ onkologické choroby
- h/ duševné choroby
- ch/kožné choroby
- i/ nervové choroby
- j/iné

16.Chodíte pravidelne na zdravotné prehliadky?

- a/ áno, považujem ich za dôležité
- b/ niekedy, keď to považujem za potrebné
- c/ nie, nie sú pre mňa dôležité

17.Aké máte ukončené vzdelanie a či sa ešte vzdelávate?

- a/ žiadne
- b/ len základné
- c/ stredná škola bez maturity
- d/ stredná škola s maturitou
- e/ vysoká škola
- f/ v minulosti som navštevoval univerzitu tretieho veku
- g/ v súčasnosti navštevujem univerzitu tretieho veku

18.Ako by ste hodnotili Vašu životnú úroveň:

- a/nízka
- b/priemerná
- c/nadpriemerná

Na záver Vám chcem poďakovať za Vašu ochotu a čas, ktorý ste venovali vyplňaniu môjho dotazníka.