

OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ  
FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ  
KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

# Hodnocení pobytového zařízení seniory

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Šárka Menšíková  
Vedoucí práce: PhDr. Linda Nováková Palatá

2014

UNIVERSITY OF OSTRAVA  
FACULTY OF SOCIAL STUDIES  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

# Rating of senior residence facility

BACHELOR THESIS

Author: Šárka Menšíková  
Supervisor: PhDr. Linda Nováková Palatá

2014

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaný/á student/ka, tímto čestně prohlašuji, že text mnou odevzdané závěrečné práce v písemné podobě i na CD nosiči je totožný s textem závěrečné práce vloženým v databázi DIPL2.

Ostrava dne 11. 4. 2014

-----

*Barbora Anušková*  
.....

podpis studenta/ky

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Šárka MENŠÍKOVÁ  
Osobní číslo: S11196  
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Název tématu: Hodnocení pobytového zařízení seniory  
Téma anglicky: Rating of senior residence facility  
Zadávací katedra: Katedra sociální práce

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Stanovení cílů bakalářské práce (1/2013)  
Studium odborné literatury (2/2013-4/2013)  
Výběr výzkumných metod a technik (5/2013)  
Stanovení hypotéz a vypracování dotazníku (6/2013)  
Zahájení výzkumu (6/2013), samotný výzkum (6/2013-9/2013)  
Zpracování výsledků z dotazníku (10/2013)  
Zpracování teoretické části bakalářské práce (11/2013)  
Zpracování výsledků a výzkumu a srovnání s hypotézami (12/2013)  
Kompletování bakalářské práce (1/2014-2/2014)  
Dokončení a odevzdání bakalářské práce (3/2014)

Rozsah grafických prací: tabulky a grafy  
Rozsah pracovní zprávy: 10 tis.slov  
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:


MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.  
HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.  
ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Stáří a smysl života. Vyd. 1. V Praze: Univerzita Karlova, 2011, 168 s. ISBN 978-802-4619-972.  
SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4738-505.  
KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 141 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4736-044.  
Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Linda Nováková Palatá  
Úm Ostrava - Jih

Datum zadání bakalářské práce: 11. března 2013  
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. dubna 2014

  
Doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D.  
děkan



  
Mgr. Marie Špiláčková, Ph.D.  
vedoucí katedry

dne 27 -08- 2013

## **ABSTRAKT**

Výrazné prodloužení střední délky života je bezesporu obrovským úspěchem současné medicíny. Tato potěšující okolnost s sebou přináší i negativní jevy, které ovlivňují život starší generace.

Cíl bakalářské práce je zaměřen na zjištění míry spokojenosti seniorů, žijících v pobytovém zařízení sociálních služeb města Frýdlantu.

V teoretické části je objasněno stárnutí člověka v dimenzi fyzické, psychické i sociální. Uceleným přehledem poskytovaných sociálních služeb s odkazy na zákon č. 108/2006 Sb. je teoretická část uzavřena.

Praktická část je věnována hodnocení spokojenosti života seniorů ve frýdlantském domově z jejich úhlu pohledu. K dosažení cíle práce bylo použito metody kvantitativního výzkumu.

*Klíčová slova:*

*(Senior, stáří, stárnutí, sociální služby.)*

## **ABSTRACT**

A significant increase of human life expectancy is undoubtedly a huge success of modern medicine. This gratifying circumstance also brings negative process that affects lives of older generation.

The main topic of this work is focused on a determination rate of satisfaction of seniors that live in a residential home provided by the social services of the town of Frýdlant.

In the theoretical part, there is clarified human aging in physical, mental and social dimension. The theoretical part is closed by a comprehensive overview of social services with links to Act No. 108/2006 Coll. about social services.

The practical part is devoted to an evaluation of satisfaction of seniors' lives in Frýdlant's home from their point of view. Quantitative research methods were used to achieve the goals of this work.

*Keywords:*

*(Senior, old age, aging process, welfare services).*

## **Poděkování**

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Lindě Novákové Palatě za odborné rady při zpracovávání této bakalářské práce.

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval/a samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal/a, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Ostravě dne 11. 4. 2014

*Božena Mendíková*  
.....

(podpis)

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ</b> .....	<b>13</b>
1.1 Definice stárnutí.....	14
1.1.1 Teorie stárnutí.....	15
1.2 Biologické stárnutí .....	17
1.3 Psychické stárnutí.....	18
1.4 Sociální stárnutí.....	19
1.5 Stáří .....	19
1.5.1 Kalendářní stáří.....	20
1.5.2 Biologické stáří .....	21
1.5.3 Sociální stáří .....	24
1.6 Příprava na stáří .....	25
1.7 Mediální obraz .....	27
1.8 Ageismus a mýty o stáří .....	28
1.9 Potřeby seniorů .....	29
1.10 Kvalita života seniorů.....	31
1.11 Poslední etapa života.....	31
1.12 Gerontologie .....	32
1.13 Geriatrie .....	33
1.14 Shrnutí kapitoly.....	33
<b>2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY</b> .....	<b>35</b>
2.1 Definice sociální služby .....	36
2.2 Vývoj sociálních služeb.....	36
2.3 Zákon o sociálních službách.....	36
2.3.1 Základní zásady .....	37
2.4 Příspěvek na péči .....	37
2.5 Senior doma .....	38
2.5.1 Osobní asistence.....	39
2.5.2 Pečovatelská služba.....	39
2.5.3 Tísňová péče .....	40
2.5.4 Průvodcovské a předčitatelské služby.....	40



2.5.5	Odlehčovací služby .....	40
2.5.6	Centra denních služeb .....	41
2.5.7	Denní stacionáře.....	41
2.5.8	Týdenní stacionáře .....	41
2.5.9	Sociálně aktivizační služby .....	41
2.6	Poskytovatelé sociálních služeb.....	41
2.6.1	Povinnost poskytovatelů sociálních služeb .....	42
2.7	Senior v ústavním zařízení.....	42
2.7.1	Domov pro seniory.....	42
2.7.2	Domov se zvláštním režimem.....	42
2.7.3	Shrnutí kapitoly.....	43
<b>3</b>	<b>STŘEDISKO SOCIÁLNÍCH SLUŽEB MĚSTA FRÝDLANT NAD</b>	
	<b>OSTRAVICÍ.....</b>	<b>44</b>
3.1	Historie Střediska sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí .....	44
3.1.1	Sociální služby .....	44
3.2	Domov pro seniory.....	46
3.2.1	Cíle domova pro seniory .....	46
3.2.2	Zásady práce v domově pro seniory.....	47
3.2.3	Komu je služba poskytována .....	47
3.2.4	Ubytování, stravování, péče .....	48
3.2.5	Individuální plánování.....	48
3.2.6	Klíčový pracovník.....	48
3.2.7	Volnočasové aktivity.....	49
3.3	Shrnutí kapitoly.....	49
<b>4</b>	<b>VÝZKUM .....</b>	<b>50</b>
4.1	Metodologie .....	50
4.2	Výzkumný vzorek .....	52
4.3	Stanovení výzkumných otázek a hypotéz.....	53
4.4	Operacionalizace .....	53
4.5	Výsledky výzkumu.....	55
4.6	Interpretace a diskuse .....	82
	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>87</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>89</b>

<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ.....</b>	<b>95</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ.....</b>	<b>96</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ.....</b>	<b>97</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>98</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>99</b>

# ÚVOD

*„Celý život čekáme na výjimečného člověka místo toho, abychom obyčejné lidi okolo nás změnili na výjimečné.“*

*Hans Urs Von Balthasar*

Stáří je časový úsek lidského života, ve kterém dochází k pozvolným a nevratným změnám v organismu, které individuálně ovlivňují kvalitu našeho dalšího bytí. Největším zájmem stárnoucí společnosti je vést co nejdéle aktivní a nezávislý život při současném zachování psychických a fyzických schopností. Úkolem sociálních pracovníků je pomoci seniorům a jejím rodinným příslušníkům, orientovat se ve stále se rozvíjející nabídce sociálních služeb, především ambulantních. Pobytová zařízení se stacionární péčí představují další možnost péče o seniory, u kterých nelze zvládnout domácí péči.

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila téma o životě seniorů v pobytovém zařízení, zejména míru jejich spokojenosti. Zaměřila jsem se na Domov pro seniory ve Frýdlantu nad Ostravicí, kde jsem byla na praxi, a tak jsem mohla lépe poznat jejich uživatele. Téma péče v rodinném prostředí je mi velice blízké. Sama jsem pečovala o svého dědečka, který byl po mozkové příhodě odkázaný na pomoc jiné osoby.

Cílem bakalářské práce je zhodnotit spokojenost seniorů s poskytovanými službami a s přístupem pracovníků zařízení z úhlu pohledu seniorů, kteří se rozhodli nebo byli okolnostmi přinuceni změnit dosavadní způsob života a přestěhovat se do domova s ošetrovatelskou péčí. Výsledky výzkumu by měly sloužit jako podklady ke zkvalitnění poskytovaných služeb.

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je rozčleněna do tří samostatných kapitol. První kapitola je věnována procesu stáří a stárnutí včetně negativního pohledu na stárnoucí generaci, pozornost je věnována i poslední a nejsmutnější etapě lidského života a tou je smrt. Za zmínku stojí také gerontologie a geriatrie jako vědní disciplíny, které se věnují stáří. Ve druhé kapitole je uveden výčet sociálních služeb, které mohou senioři využít, pokud se rozhodnou zůstat v rodinném prostředí a kde mohou hledat pomoc, pokud již situaci nemohou zvládnout vlastními silami. Důležitou roli zde hraje rodina. Třetí kapitola popisuje Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí, které jsem si vybrala pro svůj kvantitativní výzkum, a to konkrétně Domov pro seniory.

Praktická část je věnována kvantitativnímu výzkumu. V praktické části je popsána metodika výzkumu, formulace hypotéz, postupné kroky při sběru dat a následné zpracování a vyhodnocení výsledků.

V přílohách jsou popsány zajímavosti z historie sociálních služeb, z historie Střediska sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí a uvedeny možnosti sociálních služeb v sousedním Německu.

V závěru práce jsou shrnuty poznatky z výzkumu a využitelnost pro praxi.

# 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

*„Staří lidé se obvykle necítí starými, dokud nejsou konfrontováni se skutečností, že je za staré považuje jejich okolí.“*

*Tamara Tošnerová*

V České republice, podobně jako v dalších státech západního světa, dochází v posledních desetiletích k tzv. **demografickému stárnutí**, tedy k nárůstu podílu osob starších 65 let. Je to velmi diskutované a medializované téma. O Evropě se hovoří jako o šedivějícím kontinentu. Tento stav má několik příčin, jedná se o klesající porodnost, snižující se úmrtnost osob ve všech věkových kategoriích v důsledku lepší zdravotní péče, pokles kojenecké úmrtnosti, prodlužování střední délky života, snížení chudoby, sociální rozvoj, zlepšení životních i pracovních podmínek, ochrana sociálních práv, pokrok v medicíně a větší záchrana lidských životů. Pro demografický vývoj České republiky je stárnutí populace typickým prvkem, který bude i v dalších letech pokračovat. Tato situace, byť je pozitivní pro osoby, které prožívají delší život než předchozí generace, s sebou nese pro společnost potřebu se touto skutečností zabývat a přizpůsobit se jí, protože procento starých osob se ještě podstatně zvýší v důsledku zestárnutí silných ročníků z poválečného období. (Malíková, 2011, s. 26).

Pokud bychom chtěli vyjádřit délku života, většinou používáme pojem průměrná délka **života**. Můžeme ji lehce spočítat (sečteme roky, které dohromady prožili příslušníci dané generace a dělíme je právě jejich počtem), ale také sledovat, jak se vyvíjela v průběhu staletí a nyní je nejvyšší jaká, kdy byla. Ve starém Řecku a Římě se lidé zpravidla dožívali 25 let, průměrná délka života v Evropě v 16. století byla stejně nízká. Teprve v roce 1725 dosáhla 30 let a ještě v 19. století se pohybovala kolem 40 let. V roce 1940 činil průměrný věk 50 let a postupně se dramaticky zvyšoval až do dnešních dnů s tím, že se předpokládají další úspěchy. (Haškovcová, 2010, s. 22). Je všeobecně známo, že lidská populace stárne, protože se rodí a bude rodit čím dál méně dětí, ať už z důvodu finančních nebo jiných. Podle Českého statistického úřadu v roce 2011 byl podíl seniorů nad 65 let ve společnosti 15,5 % a v roce 2100 to bude 33 %, to znamená, že celou jednu třetinu obyvatel České republiky budou tvořit staří lidé. Současně se prodlužuje průměrný věk. V roce 2013 činil průměrný věk u mužů 75 let a u žen 81 let a v roce 2100 by to mělo být u mužů 87 let a u

žen 91 let. (Český statistický ústav. [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/>). Radost z prodloužení lidského věku je jistě individuálně sdílená, radost ze stárnutí celých populací je kalena problémy ekonomickými, sociálními i zdravotními, které se ovšem převážně dotýkají starých, tedy lidí ve zralém stáří. (Haškovcová 2010, s. 24). **Střední délka života** – je veličina, která nás informuje o tom, kolika let se s vysokou pravděpodobností dožije právě narozené zdravé dítě. Na začátku 21. století byla očekávaná doba života v České republice pro muže 74,2 a pro ženy 80,3 let. Odhaduje se, že v roce 2065 bude střední délka života u mužů 86,5 a u žen dokonce 91 let. (Haškovcová 2010, s. 22).

## 1.1 Definice stárnutí

**Stárnutí** je celoživotní biologický proces, který je neodvratný a na jehož konci je stáří. (Ondrušová, 2011). Hayflick (1997, s. 28) uvádí, že „*stárnutí není pouhé plynutí času. Je ovšem projevem biologických dějů, které nastávají v čase a po určitý čas trvají*“. Podle Topinkové a Neuwirtha (1995, s. 17) „*je stárnutí specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu*“. Také Zavázalová a kol. (2001, s. 12) konstatují, že „*stárnutí je proces všeobecný (stárne celá populace) a zároveň individuální (stárne konkrétní jedinec)*“. Ačkoli v procesu stárnutí existují velké individuální rozdíly, je možné najít společné znaky. Charakteristické znaky procesu stárnutí popisuje Pacovský: „*Proces stárnutí je individuální, každý jedinec má svůj plán stárnutí. Stárne a do stáří vstupuje vždy celý člověk – stárnoucí člověk je vícerozměrný. Mění se jeho charakteristiky biologické, psychické a sociální. Proces stárnutí je asynchronní. Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle. Typickým fenoménem stárnutí je involuce různých struktur a funkcí. Ve stáří je snížena schopnost adaptace. Stárnoucího jedince postihují změny v rovině biologické, psychické i sociální*.“ (Ondrušová, 2011, s. 14).

Dále Pacovský (1990, s. 30) rozlišuje **fyziologický typ stárnutí**, kdy stárnutí je normální součástí života, zákonitou epochou jeho ontogeneze. Dále pak hovoří o **patologickém stárnutí**, kterým může být například stárnutí předčasné. Za patologické stárnutí pak považuje stárnutí osob, jejichž kalendářní věk je nižší, než věk funkční. Stárnutí je podle něj vlastně cestou do stáří, přechodným vývojovým obdobím mezi dospělostí a stářím. Tvrdí, že oba jevy jsou geneticky dány, že podléhají formativním vlivům prostředí a vzniklé změny jsou neopakovatelné a nezvratné.

Weber a kol. (2000, s. 13) uvádí že „*stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí hodnotí jako proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Tento proces hodnotí jako disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jde o multifaktoriální typ dědičnosti.*“

Tvaroh (1983, s. 43) hovoří o stárnutí jako: „*o pochodu, který obecně vede k úbytku sil, ke zpomalení až uhasnutí životních pochodů a jeho zakončení je přirozená smrt.*“

Někteří senioři nevědí, co si počít s volným časem, kterého najednou mají příliš, pokud ho nejsou schopni vyplnit smysluplnými činnostmi, může se objevit nuda, přemítání o smyslu života, pocit neuspokojených potřeb, senior může být mrzutý, lítostivý a lehce podlehne depresi. Ve stáří dochází k úbytku fyzických sil a psychické odolnosti následkem vysokého věku. S tím samozřejmě souvisí i stres a různé nemoci. (Malíková, 2011). (Vysvětlení pojmu deprese a stres uvádím ve slovníku pojmů v Příloze č. 1, pod číslem 1 a 2).

### 1.1.1 Teorie stárnutí

A co je vlastně příčinou stárnutí? Na toto téma bylo formulováno množství hypotéz a teorií, z nichž k nejznámějším patří teorie genetické, které opomíjejí vnější faktory a předpokládají, že proces stárnutí je geneticky zakódován, teorie metabolických omylů, které vycházejí z představy, že stárnutí je způsobeno náhodným nahromaděním metabolických omylů, které se objevují v buněčném metabolickém cyklu, teorie imunologické a autoimunitní. Obecně je stárnutí definováno jako hromadění různých škodlivých změn, k nimž dochází v buňkách a tkáních s narůstajícím věkem a které jsou zodpovědné za zvýšené riziko onemocnění a úmrtí. (Ondrušová, 2011, s. 15) Ve zmíněných hypotézách převažuje biologický pohled na stárnutí. Já osobně se přikláním ke genetickým hypotézám. Jedno je však jisté, stárnout začínáme již od narození. Ale proč asi nedokážeme odpovědět.

Weber (2000, s. 13-15) rozděluje teorie stárnutí do dvou hlavních skupin a to na stochastické teorie a nestochastické teorie, které se ještě dále dělí: **Stochastické teorie** – jejich podstatou je předpoklad, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch buněčného řízení. **Teorie omylů a katastrof** – ke stárnutí dochází v důsledku nahromadění chyb v syntéze proteinů (bílkovin) při jejich transkripci a

translaci. **Teorie překřížení** – ke stárnutí dochází v důsledku přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul. V organismu se to ve zvýšené míře projevuje na úrovni některých tkání, například tvorbou katarakty a jiné. **Teorie opotřebenění** – vychází z předpokladu, že došlo k poškození životně nenahraditelných částí organismu, s posloupností od zániku buněk vedoucího k poškození tkáně, pak orgánů a nakonec organismu jako celku. Existuje souvislost s poškozením deoxyribonukleové kyseliny v průběhu života. **Teorie volných radikálů** – předpokládá, že superoxidové radikály kyslíku mohou poškodit membránové proteiny, enzymy a deoxyribonukleovou kyselinu. **Nestochastické teorie** – vycházejí z principu, že stárnutí je geneticky předurčeno. **Pacemakerová teorie** – je nazývána také teorií „genetických hodin“. Podle této teorie jsou určité orgány nebo orgánové systémy (imunitní a neuroendokrinní systém, především hypothalamus) považovány za geneticky naprogramovaný pacemaker na určitou dobu života. Autoři teorie poukazují na některé změny, k nimž v lidském organismu dochází již v období adolescence, involuce týmů (zmenšení brzlíku přirozenými změnami organismu, při stárnutí), pokles funkce B – a hlavně T – lymfocytů a jiné.

Růžička (in Tvaroh, 1983, s. 40-43) prezentuje tzv. **koloidní teorii**, kdy stárnutí je ztráta štěpitelnosti organických bílkovin a stárnutím makromolekul. Dochází k poklesu tvorby nových bílkovin, ke zmenšené propustnosti tkání a k poruše energetické rovnováhy organismu. Pro tuto hypotézu svědčí některé pochody probíhající ve stárnoucím organismu (zpevňování vaziva, hromadění odpadních látek, obtížná obnova vaziva).

Teorie stárnutí také můžeme rozdělit na biologické a sociální. **Biologickou teorii stárnutí** se zabývá Pacovský (1981, s. 64-72) a dále ji rozděluje na teorii **o působení zevních vlivů** (ekologická teorie), kdy poukazuje na to, že zevní vlivy ovlivňují pozitivně nebo negativně proces stárnutí. Patří sem různé chemické látky, složení a způsob příjmu potravy, působení virů a bakterií a také četné psychosociální faktory. Obvykle se na procesu stárnutí podílí více zevních činitelů současně. A na **teorii působení vnitřních vlivů**, kde patří více teorií a to teorie **metabolických změn** vycházející ze studia změn stárnoucího organismu a probíhající na úrovni molekulární, buněčné, tkáňové i orgánové. Do této skupiny můžeme zařadit i jednu z nejznámějších biologických teorií, a to **teorii volných radikálů**, která vychází z představy, že volné radikály rychle vstupují do různých metabolických dějů, především oxidační povahy a v organismu vyvolávají výrazné změny, zejména na buněčných membránách a v genetickém materiálu. (Austad, 1997, s. 78-79). Zastánci druhé teorie metabolických změn – **teorie hromadění** předpokládají, že při dějích



souvisejících s odbouráváním buňky vznikají odpadové látky např. lipofuscin a s postupujícím věkem dochází k jeho hromadění v buněčných organelách. (Hocman, 1985, s. 27–28).

Mezi teorie porušené integrace a organizace **patří imunologická teorie**, která je založena na skutečnosti, že při dělení buněk nastávají chyby, které organismus s narůstajícím věkem není schopen rozpoznávat a odstraňovat. Tak dochází k hromadění imunologicky vadného materiálu a k nástupu autoimunního fenoménu. Stáří lze tak charakterizovat jako generalizovaný autoimunní stav. (Pacovský, Heřmanová, 1981, s. 64–72).

**Genetická teorie** – autoři teorie vycházejí z předpokladu, že délka života je pozoruhodně specifická pro každý živočišný druh. Pro potvrzení teorie uvádějí příklad jednovaječných dvojčat, u nichž je nápadně podobná střední délka života, zatímco u ostatních sourozenců se může i podstatně lišit. (Malíková, 2011, s. 17).

Podle Topinkové a Neuwirtha (1995, s. 13) je délka života geneticky determinována a pro každý druh specifická. Maximální potencionální délka života je 120–130 let. Standardně této délky dosáhnout nelze, protože životní podmínky člověka (fyzikální, chemické a sociálně-psychologické) nejsou ideální. Druhou příčinu vidí v genech zodpovědných za program a realizaci délky života, které nefungují samostatně (geneticky podmíněné choroby, které vedou k předčasnému stárnutí). „*Maximální délka života je teoreticky 115 až 120 let, ale v praxi je to zcela mimořádný jev.*“ (Pacovský, 1994, s. 14).

## 1.2 Biologické stárnutí

**Biologické stárnutí** zahrnuje tělesné změny organismu: omezení jeho rezerv, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěži, pokles funkcí orgánů, úbytek svalové a kostní hmoty, zhoršování smyslů, pokles odolnosti imunitního systému, hormonální změny. (Ondrušová, 2011, s. 14). Změny probíhají u každého jedince rozdílnou rychlostí a s různou intenzitou a souvisejí se vznikem a výskytem nemocí obvyklých ve stáří. Mezi největší tělesné změny patří snižování tělesné výšky a zvyšování hmotnosti. Biologické stárnutí souvisí s pojmem biologický věk, který se používá k označení celkového stavu lidského organismu. (Stuart- Hamilton, 1999, s. 22). Podle Pichauda a Thareauové (1998, s. 25) se tímto pojmem označují veškeré vývojové změny organismu člověka probíhající na organické úrovni. Primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalování a úbytek). Základem fyzických změn ve stáří je podle Gregora (1990,

s. 94) opotřebování orgánů, zpomalený metabolismus a pokles biologických adaptačních mechanismů.

### 1.3 Psychické stárnutí

**Psychické stárnutí** je charakterizováno zpomalením psychomotorického tempa, změnou kognitivních funkcí, potřebou přijetí nové role v rámci reakce na vlastní stáří. Významná je i emoční složka. Psychické stárnutí je hlavně ovlivněno jeho osobností, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, prostředím, ve kterém žije, reakcemi okolí a jeho možnostmi. (Ondrušová, 2011, s. 14). Pacovský (1994, s. 23–24) připomíná, že změny ve stáří nejsou jen sestupného charakteru ve smyslu zhoršení (pokles vitality, omezování tvůrčích schopností, vzrůst úzkosti a nejistoty, pokles sebehodnocení). Některé funkce zůstávají nezměněny (slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt), jiné mohou vykazovat zlepšení (vytrvalost, trpělivost, životní stereotypy, schopnost úsudku). Vágnerová (2002, s. 450–451) uvádí, že biologické i psychosociální podmíněnosti působí celkově a společně. Přičemž biologicky podmíněné změny jsou projevem stárnutí (celková pomalost), nebo jsou vyvolány chorobným procesem. Ale psychosociálně podmíněné změny vznikají jako důsledek vlivu kohortové zkušenosti (lidé stejné generace získali obdobnou zkušenost), ovlivňuje je životní styl jedince a také postoje společnosti (model chování preferovaný společností). Podle Vágnerové (2007) má proces stárnutí za následek různé funkční i strukturální změny v mozku, které se objevují i v psychické oblasti. Typickým projevem stárnutí jsou **atrofie** – úbytek mozkové tkáně, k němuž dochází především kvůli zmenšování neuronů (nervových buněk). Podle Mlýnkové (2011, s. 24, 25) se zhoršuje přizpůsobení životním změnám, senioři mají rádi svůj stereotyp a při nedostatku motivace k jiným, novým činnostem jej mohou neradi měnit. Ani oblast citového života nezůstává beze změn. Staří lidé mohou být více plačtiví. U patologických typů osobnosti se objevuje rychlé střídání nálad – emoční labilita. U některých jedinců je výrazná úzkost a strach (o život, z pádů, ze samoty). Velkou až traumatizující změnou je ztráta životního partnera. Po jeho smrti prožívá ten druhý zcela nevyhnutelně pocit nenahraditelné ztráty, prázdnoty, samoty a opuštění. Většina lidí se s touto ztrátou naučí žít, i když je to situace nesmírně bolestivá. Někteří lidé tuto emocionálně náročnou situaci neunesou, nesmíří se s ní, což najednou může urychlit jejich vlastní úmrtí.

## 1.4 Sociální stárnutí

*„Sociální stárnutí zahrnuje vzájemné vztahy mezi stárnoucím jedincem a společností a jeho postojem k okolí.“* (Ondrušová 2011, s. 14). U jedince nastávají důležité životní změny jako je odchod do důchodu, někdy i stěhování, v případě, že si již byt nemůže z finančních důvodů dovolit, v tom případě jej musí vyměnit za menší, ale tady vzniká problém se změnou prostředí, některé osoby se přizpůsobí rychleji jiné pomaleji. Také se může stát, že se bude muset vyrovnat se ztrátou svého partnera, nebo jiných blízkých osob a kamarádů. Může se cítit osaměle, záleží také na vzdálenosti bydlení od svých blízkých a na vzájemných vztazích a četnosti návštěv dětí a jiných příbuzných. Také se může potýkat s finančními problémy.

Zaujaly mě **sociální teorie stárnutí**, které zmiňuje Jarošová (2006, s. 15) a ty uvádějí, že stárnutí a stáří jsou ovlivňovány strukturou společnosti a sociální změnou. Ve společnosti s nízkým procentem seniorů bývá jejich sociální status vyšší. Mezi nejčastěji uváděné sociální teorie patří teorie aktivity, teorie neangažovanosti a teorie kontinuity a diskontinuity. **Teorie aktivity** – považuje pokračování aktivit za významný základ pro získání a udržování uspokojení, sebepojetí a zdraví ve stáří. **Teorie neangažovanosti** – míra spokojenosti ve stáří závisí na přijetí a vyrovnání se s redukcí sociálních a osobních vztahů. **Teorie kontinuity a diskontinuity** – vychází z předpokladu, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti jeho nynější životní situace se situací, v níž žil ve středních letech. Čím více je změn, tím je diskontinuita větší.

## 1.5 Stáří

*„Stáří je označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje lidský život. Souhrnně jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými i psychickými.“* (Kalvach, 2012, s. 19).

*„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje, a starý člověk si tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což vede ke*

*zvýšení závislosti na jiných lidech a mnohdy k nucené životní změně.*“ (Mühlpachr, 2004, s. 39).

Podle sociologického slovníku je stáří *„fáze životního cyklu, která nastává většinou po ukončení ekonomické činnosti a je doprovázena fyzickými a duševními změnami“.* (Jandourek, 2001, s. 237).

O stáří jako posledním ontogenetickém vývojovém stádiu v životě píše Gruberová (1998, s. 5). *„Stáří v sobě nese pečeť období předcházejícího a do značné míry odpovídá stylu života, který člověk žil zejména ve fázi dospělosti – ve středním věku.“* Podle ní se jedná o biologický proces, který je charakterizován tím, *že je nevratný a končí smrtí jedince.* Podobný názor sdílí i Pacovský (1990, s. 30) *„ Stáří chápe jako závěrečnou etapu ontogenetického vývoje, která má stejně jako jiná vývojová stádia své specifické znaky odlišující ji od jiných životních etap.“* Podobně definují seniora i Pichaud a Thareauová (1998, s. 25), podle nichž *„je starý člověk ten, který žije v určitém společenství déle než ostatní lidé.“*

Nesmíme zapomenout ani na Bártkův názor (1984, s. 26), že *„stáří je zákonitým a dovršujícím procesem vývoje člověka.“*

### **1.5.1 Kalendářní stáří**

**Kalendářní, chronologický, či matriční věk** je odvozen od data narození. Každý si představí pod pojmem „čtyřicátník“ úplně jiného člověka. Kalendářní věk je rozhodně praktickým údajem, který může, avšak také nemusí vypovídat o skutečném mládí nebo stáří. (Haškovcová, 2010, s. 24). Každý člověk stárne jinak, pomaleji, či rychleji. Myslím si, že je důležité, jak se člověk cítí a co dělá. Je možné, že sedmdesátiletý člověk bude chodit lyžovat, plavat, bruslit, běhat a bude se cítit lépe, než třicetiletý sportovec, který je už starý na svou profesionální kariéru.

Kalendářní věk se používá pro účely demografické a statistické. Za hranici kalendářního stáří bývá obvykle považován 65 rok. Podle Světové zdravotnické organizace WHO se kalendářní věk dělí:

- 60 – 74 let: rané stáří (počínající stáří)
- 75 – 89 let: vlastní stáří (osoby pokročilého, vysokého věku)
- 90 a více let: období dlouhověkosti (Ondrušová, 2011, s. 17)

V současné době je hodně rozšířené a užívané členění stáří podle Mühlpachra (2004):

- 65 - 74 let: mladí senioři (problematika, penzionování, volného času, aktivit)
- 75 – 84 let: staří senioři (změna funkční zdatnosti, atypický průběh nemocí)
- 85 let a více: (problém soběstačnosti a zabezpečení). (Kalvach, 2012, s. 14).

Kalvach (2012, s. 25) používá i rozdělení starších lidí nad 65 let jako kategorii třetího a čtvrtého věku. V tomto období třetího věku se lidé snaží žít nezávislý aktivní život, mnozí senioři si v důchodovém věku dokončili vysokoškolské vzdělání. Ve čtvrtém věku dochází k rozvratu integrity a k takovým funkčním deficitům, že člověk je odkázán v základních životních potřebách na druhé, ale k této fázi nemusí vždy dojít.

S kalendářním stářím souvisí také **dlouhověkost**. „*Takto jsou označováni lidé starší devadesát let. U nás to je jedna promile celkové populace, výhodná kombinace dědičných faktorů a vlivu prostředí.*“ (Pacovský, 1994, s. 83). Mnozí jsou nezávislí. Tito lidé se většinou těší zájmu médií. Většina lidí by se chtěla dožít vysokého věku, ale myslím si, že jen za předpokladu, že budou soběstační. Nikdo by asi nechtěl žít do sta let i za tu cenu, že bude připoutaný na lůžko, nebude moci komunikovat s okolím a stráví zbytek života v nějakém sociálním zařízení. O tom, jak si prodloužit život byla napsána spousta knih, pro ilustraci uvádím některé tipy v Příloze č. 2.

### 1.5.2 Biologické stáří

**Biologické stáří** odpovídá celkovému stavu organismu. Biologický a kalendářní věk tudíž nemusí být shodný. Spíše spolu souvisí biologické a psychické stáří a to v tom případě, kdy si jedinec uvědomuje, své tělesné změny a tyto změny jedinec negativně prožívá. Různými medicínskými metodami lze zjistit **skutečný stav** organismu. Může se sledovat mnoho ukazatelů, například měření krevního tlaku, kapacity plic, rychlost reakcí, kvalita zraku, sluchu. (Křivohlavý, 2002). S biologickým stářím souvisí také **biologické změny** organismu, které jsou nejvíce nápadné na kůži nebo pohybovém systému, ale týkají se většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Mění se kožní ústrojí a to tím, že dochází ke snížení aktivity mazových žláz. **Kůže** ztrácí schopnost zadržovat vodu. Proto může být kůže suchá a může svědět. Na ruku, horních končetinách nebo v obličeji se mohou objevovat hnědé, tzv. „stařecké skvrny“. Je to projev nahromadění melanocytů (buňky tvořící kožní pigment). Naopak se může stát, že se v kůži objeví bledá místa, v nichž

pigment zcela chybí. V kůži dochází k úbytku elastických vláken, proto je kůže méně elastická, tvoří se vrásky. V podkoží dochází ke ztrátě tukové tkáně, kůže je tenká. Také vlasy, chlupy a nehty se mění, šediví, řídnou, nehty se ztlušťují a objevují se na nich podélné rýhy. (Mlýnková, 2011, s. 21).

**Pohybový systém** – dochází ke snížení výšky, protože atrofují meziobratlové ploténky. Někteří senioři mohou chodit v mírném předklonu, protože jim ochabuje svalstvo, které již není schopno udržet postavu zpříma. Kostí řídnou, a tudíž hrozí riziko zlomenin, s úbytkem kloubní chrupavky dochází k bolestem kloubů a snížené schopnosti pohybu. Ochabují i kosterní svaly, jejich pružnost a fyzická síla se snižuje. Hrozí osteoporóza. (Vysvětlení uvádím v Příloze ve slovníku pojmů č. 3). (Mlýnková, 2011, s. 21).

**Kardiovaskulární systém** – klesá pracovní kapacita srdce. Srdeční chlopně ztrácejí pružnost a snižuje se činnost srdce jako pumpy. Srdce je tak schopné přečerpávat méně krve, tudíž může dojít k poklesu průtoku krve všemi orgány, včetně ledvin, mozku, koronárních cév. (Mlýnková, 2011, s. 22).

**Respirační systém** – senioři si často stěžují, že se zadýchávají a že nemohou popadnout dech, je to dáno tím, že klesá respirační schopnost plic a tím senior nadechuje menší množství vzduchu, neboť se zmenšuje objem hrudníku vlivem změn hrudníku a v mezižebních svalech, snižuje se vitální kapacita plic. (Mlýnková, 2011, s. 22).

**Trávicí systém** – snižuje se tvorba slin, trávicích enzymů a zpomaluje se peristaltika (pohyblivost realizovaná hladkým svalstvem) střev, s tím souvisí zácpa. Senioři ztrácejí chrup, tím dochází ke špatnému rozkousání potravy a špatnému trávení. V pozdním věku může dojít vlivem atrofických změn Langerhansových ostrůvků ve slinivce břišní a k výskytu „stařecké“ formy cukrovky (diabetes mellitus). (Mlýnková, 2011, s. 22). (Vysvětlení cukrovky uvádím v Příloze ve slovníku pojmů č. 4).

**Pohlavní a vylučovací systém** – sexuální aktivita u seniorů je individuální. U mužů jsou varlata schopna tvořit spermie až do pozdního věku, ale snižuje se jejich množství. U žen jsou degenerativní změny výrazné a objevují se po menopauze, je ukončena sekrece pohlavních hormonů, zmenšuje se mléčná žláza, snižuje se přirozená zvlhčující schopnost pochvy. Ve vyšším věku klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč. Klesá kapacita močového měchýře, někteří senioři nejsou schopni udržet moč, může to být způsobeno zvětšenou prostatou nebo u žen ochabnutím svalstva pánevního dna. (Mlýnková, 2011, s. 23).

**Nervový systém** – snižuje se rychlost vedení vzruchů v periferním nervovém systému, proto někteří senioři potřebují více času na příjem informace a její zpracování. (Mlýnková, 2011, s. 23).

**Smyslové vnímání, spánek** – snižuje se výkonnost smyslových orgánů, výrazné může být postižení zraku a sluchu. K postižení zraku může zvolna docházet již ve středním věku, ve stáří se snižuje zraková ostrost, schopnost oka adaptovat se na tmou a šero, snižuje se akomodační schopnost na blízké a vzdálené předměty. Někdy můžeme pozorovat i zúžení zorného pole, což je velmi závažné u řidičů. Stařecké změny oční čočky mohou být doprovázeny vznikem šedého zákalu, což se projevuje sníženou zrakovou ostroší. Jde o ztrátu průhlednosti čočky, která se začíná kalit, chirurgicky se čočka nahradí jinou. Výjimečný není ani zelený zákal, což je zvýšený nitrooční tlak, který poškozuje oční nerv a působí tak částečnou až úplnou ztrátu zraku. Zhoršený sluch je ve stáří častý, častěji se vyskytuje u lidí, kteří pracovali v hlučném prostředí. Ztráta sluchu omezuje komunikaci seniora se svým okolím a negativně ovlivňuje kvalitu života zejména v oblasti psychické a sociální. Může vést až k sociální izolaci seniora. Sluch se koriguje pomocí sluchadel, která umožňují porozumět zvukovým signálům z okolí. Ve stáří rovněž dochází k vjemovému poklesu chuti a čichu, doporučuje se používat zelené koření při přípravě stravy pro seniory. (Mlýnková, 2011, s. 22).

U seniorů se může vyskytnout **Alzheimerova** nebo **Parkinsonova choroba a mozková cévní příhoda**. (Vysvětlení uvádím v Příloze ve slovníku pojmů č. 5, 6 a 7).

Demencí trpí každý třetí člověk nad osmdesát let života. Pojem **demence** pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl.“ (Bližší vysvětlení slovník pojmů č. 8, v Příloze č. 1). Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek. Člověk s těžkou demencí končí svůj život tak, jak do něho vstoupil: jako bezmocné dítě. (Buijseen, 2006, s. 13). Pro zlepšení geriatrických syndromů – deprese, demence se může použít **validace**, jedná se o metodu, jejíž autorkou je Naomi Failová. U nás ji dobře popsala a zpopularizovala Eva Rheinwaldová (1999). Její teorie je založena na poznání minulosti seniora. Sestry a pečovatelé nebo pečující, kteří se starají o pacienta s poruchami kognitivních funkcí, by měli být jeho partneři. Všechny projevy pacienta je třeba vnímat s úplným respektem (pláč, útky, útoky) a hledat příčinu stavu v jejich minulosti. Akceptací těchto projevů a empatickým přístupem dáváme externě nesmyslnému (svéhlavému) jednání smysl a cenu.

Snažíme se chováním – pacientovi vlastním – pochopit jeho jednání. Při kontaktu s pacientem je nesmírně důležitá neverbální komunikace, hlavně haptika (doteky), která má v geriatрии vždy prioritu. **Haptika** je podle Vacínové, Trpišovské, Farkové (2008) sdělování dotykem (objetí, pohlazení rukou, poplácání po ramenou). U dospělých osob bývá používána při vyjádření vřelosti, ujištění, lásky. Může být používána jako prostředek zdůraznění postavení či nadřazenosti. Jankovský (2003) o neverbální komunikaci píše: „*Neverbální komunikace je v pomáhajících profesích velmi významná, neboť podstatnou část informací v sociálním styku získáváme právě díky ní. V sociální psychologii je tradováno, že přes 50 % toho, co sdělují, vyjadřuje tvář (mimika, řeč očí), téměř 40 % hlas (tón, intonace, plynulost) a jen necelých 10 % pak zbývá na to, co říkám.*“ **Kognitivní (poznávací) procesy** jsou funkce, které umožňují každému člověku na každé vývojové úrovni vyspělosti orientaci ve světě i v sobě samém. Procesy se v průběhu života rozvíjejí, mohou mít tedy vzhledem k věku, zrání a učení jedince rozdílnou úroveň. V raných vývojových stádiích vycházejí převážně z názorného poznávání. Názorné poznávání je vývojově starší, vyskytuje se i u zvířat. Vyšší stupně rozvoje poznávacích procesů jsou charakteristické myšlením a řečí, jsou vývojově mladší. Mezi kognitivní procesy patří vnímání, myšlení, paměť, představa, fantazie, pozornost. (Hauke, 2011, s. 124).

Podle **Světové zdravotnické organizace** (WHO – World Health Organization) je zdraví „*stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, který nesestává z absence nemoci nebo vady.*“ Ale použitím této definice je považováno 70 – 95 % lidí jako nezdravých. Světová zdravotnická organizace vznikla 7. dubna 1948 a od té doby se tento den na celém světě oslavuje jako Světový den zdraví. (Maříková, Petrusek, Vodáková, 1996, s. 1435).

### 1.5.3 Sociální stáří

Podle Kalvacha (2012, s. 26) je **sociální stáří** dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí, postojů, sociálního potencionálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, jakými jsou penzionování, pokles životní úrovně, nezaměstnatelnost, veteránství – zastarávání znalostí, odchod dětí z orientační rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv a inspirací, přijetí role penzisty a starého člověka, obvykle v souvislosti s funkčními deficity a různou mírou znevýhodnění oproti mládí.

Dlouho se diskutovalo o tom, jaké označení se pro člověka v období stáří má používat. Vyskytují se pojmy jako geront, důchodce, senescent, ale nejvíce se ustálil pojem **senior**.



Podle Čornaničové (1998, s. 26) „*Senior v sobě nemá žádný emocionální nádech a označuje člověka v celém období sénia. Je to významově neutrální pojem, který nahrazuje specifické označení starého člověka z pohledu různých vědeckých disciplín, např. medicína, psychologie, sociologie.*“ Určitě nemohu souhlasit s názorem Macháčkové (in Tošnerová 2000, s. 37), že: „*senior je osoba, jejíž psychický či fyzický stav vykazuje takové trvalé změny, pro které je zcela nebo zčásti závislá na pomoci jiných.*“ A to z toho důvodů, že znám spoustu aktivních seniorů, ať již po stránce fyzické nebo duševní. Ani se nemohu ztotožnit s názorem Haškovcové (1990, s. 21), která uvádí, že: „*označení starý člověk se zakládá především na společenské konvenci, která má převážně ekonomické důvody. Současná společnost považuje za starého jedince, kterému vznikl nárok na starobní důchod.*“ Ale více se mi líbí názor Saka, Kolesárové (2012, s. 25), že „*senior je člověk v završující životní fázi se specifickým postavením ve společnosti.*“

## 1.6 Příprava na stáří

Lidé by měli být motivováni k tomu, aby žili aktivní život. Oč tedy v životě a při stárnutí jde? „*Jde o to mít život rád, i když je to život tím či oním způsobem jiný. A využívat možnosti, které jsou nám v něm vzdor všemu dány. Využívat je k tomu, aby byl náš život kvalitní, hodnotný a smysluplný – takový, který stojí za to žít.*“ (Křivohlavý, 2011, s. 136).

Podle Venglářové (2007, s. 12) nastávají změny tělesné, psychické i sociální. K tělesným změnám patří degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování), změny vylučování moči (častější nucení), změny sexuální aktivity), psychické změny představují zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, sníženou sebedůvěru, sugestibilitu, emoční labilitu, změny vnímání, zhoršení úsudku a k sociálním změnám můžeme připočítat odchod do penze, změnu životního stylu, stěhování, ztrátu blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky vyhlásilo program na podporu stárnutí v letech 2013 – 2017. Hlavní vizí tohoto programu je: „*Seniorům je zajištěno plné požívání všech jejich práv a ochrana před projevy špatného zacházení a diskriminace na základě věku.*“ Do tohoto programu jsou zapojeny i neziskové organizace, podnikatelské subjekty, místní a krajské samosprávy, sociální partneři a odborníci z akademické sféry. Prioritou tohoto programu je:

- Zajištění a ochrana lidských práv starších osob

- Celoživotní vzdělávání
- Zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění
- Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce
- Kvalitní prostředí pro život seniorů
- Zdravé stárnutí
- Péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností (<http://www.mpsv.cz/cs/> [online]. [cit. 2014-03-02]).

Termín **aktivní stárnutí** byl přijat Světovou zdravotnickou organizací koncem 90. let. Jedná se o pojem, který je širší než pouhé zdravé stárnutí, protože se netýká pouze zdraví a péče o zdraví. Pojem aktivního stárnutí vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory, které lze shrnout pod následujícími výrazy: nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace. V pojmu aktivní stárnutí je zahrnuto také respektování práva starších lidí na rovnost příležitostí, jejich zodpovědnost, účast na veřejných rozhodováních a ostatních aspektech komunitního života. Koncept aktivního stárnutí respektuje, že starší lidé nejsou homogenní skupinou a že tato rozmanitost s věkem stoupá. Proto je velmi důležité s narůstajícím věkem obyvatel vytvořit takové prostředí, které jim umožní co nejsamostatnější život. (Dvořáčková, 2012, s. 29).

Rok 2012 byl vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity.

V roce 1966 hodnotil Bromley (in Haškovcová, 1990, s. 114–116) prožívání stárnutí a stáří a rozdělil tyto typické přístupy jedinců na nastupující stáří do pěti strategických adjustačních modelů: **Konstruktivní přístup** – člověk je smířen se stárnutím, je soběstačný, stanovuje si přiměřené cíle a plány. Jeho chování je otevřené a tolerantní. Snadno navazuje kontakty s druhými lidmi, počítá s jejich oporou. Vůči životu je optimistický, spokojený, má smysl pro humor. **Strategie závislosti** – člověk se chová více pasivně a je nesoběstačný. Očekává pomoc druhých. Není ani dříve nebyl ctižádostivý. Prvotní je pro něj odpočinek, pohodlí a bezpečí. Je podezřavý a neochotný vůči kontaktům s ostatními lidmi, protože by bylo narušeno jeho pohodlí. **Obranná strategie** – je typická pro profesně a společensky úspěšného člověka, který v životě spíše dával a sám byl vysoce soběstačný. Odmítá přijmout stáří, bojí se závislosti. Svoji společenskou pozici se snaží tvrdě udržet a do penze odchází až na nátlak. **Nepřátelský postoj** – člověk zastávající

tento postoj je pro sebe i okolí ničícím. Vinu za své neúspěchy svaluje na jiné. Je agresivní, podezřivavý, neschopen konstruktivně a realisticky reagovat. Žije spíše sám, často v izolaci. Vůči stáří a odchodu do důchodu pocítuje odpor. Bývá nevrlý, mrzutý, závistivý a nepřátelský k mladým lidem. **Strategie sebenenávisti** – člověk je nepřátelský vůči sobě samému, připisuje si všechnu vinu za své nezdary. Svůj život hodnotí kriticky, pohrdavě, netouží ho znovu prožít. Je smířen s faktem stáří, ale neumí zaujmout konstruktivní postoj. Zanedbává společenské styky, cítí se osamělý a zbytečný. Věří v osudovost života a považuje se za oběť.

## 1.7 Mediální obraz

Ve 20. století platíme za technickou vyspělost daň v podobě úbytku lidské vzájemnosti a potřebnosti druhého, neboť vše najdeme na internetu. Technika nahradila zkušenosti starších, nepotřebujeme jejich rady, rozvíjí se telekomunikace a některé mediální kampaně dokonce staré lidi zesměšňují. Televizní reklamy pokřívají vidění světa, a tedy i pohled na stáří. Ani v časopisech nejsou vidět starší lidé, jako by stáří přestalo existovat. Stará tvář je využívána pouze pro reklamu na pomůcky o inkontinenci a farmaceutické firmy zdůrazňují potřebu léčit si ubývající paměť. Společenskou prestiž má mládí, krása, ladnost, síla a dokonalost. Jako bychom zapomněli, že během dvaceti let bude na světě více starších osob. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 168).

Většina mladých lidí neuvažuje o tom, že budou starými. Podle Haškovcové (2012, s. 11) je vztah mladých lidí ke starým většinou negativní. Buď je podceňují, nebo přehlížejí. Většina mladých si myslí, že senioři již nemají, co říct, že už nejsou potřební, že nemají, co nabídnout, jen berou důchody. A napomáhají tomu média? Určitě ano, pořád jenom slyšíme samé negativní informace, hlavně to, že nejsou peníze na důchody. V poslední době také roste agresivita mladých ke starým lidem. Napadají je nejen slovně, ale i fyzicky. Staří lidé jsou většinou důvěřiví, lehce zranitelní a nemají již tolik fyzické síly, aby se ubránili, proto jsou pro mladé snadným cílem. Nejsou výjimkou případy, kdy pro pár korun jsou schopni mladí starým ublížit. Mladí si na staré lehce troufnou a možná si na nich vybíjejí i své frustrace. (Slovník pojmů č. 9, Příloha č. 1). Někdy je to i naopak, že jsou agresivní i senioři vůči sobě nebo vůči jiným. (Vysvětlení pojmu agrese uvádím v Příloze č. 1, slovník pojmů č. 10). V mnoha případech jsou senioři vystaveni **domácímu násilí**. (Podrobnější informace uvádím v Příloze č. 1, slovník pojmů č. 11).

Dle mého názoru bychom měli posílit soběstačnost seniorů ve společnosti, aby se cítili potřební. Měli bychom se snažit o integraci seniorů do společnosti. (Vysvětlení pojmu v Příloze č. 1, slovník pojmů č. 12) A pro soužití starých a mladých je také nutné, aby mladí byli empatičtí ke starším lidem a zároveň mezi nimi docházelo ke vzájemné komunikaci. (Empatie – Příloha č. 1, slovník pojmů č. 13).

## 1.8 Ageismus a mýty o stáří

Termín „ageismus“ (slovo je odvozeno od anglického age = věk) se začal používat v šedesátých letech v USA a je chápán jako diskriminace na základě věku. Současně zahrnuje negativní představy o stáří. Vznikly tak různé mýty o stáří jako: stáří je ekonomická zátěž, staří lidé jsou všichni stejní, staří nemají, čím by naší společnosti mohli prospět. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 168).

Samotný termín **diskriminace** znamená rozlišování či rozdílný přístup k lidem nebo různým společenským skupinám. Tento přístup poškozují jednotlivce nebo skupiny, omezuje jejich práva, neuznává jejich rovnost s ostatními lidmi. Při práci se seniory se můžeme setkat s tím, že pečovatelé mají neskrývanou averzi (odpor, nechut') vůči seniorovi, jde o vlastní nechut' ošetřovat seniory. Nebo se vyhýbají kontaktu se seniorem, zajistí u něj pouze hygienu, příjem potravy a už se nezajímají o nic ostatního, jak se cítí, jak se vyspal, jestli něco nepotřebuje. Opakem je nadměrná podpora, kdy se ošetřující osoba staví do role experta, který je jediný, kdo zvládne dobře pomoc. Tak je senior připraven o možnost vykonávat činnosti, které zvládne dobře sám bez pomoci. Snižuje se jeho sebevědomí, sebekoncepce, senior je chápán jako nekompetentní osoba, která nic neumí, nezvládne, je závislá na pomoci jiných. Ageismus se projevuje i v komunikaci, typické je oslovení „babi“, „dědo“. Nikdo nemá právo takto oslovovat osoby vyššího věku kromě blízkých příbuzných. Ageismus se projevuje i u zaměstnavatele, senior může být propuštěn, protože je starý a dává se přednost zaměstnancům nižších věkových kategorií. Vytýkají se domnělé chyby pracovníkovi v seniorském věku, jejich zveličování ve snaze znepříjemnit mu pobyt na pracovišti. Pokud se toho dopouští nadřízený, jde o bosing. Pokud je senior vystaven neoprávněné kritice spolupracovníků, hovoříme o mobbingu. Důchodce může diskriminovat i společnost, protože senior nepracuje a tudíž může být vnímán jako neproduktivní člověk, který společnosti nic nepřináší, ničím nepřispívá, nic nebuduje a nevylepší. Může být vnímán jako konzument příspěvku na péči a zdravotní

péče, do které pracující část naší populace vynakládá finanční prostředky. Dále je vnímán jako osoba, která je závislá na pomoci druhých, tudíž neschopna samostatné existence. V tomto ohledu je senior ztotožňován s dětmi, které se pro svůj nízký věk a nevyzrálost neumí o sebe postarat. A v neposlední řadě projevy diskriminace z hlediska gender. Termín **gender** je spojován s rozdíly mezi muži a ženami. Zpravidla vyjadřuje preferenci jednoho pohlaví (většinou mužského) v určité oblasti. Tedy jedno pohlaví, zpravidla ženské je diskriminováno. (Mlýnková, 2011, s. 37-38).

Mýty se šíří mezi lidmi a nejsou ničím podložené, jsou to většinou lži. Mýty o stáří popisuje Haškovcová (2010, s. 42-47): **Mýtus falešných představ** – většina lidí si myslí, že starý člověk nárokuje hlavně ekonomické a materiální zajištění ve stáří. Což je možná i trochu pravda, ale známe šťastné chudáky a nešťastné bohaté. **Mýtus zjednodušené demografie** – mezi lidmi převládá názor, že lidé se stávají starými odchodem do důchodu, jako by tímto končil život. Přitom právě v důchodu můžeme prožít kvalitní plnohodnotný život. **Mýtus homogenity** – někteří lidé si myslí, že všichni senioři jsou stejní a mají stejné potřeby, ale tak tomu zdaleka není, protože každý senior je jiný, prožil individuálně svůj život, proto se potřeby seniorů navzájem liší. **Mýtus neužitečného času** – tím, že přestali chodit do práce, jako by vůbec nic nedělali a stávají se neužitečnými a většina lidí je ignoruje. **Mýtus o lékařích** – je to mylná představa, že všechny problémy starých lidí vyřeší lékaři. MUDr. Tošnerová vyvrací mýty o tom, že se ve stáří projeví všechny špatné vlastnosti. Podle ní nás povahové vlastnosti provázejí celým životem a výrazně se nemění, ten, kdo byl milý a společenský ve třiceti bude milý a společenský i v sedmdesáti a naopak, ten, kdo byl netrpělivý a hašteřivý, tak jím zůstane i ve stáří. Většina starých lidí, si myslí, že už nemá cenu nic na jejich životě měnit, ale tím spíše naznačují, že svůj život změnit nechtějí, že jim to tak vyhovuje, je to jen výmluva. (Tošnerová, 2002). Ale tomuto tvrzení oponuje Venglářová (2007, s. 16), která píše, že: „*psychické změny ve stáří bývají laicky označovány jako zhoršení povahy, do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti.*“

## 1.9 Potřeby seniorů

Abychom mohli zlepšit kvalitu života seniorů, musíme znát jejich **potřeby**. Tyto potřeby definoval a seřadil americký psycholog Abraham Harold Maslow hierarchicky od těch nejnaléhavějších – biologických, přes potřeby psychosociální až po potřeby růstu a rozvoje. Obecně v této teorii platí, že alespoň částečné uspokojení níže položených –

základních potřeb je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však nelze říci zcela bezvýhradně, a jak dokládají někteří autoři (srovnání Antonovský, Frankl, Svatošová), naplňování vyšších potřeb (duchovních) může napomoci v mezních situacích lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb značně omezena. K takovým patří například období strádání, těžkého utrpení či nevyléčitelné nemoci. I Maslow později svou koncepci revidoval a zformuloval seznam D-hodnot (D-deficit) – hodnoty základní, deficitní a B-hodnot – hodnoty růstu, bytí (B-being). Zatímco základní potřeby jsou důležité k tomu, aby organismus ve zdraví fungoval, naplnění růstových potřeb vede ještě k větší chuti aktivitě a rozvoji. Do seznamu potřeb růstu zařadil Maslow ve svých posledních publikacích i smysluplnost života. Křivohlavý cituje Maslowa takto: „*Hledání smyslu a smysluplnosti života je primárním motivem lidského chování (existence). Tato potřeba – stejně jako jiné potřeby – může být uspokojena (saturována) nebo neuspokojena (frustrována).*“ (Ondrušová, 2011, s. 42)

Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepojetí. Zkoumá materiální, psychologické, duchovní, sociální a jiné podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. (Křivohlavý, 2011). Maslowova pyramida potřeb slouží pro orientaci v životní situaci klienta, postupuje se od nižší úrovně k vyšší. Mezi fyziologické potřeby patří jídlo, pití, spánek, tišení bolesti, dýchání, vylučování, sex, pohyb. K potřebám bezpečí řadíme potřeby ekonomické, zda má klient dostatek financí, zda má příspěvek na péči, fyzické, zda ho nikdo netýrá fyzicky ani psychicky a psychické, zda se cítí bezpečně. Další potřebou jsou sociální potřeby, zejména zda má rodinu, která ho navštěvuje, nebo kamaráda, kamarádku, má se komu vypovídat, zda někdo naslouchá jeho názorům, to jsou zejména potřeby lásky, přátelství, sounáležitosti, potřeba být vyslechnut, potřeba vyjádřit se, potřeba náležet ke skupině. Skoro na vrcholu pyramidy jsou potřeby autonomie, to je potřeba uznání, respektu, sebeúcty, důstojné oslovování, užitečnost. Když jsou všechny tyto potřeby uspokojeny, dostaneme se na vrchol pyramidy, kde je potřeba seberealizace. To jsou potřeby vzdělání, cestování, estetické potřeby, být tím, kým mohu být. Z těchto potřeb pak vycházejí osobní cíle člověka. (Hauke, 2011, s. 46).

Podle Čevely, Kalvacha a Čeledové (2012, s. 125) je **autonomie** svébytnost, kontrola nad něčím. Bužgová (2008, s. 32) hovoří o autonomii jako o právech nemocného na sebeurčení a rozlišuje fyzickou a osobní autonomii. **Fyzická autonomie** znamená schopnost člověka být soběstačný, sám uspokojovat své potřeby a zrealizovat svá rozhodnutí. Ta může být

narušena při omezení nebo ztrátě fyzických funkcí. **Osobní autonomie** předpokládá schopnost seniora provádět validní rozhodnutí a formulovat svůj vlastní plán založený na osobních hodnotách. Ta může být narušena vlivem ztráty nebo omezení mentálních funkcí. (Maslowovu pyramidu potřeb uvádím v Příloze č. 3).

## 1.10 Kvalita života seniorů

Pojem **kvalita života** se začíná ve společenských vědách používat ve druhé polovině 20. století. Jako první použil tento pojem americký ekonom a sociolog Galbraith. (Tokárová, 2005). Kvalita života seniorů je předmětem zájmu medicíny, psychologie, sociologie, politologie, techniky, ekonomie a dalších věd. Většina autorů se shoduje v tom, že kvalita života seniorů závisí na fyzickém zdraví, psychické pohodě, materiálním zajištění a všeobecné spokojenosti se životem. Na podnět Světové zdravotnické organizace zahájila na počátku devadesátých let svou činnost mezinárodní pracovní skupina WHOQOL (World Health Organization Duality of Life Group) a vytvořila dotazníky pro měření kvality života. Tato skupina složená z 15 významných center z celého světa, vyvinula nejprve instrument, který se dělí na 6 oblastí (fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita), dále členěných na 24 podoblastí. Dotazník obsahuje celkem 100 položek a označuje se proto užívanou zkratkou WHOQOL-100. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 198).

## 1.11 Poslední etapa života

Tak jako je dítě po narození obklopeno milující rodinou, tak bychom se měli snažit, aby i umírající člověk měl kolem sebe svou rodinu. Určitě to není snadné a ani sama nevím, jestli bych dokázala být umírajícímu nablízku, držet ho za ruku a čekat. Ale určitě vím, že kdybych umírala já, určitě bych si to přála. Poslední etapa života je často provázena bolestí a utrpením. **Bolest** je běžnou záležitostí každého z nás. V současnosti se jednoznačně preferuje zdraví, mladí, úspěch a výkon. Kvalita života se odvíjí právě od těchto hodnot. Přesto radost i bolest, štěstí a utrpení, nemoc a zdraví patří k plnosti člověka. A člověk se s tím musí vyrovnat. (Bužgová, 2008, s. 70). **Utrpení** je definováno jako: „*Specifický stav velkých těžkostí, způsobených ztrátou integrity, neporušitelnosti, soudržnosti nebo celistvosti osoby, anebo hrozbou, která povede ke zrušení integrity člověka.*“ (Bužgová, 2008, s. 70). **Smrt** je vnímána jako poslední a přirozená etapa lidského života, jako danost,

kteřou musíme přijmout. Znamená nezvratný zánik jedince, zánik života. Chápeme ji jako událost osobního, medicínského, právního, občanského a filozofického systému. V současné době se začala rozmáhat myšlenka **paliativní péče**, která odpovídá potřebám umírajícího. „*Cílem péče o nemocného je léčba symptomů ke zmírnění obtíží a bolesti, efektivní terapii bolesti, emotivní podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační program pro umírající a doprovodná odborná pomoc rodině.*“ (Bužgová, 2008, s. 72).

## 1.12 Gerontologie

Pojem **gerontologie** je odvozen z řeckého slova „geron, gerontos“, to je starý člověk, a pojmu logos, to je nauka. Gerontologie je interdisciplinářní věda, je to souhrn poznatků o stáří a starých lidech. Zkoumá zákonitosti, příčiny a projevy stárnutí, problematiku života starých lidí a života ve stáří.

Gerontologie se dělí do tří okruhů: **Gerontologie experimentální** – zabývá se studiem procesů a příčin stárnutí, tím, proč a jak živé organismy stárnou. Je zaměřena převážně biologicky, chápe se jako přirozená součást biologie, ale její významnou součástí je výzkum psychických změn a schopností v průběhu stárnutí a stáří. **Gerontologie klinická** – se zabývá zvláštnostmi zdraví a jeho podpory ve stáří, především funkčním zdravím, involučním poklesem potenciálu zdraví, zdravotními problémy nad rámec biomedicínské orientace na choroby i zvláštnostmi chorob, diagnostiky, léčení, prevence a rehabilitace ve stáří, označuje se též jako geriatric. **Gerontologie sociální** – zabývá se existencialitou a životem ve stáří, vztahy mezi seniory a společností, stárnutím společnosti. Jde o celou škálu aspektů demografických, politických, politologických, ekonomických, sociologických, psychologických, filozofických, etických, právních, ale také architektonických, urbanistických, technických. **Sociální gerontologie** studuje vzájemné vztahy mezi populací vyššího věku a společností. Základní oblasti, kterým se věnuje, jsou demografické stárnutí, nástup dlouhověké společnosti, sociálně ekonomická situace starých lidí, společenské prostředí, sociologická problematika stárnutí, sociálně lékařské a psychologické aspekty stáří a podpory starých lidí, právní a etické aspekty, problematiky individuální přípravy na stáří a společenské přípravy na populační stárnutí. K hlavním cílům patří předcházet předčasnému a patologickému stárnutí, usilovat o úspěšné zdravé stárnutí s aktivním i sociálně ekonomicky produktivním stářím, dostatečnou seberealizací a



participací, prodlužovat plnou soběstačnost až do pozdního věku a zlepšovat kvalitu života lidí ve vyšším věku, vytvářet kvalifikované podklady pro tvorbu politik týkající se seniorské populace, populačního stárnutí, mezigenerační solidarity a stability veřejných rozpočtů. (Kalvach 2012, s. 63). Za zakladatele gerontologie jako nauky o stárnutí a stáří je považován I. I. Mečnikov – ruský biolog a imunolog. (Ondrušová 2011, s. 14).

## **1.13 Geriatrie**

**Geriatrie** je samostatný lékařský obor, který byl u nás ustanoven v roce 1983, a jeho lůžkovou základnou se staly léčebny pro dlouhodobě nemocné. Náplní oboru je problematika zvláštností chorob ve stáří. Každý senior má samozřejmě svého praktického lékaře a může být i v péči dalších specialistů, tak jako lidé mladších věkových kategorií. Pokud to ale vyžadují jeho specifické zdravotní potřeby, je výhodou má-li možnost být ještě v péči geriatra. (Haškovcová 2012, s. 86).

## **1.14 Shrnutí kapitoly**

Demografický vývoj v průmyslových zemích upozornil na potřebu hlubšího výzkumu ve vědních oborech souvisejících se stárnutím populace. Odborné informace k dané problematice jsem čerpala hlavně z monografií předních českých odborníků. Různé teorie a poznatky o stáří a stárnutí včetně negativních změn a jevů provázejících tento proces jsou obsahem první kapitoly. Zobecněním definic stárnutí lze konstatovat, že se jedná o neodvratný vývojový biologický proces končící stářím. Dochází k nevratným změnám biologickým, psychologickým a sociálním. Dosud převládají teorie upřednostňující biologický pohled na stárnutí. Přitom se předpokládá, že v organismu přibývá škodlivých změn, poruch buněčného řízení anebo se jedná o pochod geneticky předurčený. Jiné teorie preferují změny vlivem biochemických reakcí. Dalším působícím faktorem je vliv životního prostředí. Na rozdíl od biologického stárnutí zabývajících se probíhajícími tělesnými změnami v organismu je psychické stárnutí charakterizováno zpomalením psychomotorického tempa, změnou kognitivních funkcí a změnou emočního vnímání, na kterém se mohou podílet i odchod do důchodu nebo ztráta životního partnera. Pojmy kalendářní a biologické stáří nemusejí vždy vzájemně korespondovat. Medicínská měření nám poskytují přesné údaje o stavu a změnách v organismu. V podstatě dochází ke změnám ve všech tělesných funkcích a orgánech. Změny postihují kardiovaskulární

system, pohybový aparát, trávicí a respirační systém, pohlavní a močové ústrojí, nervový systém, smyslové orgány, kůži a ve stáří přibývá onemocnění psychického charakteru. Z psychosociálního hlediska se vyskytují problémy integrace seniorů ve společnosti z důvodu jejich nového společenského postavení. K tomu přispívá jejich zranitelnost, sociální izolace a médii zveřejňovaný negativní pohled na stárnoucí generaci.

## 2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Jen každý druhý obyvatel domovů pro seniory potřebuje každodenní péči. Ostatní se do pobytového zařízení přestěhovali z jiných důvodů – cítí se osamělí, chtějí pomoci dětem s bydlením, nechtějí být na obtíž nebo se jim bydlení v pobytovém zařízení zdá pohodlnější. Údaje vyplynuly z průzkumu Život v domovech pro seniory 2007, jehož vypracování zadala ministryně pro lidská práva Džamilla Stehlíková. Podle ní je tu prostor pro pečovatelské služby a další aktivity, které by staršímu člověku umožnily zachovat si stávající způsob života. Život v domově se jim zdá pohodlnější, ale na úkor ztráty soukromí. Autoři výzkumu oslovili 516 seniorů v šestnácti domovech po celé republice. Rodiny často umísťují seniory do trvalé ústavní péče, protože nemají informace o dalších možnostech. Pro seniory je nejlepší zůstat ve svém domácím přirozeném prostředí co nejdéle. Přirozené sociální prostředí souvisí se sociálním začleněním jedince. Člověk žije v prostředí, které on sám považuje za vlastní, to je bezpečné, vytváří mu společensky přijatelné podmínky a umožňuje mu sociální začlenění. (Polovina seniorů je v domovech zbytečně - Aktuálně.cz: [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/pruzkum-polovina-senioru-je-v-domovech-zbytecne/r~i:article:523675/>).

Sociální služby se řídí **Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách**. Podle tohoto zákona se sociální služby dělí na **sociální poradenství** – nedílná součást všech sociálních služeb, služby **sociální péče** – jejich cílem je zabezpečení základních životních potřeb v případě, že nemohou být zajištěny bez péče jiné osoby a služby **sociální prevence** – slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy. Podle místa poskytování se sociální služby člení na: **terénní služby** – jsou poskytovány v prostředí, kde jedinec žije, nejčastěji jde o poskytování služeb pečovatelské služby, osobní asistence či terénní programy pro ohroženou mládež, **ambulantní služby** – za těmito službami dochází jedinec sám do specializovaných zařízení (například poradny, denní stacionáře, kontaktní centra), **pobytové služby** – jsou poskytovány v zařízeních, kde jedinec po určitou dobu celodenně nebo celoročně pobývá (například domovy pro seniory či pro lidi se zdravotním postižením, chráněná bydlení, azylové domy). (Zákon č. 108/2006 Sb., § 32 a § 33).

## 2.1 Definice sociální služby

Podle Matouška (2007, s. 9) je **sociální služba** poskytována lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širší veřejnosti.

Zákon o sociálních službách vymezuje sociální službu jako „*činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění, nebo prevence sociálního vyloučení.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 3).

## 2.2 Vývoj sociálních služeb

V období první republiky byla nejčastější formou sociální služby ústavní péče. Po druhé světové válce byl zrušen institut domovského práva a nahrazen institutem československého občanství. Starost o znevýhodněné tak přešel z obcí na stát. V šedesátých letech se rozšířila pečovatelská služba, vznikla stacionární zařízení pro seniory (domovinky), ojediněle i pro psychiatrické pacienty (denní sanatoria), byly podporovány kluby důchodců. V šedesátých letech také vznikla síť manželských poraden poskytujících poradenství lidem před uzavřením sňatku, po něm i v době rozvodu. Tyto poradny později začaly provádět výběr žadatelů o osvojení a adopci dítěte. Vznikly i první linky důvěry – obvykle při velkých psychiatrických léčebnách. Ústavní zařízení však zůstávají velká, respekt ke klientům v nich byl nedostatečný, leckde byly špatné i hygienické podmínky, typické bylo ubytování klientů v místnostech s mnoha lůžky. Po roce 1989 nastaly v naší republice zásadní změny, a to jak v oblasti politické a ekonomické, tak v oblasti sociální. Největší zlom nastal v roce 2006, kdy byl přijat nový zákon, Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. (Matoušek, 2007., s. 23-30). (Podrobnější vývoj sociálních služeb uvádím v Příloze č. 4).

## 2.3 Zákon o sociálních službách

*„Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy*

*v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně právní ochraně dětí ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznici, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních“.* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 1, odst. 1 a 2).

### **2.3.1 Základní zásady**

*„Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství, o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 2, odst. 1 a 2).

## **2.4 Příspěvek na péči**

*„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách při zvládnutí základních životních potřeb. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 7, odst. 1). Tento příspěvek použije osoba na zajištění péče o svou osobu. *„Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8 zákona o sociálních službách.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 7, odst. 2).

*„Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: **Mobilita, Orientace, Komunikace, Stravování, Oblékání a obouvání, Tělesná hygiena, Výkon fyziologické potřeby, Péče o zdraví, Osobní aktivity, Péče o domácnost u osob starších 18 let**“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 9, odst. 1).

*„Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopností zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk posuzované osoby.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 9, odst. 5).*

*„Výše příspěvku na péči činí u osoby starší 18 let věku za kalendářní měsíc:*

- *800,- Kč jde-li o stupeň I (lehká závislost) nezvládá 3 nebo 4 základní životní potřeby*
- *4000,- Kč jde-li o stupeň II (středně těžká závislost) nezvládá 5 nebo 6 základních životních potřeb*
- *8000,- Kč jde-li o stupeň III (těžká závislost) nezvládá 7 nebo 8 základních životních potřeb*
- *12000,- Kč jde-li o stupeň IV (úplná závislost) nezvládá 9 nebo 10 základních životních potřeb.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 8, odst. 2 a § 11, odst. 2).*

## **2.5 Senior doma**

Na základě zkušeností a poznatků z minulosti je za optimální způsob péče o seniory považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci. (Jarošová, 2006, s. 41). V dnešní uspěchané a ekonomicky náročné době, si však každý nemůže dovolit starat se o rodiče, protože by přišel o zaměstnání, které je těžké si najít. Matoušek (2003, s. 34-35) uvádí odklon od rodiny a vyšší důraz na individualitu každého jejího člena. Mladé rodiny často nežijí s rodiči ve společné domácnosti. Podle Rheinwaldové (1999, s. 10) oba partneři většinou pracují a ani moderní trend v bydlení soužití dvou generací moc nepřeje. Klasický model pečující rodiny byl narušen ve druhé polovině dvacátého století výraznou medicionalizací a institucionalizací seniorské péče. Podle Haškovcové (1990) musí rodina splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, nejpodstatnější z nich jsou tyto: moci pečovat – mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové, finanční, chtít pečovat – mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny, umět pečovat – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované

pomoci. Při péči o seniory nám mohou pomoci různé kompenzační pomůcky, jako jsou hole, berle, chodítka či vozík. Za jejich pomoci lze seniora se sníženou pohyblivostí bezpečně doprovázet nejen na procházce a výletech, ale i při rekreačním pobytu na chalupě. V případě nedostatku společenských kontaktů mohou senioři pobývající pouze doma mít pocit sociální izolace. (Mlýnková, 2011, s. 26). Jsou rodiny, kde je samozřejmostí postarat se o své stárnoucí rodiče. Někdy dochází k tomu, že se stárnoucí rodiče přestěhují do bytu svých dětí. Tento krok má svá pozitiva i negativa. Střední generaci to usnadní péči, ušetří čas, péče se může rozdělit mezi všechny členy rodiny, senior není sám a s rodinou se cítí bezpečněji. Možná negativa se mohou odrážet v napjatých vzájemných vztazích. Sám senior se nemusí v domácnosti dcery nebo syna vždy cítit dobře. Vždyť ve skutečnosti není doma. Není ve svém bytě, nespí ve své posteli. Může se cítit jako host nebo na obtíž. To se projeví zejména tehdy, jestliže má rodina malý byt a není možné všem zajistit soukromí. Je třeba zvážit a najít pro seniora optimální řešení ať už formou péče u něj doma nebo u jeho rodiny. (Mlýnková, 2011, s. 8).

Pokud se rodina rozhodne, že seniora neumístí do ústavní péče, může využít tyto možnosti: osobní asistenci, pečovatelskou službu, tísňovou péči, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, sociálně aktivizační služby.

### **2.5.1 Osobní asistence**

**Osobní asistence** je terénní služba především pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory. Osobní asistenti pomáhají jedincům zvládat péči o sebe a integrovat do společnosti (Jarošová, 2006, s. 50).

### **2.5.2 Pečovatelská služba**

**Pečovatelská služba** je také terénní služba poskytovaná seniorům, osobám se zdravotním postižením a někdy i rodinám s dětmi. Pečovatelskou službu provádí pečovatelé tak, že pomáhají potřebným jedincům v péči o sebe a domácnost. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 40, odst. 1 a 2).

### 2.5.3 Tísňová péče

**Tísňová služba** spočívá v nepřetržité telefonické a elektronické dostupnosti rady a informací osobám ve vysokém riziku ohrožení zdraví a života. Při náhlém zhoršení zdravotního stavu mohou pracovníci tísňové péče zorganizovat neodkladnou pomoc. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 41, odst. 1).

Uživatel služby u sebe nosí tísňové tlačítko (pověšené na krku nebo jako náramek na ruce). Ocitne-li se v krizové situaci, například náhle se mu zhorší zdravotní stav, upadne a podobně, stiskne tísňové tlačítko a během půl minuty dojde ke spojení s dispečinkem přes „hlasitý telefon“. Na dispečinku slouží 24 hodin denně, sedm dní v týdnu kvalifikované zdravotní sestry, s nimiž uživatel hovoří, přestože nedosáhne na telefon („mluví do prostoru“). Dispečerka okamžitě zorganizuje pomoc, do které patří psychoterapeutický rozhovor, zkontaktování rodinných příslušníků, známých či sousedů, volání rychlé záchranné služby, plynáren, policie, hasičů. Součástí systému je také čidlo pohybu, které snímá pohyb uživatele v bytě. V případě, že po nastavenou dobu, zpravidla 10 – 12 hodin, nezachytí čidlo žádný pohyb, automaticky vysílá informaci na dispečink. Předjde se tak situaci, že uživatel u sebe nemá při pádu tísňové tlačítko nebo ho nestihne zmáčknout. Čidlo pohybu také hlídá byt v době nepřítomnosti jeho majitele. Pokud by do bytu vstoupila cizí osoba, na dispečink dojde zpráva, že byl objekt narušen a operátorka na vzniklou situaci reaguje. Jedná se o prevenci kriminality. (<http://www.zivot90-jihlava.cz/socialni-sluzby.html>).

### 2.5.4 Průvodcovské a předčitatelské služby

*„Jsou to terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány také jako součást jiných služeb.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 42, odst. 1).

### 2.5.5 Odlehčovací služby

**Odhlehčovací služby** jsou určeny pro pečující osoby, aby si odpočinuly. Pracovníci na určitou dobu převezmou péči o člověka se sníženou soběstačností. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 44).



### **2.5.6 Centra denních služeb**

Je to ambulantní typ služby, kdy do centra docházejí osoby se sníženou soběstačností a je jim zde poskytována pomoc při řadě činností (při osobní hygieně, při vyřizování osobních záležitostí) a jsou jim nabízeny sociálně terapeutické činnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 45).

### **2.5.7 Denní stacionáře**

**Denní stacionář** je ambulantní služba. Do stacionáře pravidelně docházejí osoby se sníženou soběstačností. Provádějí se zde aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a uživatelům je poskytována komplexní péče v potřebném rozsahu. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 46).

### **2.5.8 Týdenní stacionáře**

**Týdenní stacionáře** jsou pobytovou službou pro osoby se sníženou soběstačností, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby. Provoz je zajištěn většinou v pracovní dny. Rozsah činností je stejný jako v denním stacionáři, ale služby jsou poskytovány po celý týden. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 47).

### **2.5.9 Sociálně aktivizační služby**

**Sociálně aktivizační služby** jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory. Pomáhají jim při zvládnání běžných životních situací, aby nedošlo k sociálnímu vyloučení. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 66).

## **2.6 Poskytovatelé sociálních služeb**

Sociální služby lze poskytovat jen na základě **oprávnění k poskytování sociálních služeb**, toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci. O registraci rozhoduje krajský úřad příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 78, odst. 1 a 2).

### **2.6.1 Povinnost poskytovatelů sociálních služeb**

Poskytovatelé jsou povinni podle § 88 zákona o sociálních službách zajišťovat dostupnost informací o sociální službě, kterou poskytují, informovat zájemce o všech jeho povinnostech vyplývajících z uzavření smlouvy o poskytování sociálních služeb. Při poskytování služby musí poskytovatelé dbát na to, aby byla naplněna lidská i občanská práva uživatelů. Musí mít zpracována vnitřní pravidla pro uplatnění oprávněných zájmů uživatelů, pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým službu poskytují. Samozřejmostí je, že musí plánovat průběh poskytování sociální služby, vést evidenci uchazečů o sociální službu a dodržovat standardy kvality. (Zákon č. 108/2006 Sb., § 88).

## **2.7 Senior v ústavním zařízení**

Podle Českého statistického úřadu z roku 2011 je v domovech umístěno 1 % seniorů ve věku 65 – 74 let, 3 % seniorů ve věku 75 – 84 let a 12% seniorů ve věku nad 84 let. Pokud senior nemůže zůstat v domácím prostředí, může využít pobytových služeb. U nás je zaregistrovaných 500 různých pobytových zařízení s kapacitou 40 000 lůžek, ale kapacita nestačí a na umístění do domova se čeká i několik měsíců. (Český statistický ústav. [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/1417-13>).

### **2.7.1 Domov pro seniory**

**Domovy pro seniory** jsou pobytovou službou s celoročním provozem určenou pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Služba je určena především pro osoby, které vzhledem ke své neschopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí. (Jarošová, 2006, s. 49).

### **2.7.2 Domov se zvláštním režimem**

Jedná se o pobytovou službu s celoročním provozem. Tato služba je obdobná jako domov pro seniory. Odlišnost těchto zařízení spočívá ve vytvoření specifických podmínek zohledňujících zvláštní potřeby osob s duševními nemocemi a osob, závislých na návykových látkách. Řada pobytových sociálních zařízení má část lůžkové kapacity vyčleněnou pro domov pro seniory a část pro domov se zvláštním režimem. V jednom

zařízení jsou tak k dispozici dva druhy pobytových služeb. (Malíková, 2011). Pro zajímavost uvádím v Příloze č. 6 srovnání České republiky a Německa.

## **2.8 Shrnutí kapitoly**

Zlepšení kvality a nové typy sociálních služeb se u nás začaly rozvíjet koncem minulého století se změnou politické situace. K tomu přispěla i naše integrace do Evropské unie s možnostmi užší spolupráce a výměnou zkušeností a informací mezi členskými zeměmi. Výběr sociálních služeb podrobně rozvedených v předešlé kapitole je možné seniorům nabídnout tak, aby co nejlépe vyhovoval jejich potřebám. Ke změně přístupu k sociální práci přispěl i nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který upravuje podmínky pro poskytování péče a zohledňuje práva jak poskytovatelů, tak příjemců péče.

## 3 STŘEDISKO SOCIÁLNÍCH SLUŽEB MĚSTA FRÝDLANT NAD OSTRAVICÍ

Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala, protože jsem zde byla dvakrát na praxi, a vždy byly vidět změny, kterými Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí prochází.

### 3.1 Historie Střediska sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí

Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí vzniklo přestavbou původního kláštera v roce 1950, který byl vystavěn v centru města, což je nyní pro uživatele velkou výhodou. (Podrobnější historii uvádím v Příloze č. 5). Dnes zde probíhají rekonstrukce v rámci projektu „**Humanizace Domova pro seniory**“, který bude probíhat až do roku 2015. Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí leží v centru Frýdlantu, v blízkosti se nachází nákupní centrum, kostel, městský úřad i kulturní středisko, nádraží i autobusová zastávka. Kolem je nádherná zahrada, která slouží k odpočinku i volnočasovým aktivitám. Součástí domova jsou i hostinské pokoje s kuchyňkou, které slouží k ubytování příbuzných uživatelů, nebo návštěvníkům Frýdlantu. (Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí. [online]. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.sssfno.cz/>).

#### 3.1.1 Sociální služby

Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí poskytuje uživatelům tři sociální služby a to:

- domov se zvláštním režimem s kapacitou 30 osob
- pečovatelská služba s kapacitou 57 klientů
- domov pro seniory s kapacitou 69 osob

Posláním **domova se zvláštním režimem** ve Frýdlantu nad Ostravicí je, s respektem k lidským právům a prostřednictvím individuální podpory či pomoci zajistit seniorům s duševním onemocněním, kteří vyžadují pravidelnou pomoc druhé osoby, důstojné

prožívání života. Služba je určena seniorům, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu duševního onemocnění nevyžadujícího ústavní zdravotní péči a kteří nemohou, vzhledem ke svému fyzickému, duševnímu a sociálnímu stavu, zůstat v přirozených podmínkách vlastního domova. Seniorům, trpícím nemocemi stáří (demencemi), seniorům se sníženým intelektem ve středním stádiu s projevy, které opakovaně nelze zvládnout běžnými postupy v Domově pro seniory ani s podporou jiné osoby či služby (zejména ti, jejichž zdravotní stav se změnil za pobytu v Domově pro seniory ve Frýdlantu nad Ostravicí a kteří budou po dohodě přemístění do Domova se zvláštním režimem, aniž by se měnilo jejich dosavadní přirozené prostředí). Kapacita Domova se zvláštním režimem je 30 osob.

Posláním **pečovatelské služby** je poskytnout svým uživatelům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního či tělesného postižení, pomoc a podporu tam, kde už se jim vlastních sil a schopností nedostává a nelze je zajistit jinými subjekty, aby mohli co nejdéle zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí. Cílem pečovatelské služby je vyloučení nebo snížení sociální izolace uživatelů, odvrácení nebo oddálení umístění uživatele v pobytovém zařízení, rozšířit nabídku poskytovaných služeb pečovatelské služby do spádových obcí, dle potřeb a poptávky, rozvoj a posílení spolupráce s rodinou a přáteli uživatelů. Pečovatelé musí dodržovat práva uživatelů, musí mít individuální přístup ke každému uživateli, respektovat jeho svobodnou volbu, autonomii a nezávislost a podporovat jeho samostatnost a soběstačnost. Služba je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního či tělesného postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby starší 27 let. Kapacita pečovatelské služby je 57 klientů. Mezi základní činnosti pečovatelské služby patří:

- Základní sociální poradenství
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy.
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Ve Středisku sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí si mohou občané půjčit kompenzační pomůcky, jako jsou chodítka, toaletní křesla, invalidní vozíky a polohovací

postele. (Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí. [online]. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.sssfno.cz/>).

## 3.2 Domov pro seniory

Posláním **domova pro seniory** ve Frýdlantu nad Ostravicí je, s respektem k lidským právům a prostřednictvím individuální podpory či pomoci, poskytnout seniorům v obtížné životní situaci sociální služby, které nemohou být zajištěny v domácím prostředí. Kapacita domova pro seniory je 69 osob. Uživatelé jsou zde přijímáni na základě žádosti o umístění, která je k dispozici na internetových stránkách nebo přímo ve Středisku sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí. (Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí. [online]. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.sssfno.cz/>).

**Uživatel** je podle (Hauke, 2011, s. 126) osoba, která má již podepsanou smlouvu o poskytování pečovatelské služby, je tedy uživatelem této služby a **zájemce** je osoba, která dosud služby nevyužívá, nemá dosud podepsanou smlouvu o poskytování pečovatelské služby. Zájemcem je osoba, se kterou poskytovatel dosud o službách pouze vyjednává.

### 3.2.1 Cíle domova pro seniory

- Vytvoření podmínek pro péči a podporu uživatelů dle jejich individuálních potřeb.
- Zvýšení úrovně podpory osobní aktivity uživatelů v jejich běžném životě.
- Rozšíření nabídky volnočasových a aktivizačních činností a naplnit tak volný čas a uspokojit zájmy uživatelů.
- Aktivnější propojení života uživatelů se životem společnosti i mimo Domov.
- Zajistit uživatelům společenské vyžití vycházející z jejich individuálních plánů.
- Vytvoření podmínek pro důstojné dožití uživatelů v jednom bytovém prostoru.
- Vytvořit a trvale udržet kvalitní a profesionální prostředí týmu zaměstnanců vedoucí ke zkvalitnění služeb uživatelům.
- Zajistit další vzdělávání svých zaměstnanců a následnou aplikaci vhodných metod práce s uživateli v sociální službě.

- Rekonstrukcí Domova pro seniory snížit počet uživatelů na pokoji, zvýšit pocit bezpečí a jistoty, zajistit intimitu uživatelů, podporovat a rozvíjet jejich soběstačnost. (Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.sssfno.cz/domov-se-zvlastnim-rezimem/>).

### 3.2.2 Zásady práce v domově pro seniory

- Přiměřená míra péče a podpory.
- Nahlížení na osobu uživatele ve všech souvislostech.
- Spolupráce v pracovním týmu. (Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.sssfno.cz/domov-se-zvlastnim-rezimem/>).

**Péče** je podle Hauke (2011, s. 20) pasivní přijímání jednotlivých úkonů uživatelem, kdy pečovatelka za uživatele vykonává dohodnuté úkony. Oproti tomu **podpora** je považována za aktivní prvek v zajišťování péče, kdy je uživateli poskytnutá pouze nezbytná podpora, tedy pomoc při zajišťování takových úkonů nebo jejich částí, které uživatel skutečně nezvládá. Samozřejmostí je dodržování Standardů kvality a Etického kodexu sociálních pracovníků, které uvádím v Příloze č. 7.

### 3.2.3 Komu je služba poskytována

- Seniorům v obtížné životní situaci ve věku od 60 let, kteří jsou částečně nebo zcela nesoběstační z důvodu chronické nemoci nebo věku, kteří mají sníženou schopnost zajistit si základní životní potřeby, schopnost sebeobsluhy a vyžadují péči nebo pomoc jiné osoby.
- Seniorům, kteří jsou bez dostatečného sociálního zázemí nebo nemají zabezpečenou péči odpovídající jejich zdravotnímu a sociálnímu stavu a vlastními silami nemohou uplatňovat svá práva.
- Seniorům, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný a nevyžaduje nepřetržitou kvalifikovanou léčebnou péči či hospitalizaci v nemocnici. (Středisko sociálních

služeb města Frýdlant nad Ostravicí. [online]. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.sssfno.cz/>).

### 3.2.4 Ubytování, stravování, péče

Uživatelé jsou ubytováni převážně v jednolůžkových a dvojlůžkových pokojích s možností vybavení vlastním zařízením. V ceně za ubytování jsou zahrnuty energie, úklid, praní a žehlení prádla, opravy prádla. Strava je podávána pětikrát denně, uživatelé si mohou vybrat ze dvou hlavních jídel, podle zdravotního stavu je jim podávána racionální, diabetická a diabetická dietní strava. Stravu je možno umlít, umixovat, samozřejmostí je strava bezlepková pro uživatele trpící celiákií. (Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí. [online]. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.sssfno.cz/>).

### 3.2.5 Individuální plánování

**Individuální plánování** je proces, který zahrnuje zejména jednání se zájemcem o službu, sepsání smlouvy o poskytování pečovatelské služby a vytvoření individuálního plánu a jeho přehodnocování. Služby jsou plánovány individuálně s ohledem na vnitřní možnosti, schopnosti a přání uživatele a možnosti poskytovatele tak, aby byly podporou a aby směřovaly k maximální možné míře jeho samostatnosti a nezávislosti, případně k vytvoření důstojného prostředí pro další život uživatele. Cílem poskytování služeb je zachovávat v dohodnuté míře takový způsob života, na jaký byl uživatel zvyklý před začátkem využívání služeb. **Individuální plán** je výsledek individuálního plánování. Je to písemný zápis o tom, jakým konkrétním způsobem se bude péče a podpora zajišťovat. Osobní cíl je cíl, na kterém se uživatel dohodnul s poskytovatelem, že jej budou společně naplňovat pomocí základních a fakultativních úkonů, které má poskytovatel ve své nabídce. Je vymezený potřebami uživatele, jeho možnostmi, schopnostmi a přáními na jedné straně a možnostmi poskytovatele na straně druhé. (Hauke, 2011, s. 124).

### 3.2.6 Klíčový pracovník

Samozřejmostí jsou v domově klíčoví pracovníci, kteří provádějí individuální plánování s uživateli domova. **Klíčový pracovník** je podle Hauke (2011, s. 124) pečovatelka nebo jiný zaměstnanec organizace, může to být i sociální pracovník, který je koordinátorem plánování péče a podpory u přiděleného uživatele. Tvoří spolu individuální plán.



### **3.2.7 Volnočasové aktivity**

V Domově pro seniory věnují volnočasovým aktivitám spoustu času, snaží se uživatele zaujmout, ale do ničeho je nenutí. Svůj čas mohou trávit šitím, vyšíváním, pletením, práci s různými materiály, vyrábějí keramiku, poslouchají hudbu, čas tráví také čtením, sledováním televize, trénováním paměti. Pořádají různé společenské a kulturní akce, mezi které patří Valentýnské posezení, vinobraní, vánoční besídky, jarmarky, taneční a hudební vystoupení. Při volnočasových aktivitách uvítají pomoc dobrovolníků, kteří do domova docházejí. (Vnitřní dokument).

## **3.3 Shrnutí kapitoly**

Domov pro seniory ve Frýdlantu nad Ostravicí je součástí Střediska sociálních služeb. Mezi hlavní cíle sociálních služeb domova patří vytvoření podmínek pro péči a podporu uživatelů dle jejich individuálních potřeb. Úkolem zaměstnanců domova je podporovat jejich osobní aktivity v běžném životě, rozšířit nabídku aktivit k vyplnění volného času a zajistit klientům kvalitní a profesionální služby. Snaha o integraci života v domově i mimo něj by měla přispět k vytvoření nových sociálních kontaktů a účasti ve společnosti. Po rekonstrukci Domova pro seniory by mělo být dosaženo snížení počtu uživatelů na pokoji, zvýšení pocitu bezpečí a jistoty, zajištění intimity uživatelů s podporou jejich soběstačnosti.

## 4 VÝZKUM

Cílem praktické části bakalářské práce je zhodnotit poskytované služby a přístup zaměstnanců zařízení z úhlu pohledu seniorů, kteří se rozhodli nebo byli okolnostmi přinuceni změnit dosavadní způsob života a přestěhovat se do domova s ošetrovatelskou péčí. Výsledky průzkumu by měly sloužit jako podklady ke zkvalitnění poskytovaných služeb. Tato část bakalářské práce je zaměřena na kvantitativní výzkum metodou dotazníku prováděný ve Středisku sociálních služeb ve Frýdlantu nad Ostravicí a stanovení závěrů, které z tohoto výzkumu vyplynuly. Téměř všechny publikované monografie shodně uvádějí přání seniorů zůstat co nejdéle doma a zároveň být soběstačný bez závislosti na cizí pomoci. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka ve stáří a hlavním zdrojem očekávané pomoci. (Jarošová, 2006, s. 4). Dojde-li k omezení fyzických či psychických schopností, nebo k sociální izolaci seniora a také rodina již nezvládá vlastními silami zajistit potřebnou péči, je nutno hledat co nejpříjemnější východisko z nastalé situace. Často však chybí informovanost veřejnosti o možnostech, které se dají využít, než dojde k přestěhování seniora do pobytového zařízení, a tím nemusí být vyčerpány jiné způsoby poskytování pomoci.

### 4.1 Metodologie

**Hypotéza** je jedním z důležitých metodologických a heuristických nástrojů současné vědy, jež můžeme charakterizovat jako produkty racionálního myšlení. (Hubík, 2006, s. 5)

Sled kroků od operační hypotézy k popisnému nebo měřicímu výzkumnému nástroji nazýváme **operacionalizace**. Operacionalizace je závislá na operační hypotéze. Výzkumný nástroj je závislý na operacionalizaci. Výzkumným nástrojem je **dotazník** (Hubík, 2006, s. 49). Dotazník je pro své velmi rozšířené užívání považován za typický prostředek, jakýsi znak sociologického bádání, což je velmi nesprávné. Právě tato výzkumná technika, je-li užitá jako základní, nemůže být nikdy použita osamoceně, protože odráží vždy jen omezenou část objektivní reality. Je-li doplňující výzkumnou technikou především pozorování nebo řízený rozhovor, má dotazník ve standardizované formě své plné oprávnění, poněvadž nejjednodušším způsobem vyhovuje požadavku opakovatelnosti (opakované použitelnosti) a tudíž kontroly, a umožňuje korigovat podrobnější údaje, získané u malých výzkumných skupin, základními informacemi, získaným výzkumem

velkých souborů, jako takový je dobře vyhovujícím nástrojem ke zkoušení předem stanovených hypotéz. (Kahuda, 1973, s. 36). Dotazník uvádím v Příloze č. 10.

„Výzkum začíná určením závisle a nezávisle proměnné a další jeho kroky mají určit existenci a charakter vztahu. Často se předpokládá mezi proměnnými příčinný vztah, což znamená, že změna nezávisle proměnné způsobuje změnu závisle proměnné bez ohledu na přítomnost jiných proměnných.“ (Hendl, 2004, s. 40). „Když jsou data nashromážděna, připraví se z nich datová matice, která data uspořádá tak, že v každém jejím řádku je popis jednoho objektu a každý sloupec obsahuje data pro jednu proměnnou. Data musí být **kódována**. **Kód** znamená jednoznačný předpis, jak přiřazovat určitým hodnotám proměnných vhodné symboly většinou čísla (muž – 0, žena – 1).“ (Handl, 2004, s. 76). Každá otázka z dotazníku byla podrobena **jednorozměrné analýze**, tedy třídění podle jedné proměnné, neboli třídění prvního stupně. Jde o proces základního popisu datového souboru, založeného na rozdělení četností různých variant hodnot pro zkoumanou proměnnou a na výpočtu jejich souhrnných charakteristik. Metody jednorozměrné analýzy dat se liší dle typu proměnných, s nimiž pracujeme. „**Data tvoří aktuální hodnoty proměnných**.“ (Handl, 2004 s. 40). Rozdělení četností jednotlivých kategorií dané proměnné lze zobrazit prostřednictvím frekvenční tabulky nebo frekvenčního grafu. **Frekvenční tabulka** je tabulka rozložení četností výskytu konkrétních hodnot dané proměnné. V této tabulce se souhrnně vizualizují data a projevují se prvotní trendy celkového souboru. Frekvenční tabulku lze sestavit pro každý typ proměnné. Tabulky četností jsou nezbytným pomocníkem při kontrole dat a poskytují základní informace o souboru, které potřebujeme znát pro následné složitější analýzy. **Absolutní četnost** – udává frekvenci výskytu konkrétní hodnoty dané proměnné, vychází v absolutních hodnotách. **Relativní četnost** – udává podíl frekvence výskytu konkrétní hodnoty dané proměnné na celkovém rozsahu souboru, vychází v %. **Kumulativní četnost** – udává úhrnný podíl frekvence výskytu všech hodnot dané proměnné v celém souboru, její interpretace má smysl pouze u ordinálních a kardinálních proměnných, vychází v kumulativních %. **Frekvenční graf** graficky prezentuje data, která zobrazuje rozdělení četností hodnot proměnné v datovém souboru. Pro nominální proměnnou se používá **výsečový graf**, jde o kruh rozdělený na jednotlivé výseče v takovém poměru, v jakém se nacházejí četnosti jednotlivých kategorií nominální proměnné, tento graf je vhodný z toho důvodu, že v rámci analýzy není podstatné pořadí výskytu četností jednotlivých variant hodnot. Pro grafické rozložení zobrazení rozložení četností ordinální proměnné se používá

**sloupcový graf**, jde o rozložení četností v pravoúhlé soustavě souřadnic, kde osa x odpovídá hodnotám proměnné a osa y příslušné četnosti dané hodnoty. Výška sloupce tedy představuje počet jednotek v určitém intervalu souboru, u kterých hodnota sledovaného znaku rovná se určité kategorii, šířka sloupců je u všech hodnot proměnné konstantní, neboť jednotlivé sloupce představují pouze kvalitativní rozdíly hodnot dané proměnné, důležité je, že se jednotlivé sloupce nedotýkají, tento typ grafu je pro ordinální proměnné vhodný z toho důvodu, že v rámci analýzy již je podstatné pořadí výskytu četnosti jednotlivých variant. (Hendl, 2004). **Dvourozměrná analýza** hledá vztah mezi dvěma proměnnými, ptáme se, zda a do jaké míry ovlivňuje jedna proměnná druhou proměnnou. Mezi proměnnými existuje vztah, pokud rozložení hodnot jedné proměnné je spojeno s rozložením hodnot druhé proměnné, hodnoty jedné proměnné nejsou v souboru rozloženy náhodně, ale v závislosti na rozložení hodnot druhé proměnné. (Hendl, 2004). *Zjištěné údaje jsou zapsány v kontingenční tabulce, což je tabulka vzniklá tříděním podle dvou proměnných.*“ (Hendl, 2004, s. 307). Dvourozměrné analýze byly podrobeny otázky, ke kterým byly stanoveny hypotézy. Základním testem pro zjišťování závislosti dvou kategorizovaných proměnných je test nezávislosti, neboli **Pearsonův test Chí-kvadrát (Pearson Chi-Square)**. Ten umožňuje v kontingenční tabulce testovat nezávislost řádkové a sloupcové proměnné. Vychází z úvahy, že pokud jsou dvě proměnné nezávislé, pak rozdělení četností v kontingenční tabulce je úměrné řádkovým a sloupcovým marginálním četnostem – testujeme shodu pozorovaných a očekávaných četností. Podstatou testu je testování **hypotézy H<sub>0</sub>**, že v kontingenční tabulce je řádková a sloupcová proměnná **nezávislá** (alternativní hypotéza H<sub>1</sub> by zněla, že v kontingenční tabulce je řádková a sloupcová proměnná závislá). Z vypočtené hodnoty Chí –kvadrátu a počtu stupňů volnosti program vypočítá skutečně dosaženou hladinu významnosti – Signifikance, Sig., kterou porovnáme se zvolenou hladinou významnosti (většinou na úrovni 5 %). **Pokud je Sig. > 0,05, nulovou hypotézu H<sub>0</sub> nezamítáme a tudíž platí. Pokud je Sig. ≤ 0,05, nulovou hypotézu H<sub>0</sub> zamítáme a přecházíme k H<sub>1</sub>.** (Hendl, 2004).

Při zpracování dat z dotazníků byl použit program IBM SPSS Statistics, verze 20.

## 4.2 Výzkumný vzorek

Z celkového počtu uživatelů Domova pro seniory, což je 69 klientů, bylo pro potřeby vyplňování dotazníků vybráno 59 uživatelů, kteří byli starší 60 let a měli komunikační

dovednosti a byli ochotni se vyplňování dotazníků zúčastnit. Těm, kteří potřebovali pomoci s vyplňováním, pomohli sociální pracovníci a klíčoví pracovníci. Výzkum probíhal v pobytovém zařízení v listopadu 2013. Všichni respondenti byli seznámeni s účelem vyplňování dotazníků, to je pro mou bakalářskou práci a s tím, že je anonymní a závisí pouze na jejich vůli, jestli se chtějí nebo nechtějí vyplňování zúčastnit.

### **4.3 Stanovení výzkumných otázek a hypotéz**

**Hlavní výzkumná otázka:** „Jak senioři hodnotí služby a přístup pracovníků v pobytovém zařízení, ve kterém žijí?“

**Vedlejší výzkumné otázky:** V1: „Jsou senioři dostatečně informováni o možnostech sociálních služeb před přestěhováním do pobytového zařízení, a co je důvodem?“

V2: „Mají uživatelé v pobytovém zařízení soukromí?“

V3: „Jsou senioři v pobytovém zařízení spokojeni s poskytovanými službami?“

V4: „Jsou senioři v pobytovém zařízení spokojeni s přístupem personálu?“

**Hypotézy:** K vedlejší výzkumné otázce V3 byla stanovena hypotéza H1: „Míra spokojenosti seniorů s poskytovanými službami souvisí s věkem.“ K vedlejší výzkumné otázce V4 byla stanovena hypotéza H2: „Míra spokojenosti seniorů s přístupem personálu souvisí s věkem.“

### **4.4 Operacionalizace**

Ve svém výzkumu jsem použila metodu dotazníku. Protože se jedná o kvantitativní výzkum, byly jednotlivé otázky zpracovány do dotazníku, který byl s uživateli vyplňován pracovníky pobytového zařízení, kteří při tom využili i metodu pozorování. Respondenti byli uživatelé Domova pro seniory, který je součástí Střediska sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí.

Celkový počet respondentů byl 59. Všichni respondenti odpověděli na všechny otázky.

**Otázky v dotazníku:**

**První čtyři otázky v dotazníku jsou identifikační.**

Otázka 1: Rozdělení podle pohlaví.

Otázka 2: Možnosti výběru odpovědi 60 – 69 let, 70 – 79 let, více než 80 let, protože pobytové zařízení poskytuje službu klientům od 60 let, zvolila jsem rozdělení po 10-ti letech.

Otázka 3: Možné odpovědi: méně než 5 let, 6 – 9 let, více než 10 let.

Otázka 4: Rozdělení je podle skutečného zdravotního stavu uživatelů.

**K vedlejší výzkumné otázce V1: „Jsou senioři dostatečně informováni o možnostech sociálních služeb před přestěhováním do pobytového zařízení, a co je důvodem?“**

Byly stanoveny v dotazníku tyto otázky:

Otázka 5: Při volbě možných odpovědí jsem vycházela z literatury, že mezi nejčastější důvody patří: zdravotní stav, neschopnost rodiny postarat se a nevyhovující bydlení.

Otázka 6: Možnost odpovědi ano/ne. Rovněž jsem vycházela z literatury, že senioři nemají dostatečné informace o sociálních službách.

Otázka 7: Možnost odpovědi ano/ne. Tato otázka je postavena na základě dostupných faktů z literatury, že senioři by nejraději zůstali v přirozeném prostředí vlastního domova.

**K vedlejší výzkumné otázce V2: „Mají uživatelé v pobytovém zařízení soukromí?“**

Byly stanoveny tyto otázky:

Otázka 8: Možné odpovědi jsem volila podle možnosti ubytování v Domově pro seniory: jednolůžkový pokoj, dvojlůžkový pokoj, trojlůžkový a vícelůžkový pokoj.

Otázka 9: Možnost odpovědi: ano/ne. Otázku jsem zvolila na základě dříve provedeného výzkumu, že senioři nemají v domově soukromí.

Otázka 10: Možnost odpovědi ano/ne. Otázku jsem také zvolila na základě dříve provedeného výzkumu, že senioři nemají v domově soukromí.

**K vedlejší výzkumné otázce V3: „Jsou senioři v pobytovém zařízení spokojeni s poskytovanými službami?“** Byly stanoveny tyto otázky:

Otázka 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. Odpovědi na otázky týkající se spokojenosti byly stanoveny na třístupňové škále: velmi spokojen, (maximální spokojenost), spokojen, nespokojen. Odpověď na otázku 13 a 15 byla stanovena možnost odpovědi ano/ne.

**Pobytové zařízení/pobytová služba** – „*služba spojená s ubytováním v zařízení sociálních služeb.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb.).

**Spokojenost klienta** – „*subjektivní ukazatel kvality péče.*“ (Jandourek, 2001, s. 209).

**K vedlejší výzkumné otázce V3 byla stanovena hypotéza H1: Míra spokojenosti seniorů s poskytovanými službami souvisí s věkem.**

**K vedlejší výzkumné otázce V4: „Jsou seniori v pobytovém zařízení spokojeni s přístupem personálu?“** Byly stanoveny tyto otázky:

Otázka 18, 19, 20. Odpovědi na otázky byly stanoveny na třístupňové škále: velmi spokojen, (maximální spokojenost), spokojen, nespokojen.

**Zaměstnanci domova** – pro tyto účely jsou za zaměstnance domova považováni pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci a sociální pracovníci.

**Pracovník v sociálních službách** – „*vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívajících v nácviku jednoduchých denních činností.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb.).

**Sociální pracovník** – „*vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně – právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb.).

**K vedlejší výzkumné otázce V4 byla stanovena hypotéza H2: Míra spokojenosti seniorů s přístupem personálu souvisí s věkem.**

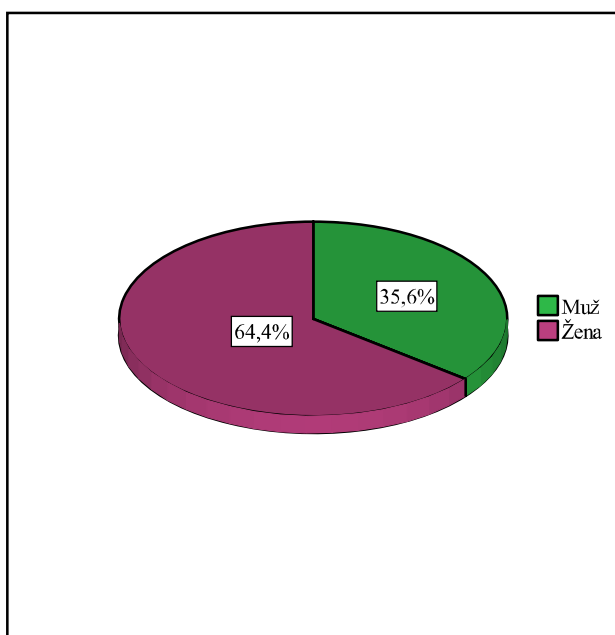
## 4.5 Výsledky výzkumu

Tabulka 1 Pohlaví

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Muž	21	35,6	35,6
Žena	38	64,4	100,0
Celkem	59	100,0	

Z uvedené tabulky vyplývá, že mužů je 21, což je 35,6 % z celkového počtu respondentů a žen je 38, což je 64,4 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 1 Grafické znázornění podílu pohlaví**



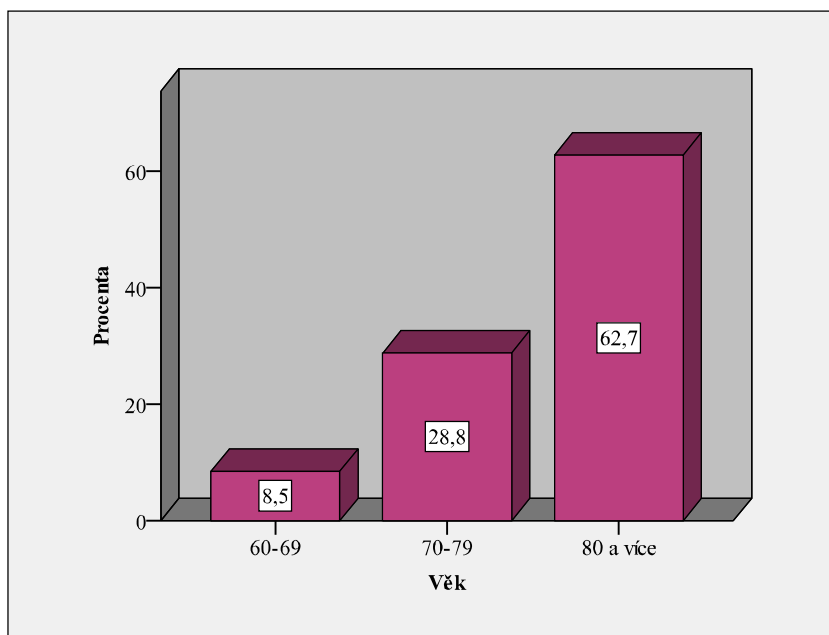
**Tabulka 2 Věk**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
60 – 69 let	5	8,5	8,5
70 – 79 let	17	28,8	37,3
80 a více let	37	62,7	100,0
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	

Z uvedené tabulky vyplývá, že počet uživatelů ve věku 60 – 69 let je 5, což je 8,5 % z celkového počtu respondentů, počet uživatelů ve věku 70 – 79 let je 17, což je 28,8 % z celkového počtu respondentů a nejpočetnější skupinu tvoří uživatelé ve věku 80 a více let, těch je 37 a tvoří 62,7 % z celkového počtu respondentů.



**Graf 2 Grafické znázornění věku v procentech**

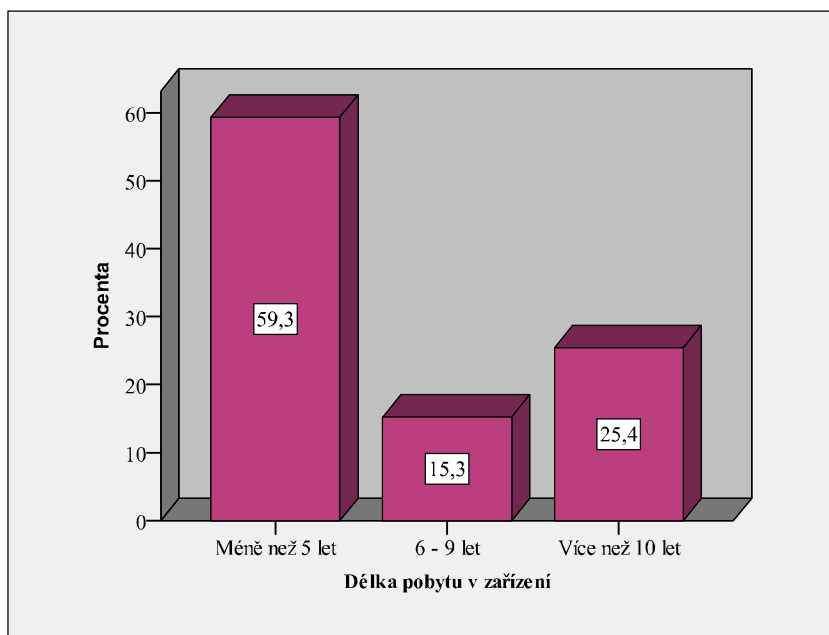


**Tabulka 3 Počet let v pobytovém zařízení**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Méně než 5 let	35	59,3	59,3
6 - 9 let	9	15,3	74,6
Více než 10 let	15	25,4	100,0
Celkem	59	100,0	

Největší skupinu tvoří uživatelé, kteří jsou v pobytovém zařízení méně než 5 let a to je 35 uživatelů, což je 59,3 % z celkového počtu respondentů. Uživatelé, kteří jsou v zařízení více než 10 let, což je 15, tvoří 25,4 % z celkového počtu respondentů. Nejmenší skupinu tvoří uživatelé, kteří jsou v zařízení 6 – 9 let a těch je 9, což tvoří 15,3 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 3 Grafické znázornění počtu let v pobytovém zařízení**

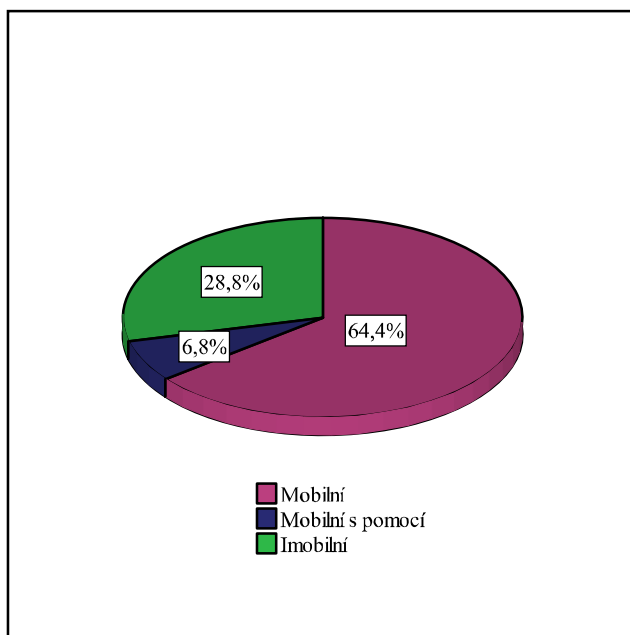


**Tabulka 4 Zdravotní stav**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
<b>Mobilní</b>	38	64,4	64,4
<b>Mobilní s pomocí</b>	4	6,8	71,2
<b>Imobilní</b>	17	28,8	100,0
<b>Celkem</b>	59	100,0	

Mobilních respondentů je v pobytovém zařízení 38, což je 64,4 % z celkového počtu respondentů, mobilní respondenti s pomocí jsou 4, což je 6,8 % z celkového počtu respondentů a imobilních respondentů je 17, což tvoří 28,8 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 4 Grafické znázornění zdravotního stavu**

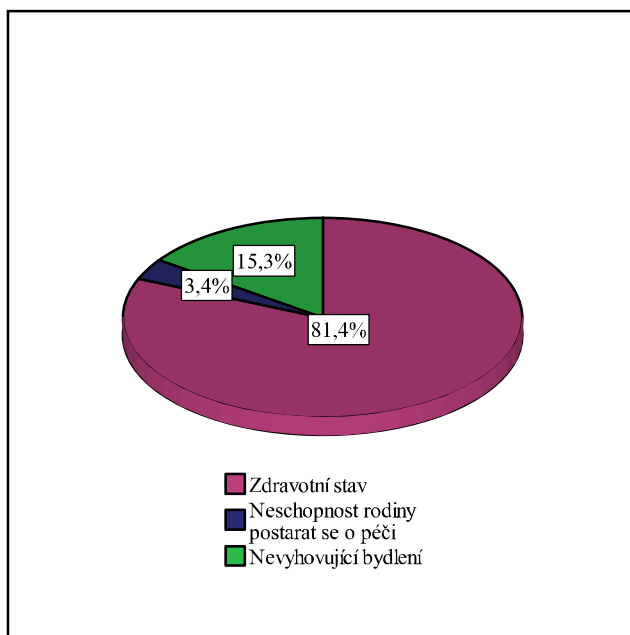


**Tabulka 5 Důvody rozhodnutí přestěhování do domova pro seniory**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Zdravotní stav	48	81,4	81,4
Neschopnost rodiny postarat se o péči	2	3,4	84,7
Nevyhovující bydlení	9	15,3	100,0
Celkem	59	100,0	

Na otázku č. 5: „*Co bylo důvodem toho, že jste se rozhodl (a) přestěhovat do domova pro seniory?*“, odpovědělo 48 respondentů, že zdravotní stav, což je 81,4 % z celkového počtu respondentů, 9 respondentů odpovědělo, že důvodem bylo nevyhovující bydlení, což je 15,3 % z celkového počtu respondentů a 2 respondenti odpověděli, že důvodem přestěhování bylo neschopnost rodiny se postarat o péči, což je 3,4 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 5 Grafické znázornění otázky č. 5**

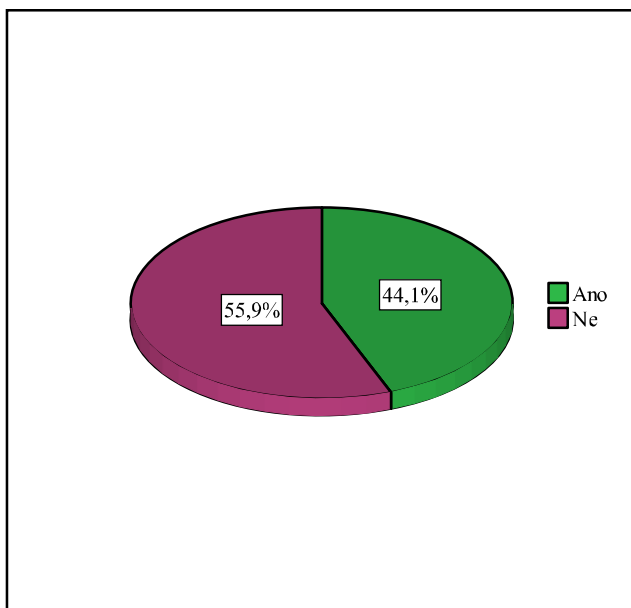


**Tabulka 6 Znalost sociálních služeb**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Ano	26	44,1	44,1
Ne	33	55,9	100,0
<b>Celkem</b>	59	100,0	

Na otázku č. 6 „*Víte, jaké sociální služby byste mohl (a) využít, abyste mohl (a) zůstat v přirozeném prostředí Vašeho domova?*“, odpovědělo 33 respondentů, že neví, což je 55,9 % z celkového počtu respondentů a 26 uživatelů odpovědělo, že ví, což je 44,1 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 6 Grafické znázornění znalosti sociálních služeb**

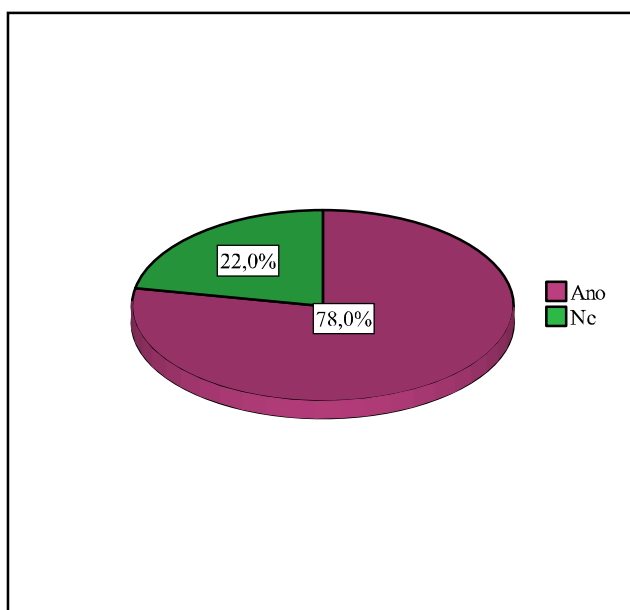


**Tabulka 7 Kdybyste měli někoho, kdo by se o Vás postaral, zůstali byste raději v přirozeném prostředí vlastního domova?**

		Absolutní četnost	%	Kumulativní %
	Ano	46	78,0	78,0
	Ne	13	22,0	100,0
	Celkem	59	100,0	

Na otázku č. 7 „*Kdybyste měl (a) někoho, kdo by se o Vás postaral, byl (a) byste raději doma, než v pobytovém zařízení?*“, odpovědělo 46 uživatelů, že ano, což je 78 % z celkového počtu respondentů a 13 uživatelů odpovědělo, že ne, což je 22 % z celkového počtu respondentů.

Graf 7 Grafické znázornění otázky č. 7

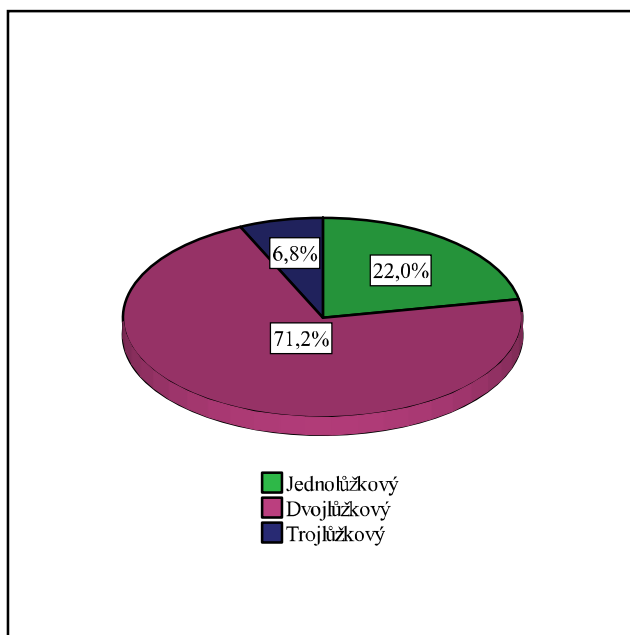


Tabulka 8 Možnosti ubytování

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Jednolůžkový	13	22,0	22,0
Dvojlůžkový	42	71,2	93,2
Trojlůžkový	4	6,8	100,0
Celkem	59	100,0	

Na otázku č. 8 „*V jakém pokoji bydlíte?*“, odpovědělo 42 respondentů, že ve dvojlůžkovém pokoji, což je 71,2 % z celkového počtu respondentů, 13 uživatelů bydlí v jednolůžkovém pokoji, což je 22 % z celkového počtu respondentů a jen 4 bydlí v trojlůžkovém pokoji, což je 6,8 % z celkového počtu dotázaných respondentů.

**Graf 8 Grafické znázornění typů pokojů**

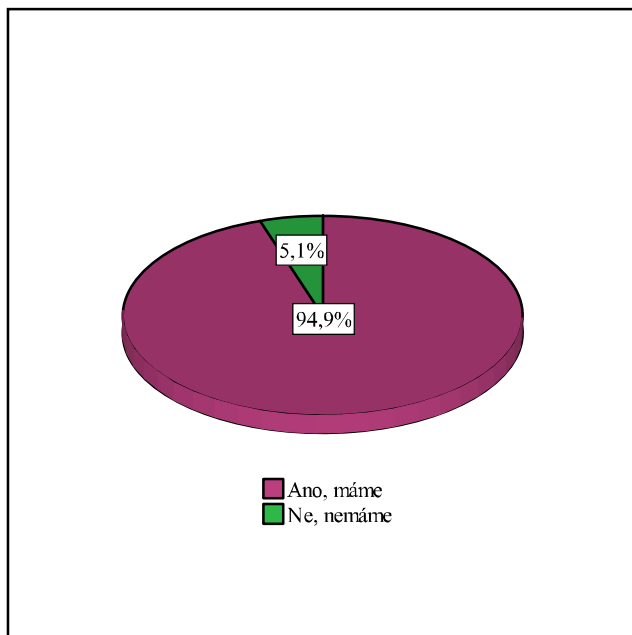


**Tabulka 9 Zamykání pokojů**

		Absolutní četnost	%	Kumulativní %
	Ano, máme	56	94,9	94,9
	Ne, nemáme	3	5,1	100,0
	Celkem	59	100,0	

Na otázku č. 9 „*Respektují zaměstnanci domova Vaše soukromí a máte možnost zamykat si svůj pokoj?*“ odpovědělo 56 uživatelů, že ano, což je 94,9 % z celkového počtu respondentů, jen 3 uživatelé odpověděli, že nemají možnost zamykat si svůj pokoj, což je pouze 5,1 % z celkového počtu dotázaných respondentů.

**Graf 9 Grafické znázornění otázky č. 9**



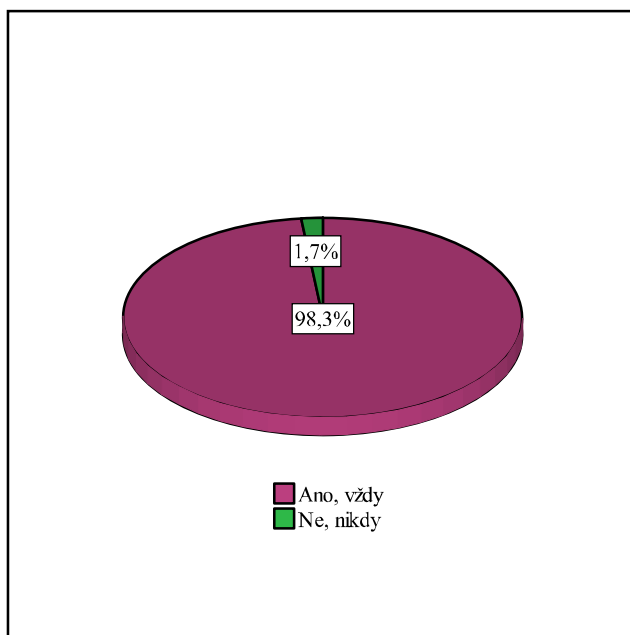
**Tabulka 10 Klepou zaměstnanci na dveře pokoje?**

		Absolutní četnost	%	Kumulativní %
	Ano, vždy	58	98,3	98,3
	Ne, nikdy	1	1,7	100,0
	<b>Celkem</b>	59	100,0	

Na otázku č. 10 „*Klepou zaměstnanci domova na dveře pokoje, když chtějí vstoupit dovnitř?*“, odpověděli téměř všichni uživatelé, kromě jednoho, že ano, což je 98,3 % z celkového počtu respondentů a jeden uživatel odpověděl, že ne, což je pouze 1,7 % z celkového počtu dotázaných respondentů.



**Graf 10 Grafické znázornění odpovědí na otázku č. 10**

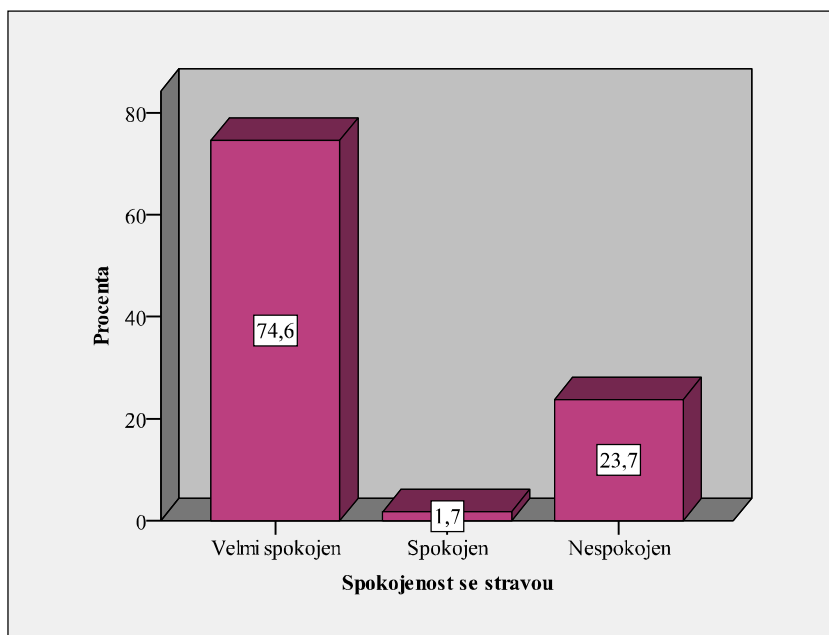


**Tabulka 11 Jste spokojen (a) se stravou?**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Velmi spokojen	44	74,6	74,6
Spokojen	1	1,7	76,3
Nespokojen	14	23,7	100,0
Celkem	59	100,0	

Z této tabulky vyplývá, že na otázku č. 11 „*Jste spokojen (a) se stravou?*“, 44 respondentů odpovědělo, že je velmi spokojeno se stravou, což je 74,6 % z celkového počtu respondentů, 14 respondentů je nespokojeno se stravou, což je 23,7 % z celkového počtu respondentů, 1 respondent je spokojen se stravou, což je 1,7 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 11 Grafické znázornění spokojenosti se stravou**

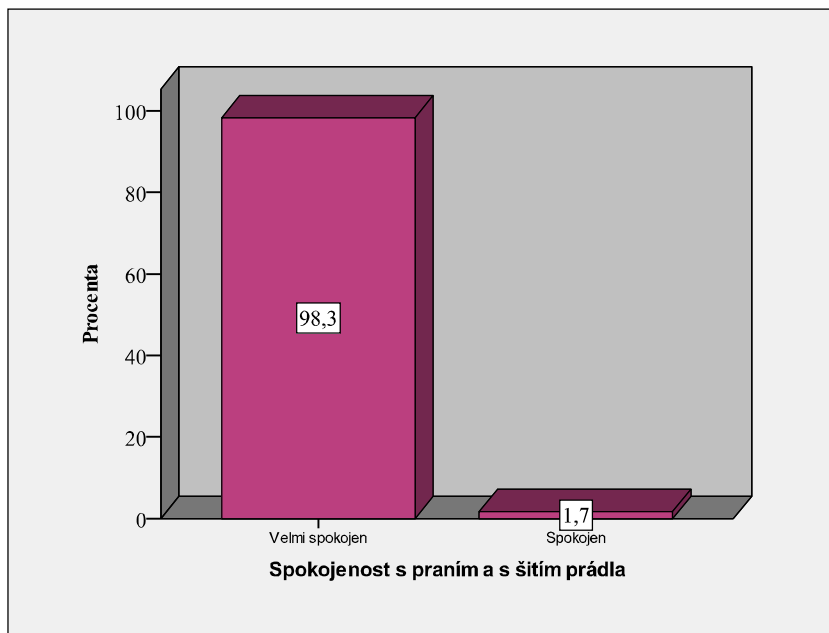


**Tabulka 12 Jste spokojen (a) s praním a s šitím prádla?**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
<b>Velmi spokojen</b>	58	98,3	98,3
<b>Spokojen</b>	1	1,7	100,0
<b>Celkem</b>	59	100,0	

Z této tabulky vyplývá, že na otázku č. 12 „*Jste spokojen (a) s praním a s šitím prádla?*“, žádný respondent neodpověděl, že je nespokojený s praním a s šitím prádla. 58 respondentů uvedlo, že jsou s praním a s šitím prádla velmi spokojeni, což je 98,3 % z celkového počtu respondentů, pouze jeden respondent uvedl, že je spokojen, což je 1,7 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 12 Grafické znázornění spokojenosti s praním a s šitím prádla**

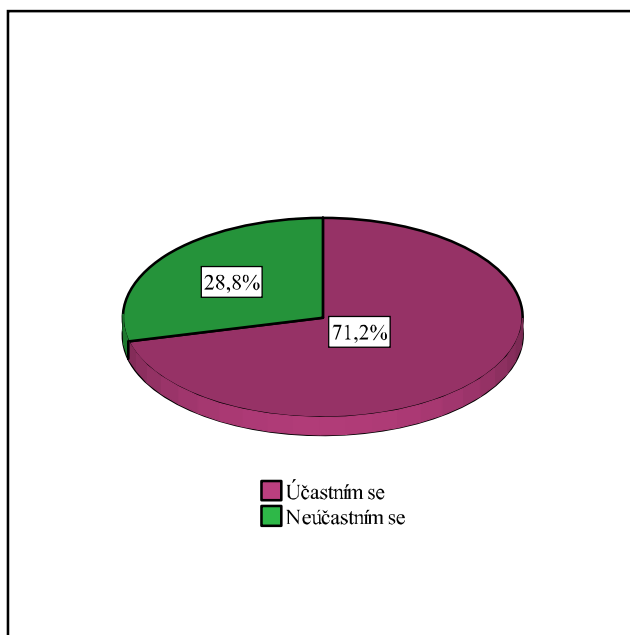


**Tabulka 13 Účast na volnočasových aktivitách**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Účastním se	42	71,2	71,2
Neúčastním se	17	28,8	100,0
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	

Na otázku č. 13 „*Účastníte se volnočasových aktivit?*“, odpovědělo 42 respondentů, že se účastní, což je 71,2 % z celkového počtu respondentů a 17 respondentů uvedlo, že se neúčastní, což je 28,8 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 13 Grafické znázornění účasti na volnočasových aktivitách**

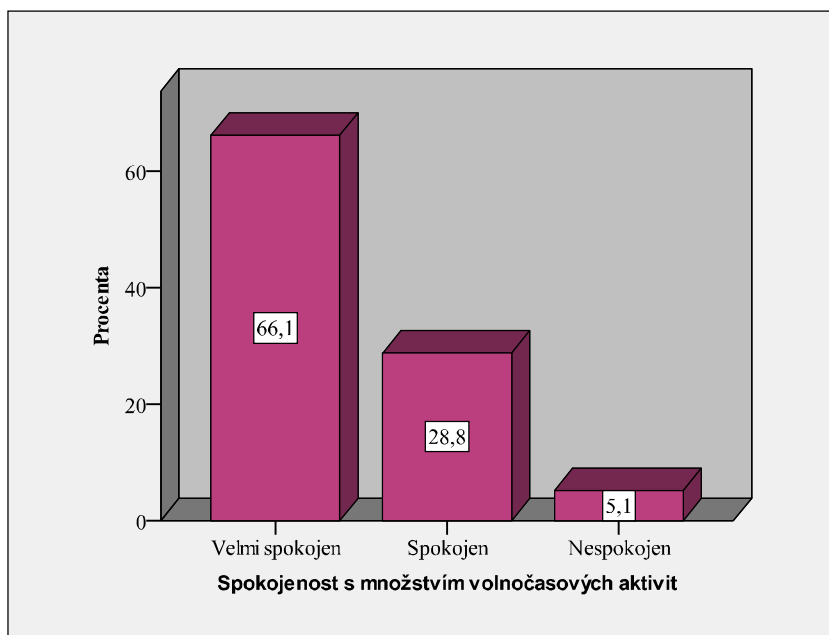


**Tabulka 14 Jste spokojen (a) s množstvím nabízených volnočasových aktivit?**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
<b>Velmi spokojen</b>	39	66,1	66,1
<b>Spokojen</b>	17	28,8	94,9
<b>Nespokojen</b>	3	5,1	100,0
<b>Celkem</b>	59	100,0	

Na otázku č. 14 „*Jste spokojen (a) s množstvím nabízených volnočasových aktivit?*“, odpovědělo 39 respondentů, že jsou velmi spokojeni, což je 66,1 % z celkového počtu respondentů, 17 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni, což je 28,8 % z celkového počtu respondentů a 3 respondenti uvedli, že jsou nespokojeni, což je 5,1 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 14 Grafické znázornění spokojenosti s množstvím volnočasových aktivit**

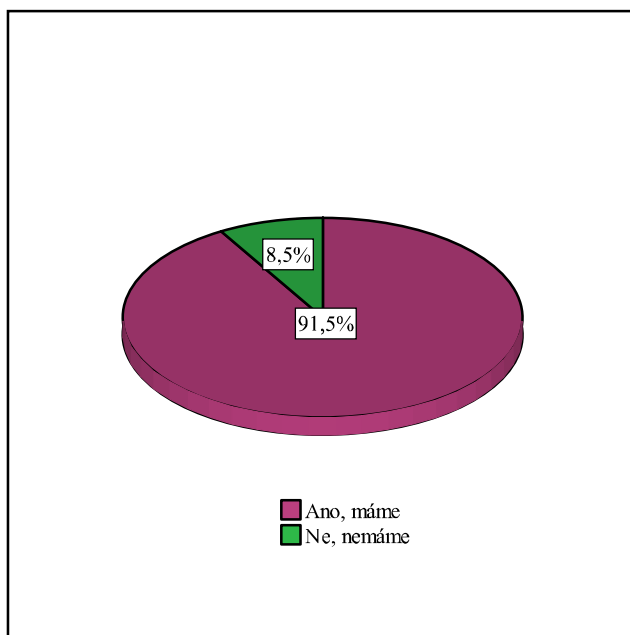


**Tabulka 15 Máte možnost využívat rehabilitace?**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Ano, máme	54	91,5	91,5
Ne, nemáme	5	8,5	100,0
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	

Na otázku č. 15 „*Máte možnost využívat rehabilitace?*“, odpovědělo, 54 respondentů, že ano, což je 91,5 % z celkového počtu respondentů, 5 respondentů uvedlo, že nemohou, což je 8,5 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 15 Grafické znázornění možnosti využívat rehabilitace**

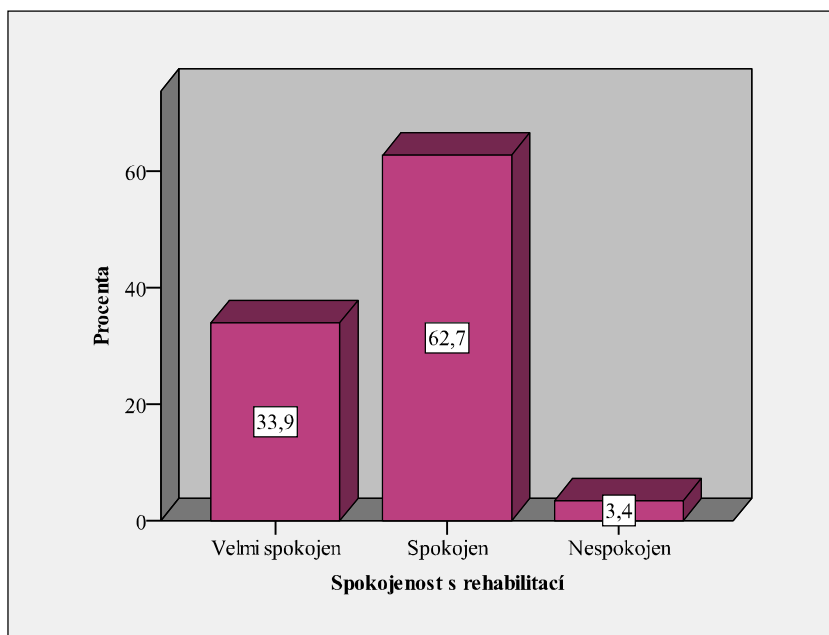


**Tabulka 16 Jste spokojen (a) s rehabilitací?**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
Velmi spokojen	20	33,9	33,9
Spokojen	37	62,7	96,6
Nespokojen	2	3,4	100,0
<b>Celkem</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	

Na otázku č. 16 „*Jste spokojen (a) s rehabilitací?*“, odpovědělo 37 respondentů, že jsou spokojeni, což je 62,7 % z celkového počtu respondentů, 20 respondentů uvedlo, že jsou velmi spokojeni, což je 33,9 % z celkového počtu respondentů a jen 2 respondenti uvedli, že jsou nespokojeni, což je 3,4 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 16 Grafické znázornění spokojenosti s rehabilitací**

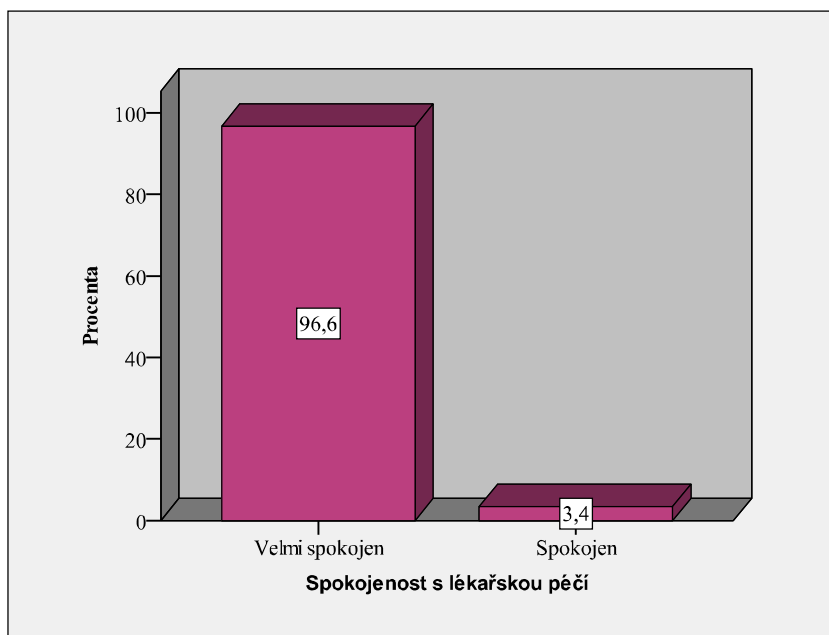


**Tabulka 17 Jste spokojen (a) s lékařskou péčí?**

		Absolutní četnost	%	Kumulativní %
	<b>Velmi spokojen</b>	57	96,6	96,6
	<b>Spokojen</b>	2	3,4	100,0
	<b>Celkem</b>	59	100,0	

Na otázku č. 17 „*Jste spokojen (a) s lékařskou péčí?*“, odpovědělo 57 respondentů, že jsou velmi spokojeni, což je 96,6 % z celkového počtu respondentů, 2 respondenti uvedli, že jsou spokojeni, což je 3,4 % z celkového počtu respondentů, nikdo neuvedl, že je nespokojený.

**Graf 17 Grafické znázornění spokojenosti s lékařskou péčí**



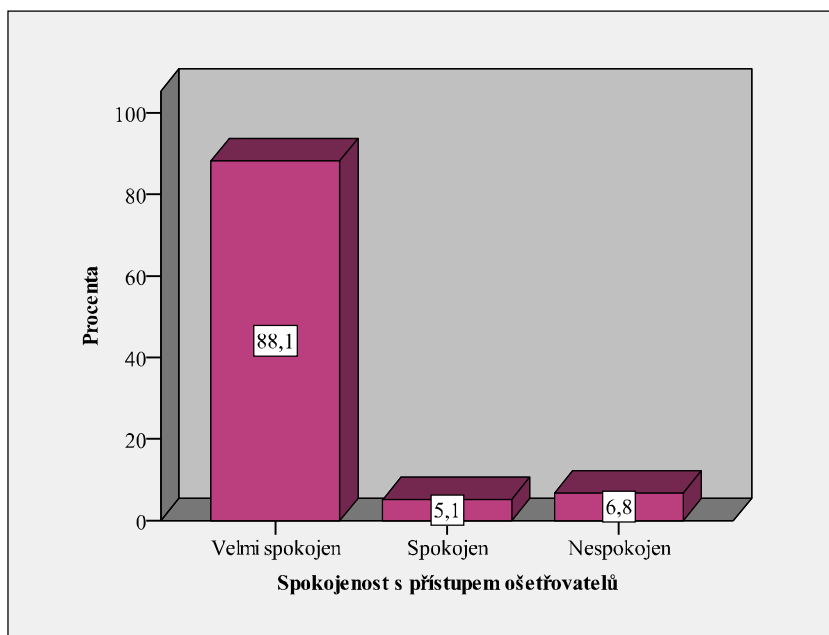
**Tabulka 18 Jak byste zhodnotil (a) přístup ošetřovatelů?**

		Absolutní četnost	%	Kumulativní %
	Velmi spokojen	52	88,1	88,1
	Spokojen	3	5,1	93,2
	Nespokojen	4	6,8	100,0
	Celkem	59	100,0	

Na otázku č. 18 „*Jak byste zhodnotil (a) přístup ošetřovatelů?*“, odpovědělo 52 respondentů, že jsou velmi spokojeni, což je 88,1 % z celkového počtu respondentů, 4 respondenti uvedli, že jsou nespokojeni, což je 6,8 % z celkového počtu respondentů a 3 respondenti uvedli, že jsou spokojeni, což je 5,1 % z celkového počtu respondentů.



**Graf 18 Grafické znázornění spokojenosti s přístupem ošetřovatelů**

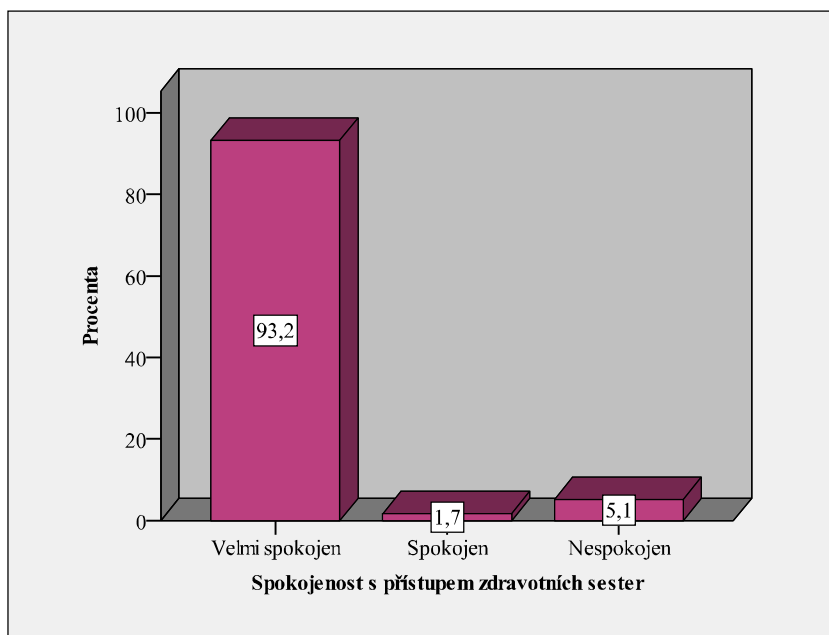


**Tabulka 19 Jak byste zhodnotil (a) přístup zdravotních sester?**

		Absolutní četnost	%	Kumulativní %
	Velmi spokojen	55	93,2	93,2
	Spokojen	1	1,7	94,9
	Nespokojen	3	5,1	100,0
	Celkem	59	100,0	

Na otázku č. 19 „*Jak byste zhodnotil (a) přístup zdravotních sester?*“, 55 respondentů odpovědělo, že jsou velmi spokojeni, což je 93,2 % z celkového počtu respondentů, 3 respondenti uvedli, že jsou nespokojeni, což je 5,1 % z celkového počtu respondentů a 1 respondent uvedl, že je spokojený, což je 1,7 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 19 Grafické znázornění spokojenosti s přístupem zdravotních sester**

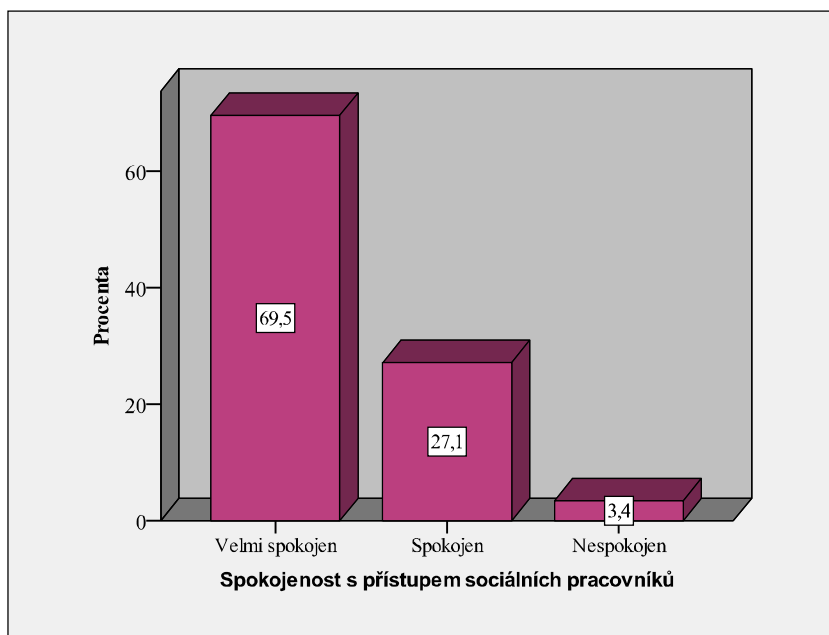


**Tabulka 20 Jak byste zhodnotil (a) přístup sociálních pracovníků?**

	Absolutní četnost	%	Kumulativní %
<b>Velmi spokojen</b>	41	69,5	69,5
<b>Spokojen</b>	16	27,1	96,6
<b>Nespokojen</b>	2	3,4	100,0
<b>Celkem</b>	59	100,0	

Na otázku č. 20 „*Jak byste zhodnotil (a) přístup sociálních pracovníků?*“, odpovědělo 41 respondentů, že jsou velmi spokojeni, což je 69,5 % z celkového počtu respondentů, 16 respondentů odpovědělo, že jsou spokojeni, což je 27,1 % z celkového počtu respondentů a 2 respondenti uvedli, že jsou nespokojeni, což je 3,4 % z celkového počtu respondentů.

**Graf 20 Grafické znázornění spokojenosti s přístupem sociálních pracovníků**



K testování hypotéz byl použit test nezávislosti, neboli Pearsonův test Chí-kvadrát (Pearson Chi-Square). Z vypočtené hodnoty Chí –kvadrátu a počtu stupňů volnosti program vypočítá skutečně dosaženou hladinu významnosti – Signifikance, Sig., kterou porovnáváme se zvolenou hladinou významnosti (většinou na úrovni 5 %). **Pokud je Sig. > 0,05, nulovou hypotézu H0 nezamítáme a tudíž platí. Pokud je Sig. ≤ 0,05, nulovou hypotézu H0 zamítáme a přecházím k H1.**

Tabulky výpočtů uvádím v Příloze č. 8.

**K vedlejší výzkumné otázce V3 byla stanovena hypotéza H1: Míra spokojenosti seniorů s poskytovanými službami souvisí s věkem.**

Otestujeme hypotézu, že spokojenost se stravou souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,154, můžeme říci, že  $0,154 > 0,05$ , data podporují rozhodnutí o nezamítnutí nulové hypotézy, platí, že mezi spokojeností se stravou a věkem není žádný vztah.

Otestujeme hypotézu, že spokojenost s praním a s šitím prádla souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,285, můžeme říci, že  $0,285 > 0,05$ , data podporují rozhodnutí o nezamítnutí nulové hypotézy, platí, že mezi spokojeností s praním a s šitím prádla a věkem není žádný vztah.

Otestujeme hypotézu, že účast na volnočasových aktivitách souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,455, můžeme říci, že  $0,455 > 0,05$ , data podporují rozhodnutí o nezamítnutí nulové hypotézy, platí, že mezi účastí na volnočasových aktivitách a věkem není žádný vztah.

Otestujeme hypotézu, že spokojenost s volnočasovými aktivitami souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,943, můžeme říci, že  $0,943 > 0,05$ , data podporují rozhodnutí o nezamítnutí nulové hypotézy, platí, že mezi spokojeností s volnočasovými aktivitami a věkem není žádný vztah.

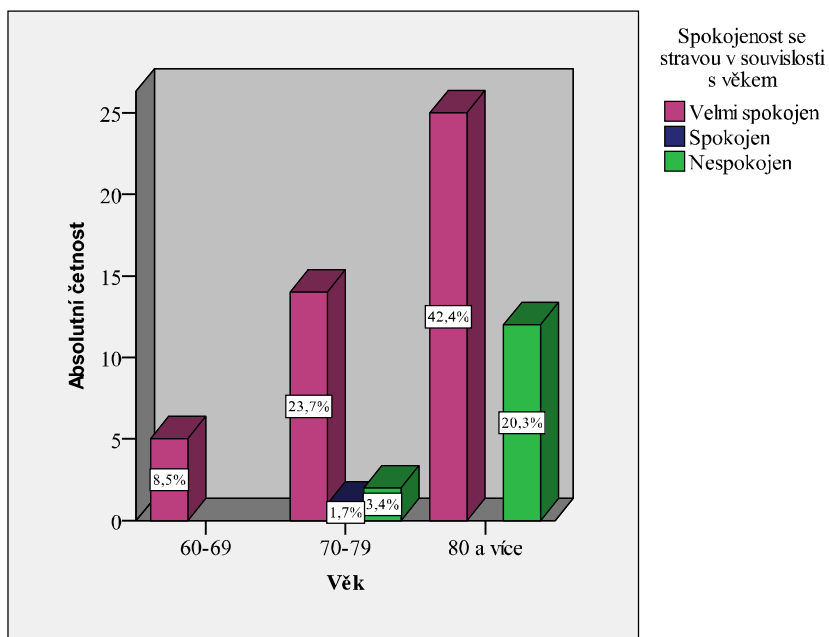
Otestujeme hypotézu, že možnost využívat rehabilitace souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,455, můžeme říci, že  $0,455 > 0,05$ , data podporují rozhodnutí o nezamítnutí nulové hypotézy, platí, že mezi možností využívat rehabilitace a věkem není žádný vztah.

Otestujeme hypotézu, že spokojenost s rehabilitací souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,460, můžeme říci, že  $0,460 > 0,05$ , data podporují rozhodnutí o nezamítnutí nulové hypotézy, platí, že mezi spokojeností s rehabilitací a věkem není žádný vztah.

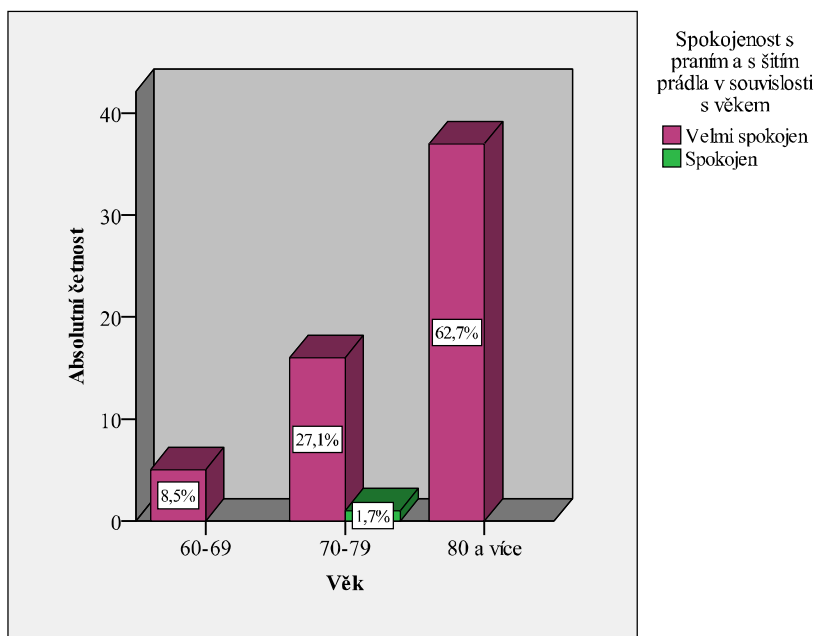
Otestujeme hypotézu, že spokojenost s lékařskou péčí souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,759, můžeme říci, že  $0,759 > 0,05$ , data podporují rozhodnutí o nezamítnutí nulové hypotézy, platí, že mezi spokojeností s lékařskou péčí a věkem není žádný vztah.

**Hypotéza, že míra spokojenosti seniorů s poskytovanými službami souvisí s věkem, se zamítá.**

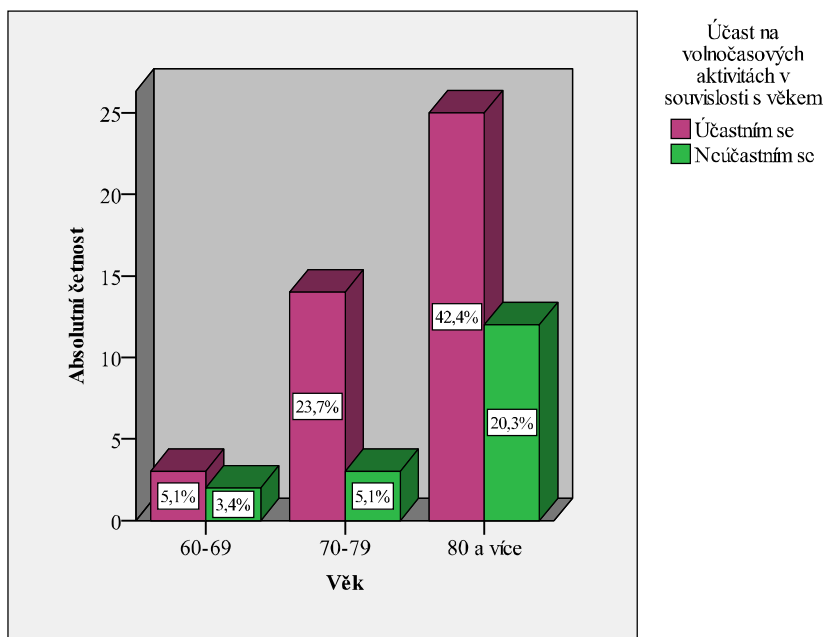
**Graf 21 Grafické znázornění závislosti spokojenosti se stravou a věku**



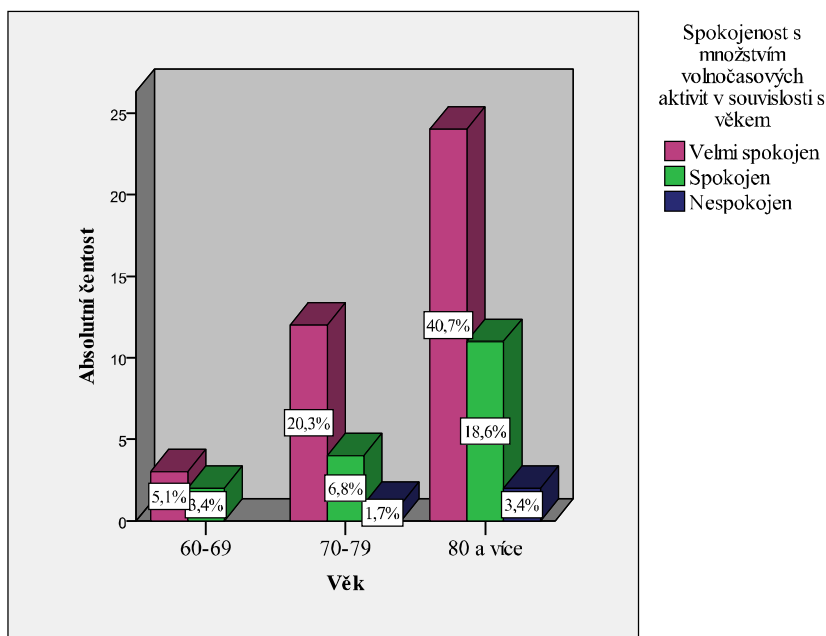
**Graf 22 Grafické zobrazení závislosti spokojenosti s praním a s šitím prádla a věku**



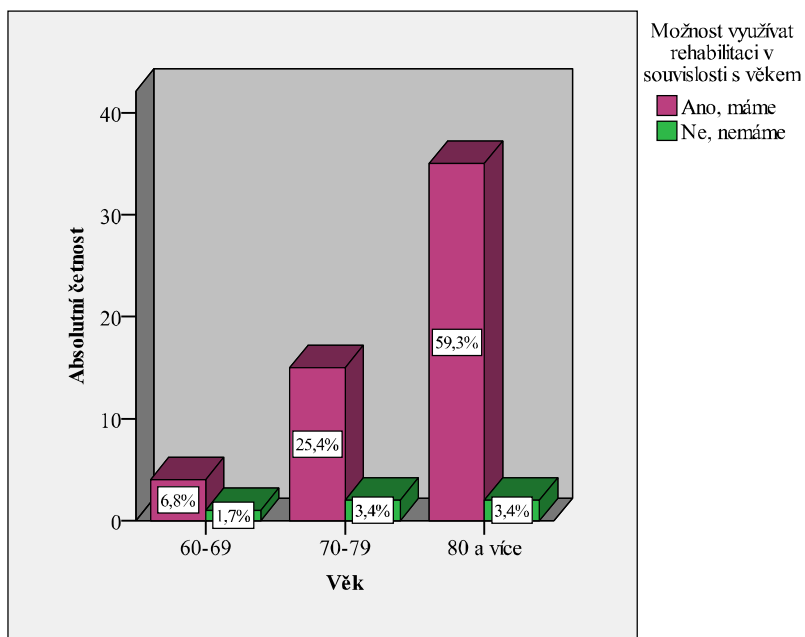
**Graf 23 Grafické znázornění souvislosti účasti na volnočasových aktivitách a věku**



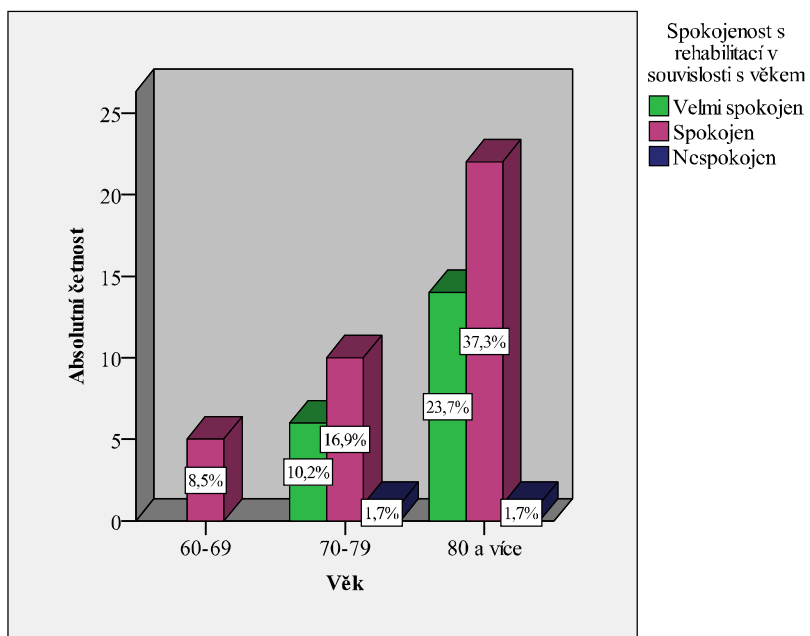
**Graf 24 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s množstvím volnočasových aktivit a věku**



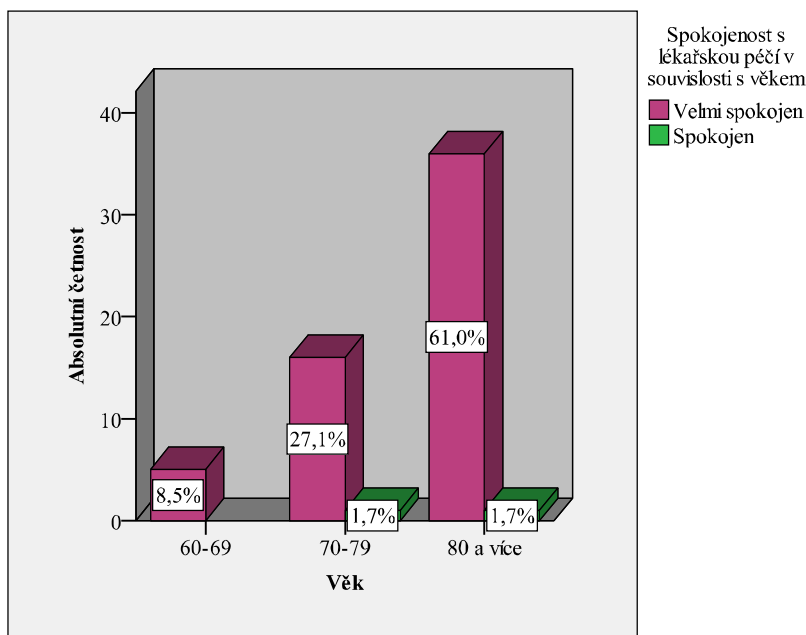
**Graf 25 Grafické znázornění závislosti možnosti využívat rehabilitaci a věku**



**Graf 26 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s rehabilitací a věku**



**Graf 27 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s lékařskou péčí a věku**



**K vedlejší výzkumné otázce V4 byla stanovena hypotéza H2: Míra spokojenosti seniorů s přístupem personálu souvisí s věkem.**

Tabulky výpočtů uvádím v Příloze č. 8.

Otestujeme hypotézu, že spokojenost s přístupem ošetřovatelů souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,072, můžeme říci, že  $0,072 > 0,05$ , data podporují rozhodnutí o nezamítnutí nulové hypotézy, platí, že mezi spokojeností s přístupem ošetřovatelů a věkem není žádný vztah.

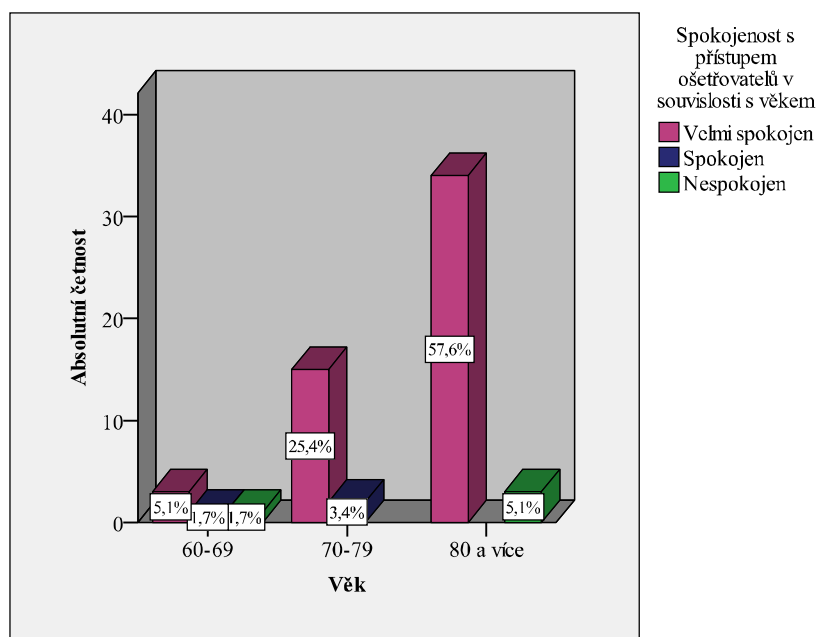
Otestujeme hypotézu, že spokojenost s přístupem zdravotních sester souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,006, můžeme říci, že  $0,006 < 0,05$ , data podporují rozhodnutí o zamítnutí nulové hypotézy, a stanovení hypotézy H1, že mezi spokojeností s přístupem zdravotních sester a věkem existuje vztah.

Otestujeme hypotézu, že spokojenost s přístupem sociálních pracovníků souvisí s věkem. Na základě vypočtené Sig. = 0,033, můžeme říci, že  $0,033 < 0,05$ , data podporují rozhodnutí o zamítnutí nulové hypotézy, a stanovení hypotézy H1, že mezi spokojeností s přístupem sociálních pracovníků a věkem existuje vztah.

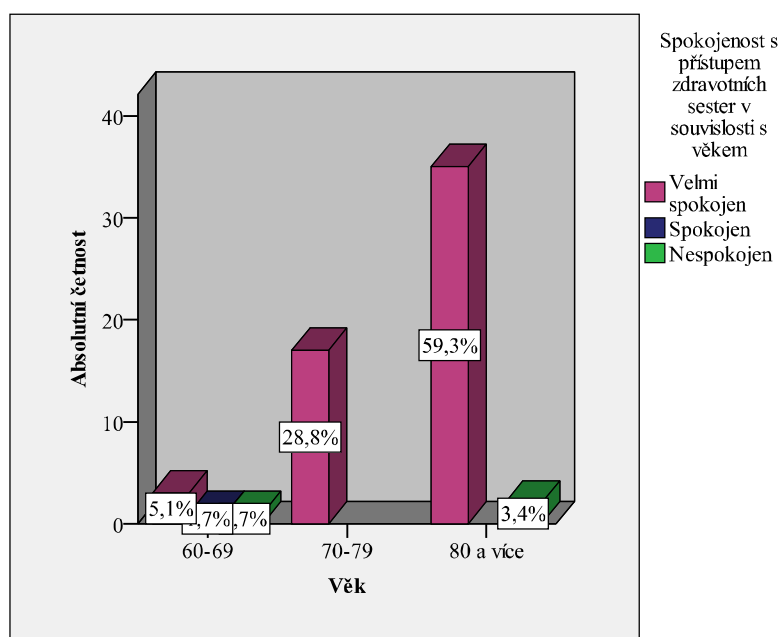


Hypotéza, že míra spokojenosti seniorů s přístupem personálu souvisí s věkem, se potvrdila u zdravotních sester a u sociálních pracovníků, nepotvrdila se u ošetřovatelů.

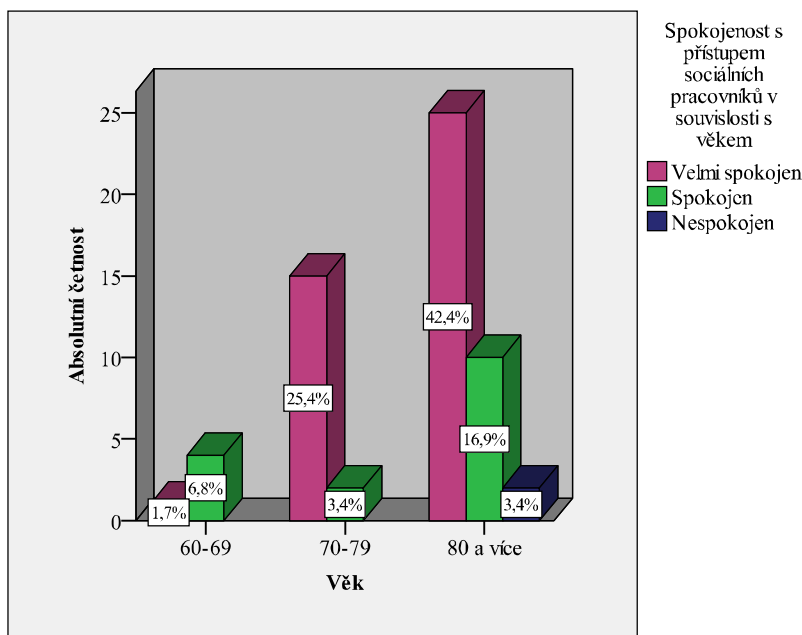
Graf 28 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s přístupem ošetřovatelů a věku



Graf 29 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s přístupem zdravotních sester a věku



**Graf 30 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s přístupem sociálních pracovníků a věku**



## 4.6 Interpretace a diskuse

Pobytové zařízení pro seniory, které je součástí střediska sociálních služeb ve Frýdlantu nad Ostravicí, bylo předmětem mého výzkumu zaměřeného na hodnocení poskytovaných služeb jejich uživateli. Mezi hlavní cíle sociálních služeb domova patří vytvoření podmínek pro péči a podporu uživatelů dle jejich individuálních potřeb. Úkolem zaměstnanců domova je podporovat jejich osobní aktivity v běžném životě, rozšířit nabídku aktivit k vyplnění volného času a zajistit klientům kvalitní a profesionální služby. Snaha o integraci života v domově i mimo něj by měla přispět k vytvoření nových sociálních kontaktů a účasti ve společnosti. Po rekonstrukci Domova pro seniory by mělo být dosaženo snížení počtu uživatelů na pokoji, zvýšení pocitu bezpečí a jistoty, zajištění intimity uživatelů s podporou jejich soběstačnosti. Dotazníkovou formou bylo zjišťováno, jak klienti sami vidí a hodnotí nynější způsob života. S ohledem na sociální strukturu respondentů byly otázky formulovány velmi jednoduše s navrženými možnostmi odpovědí. Takto zvolenou formou dotazů bylo možné při následném zpracování počítačovým programem získat přehled o spokojenosti respondentů v pobytovém zařízení.

Z uvedených respondentů je více žen než mužů, což odpovídá tomu, že ženy se dožívají vyššího věku, tudíž se o své manžely nebo přátele postarají, a když nemají nikoho, kdo by

se o ně postaral, odcházejí do pobytového zařízení. Nejvíce respondentů je ve věku 80 a více let, četnost této věkové kategorie je zřejmě ovlivněna několika faktory: osamělost, zhoršení zdravotního stavu, nevhodné bydlení. Nejpočetnější skupinu tvoří ti, kteří jsou v zařízení méně než 5 let a to je věková skupina 80 a více let. Tabulku č. 42 uvádím v Příloze č. 8. Když srovnáme zdravotní stav, zjistíme, že mobilních uživatelů je 38, mobilních s pomocí 4 a imobilních 17.

Z odpovědí na otázky k **V1: „Jsou senioři dostatečně informováni o možnostech sociálních služeb před přestěhováním do pobytového zařízení, a co je důvodem?“** je možno konstatovat, že senioři by dali přednost bydlení doma s podporou ambulantních nebo terénních služeb, pokud by jim před přestěhováním do domova pro seniory byly poskytnuty dostatečné informace o existujících sociálních službách. Některé výzkumy dokonce uvádějí (Džamilla Stehlíková provedla výzkum v 16 domovech pro seniory, kterého se zúčastnilo 516 seniorů), že mnozí senioři by v pobytových zařízeních vůbec nemuseli být a mohli by i přes své zdravotní omezení nadále zůstat v přirozeném prostředí vlastního domova. Podle tohoto výzkumu se do domova rozhodli uchýlit z jiných důvodů a to zejména, že nechtějí být na obtíž, cítí se osamělí, chtějí pomoci dětem s bydlením, nebo se jim zdá bydlení v domově pohodlnější. Podle výzkumu Bruthansové by 48 % seniorů nejraději zůstalo doma a nechalo o sebe pečovat rodinu. (Mátl, Jabůrková, 2007). Nejčastějším důvodem přestěhování do domova v mém výzkumu byl neuspokojivý zdravotní stav. Další příčinou, avšak méně početnou bylo nevyhovující bydlení. Pokud je senior zdravotně postižený, dal by se zde využít příspěvek na zvláštní pomůcku, podle § 9, zákona č. 329/2011 Sb o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících předpisů. Může to být schodolez, stropní zvedací systém, schodišťová plošina nebo úprava bytu, případně i pořízení motorového vozidla. Mohou využít i půjčovnu kompenzačních pomůcek. 78 % respondentů uvedlo, že kdyby měli někoho, kdo by se o ně postaral, přáli by si zůstat doma. Upřednostnění bydlení doma v tak vysokém procentuálním zastoupení souhlasí s výsledky z uvedených výzkumů, které doporučují soustředit se na zvýšení podpory ambulantní péče. Tady je nutné zlepšit informovanost nejen seniorů, ale hlavně jejich rodinných příslušníků, o jiných možnostech, než jsou pobytová zařízení. Sociální odbory by mohly pořádat ve spolupráci s komunitami a ošetřovateli přednášky s názornými ukázkami domácí péče, poradenstvím a seznámením s podpůrnými pomůckami pro seniory závislé na péči. Přimlouvala bych se rovněž za regionální bezplatné malé veletrhy, kde by provozovatelé sociálních služeb a výrobci

orientováni na potřeby starší generace představovali své vybavení. Rekonstrukce bytů pro potřeby seniorů s doplněním pomůcek, ulehčujících zvládnání běžných denních situací, by mohla zajistit komfortnější podmínky bydlení a prodloužit tak jejich pobyt doma. I tímto směrem by se měl ubírat současný vývoj modernizace bytového fondu s ohledem na starší generaci. Také si mohou senioři zažádat o příspěvek na péči, který vyplácí Úřad práce a z něj si zaplatit pečovatelskou službu nebo někoho z rodiny. Rozsáhlou kampaň na podporu života seniorů v domácím prostředí organizuje občanské sdružení Život 90. Tato kampaň se nazývá „Žít déle doma“ a finančně ji podporuje Ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad práce je partnerem pro její realizaci v praxi. Cílem této kampaně je představení alternativních možností a služeb, které mohou využívat jak senioři, tak jejich rodiny, tak aby se senioři nemuseli stěhovat do pobytových zařízení, nebo se tento moment maximálně oddálil. Občanské sdružení Život 90 zprovoznilo webové stránky [www.zitdeledoma.cz](http://www.zitdeledoma.cz), kde senioři najdou přehled dostupných služeb a zjistí, jaký druh péče se právě pro ně hodí. (Život 90. [online]. [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: <http://www.zivot90.cz/110-press/195-tiskove-zpravy/m-709-nova-kampan-ma-podporit-socialni-peci-v-prirozenem-prostredi>).

Druhá výzkumná otázka se týkala soukromí. **V2: „Mají uživatelé v pobytovém zařízení soukromí?“** Co se týká soukromí, nepotvrdily se mi informace z výzkumu, (Džamilla Stehlíková, 2007), že senioři nemají v pobytovém zařízení soukromí. Dochází k humanizaci domova a tudíž k přestavbě na jednolůžkové a maximálně dvojlůžkové pokoje, což potvrdili sami respondenti, protože uvedli, že nejvíce jich bydlí ve dvojlůžkovém pokoji a nejméně v trojlůžkovém pokoji. Na otázky, jestli mají možnost zamykat si svůj pokoj a jestli zaměstnanci domova klepou na dveře pokoje, když chtějí vstoupit dovnitř, odpovědělo téměř 100 %, že ano. Zde je nutno uvést, že respondenti nebyli dotazováni, zda považují za omezování soukromí bydlení ve dvojlůžkovém pokoji, zda jim vyhovuje domovní řád domova, možnost sledování televize na pokoji se spolubydlícím, čas pro návštěvy.

Třetí výzkumná otázka se týkala spokojenosti s poskytovanými službami. **V3: „Jsou senioři v pobytovém zařízení spokojeni s poskytovanými službami?“** Odpovědi jsou přehledně uspořádané v následující tabulce, ze které vyplývá, že senioři jsou velmi spokojeni, nebo spokojeni s poskytovanými službami. Což může vypovídat o tom, že pobytová zařízení musí mít vypracované standardy kvality, kterými se řídí, a tudíž dochází ke zkvalitňování poskytovaných služeb. Na zkvalitňování se také podílí individuální plánování, jehož úkolem je naplánovat službu podle představ uživatele a poskytovatele.

Nejvíce respondentů je nespokojených se stravou. Zde se projevila zvýšená nespokojenost se stravou u skupiny respondentů nad 80 let (20,3 %), což může mít několik příčin: dřívější stravovací návyky byly odlišné od stravy v domově, ochabující chuťová vnímavost (citlivost), požadavek na měkčí stravu vzhledem k pravděpodobnosti užívání zubních protéz. Dotazovaná skupina respondentů patří ke generaci, která v době svého aktivního života ještě neměla dostatek informací o zdravé výživě a rovněž tehdejší nabídka potravin byla velice omezená, proto jim strava v domově nemusí vyhovovat.

Odpovědi na další výzkumnou otázku: **V4: „Jsou senioři v pobytovém zařízení spokojeni s přístupem personálu?“**, jsou rovněž uvedeny v tabulce, ze které vyplývá, že senioři jsou v pobytovém zařízení s přístupem personálu velmi spokojeni a nejvíce jsou spokojeni s přístupem zdravotních sester.

**Tabulka 21 Spokojenost s poskytovanými službami a přístupem pracovníků**

	<b>Velmi spokojen</b>	<b>Spokojen</b>	<b>Nespokojen</b>
<b>Strava</b>	74,6 %	1,7 %	23,7 %
<b>Praní a šití prádla</b>	98,3 %	1,7 %	-
<b>Volnočasové aktivity</b>	66,1 %	28,8 %	5,1 %
<b>Rehabilitace</b>	33,9 %	62,7 %	3,4 %
<b>Lékařská péče</b>	96,6 %	3,4 %	-
<b>Přístup ošetřovatelů</b>	88,1 %	5,1 %	6,8 %
<b>Přístup zdravotních sester</b>	93,2 %	1,7 %	5,1 %
<b>Přístup sociálních pracovníků</b>	69,5 %	27,1 %	3,4 %

K vedlejší výzkumné otázce V3 byla stanovena hypotéza H1: „Míra spokojenosti seniorů s poskytovanými službami souvisí s věkem.“ Tato hypotéza se nepotvrdila. Tuto skutečnost lze hodnotit pozitivně, je potěšující, že i s přibývajícím věkem se senioři účastní volnočasových aktivit nebo mají zájem o rehabilitaci a nepoddávají se apatii. K vedlejší výzkumné otázce V4 byla stanovena hypotéza H2: „Míra spokojenosti seniorů s přístupem personálu souvisí s věkem.“ Tato hypotéza se potvrdila u zdravotních sester a u sociálních pracovníků. Nepotvrdila se u ošetřovatelů. Se zvyšujícím věkem je pravděpodobnější výskyt chronických onemocnění a zdravotních potíží souvisejících s mobilitou, což vede k tomu, že senioři si uvědomují větší potřebu lékařské péče a ošetření kvalifikovaným zdravotním personálem. Navíc povolání lékaře má vysoký společenský kredit a důvěru

pacientů. Závislost na pomoci při zvládnání běžných životních úkonů je často spojena se stářím. Mnozí senioři považují neschopnost postarat se sami o sebe za handicap a zřejmě o to víc oceňují zdvořilý přístup personálu. Grafické výsledky vykazují větší procento nespokojenosti oproti potvrzeným hypotézám u nejvyšší věkové skupiny. To naznačuje, že nejstarší senioři vyžadují trpělivější a citlivější přístup. Je možné, že ošetřovatelé ve svém pracovním rytmu se nemohou dostatečně uživatelům věnovat nebo může být také důvodem nižší finanční ohodnocení ošetřovatelů oproti zdravotníkům.

## ZÁVĚR

Všichni stárneme, a proto bychom měli usilovat o to, abychom prožili stáří pokud možno aktivní. V případě, že nám to zdravotní stav nedovolí, tak se alespoň snažit o to, abychom mohli co nejdéle zůstat v přirozeném prostředí vlastního domova. Důležitou roli zde hraje rodina. Dle mého názoru, by se měl zvýšit počet pracovníků v sociálních službách, kteří by poskytovali důležité informace seniorům a rodinným příslušníkům o možnostech využití sociálních služeb, tak, aby se péče o seniora dala zvládnout v domácím prostředí. Zákon č. 108/2006 Sb. definuje různé sociální služby, které se pro tento účel dají využít. Pokud se senior rozhodne přestěhovat do pobytového zařízení, měl by si předem zjistit informace o tomto zařízení. Při pobytu dbát o to, aby měl své soukromí a zachoval si svou autonomii. I v pobytovém zařízení může senior prožít kvalitní život.

Cílem práce bylo zhodnotit spokojenost seniorů s poskytovanými službami a s přístupem pracovníků zařízení z úhlu pohledu seniorů, kteří se rozhodli nebo byli okolnostmi přinuceni změnit dosavadní způsob života a přestěhovat se do domova s ošetrovatelskou péčí. K dosažení cíle práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka a čtyři vedlejší výzkumné otázky. K vedlejším výzkumným otázkám byly stanoveny dvě hypotézy a to: „Míra spokojenosti seniorů s poskytovanými službami souvisí s věkem.“ Tato hypotéza se nepotvrdila. „Míra spokojenosti seniorů s přístupem personálu souvisí s věkem.“ Tato hypotéza se potvrdila u přístupu zdravotních sester a sociálních pracovníků a nepotvrdila se u ošetrovatelů. Hodnocením úrovně poskytovaných služeb a míry spokojenosti seniorů v pobytovém zařízení bylo zjištěno, že většina je se službami velice spokojena. Jediné, co bylo vytýkáno, byla nespokojenost se stravou. Tato odchylka se významněji projevila u nejstarší skupiny respondentů. Cíl práce byl naplněn.

Výsledky výzkumu by měly sloužit jako podklady ke zkvalitnění poskytovaných služeb. Jelikož jsou respondenti s poskytovanými službami velice spokojeni, svědčí to o jejich kvalitě. Jediné co lze vytknout je strava. Doporučila bych provozovateli zařízení zaměřit se na kvalitu, množství a pestrost stravy, zda není strava studená a je podávána v dobu, která vyhovuje uživatelům. I u menších porcí je třeba dbát na energetickou hodnotu stravy. Stálo by za úvahu, zda si uživatelé mohou vybírat jídlo z více druhů, nebo by se sami mohli podílet na sestavování jídelníčku. Navrhla bych rozhovor s uživateli, ve kterém by pracovníci zjistili, co je příčinou nespokojenosti a podle toho zvolili řešení. Výsledky práce se mohou využít nejen pro stávající uživatele, ale i pro budoucí klienty.

Vypracovaný dotazník, přestože není standardizovaný, dle mého názoru, je možné využít opakovaně v určitém časovém odstupu, nejlépe však při zachování původních podmínek realizovaného výzkumu, aby bylo možné následně realizovat komparaci zjištěných dat a tím vyhodnotit, zda došlo ke změně názorů uživatelů služeb.

Je nutno ocenit program „Humanizace domova“, kterým se kvalita životních podmínek zde ubytovaných seniorů ještě zlepšila. Vzhledem k tomu, že je domov umístěn v centru města s vyhovující infrastrukturou, navrhovala bych přispět k větší integraci do místní komunity, mohla by se více rozvíjet spolupráce s klubem důchodců nebo podporovat dobrovolné činnosti místních nebo okolních obyvatel z řad starší i mladší generace.

Úroveň společnosti je posuzována také podle toho, jak se dokáže postarat o své sociálně slabší skupiny, ke kterým patří generace starých občanů. Kdybych měla dříve informace, které jsem získala při psaní této práce, mohla bych svému dědečkovi poskytnout ještě kvalitnější péči. Prání prožívat stáří úspěšně závisí také na převzetí zodpovědnosti za naše zdraví. Vyloučit rizikové faktory vedoucí ke zhoršení zdravotního stavu již v mladším věku by mělo být samozřejmostí dnešní generace. Přála bych dnešním i budoucím seniorům, aby mohli i přes různá fyzická či psychická omezení, důstojně prožít svůj „třetí věk.“



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. **AL SAHEB, Jan.** *Dějiny Frýdlantu n. O., Lubna a Nové Vsi.* Ostrava: Montanex, 2009, 747 s. Tady jsme doma. ISBN 978-80-7225-300-5X.
2. **AUSTAD, Steven N.** *Proč stárneme: Proměny lidského těla.* 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 1997, 208 s. ISBN 80-204-0804-5.
3. **BUIJSSEN, Huub.** *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2006, 132 s. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-736-7081-X.
4. **BUŽGOVÁ, Radka.** *Etika ve zdravotnictví.* Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2008, 104 s. ISBN 978-80-7368-501-0.
5. **ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ.** *Sociální gerontologie: úvod do problematiky.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
6. **ČORNANIČOVÁ, Rozália.** *Edukácia seniorov.* 1. vydání. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998, 156 s.. ISBN 978-802-2322-874.
7. **DESSAINT, Marie-Paule a Abigail KOZLÍKOVÁ.** *Nezačínajte stárnout.* 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 231 s. ISBN 80-717-8255-6.
8. **DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar.** *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-802-4741-383.
9. *Frýdlant nad Ostravicí.* Ostrava: Město Frýdlant nad Ostravicí ve vydavatelství Montanex, 2008, 16 s. ISBN 978-80-7225-274-9.
10. **GREGOR, Ota.** *Stárnout, to je kumšt.* 2. vyd. Ilustrace Vladimír Renčín. Praha: Olympia, 1990, 139 s. Kondice. ISBN 80-703-3040-6.
11. **GRUBEROVÁ, Božena.** *Gerontologie.* 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1998, 86 s. ISBN 80-704-0286-5.
12. **HAŠKOVCOVÁ, Helena.** *Fenomén stáří.* Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
13. **HAŠKOVCOVÁ, Helena.** *Fenomén stáří.* 1. vydání. Praha: Panorama, 1990, 416 s. ISBN 80-703-8158-2.
14. **HAŠKOVCOVÁ, Helena.** *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi.* 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-807-2629-008.
15. **HAUKE, Marcela.** *Pečovateľská služba a individuální plánování: praktický průvodce.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

16. **HAYFLICK, Leonard.** *Jak a proč stárneme.* Vyd. 1. V Praze: Knižní klub, 1997, 426 s. ISBN 80-859-2897-3.
17. **HENDL, Jan.** *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat.* 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 583 s. ISBN 80-717-8820-1.
18. **HOCMAN, Gabriel.** *Stárnutí.* 1. vydání. Praha: Avicenum, 1985, 107 s., ISBN neuvedeno
19. **HUBER, Johannes, Hademar BANKHOFER a Elisabeth HEWSON.** *30 způsobů jak se zbavit stresu.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 117 s. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2486-7.
20. **HUBÍK, Stanislav.** *Hypotéza: metodologický nástroj výzkumu ve společenských vědách.* 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 80 s. ISBN 80-704-0842-1.
21. **INGRID VÖLKEL, Marlies Ehmann.** *Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege: stationäre und ambulante Pflege alter Menschen.* 1. Aufl. Stuttgart: G. Fischer, 1997. ISBN 34-375-5040-3.
22. **JANDOUREK, Jan.** *Sociologický slovník.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 285 s.
23. **JANKOVSKÝ, Jiří.** *Etika pro pomáhající profese.* Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-725-4329-6.
24. **JAROŠOVÁ, Darja.** *Péče o seniory.* Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006, 110 s. ISBN 80-736-8110-2. ISBN 80-717-8535-0.
25. **KAHUDA, František.** *Úvod do teorie sociálních výzkumů: učební text pro výběrový seminář na pedagogických fakultách.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1973.
26. **KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ.** *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-699.
27. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro.** *Psychologie nemoci.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
28. **KŘIVOHLAVÝ, Jaro.** *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 141 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4736-044.
29. **KOLEKTIV.** *Slovník cizích slov.* Vyd. 1. Praha: Encyklopedický dům, 1996, 366 s. ISBN 80-901-6478-1.
30. **MALÍKOVÁ, Eva.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.

31. **MAŘÍKOVÁ, Hana, Miloslav PETRUSEK a Alena VODÁKOVÁ.** *Velký sociologický slovník: II. svazek. P-Ž.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996, s. 749-1627. ISBN 80-718-4310-5
32. **MÁTL, Ondřej a Milena JABŮRKOVÁ.** *Kvalita péče o seniory: řízení kvality dlouhodobé péče v ČR.* 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 176 s. ISBN 978-807-2624-997.
33. **MATOUŠEK, Oldřich.** *Rodina jako instituce a vztahová síť.* 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 161 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2919-9.
34. **MATOUŠEK, Oldřich.** *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* Vyd 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-807-3673-109.
35. **MLÝNKOVÁ, Jana.** *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-802-4738-727.
36. **MÜHLPACHR, Pavel.** *Gerontopedagogika.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 203 s. ISBN 80-210-3345-2.
37. **ONDRUŠOVÁ, Jiřina.** *Stáří a smysl života.* Vyd. 1. V Praze: Univerzita Karlova, 2011, 168 s. ISBN 978-802-4619-972.
38. **ORSZÁGH, Jan a Svatopluk KÁŠ.** *Cévní příhody mozkové.* Vyd. 2, Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., 1980. ISBN není uvedeno.
39. **PACOVSKÝ, Vladimír.** *Geriatrická diagnostika.* 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994, 152 s. Medicína a praxe, Sv. 5. ISBN 80-855-2632-8.
40. **PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ.** *Gerontologie.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1981, 304 s. ISBN 08-044-81.
41. **PAUL, Gudrun a Violetta SCHUBA.** *Stop osteoporóze!* Vyd. 1. Překlad Jiří Pondělíček. Praha: Ivo Železný, 2003, 121 s. Jak na to, Sv. 280. ISBN 80-237-3759-7.
42. **PEMOVÁ, Terezie a Radek PTÁČEK.** *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 187 s. ISBN 978-80-247-4317-2.
43. **PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU.** *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky.* 1. vyd. Překlad Abigail Kozlíková. Praha: Portál, 1998, 160 s. ISBN 80-717-8184-3.
44. **PSOTTOVÁ, Jana.** *Praktický průvodce cukrovkou: co byste měli vědět o diabetu.* Praha: Maxdorf, c2012, 126 s. ISBN 978-807-3452-797.
45. **RHEINWALDOVÁ, Eva.** *Novodobá péče o seniory.* Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 86 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9828-8.

46. **SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ.** *Sociologie stáří a seniorů.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-802-4738-505.
47. **SEEL, Mechthild.** *Die Pflege des Menschen: Gesundsein, Kranksein, Altern, Sterben, Beobachtung, Unterstützung bei den ATL, Pflegestandards.* 2., durchges. Aufl., 1. Nachdr. Hagen: Kunz, 1994. ISBN 39-248-9592-9.
48. **SCHMIDBAUER, Wolfgang.** *Psychologie: Lexikon základních pojmů.* 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1994. ISBN 80-206-0459-6.
49. **Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum.** Ostrava: Sagit, 2014, sv. ÚZ. ISBN 978-80-7488-041-4. Dostupné z: <http://www.sagit.cz>
50. **TOKÁROVÁ, Anna.** *Kvalita života a rovnost příležitostí - z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou : 24. a 25. novembra 2004 v Prešove.* Vyd. 1. Editor Anna Tokárová, Jozef Kredátus, Vladimír Frk. Prešov: Prešovská univerzita, 2005, 897 s. Acta Facultatis philosophicae Universitatis Prešovensis. ISBN 80-806-8425-1.
51. **TOPINKOVÁ, Eva a Jiří NEUWIRTH.** *Geriatric pro praktického lékaře.* 1. vyd. Praha: Grada, 1995, 298 s. ISBN 80-716-9099-6.
52. **TOŠNEROVÁ, Tamara.** *Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří.* 1. vyd. Praha: Ústav lékařské etiky UK, 2002, 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
53. **TOŠNEROVÁ, Tamara.** *Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině.* 1. vyd. Editor Tamara Tošnerová. Praha: Ústav lékařské etiky UK, 2000, 61 s. ISBN 80-238-9505-2.
54. **TVAROH, František.** *Všichni stárneme.* 2. vyd. Praha: Avicenum, 1983, 248 s. ISBN 08-010-83.
55. **VACÍNOVÁ, Marie, Dobromila TRPIŠOVSKÁ a Marie FARKOVÁ.** *Psychologie.* Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 189 s. ISBN 978-808-6723-471.
56. **VÁGNEROVÁ, Marie.** *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří.* Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
57. **VENGLÁŘOVÁ, Martina.** *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-802-4721-705.

58. **WEBER, Pavel.** *Minimum z klinické gerontologie: pro lékaře a sestru v ambulanci.* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000, 151 s. ISBN 80-701-3314-7.

59. **ZAVÁZALOVÁ, Helena.** *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

Archív dotazníků Šárky Menšíkové

Vnitřní dokument Střediska sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí

#### **INTERNETOVÉ ZDROJE:**

1. **BARMER GEK Krankenkasse - Presse.** [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://presse.barmer>

<http://presse.barmer>  
[gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Startseite/Startseite.html](http://presse.barmer/gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Startseite/Startseite.html)

2. **Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration.** [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z:

<http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>

3. **BMFSFJ - Startseite - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.** [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.bmfsfj.de/>

4. **Český statistický ústav.** [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/>

5. **Diakonie-Gemeinschaft Puschendorf.** [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.diakonie-puschendorf.org/>

6. **Ministerstvo práce a sociálních věcí.** [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/>

7. **Polovina seniorů je v domovech zbytečně - Aktuálně.cz.** [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/pruzkum-polovina-senioru-je-v-domovech-zbytecne/r~i:article:523675/>

8. **SGB 11 - nichtamtliches Inhaltsverzeichnis.** [online]. [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/)

9. **Společnost sociálních pracovníků ČR.** [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://sspcr.xf.cz/code.html>.

10. **Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí.** [online]. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.sssfno.cz/>

11. **Život 90.** [online]. [cit. 2014-04-06]. Dostupné z: <http://www.zivot90.cz/110-press/195-tiskove-zpravy/m-709-nova-kampan-ma-podporit-socialni-peci-v-prirozenem-prostredi>

**PŘÁVNÍ PŘEDPISY:**

1. **Vyhláška č. 505/2006 Sb.**, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
2. **Zákon č. 108/2006 Sb.**, o sociálních službách
3. **Zákon č. 329/2011 Sb.**, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ

S.	Strana
Č.	Číslo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Sb.	Sbírka
Sig.	Signifikance
V.	Výzkumná otázka
H.	Hypotéza

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Grafické znázornění podílu pohlaví .....	56
Graf 2 Grafické znázornění věku v procentech .....	57
Graf 3 Grafické znázornění počtu let v pobytovém zařízení .....	58
Graf 4 Grafické znázornění zdravotního stavu .....	59
Graf 5 Grafické znázornění otázky č. 5 .....	60
Graf 6 Grafické znázornění znalosti sociálních služeb .....	61
Graf 7 Grafické znázornění otázky č. 7 .....	62
Graf 8 Grafické znázornění typů pokojů .....	63
Graf 9 Grafické znázornění otázky č. 9 .....	64
Graf 10 Grafické znázornění odpovědi na otázku č. 10 .....	65
Graf 11 Grafické znázornění spokojenosti se stravou .....	66
Graf 12 Grafické znázornění spokojenosti s praním a s šitím prádla .....	67
Graf 13 Grafické znázornění účasti na volnočasových aktivitách .....	68
Graf 14 Grafické znázornění spokojenosti s množstvím volnočasových aktivit .....	69
Graf 15 Grafické znázornění možnosti využívat rehabilitace .....	70
Graf 16 Grafické znázornění spokojenosti s rehabilitací .....	71
Graf 17 Grafické znázornění spokojenosti s lékařskou péčí .....	72
Graf 18 Grafické znázornění spokojenosti s přístupem ošetřovatelů .....	73
Graf 19 Grafické znázornění spokojenosti s přístupem zdravotních sester .....	74
Graf 20 Grafické znázornění spokojenosti s přístupem sociálních pracovníků .....	75
Graf 21 Grafické znázornění závislosti spokojenosti se stravou a věku .....	77
Graf 22 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s praním a s šitím prádla a věku .....	77
Graf 23 Grafické znázornění souvislosti účasti na volnočasových aktivitách a věku .....	78
Graf 24 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s množstvím volnočasových aktivit a věku .....	78
Graf 25 Grafické znázornění závislosti možnosti využívat rehabilitaci a věku .....	79
Graf 26 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s rehabilitací a věku .....	79
Graf 27 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s lékařskou péčí a věku .....	80
Graf 28 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s přístupem ošetřovatelů a věku .....	81
Graf 29 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s přístupem zdravotních sester a věku .....	81
Graf 30 Grafické znázornění závislosti spokojenosti s přístupem sociálních pracovníků a věku .....	82



## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb, autor Šárka Menšíková podle (Hauke, 2011, s. 46) .....	106
Obrázek 2 Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí, autor Šárka Menšíková.....	110

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pohlaví .....	55
Tabulka 2 Věk .....	56
Tabulka 3 Počet let v pobytovém zařízení .....	57
Tabulka 4 Zdravotní stav .....	58
Tabulka 5 Důvody rozhodnutí přestěhování do domova pro seniory .....	59
Tabulka 6 Znalost sociálních služeb .....	60
Tabulka 7 Kdybyste měli někoho, kdo by se o Vás postaral, zůstali byste raději v přirozeném prostředí vlastního domova? .....	61
Tabulka 8 Možnosti ubytování .....	62
Tabulka 9 Zamykání pokojů .....	63
Tabulka 10 Klepou zaměstnanci na dveře pokoje? .....	64
Tabulka 11 Jste spokojen (a) se stravou? .....	65
Tabulka 12 Jste spokojen (a) s praním a s šitím prádla? .....	66
Tabulka 13 Účast na volnočasových aktivitách .....	67
Tabulka 14 Jste spokojen (a) s množstvím nabízených volnočasových aktivit? .....	68
Tabulka 15 Máte možnost využívat rehabilitace? .....	69
Tabulka 16 Jste spokojen (a) s rehabilitací? .....	70
Tabulka 17 Jste spokojen (a) s lékařskou péčí? .....	71
Tabulka 18 Jak byste zhodnotil (a) přístup ošetřovatelů? .....	72
Tabulka 19 Jak byste zhodnotil (a) přístup zdravotních sester? .....	73
Tabulka 20 Jak byste zhodnotil (a) přístup sociálních pracovníků? .....	74
Tabulka 21 Spokojenost s poskytovanými službami a přístupem pracovníků .....	85
Tabulka 22 Kontingenční tabulka .....	119
Tabulka 23 Chi-Square Tests k tabulce č. 22 .....	119
Tabulka 24 Kontingenční tabulka .....	120
Tabulka 25 Chi-Square Tests k tabulce č. 24 .....	120
Tabulka 26 Kontingenční tabulka .....	121
Tabulka 27 Chi-Square Tests k tabulce č. 26 .....	121
Tabulka 28 Kontingenční tabulka .....	122
Tabulka 29 Chi-Square Tests k tabulce č. 28 .....	122
Tabulka 30 Kontingenční tabulka .....	123
Tabulka 31 Chi-Square Tests k tabulce č. 30 .....	123
Tabulka 32 Kontingenční tabulka .....	124
Tabulka 33 Chi-Square Tests k tabulce č. 32 .....	124
Tabulka 34 Kontingenční tabulka .....	125
Tabulka 35 Chi-Square Tests k tabulce č. 34 .....	125
Tabulka 36 Kontingenční tabulka .....	126
Tabulka 37 Chi-Square Tests k tabulce č. 36 .....	126
Tabulka 38 Kontingenční tabulka .....	127
Tabulka 39 Chi-Square Tests k tabulce č. 38 .....	127
Tabulka 40 Kontingenční tabulka .....	128
Tabulka 41 Chi-Square Tests k tabulce č. 40 .....	128
Tabulka 42 Kontingenční tabulka .....	129

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1:** Slovník pojmů

**Příloha č. 2:** Rady, jak si prodloužit život

**Příloha č. 3:** Maslowova pyramida potřeb

**Příloha č. 4:** Vývoj sociálních služeb

**Příloha č. 5:** Historie Střediska sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí

**Příloha č. 6:** Srovnání České republiky a Německa

**Příloha č. 7:** Standardy kvality a Etický kodex sociálních pracovníků

**Příloha č. 8:** Tabulky k výsledkům výzkumu

**Příloha č. 9:** Žádost o provedení kvantitativního výzkumu

**Příloha č. 10:** Dotazník

## PŘÍLOHA Č. 1

### SLOVNÍK POJMŮ

1. **Deprese** – tísnivá, smutná nálada, jedno z nejčastějších a nejzávažnějších duševních onemocnění. Téměř všem depresím je společné základní tísnivé ladění, změna vnímání budoucnosti v negativním smyslu (všechno vždycky vyjde špatně, deprese sama nikdy neskončí, spíše bude horší). (Schmidbauer 1994, s. 28).

2. Pojem „**stres**“ pochází z latinského výrazu „stratus“, který v překladu znamená „přitažený“, „napjatý“, nebo „napnutý“ a který byl převzat z angličtiny. V angličtině znamenal původně napětí, tlak, tendenci využít možnosti, zdůraznění výrazu, vyzvednutí stanoviska. U nás zdomácněl teprve od 70. let, kdy maďarsko-kanadský lékař Prof. Dr. Hans Selye (považovaný za průkopníka bádání o stresu) uvedl výraz „stres“ do naší terminologie. Tento pojem měl nejprve negativní význam. Podle obecné interpretace stres ohrožuje zdraví a celkový pocit pohody a u nás znamenal přílišné napětí, přílišnou zátěž, problematiku moderní civilizace. (Huber, Bankhofer, Hewson 2009, s. 19).

3. **Osteoporóza** – je onemocnění vyznačující se řídnutím kostní tkáně, úbytkem kostní hmoty a zhoršováním její mikroarchitektury, čímž dochází ke zvýšené lomivosti kostí a zvýšenému riziku fraktury. Termín „osteoporóza“ pochází z řečtiny a lze jej přeložit takto: osteon – znamená kost a porosis – značí řídnutí, vytváření dutin v orgánech. Obecně je známo, že u každého člověka dochází s postupujícím věkem k procesům úbytku, opotřebením a degenerace. Podle údajů uváděných v odborné literatuře činí stářím podmíněná ztráta kostní hmoty, která začíná asi mezi třicátým pátým až čtyřicátým rokem života, u zdravého člověka asi 0,5 až 1,5 procenta ročně. (Paulová, Šubová 1998, s. 11).

4. **Diabetes mellitus**- je závažné chronické onemocnění, vzniká na základě úplného nebo relativního nedostatku inzulínu. V důsledku nedostatečného účinku inzulínu dojde též k poruše zpracování cukrů, tuků, bílkovin a minerálů. Rozlišujeme diabetes mellitus 2. typu, který je nejčastější a diabetes mellitus 1. typu, gestační diabetes u těhotných žen a ostatní typy včetně druhotného – sekundárního typu. (Psotová 2012, s. 15).

5. **Alzheimerová choroba** – je degenerativní onemocnění mozku a představuje jednu nikoliv jedinou formu demence. Uvedené označení je však společensky elegantní, znají je i laici, a proto je možné je používat i pro jiná degenerativní onemocnění mozku. Ostatně

projevy všech demencí jsou „stejně“ nebo podobné. Účinná (kauzální) léčba není známa, nástup onemocnění lze však oddálit a průběh nemoci zmírnit. V řadě zemí byl uveden do života nadnárodní Plan Alzheimer. Je to logické, protože pacientů s Alzheimerovou chorobou dramaticky přibývá a přibývat bude. Podle dostupných (oficiálních) informací žilo v roce 2010 na světě asi 35 000 000 takových pacientů a odhaduje se, že jejich počet se do roku 2030 zdvojnásobí. Plan Alzheimer byl velkorysý francouzský projekt zaměřený na výzkum a vývoj účinných léků a rozvoj specifických služeb pro pacienty s Alzheimerovou chorobou nebo jinou formou demence. V roce 2008, kdy Evropské unii předsedala Francie, ho vyhlásil její prezident Nicolas Sarkozy. Projekt se uskutečnil v letech 2008 – 2012 a připojily se k němu i další státy jako Anglie, Skotsko, Norsko. V České republice zatím chybí na tento projekt peníze. (Haškovcová 2012, s. 51).

6. **Parkinsonova choroba** byla popsána již v roce 1817 londýnským lékařem Jamesem Parkinsonem, podle něhož se také jmenuje. Jde o závažné neurodegenerativní onemocnění s odumíráním určitých mozkových buněk. Nemoc postihuje starší osoby a projevuje se motorickým neklidem (nekontrolovatelné pohyby, třes). Nebo naopak nápadnou ztuhlostí. Obě formy jsou doprovázeny stavu zmatenosti a deprese. Porušena je i komunikace. Stejně jako populární „Alzheimerova choroba“ je i Parkinsonova choroba právem obávaná a komplikuje život nejen postiženému, ale i jeho rodině a přátelům. (Haškovcová 2012, s. 128).

7. *„Mozková cévní příhoda – toto onemocnění je způsobeno poruchou cév, které zásobují mozek a záleží na tom, v které oblasti mozku nebo v které cévě k poruše došlo. Jsou cévy, které zásobují životně důležité oblasti a naopak cévy vyživující podstatně méně významné úseky nervové soustavy. Je-li postižen kmen větší cévy, vyřadí se větší úsek mozku než při postižení drobné tepénky. Jsou oblasti dobře prokrvené s bohatým kolaterálním oběhem, kde cévní příhoda zanechá jen malé následky. Naproti tomu jsou úseky, kde pro chudost prokrvení a nedostatečný kolaterální oběh jsou často následky vážné. První, kdo zjistil, že mozková mrtvice má vztah k pitevnímu nálezu mozkového krvácení, byl Johann Jacob Wepfer ze Schaffhausenu“.* (MUDr. J. Országh, CSc., MUDr. S. Káš, CSc., 1980, s. 12).

8. *„Demence – soubor příznaků vznikajících v důsledku degenerativního či cévního onemocnění mozku a projevující se jako výrazný úbytek intelektových schopností nemocného člověka. Laicky a často užívaný obrat „jsem dementní“, „on je dementní“, obsahuje srozumitelnou, i když nelichotivou informaci, že dotyčný si špatně nebo nic*

*nepamatuje, postrádá schopnost logického úsudku a říká „nesmysly“. Také jeho chování je „divné“ a jakékoliv snahy o domluvu ze strany rodiny bývají neúčinné. K zřetelné a diagnostikovatelné demenci je však „dlouhá cesta“ (několik měsíců, ale častěji i let), a proto je dobře vědět, že dotyčný postupně ztrácí schopnost orientovat se nejprve v čase, pak v prostoru. Později nepoznává známé lidi a nakonec neví, ani kdo je.“ (Haškovcová, 2012. s. 65).*

9. **Frustrace** – Sigmund Freud ji popsal jako „odepření“ nějakého přání nebo potřeby. (Schmidbauer 1994, s. 51).

10. **Agrese** je chování, které škodí nějakému jinému člověku – buď bezprostředně (tělesné zraňování), nebo zprostředkovaně (duševní příkoří). Agrese může být ofenzivní (útok) nebo defenzivní (obrana). (Schmidbauer 1994, s. 10).

11. **Domácí násilí** je významný a nebezpečný sociálně patologický jev. Za domácí násilí je často považováno především násilí mezi dospělými partnery, v laické veřejnosti téměř vždy asociuje násilí mužů na ženách. V modernějším pojetí je tento model považován za přežitý a pojem domácí násilí je stále častěji nahrazován pojmem „násilí v rodině“. Tento pojem označuje skutečnost, že veškeré mezilidské vztahy mohou být zatíženy násilím (verbálním, neverbálním) a ani rodinné prostředí případně blízkost v mezilidských vztazích nemusí znamenat ochranu a záštitu před násilím. Zároveň upozorňuje na to, že obětí násilí v blízkých vztazích zdaleka nemusí být jen ženy, ale mohou jimi být i muži a násilí může mít rovněž mezigenerační charakter. Právní vztah mezi agresorem a obětí není rozhodující. Definice teorie domácího násilí pojí jeden společný jmenovatel – panuje v nich nejednotnost, uplatňují se různé ideové přístupy a výkladové koncepce. Důvod je jednoduchý – domácí násilí představuje diverzifikovaný, širokospektrální mnohvrstvý jev, který může nabývat různé skutkové podoby i různé stupně intenzity, a to v různých kombinacích. Odborníci se shodují na jeho určujících, klíčových znacích. K nim patří:

- Výskyt násilných incidentů (násilí),
  - které se opakují (opakovatelnost)
  - a to se vzrůstající intenzitou (eskalace)
  - čímž vzniká jasné dělení rolí na násilnou a ohroženou osobu (asymetričnost vztahu). (Pemová, Ptáček, 2012, str. 166).

Násilí v rodině je fyzické, psychické nebo sexuální násilí mezi osobami navzájem si blízkými, ke kterému dochází v soukromí, a tím skrytě mimo kontrolu veřejnosti, intenzita

násilných incidentů se zpravidla stupňuje a u oběti vede ke ztrátě schopnosti včas zastavit násilné incidenty a efektivně vyřešit narušený vztah.

Druhy domácího násilí lze rozdělit takto:

- násilí mezi dospělými partnery,
- násilí páchané členy rodiny na dětech,
- násilí páchané uvnitř rodiny na seniorech

Jednou ze základních charakteristik uváděných v souvislosti s domácím násilím, která ho odlišuje od ostatních druhů násilí a činí ho velmi nebezpečným a pro oběť vysoce stresujícím, je, že oběť se přestane cítit bezpečně v intimním prostředí domova, kde bychom všichni měli mít právo pociťovat zázemí a bezpečí. Pojem „násilí v rodině“ také upozorňuje na to, že existují partnerské vztahy, které jsou násilím zatíženy, přesto se ani jeden z partnerů ve vztahu necítí vážně ohrožen, oba partneři vnímají vzájemnou podporu a svůj vztah označili za fungující. Na násilí v rodině můžeme nahlížet jako na zásadní problém v partnerské komunikaci. Tento pohled nám umožňuje vidět tento jev v souvislosti komplexního fungování vztahu, kdy násilí, případně násilné chování, je jednou a zdaleka nemusí být nejdůležitější z jeho charakteristik. Tento přístup otevírá cestu k psychosociální intervenci v takových vztazích, protože komunikační strategie lze s terapeutickou podporou zlepšovat nebo i měnit. Bohužel se setkáváme s týráním seniorů i v pobytových zařízeních. (Pemová, Ptáček, 2012 str. 167).

12. **Integrace** – začleňování do společnosti. (Slovník cizích slov 1996, s. 154).

13. **Empatie neboli vcítění**- nejranější poukazy na schopnost vcítění leží zřejmě v dětském spontánním napodobování gest a mimiky dospělých, k nimž má dítě důvěru. (Schmidbauer 1994, s. 43).

## PŘÍLOHA Č. 2

### **RADY, JAK SI PRODLOUŽIT ŽIVOT**

Autorka knihy Nezačínajte stárnout Marie – Paule Dessaintová (1992, s. 31) si myslí, že faktory, které prodlužují věk, jsou:

- Vysoký věk našich prarodičů
- Život v páru
- Studium (čím déle studujeme, tím vyššího věku se dožíváme)
- Bydlení v obci do 10 000 obyvatel
- Používání bezpečnostního pásu v autě
- Vykonávání fyzické práce
- Provozování nějakého sportu alespoň třikrát týdně, nebo třikrát týdně cvičit
- Podstupovat alespoň jednou za rok preventivní prohlídky u lékaře
- Být klidný, mírný
- Nepít příliš mnoho alkoholu (maximálně dvě konzumace denně = jedna konzumace se rovná jednomu pivu nebo skleničce vína nebo jedné stopce tvrdého alkoholu)
- Být ženou – ženy se dožívají vyššího věku než muži

Naopak faktory, které snižují věk:

- Úmrtí jednoho z rodičů na srdeční chorobu před 60. rokem věku
- Některé nemoci vyskytující se v rodině, např. vrozená cukrovka nebo rakovina
- Sebevražda jednoho z rodičů
- Bydlení v aglomeraci s počtem obyvatel vyšším než 1 milion
- Osamocený život
- Cestování autem víc než 25 000 km ročně
- Práce v kanceláři nebo na podobném místě
- Stravování typu „fast – food“

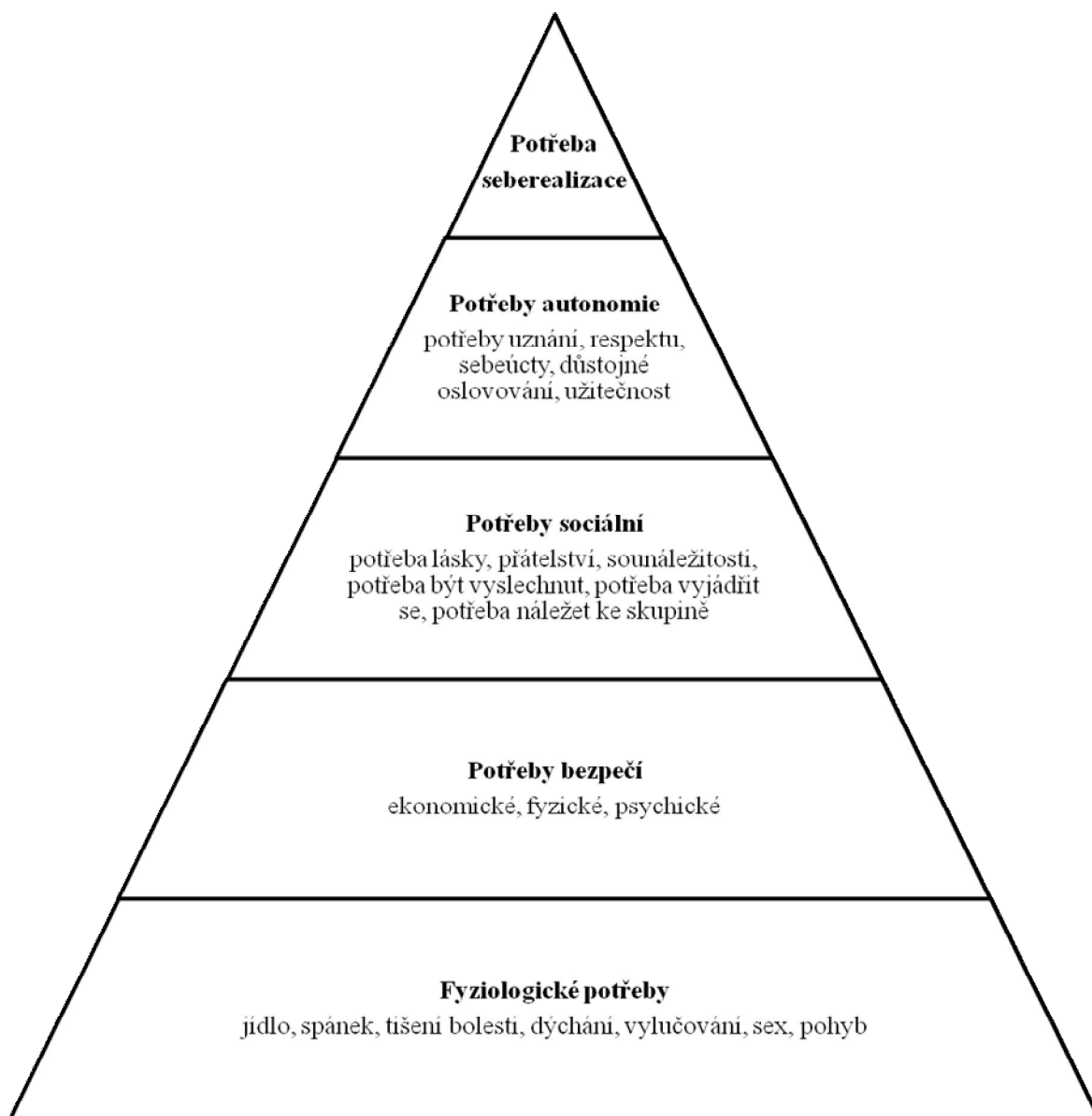


- Zvyšování váhy (čím větší je nadváha, tím víc se věk snižuje)
- Být napjatý, nervózní, ve stresu
- Pít více alkoholu
- Kouření (jeden balíček cigaret denně sniží věk o šest let)

### PŘÍLOHA Č. 3

## MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb, autor Šárka Menšíková podle (Hauke, 2011, s. 46)



## PŘÍLOHA Č. 4

### VÝVOJ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Služby byly a stále jsou motivovány snahou pomoci chudým, případně jinak sociálně slabým lidem, a současně se do nich promítá zájem osob (nebo skupin) disponujících mocí na udržování společenské rovnováhy. V raném středověku se první sociální služby objevily po přijetí křesťanství za státní náboženství a po zřízení církve. Chudinská péče však byla ve středověku poskytována de facto formou almužny, chudému nevznikal na nic právní nárok. První církevní sociální služby začaly poskytovat kláštery a později farnosti. Většina těchto služeb měla charakter poskytování přístřeší, základní stravy a jisté základní zdravotní péče. V rámci katolické církve vznikaly v raném středověku první řády orientované na pomoc chudým a nemocným. Jedním z prvních a nejvýznamnějších byl řád svatého Františka, který vznikl ve 13. století. Později, na přelomu středověku a novověku, zakládaly své charitativní organizace rovněž protestantské církve. Ve středověku začala vyvíjet svou činnost rovněž církevní bratrstva, zpravidla utvořená kolem určité farnosti. Jejich služby byly poskytovány jen úzkému okruhu osob do vyčerpání velmi omezené kapacity. Farnosti se později staly prvními subjekty, jimž panovníci prostřednictvím právních norem svěřovali péči o chudé. Kláštery spolu s farnostmi tak představovaly v podstatě první instituce, které plánovitě a více či méně organizovaně poskytovaly dlouhodobou pomoc chudým, nejvíce právě prostřednictvím služeb věcného charakteru (strava, nocleh, ošacení). Ze strany státu se ve středověku vůči chudým uplatňoval spíše represivní přístup, pramenící z vnímání chudých a potřebných jako společenské hrozby. Ještě v renesanční době bylo běžné vsazovat tuláky, chudé a blázny na lodi, které pluly od města k městu jako jakési pohyblivé ústavy, nebo je v rámci veřejných zábavných akcí vymrskávat z města. Na našem území byla represivní opatření vůči chudým lidem poprvé upravena v říšském policejním řádu Ferdinanda I. z roku 1552. Ve stejném duchu se u nás později vydávala další nařízení proti žebrotě a o postrku, například nařízení Marie Terezie „Bettler-, Schub- und Verpflegsordnung“ z roku 1754. Represivní přístup k lidem žijící na okraji společnosti, který v jiných zemích v době osvícenství spíše zesiloval, byl u nás do určité míry zmírněn dvorskými dekrety Josefa II z let 1782 – 1786, jimiž bylo doporučováno zřizování farních chudinských ústavů. Na přelomu 16. a 17. století vydala anglická královna Alžběta I. své první chudinské zákony. Tyto právní předpisy (Kodex chudých z roku 1597 a Chudinský zákoník z roku 1601) ukládaly obcím povinnost

pomáhat svým praceneschopným chudým a představovaly důležitý mezník ve vývoji chudinské péče. Jednalo se totiž o první právní předpisy v této oblasti s celostátní působností. Později se chudinská péče přesunula do pravomoci města a později obcí. Se vznikem centralizovaných států v Evropě se tak začala centralizovat i politika státu vůči chudým. Chudí byli rozlišováni na praceneschopné a práce neschopné. Až na přelomu 18. a 19. století vznikala diferenciovaná velká zařízení pro opuštěné děti (sirotčince), pro lidi trpící duševními poruchami (blázince), pro staré lidi (starobince), pro lidi nemajetné (chudobince). Byla to doba koncentrace znevýhodněných ve specializovaných ústavních zařízeních. (Matoušek, 2007., s. 17-21). Na našem území byla veřejná chudinská péče legislativně upravena až v polovině 19. století. Povinnost pečovat o chudé byla převedena na města a obce a v souvislosti s tím byl zaveden institut domovského práva. Domovské právo bylo zavedeno jako soubor práv a povinností, jež vyplývaly z právního vztahu mezi příslušníky obce, který měl vůči obci domovské právo, a obcí samotnou. Zákon o domovském právu stanovil obsah práva domovského jako právo na pobyt v obci a nárok na zaopatření chudinské. Přelom 19. a 20. století byl dobou vzniku církevních i jiných organizací zaměřených na práci s mládeží, která jsou dodnes vitální. Pozoruhodný je zejména vývoj skautské organizace. Organizace pracující s mládeží slouží nepochybně jako prevence sociálního selhání mladých lidí, jsou tedy jedním z prvních pokusů o zřízení preventivních sociálních služeb. (Matoušek, 2007., s. 22). Po vzniku Československé republiky v roce 1918 došlo k recepci rakousko-uherského práva, tedy k převzetí velkého množství rakousko-uherských předpisů do právního řádu ČSR. Chudinská péče byla u nás i v okolních zemích poskytována až jako krajní řešení situace, kdy chudý nebyl podpořen z jiných zdrojů. Primárně měla zabezpečení chudého obstarat rodina, dále pak měl být zajištěn z jiných systémů veřejného zabezpečení a v neposlední řadě bylo možné zabezpečení ze strany spolků, fondů a jiných soukromoprávních subjektů. Pokud člověk nemohl být dostatečně zabezpečen z těchto zdrojů, vznikala povinnost správních orgánů – postupně obce, okresu a země – poskytnout potřebnému chudinskou péči. Odpovědnost zainteresovaných s jasnou prioritou rodiny. Chudinský zákon odlišoval chudinské podporování pravidelné, přechodné a naturáliemi. Výše i způsob chudinského zaopatření se určovaly v rámci správního uvážení obce, konkrétní nárok co do výše i formy tedy vznikal rozhodnutím obce.

## PŘÍLOHA Č. 5

# HISTORIE STŘEDISKA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB MĚSTA FRÝDLANT NAD OSTRAVICÍ

První písemná zmínka o městě Frýdlant nad Ostravicí pochází z roku 1395, jeho majitelem byl Hynek z Frýdlantu, příslušník rodu Romanovců. (Město Frýdlant nad Ostravicí, str. 1, 2008). Roku 1854 došlo ke správnímu rozdělení zdejšího arcibiskupského velkostatku na oblast hukvaldskou (západní) a frýdlantskou (východní). Význam Frýdlantu nad Ostravicí tímto rozhodnutím značně vzrostl. Zvýšená koncentrace arcibiskupských zaměstnanců v městečku vedla k potřebě postarat se nejen o ně, ale rovněž o jejich rodinné příslušníky. Zabezpečení kvalitnější sociální péče i pozvednutí úrovně zdejšího školství bylo svěřeno kongregaci milosrdných sester sv. Karla Boromejského, působících v českých zemích od první poloviny 19. století. Sestry, které přišly do Frýdlantu nad Ostravicí, působily nejdříve v církevní věznici na Mírově, ale pak věznice přešla do světských rukou a sestry musely věznici opustit. Olomoucký arcibiskup Bedřich z Fürstenberku slíbil sestřím vlastní klášter a protože znal Frýdlant a měl ho rád, rozhodl klášter umístit právě zde. Tři sestry boromejky přišly ještě před výstavbou kláštera dne 19. září 1870, byl jim vyhrazen malý provizorní klášter, kde strávily sestry 4 roky. Základní kámen kláštera byl položen 28 srpna 1871, celý klášterní komplex byl vystavěn a následně opravován z peněz nadace olomouckého arcibiskupa, po němž právem převzal jméno „Bedřichův ústav“. V roce 1874 se mohly první boromejky přestěhovat do části novostavby, která již byla vhodná k obývání. Začátkem roku 1875 přišly další tři sestry, které se zde měly věnovat výchově dcer arcibiskupských zaměstnanců. První chovankou se stala osmiletá dcera lesního ze Salajky (osada Kozlovic), Marie Rajchová, kterou svěřili rodiče sestřím v polovině ledna 1875. Zanedlouho ji následovaly další dvě dívky. Do konce prvního školního roku měl ústav 10 chovank a 2 externí žákyně. Stavba byla dokončena až v roce 1876, komplex měl široké klenuté chodby a vzdušné místnosti, skutečným klenotem kláštera byla kaple, představující věrnou napodobeninu chrámu sv. Pavla v Římě. Zájem o vzdělání stále rostl, byla zde měšťanská dívčí škola s německým vyučovacím jazykem a německá měšťanská škola. Dále pak dívčí obchodní škola jako česká soukromá škola s českým vyučovacím jazykem. Klášter se začal potýkat s nedostatkem místa a byl několikrát přestavován. Nejhorší situace pro klášter byla za druhé světové války, kdy nacisté obsadili celý klášter a

vojáci bourali zdi podle svých potřeb. Po roce 1945 zde byla národní škola. Po roce 1948 došlo k zestátnění školství a vyučování převzala světská správa. V původním objektu kláštera byl roku 1950 zřízen Domov důchodců, který zde sídlí dodnes. Poslední sestry boromejky odsud odešly v roce 1971. (Dějiny Frýdlantu nad Ostravicí, Lubna a Nové Vsi, 2009, s. 275).

**Obrázek 2 Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí, autor Šárka Menšíková**



## PŘÍLOHA Č. 6

### SROVNÁNÍ ČESKÉ REPUBLIKY A NĚMECKA

Německá spolková republika se stejně jako všechny průmyslově vyspělé země světa musí vážně zabývat problémem stárnoucí populace. Z demografického vývoje společnosti vyplývá, že je třeba hledat nové způsoby soužití mladé, starší a velmi staré generace. Chtěla bych zde uvést, jak je přistupováno k sociální politice seniorů v sousedním Bavorsku a dalších spolkových zemích Německa. Informace, zde uvedené, pocházejí z materiálů bavorského ministerstva práce, sociálních záležitostí, rodiny a žen (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen), dále z učebnic a odborné literatury o péči o staré a nemocné, z tematických časopisů a nabídek domovů pro seniory. Tyto podklady jsem získala od svých příbuzných, trvale žijících a pracujících v Bavorsku. Vzhledem k tomu, že ve sjednocené Evropě platí podobné zákony, je pravděpodobné, že i v oblasti péče o stárnoucí generaci se budou země unie navzájem inspirovat a jejich vlády podporovat výzkumné programy, které usnadní život seniorů.

Stejně jako v České republice, tak i v Německu si většina starších občanů přeje zůstat do vysokého věku soběstačná, žít a bydlet co nejdéle ve svém domově. K tématu „Bydlení ve stáří“ existuje mnoho příkladů alternativních bytových konceptů, které jsou přizpůsobeny potřebám starších nebo péči vyžadujících lidí. Příslušná ministerstva a komunální sociální odbory vydávají publikace a informují veřejnost v seniorských centrech, na sociálních sítích, v médiích nebo na veletrzích o možnostech integrace seniorů do společnosti tak, aby ze společného soužití měly užitek všechny věkové skupiny. Starší generace se zajímá o zavedené systémy sociální pomoci a kromě toho je seznamována s praktickými příklady nových, moderních konceptů bydlení včetně nabídky sociálních služeb. Modelové a výzkumné programy zaměřené na zlepšení kvality života seniorů jsou často zaštitěny známými osobnostmi z oblasti politické, kulturní nebo sportovní činnosti. Významnou roli zde hraje také ochota lidí věnovat se dobrovolné práci a sdružovat se v různých dobročinných spolcích, svépomocných skupinách a občanských iniciativách.

#### **Legislativní zajištění sociální péče**

Sociální pojištění, které zahrnuje pojištění zdravotní, úrazové při výkonu povolání, důchodové a na podporu v nezaměstnanosti, bylo v roce 1995 doplněno o zákonné

pojištění při dlouhodobé ošetrovatelské péči. V sociální sbírce zákonů (Sozialgesetzbuch – SGB XI) jsou stanoveny podmínky pro uznání dlouhodobé zdravotní péče. Dlouhodobá zdravotní péče je podle zákona (Pflegeversicherungsgesetz – Pflege VG) definována jako „*pravidelně vykonávána pomoc z důvodu tělesné, mentální nebo duševní choroby nebo invaliditou postižené osobě po dobu nejméně šesti měsíců, nezbytná pro každodenní život.*“ (Völker, Ehman, 1997, s. 1).

Zákonné sociální pojištění je povinné pro zaměstnavatele a zaměstnance, pro podnikatele a samostatné řemeslníky je možné zvolit určitou formu dobrovolného pojištění. Vedle státního sociálního pojištění existuje v Německu privátní pojištění, do kterého spadají státní zaměstnanci a podnikatelé. Sociální pojištění v závislosti na výši příjmu odvádějí také poživatelé starobních důchodů. Tyto a další podrobné informace o německém daňovém systému se nacházejí ve sbírce zákonů (Sozialgesetzbuch-SGB XI). (SGB 11 - nichtamtliches Inhaltsverzeichnis.: [online]. [cit. 2014-03-04]. Dostupné z: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/)). Německý solidární pojišťovací systém poskytuje svým pojištěným občanům i přes častou kritiku spolehlivou pomoc v tíživých životních situacích.

## **Pečovatelské domy a domovy pro seniory (Altenheim, Altenpflegeheim)**

Nabídka ubytování v pečovatelských domech nebo rezidencích pro seniory je velice pestrá. Provozovateli pečovatelských zařízení jsou hlavně církevní instituce (Caritas, Diakonie), svaz pracujících (Arbeiterwohlfahrt), německý Červený kříž, paritní dobročinné spolky (Paritätischer Wohlfahrtverband). (Völker, Ehman, 1997, s. 289) a samozřejmě soukromí podnikatelé. Jak široká je nabídka, tak rozdílné je i cenové rozpětí. V „Apothekenumschau“ z 1. 2. 2014 uvádí pramen GEK Pflegereport 2013 (BARMER GEK Krankenkasse - Presse.: [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Startseite/Startseite.html>) průměrné náklady na pobyt v domově z roku 2011. V ceně za měsíc jsou zahrnuty i příspěvky na dlouhodobou péči:

- pro první stupeň celkem 2 403 euro      příspěvek činil 1 023 euro
- pro druhý stupeň celkem 2 845 euro      příspěvek činil 1 279 euro
- pro třetí stupeň celkem 3 312 euro      příspěvek činil 1 510 euro



V současné době se náklady na stacionární péči průběžně zvyšují. Zdejší domovy pro seniory jsou ekonomicky prosperující zařízení, která však jsou pro mnohé seniory závislé na dlouhodobé péči příliš drahá. Nestačí-li penze a jsou-li úspory vyčerpány, na pobyt rodičů v domově doplácí jejich děti. Dodatečné dobrovolné připojištění je podporováno spolkovou vládou, ale podle „Apothekenumschau“ z pramene Barmer GEK Pflegereport 2013 (BARMER GEK Krankenkasse - Presse.: [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Startseite/Startseite.html>) je využíváno jen každým dvacátým pojištěncem. Stoupající náklady na stacionární péči jsou povážlivé a do budoucna rostou obavy z hrozící stařecké chudoby osob závislých na ošetrovatelské péči.

## **Život v domovech se stacionární péčí**

Průměrný věk, ve kterém se němečtí senioři rozhodli nebo byli okolnostmi donuceni přestěhovat se do domova s ošetrovatelskou péčí činil v roce 2009 -2011 u mužů 78,9 a u žen 82,5 let. (Pramen: Barmer GEK Pflegereport 2013 v Apothekenumschau), (BARMER GEK Krankenkasse - Presse.: [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <https://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Startseite/Startseite.html>). Podle statistických údajů (Alter schafft Neues – Initiativen und Informationen für ältere Menschen, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 11018 Berlin, 2008, (BMFSFJ - Startseite - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.bmfsfj.de/>), z počtu 2,1 miliónů obyvatel vyžadujících dlouhodobou péči (podíl starších než 60 let), 10 % bylo:

- v domácí péči: 1,5 mil.
- v domově s péčí: 0,6 mil.

Z výše uvedených údajů vyplývá, že i přes nutnost intenzivní péče si lidé závislí na ošetrovatelské pomoci přejí nadále zůstat ve svém domácím důvěrně známém prostředí. V případě, že senioři nezvládají sami se o sebe postarat a volí odchod do domova s péčí, mohou podle výběru zařízení očekávat kvalitní, profesionální ošetrování. Vedle zdravotních sester a ošetrovatelů (Krankenschwester-pfleger) existuje vzdělání ošetrovatelek a ošetrovatelů pro seniory vyžadující péči (Altenpflegerin-pfleger), ukončené

písemnou, ústní a praktickou státní zkouškou, anebo zdravotních pomocníků (Krankenpflegehelferin-helfer), ukončené ústní a praktickou zkouškou (Mechthild Seel, 1994, s. 21 -24). Základní modely pro ošetřování jsou převzaty z anglo-amerických zemí, kde se dlouhodobá péče etablovala v posledních desetiletích jako samostatný vědecký obor ovlivněný znalostmi z medicíny, psychologie a sociologie (Völker, Ehman, 1997, s. 4).

Pro usnadnění volby vhodného domova je často nabízeno bydlení na zkoušku. Obyvatelé domova bývají činní v domovní radě. Důležitou součástí denního života je v církevních zařízeních modlitba a nedělní bohoslužba. Zde žijí a pracují spolu s kvalifikovaným personálem řádové sestry. V mnoha oblastech se angažují a pomáhají dobrovolníci (Diakonie-Gemeinschaft Puschendorf. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.diakonie-puschendorf.org/>).

## **Alternativní formy bydlení (Alternative Wohnformen für ältere Menschen)**

V publikaci bavorského sociálního ministerstva *Alternative Wohnformen für ältere Menschen* (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>) je popsáno 5 různých typů bydlení pro seniory, kteří jsou odkázáni na určitý stupeň pomoci, ale nechtějí se vzdát soukromí svého domova a přejí si i nadále bydlet doma nebo podobně jako doma. Publikace je doplněna konkrétními příklady z praxe, které seznamují zájemce se způsobem bydlení a nabídkou různorodých služeb obyvatelům těchto moderních, alternativních bytových konceptů.

## **Péče při bydlení doma (Betreutes Wohnen zu Hause)**

Jedná se o službu pro seniory, kteří potřebují pomoc při běžných domácích činnostech, ale nejsou ještě závislí na ošetrovatelské péči. V tomto případě je ve smlouvě uvedena základní nabídka služeb obsahující zpravidla následující:

- kontaktní místo se stanovenou dobou provozu
- nejméně 1x za 14 dnů návštěva dobrovolného pracovníka
- nabídka poradenských služeb
- organizace a zprostředkování služeb různých druhů

- organizace akcí společenského a informativního charakteru

Pokud klienti mají zájem o služby nad rámec smlouvy, jsou povinni si je dodatečně zaplatit. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>).

## **Byty s pečovatelskou službou (Betreutes Wohnen)**

Tato forma bydlení pro starší generaci se začala používat počátkem devadesátých let. Bytové podmínky jsou přizpůsobeny speciálním požadavkům seniorů s tím, že v případě potřeby je postaráno o ošetření ambulantní nebo záchranou lékařskou službou. Zároveň však mají zajištěno své soukromí a možnost samostatného rozhodování o náplni svého života. Byty jsou buďto nájemní anebo v osobním vlastnictví a předmětem bytové smlouvy je zpravidla povinnost uživatelů využívat služeb sjednaných pronajímatelem bytů s dohodnutým poskytovatelem ošetrovatelské péče. Kvalita bytů s ošetrovatelskou péčí se posuzuje podle jednotné spolkové normy DIN-Norm 77 800. Při splnění požadavků odpovídajících uvedené normě může provozovatel získat certifikát o kvalitě bytů. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>).

## **„Quartier“ koncept (Quartierskonzepte)**

Quartierem se rozumí městská čtvrť, obec nebo část obce různé velikosti, kde se uskutečňují alternativní formy bydlení. Tyto koncepty si kladou za cíl podpořit a oživit sousedský způsob bydlení. Představy zřizovatelů o nabízených službách mohou být velmi odlišné. Především jde ale o to, aby byly k dispozici prostory k setkávání a budována infrastruktura sloužící k smysluplnému zajištění potřeb pro všechny skupiny obyvatel quartieru, a to nejen pro ty starší. Nabídka služeb může být velmi pestrá – od organizování sousedské výpomoci, zajištění nouzové lékařské nebo ošetrovatelské pomoci až po zřizování bytových společenství s ambulantní péčí. Důležitým prvkem v tomto konceptu je dostupné středisko s celodenním provozem, které zprostředkovává potřebné služby. Poskytované služby jsou pro obyvatele quartieru bezplatné. Tímto má být umožněno především starším lidem zůstat co nejdéle ve známém prostředí a vést soběstačný a pokud možno aktivní život. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und

Integration. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>).

## **Ambulantní domovní společenství (Ambulante Hausgemeinschaften)**

V tomto případě se jedná o solidární formu bydlení v bytovém domě, kdy si bydlící navzájem pomáhají při zvládnání situací běžného života. Byty jsou odděleny, takže obyvatelé zde žijící mají zajištěno své soukromí a mohou dále žít svým navyklym způsobem. Přitom mají možnost setkávat se ve společenské místnosti, která bývá využívána pro různé události, jako např. oslavy, představení aj. aktivity. Při potřebě dalších služeb, např. ošetrovatelské péče nebo jiných požadavků přesahujících běžnou sousedskou výpomoc, jsou najímány externí odborné pracovní síly. V podstatě existují dva typy ambulantních domovních společenství. V prvním případě se jedná o bytový dům, ve kterém bydlí pouze senioři, ve druhém případě se jedná o mezigenerační bydlení, kdy si mladí a starší navzájem vypomáhají různými protislužbami. Charakteristickým rysem obou případů je bydlení v solidární sousedské společnosti a podílení se na autonomii a koncepci bytového modelu. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>).

## **Bytová společenství s ambulantní péčí (Ambulant betreute Wohngemeinschaften)**

Dalším typem alternativního způsobu bydlení jsou bytová společenství s ambulantní péčí, která je možno zařadit mezi ošetrovatelskou péči prováděnou doma a současně tento koncept odpovídá způsobu ošetrování v domově se stacionární péčí. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>). V zákoně o ošetrování a péči a kvalitě bytů (*PflegeWogG*) v odstavci *Art.2 Abs.3* (Rechtsgrundlagen Förderungen. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.stmas.bayern.de//senioren/recht/>) jsou definovány požadavky na úroveň těchto bytových zařízení. Účelem bydlení ve speciálně upravených bytech je umožnit lidem odkázaným na celodenní ošetrovatelskou péči žít s

podobně postiženými ve společné domácnosti. Podle výše uvedeného zákona může být ve společném bytu ubytováno maximálně dvanáct osob, které vyžadují zdravotní péči. Každý uživatel společného bytu vlastní pokoj k obývání a spaní. Kuchyně a obývací pokoj jsou užívány společně.

Členové bytového společenství s ambulantní péčí si sami určují a rozhodují o potřebném rozsahu profesionálních služeb nutných k zajištění provozu domácnosti. Předností takto koncipovaného bydlení je mj. úspora financí při ošetřování. Na nákladech pro např. celodenní ošetrovatelskou službu se podílejí příslušní zdravotně postižení nájemníci. Částku za péči, která by pro jednotlivce byla nedostupná, je možné při společném financování snadněji uhradit. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>).

Bytová společenství s ambulantní péčí jsou zakládána různými organizacemi. Jedná se o majitele nemovitostí, developerské firmy, poskytovatele ošetrovatelských služeb, obecně prospěšné spolky, příbuzné nebo budoucí nájemníky těchto bytů. Výhodou bydlení v bytových sdruženích je, že i v malých obcích je při relativně nízkých investicích do stávajícího bytového fondu umožněno starším občanům vyžadujícím stacionární péči zůstat ve svém známém prostředí. (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. [online]. [cit. 2014-03-06]. Dostupné z: <http://www.zukunftsministerium.bayern.de/>).

Cílem péče o starší generaci v Bavorsku a spolkových zemích Německa je umožnit seniorům co nejdéle bydlet ve svém bytě nebo v jiných alternativních formách bydlení podobných vlastnímu domovu. Některé představené koncepty se podobají českým podmínkám bydlení pro seniory, ale společné bydlení v jednom bytě je u nás spíše využíváno mladší generací. Při společném bydlení netrpí senioři pocitem osamělosti a vzájemná výpomoc jim ulehčí zvládat každodenní situace. Domovy se stacionární péčí jsou na rozdíl od českých většinou státem provozovaných domovů hospodářsky fungující zařízení, což se odráží mnohdy ve vysoké ceně za pobyt. I proto se hledají alternativní, levnější formy bydlení.

## PŘÍLOHA Č. 7

### STANDARDY KVALITY A ETICKÝ KODEX

Standardů kvality je celkem 15 a dělí se do tří skupin:

#### 1. Procedurální standardy

Standard č. 1 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Standard č. 2 – Ochrana práv osob

Standard č. 3 – Jednání se zájemcem o sociální službu

Standard č. 4 – Smlouva o poskytování sociální služby

Standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby

Standard č. 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard č. 8 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

#### 2. Personální standardy

Standard č. 9. – Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců

#### 3. Provozní standardy

Standard č. 11 – Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard č. 12 – Informovanost o poskytované sociální službě

Standard č. 13 – Prostředí a podmínky

Standard č. 14 – Nouzové a havarijní situace

Standard č. 15 – Zvyšování kvality sociálních služeb (Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>

Sociální pracovníci se musí řídit etickým kodexem sociálních pracovníků ČR. Tento kodex obsahuje etické zásady sociální práce, pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi, ve vztahu ke svému zaměstnavateli, ve vztahu ke svým kolegům, dále pak upravuje vztah ke svému povolání a odbornosti a v neposlední řadě vztah sociálního pracovníka ke společnosti. Tento etický kodex platí od 1. ledna 1995. (Společnost sociálních pracovníků ČR. [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://sspcr.xf.cz/code.html>).

## PŘÍLOHA Č. 8

### TABULKY K VÝSLEDKŮM VÝZKUMU

Tabulka 22 Kontingenční tabulka

			Spokojenost se stravou			Celkem
			Velmi spokojen	Spokojen	Nespokojen	
Věk	60-69	Absolutní četnost	5	0	0	5
		%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	14	1	2	17
		%	82,4%	5,9%	11,8%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	25	0	12	37
		%	67,6%	0,0%	32,4%	100,0%
Celkem		Absolutní četnost	44	1	14	59
		%	74,6%	1,7%	23,7%	100,0%

Tabulka 23 Chi-Square Tests k tabulce č. 22

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,679 <sup>a</sup>	4	,154
Likelihood Ratio	7,958	4	,093
Linear-by-Linear Association	3,767	1	,052
N of Valid Cases	59		
a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.			

**Tabulka 24 Kontingenční tabulka**

			Spokojenost s praním a s šitím prádla		Celkem
			Velmi spokojen	Spokojen	
<b>Věk</b>	60-69	Absolutní četnost	5	0	5
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	16	1	17
		%	94,1%	5,9%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	37	0	37
		%	100,0%	0,0%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	58	1	59
		%	98,3%	1,7%	100,0%

**Tabulka 25 Chi-Square Tests k tabulce č. 24**

<b>Chi-Square Tests</b>			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,513 <sup>a</sup>	2	,285
Likelihood Ratio	2,532	2	,282
Linear-by-Linear Association	,704	1	,401
N of Valid Cases	59		
a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.			



**Tabulka 26 Kontingenční tabulka**

			Účast na volnočasových aktivitách		Celkem
			Účastním se	Neúčastním se	
<b>Věk</b>	60-69	Absolutní četnost	3	2	5
		%	60,0%	40,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	14	3	17
		%	82,4%	17,6%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	25	12	37
		%	67,6%	32,4%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	42	17	59
		%	71,2%	28,8%	100,0%

**Tabulka 27 Chi-Square Tests k tabulce č. 26**

<b>Chi-Square Tests</b>			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,575 <sup>a</sup>	2	,455
Likelihood Ratio	1,655	2	,437
Linear-by-Linear Association	,118	1	,731
N of Valid Cases	59		
a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,44.			

**Tabulka 28 Kontingenční tabulka**

			Spokojenost s množstvím volnočasových aktivit			Celkem
			Velmi spokojen	Spokojen	Nespokojen	
Věk	60-69	Absolutní četnost	3	2	0	5
		%	60,0%	40,0%	0,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	12	4	1	17
		%	70,6%	23,5%	5,9%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	24	11	2	37
		%	64,9%	29,7%	5,4%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	39	17	3	59
		%	66,1%	28,8%	5,1%	100,0%

**Tabulka 29 Chi-Square Tests k tabulce č. 28**

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,764 <sup>a</sup>	4	,943
Likelihood Ratio	1,004	4	,909
Linear-by-Linear Association	,032	1	,857
N of Valid Cases	59		
a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.			

**Tabulka 30 Kontingenční tabulka**

			Možnost využívat rehabilitace		Celkem
			Ano, máme	Ne, nemáme	
Věk	60-69	Absolutní četnost	4	1	5
		%	80,0%	20,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	15	2	17
		%	88,2%	11,8%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	35	2	37
		%	94,6%	5,4%	100,0%
Celkem		Absolutní četnost	54	5	59
		%	91,5%	8,5%	100,0%

**Tabulka 31 Chi-Square Tests k tabulce č. 30**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,543 <sup>a</sup>	2	,462
Likelihood Ratio	1,365	2	,505
Linear-by-Linear Association	1,507	1	,220
N of Valid Cases	59		
a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.			

**Tabulka 32 Kontingenční tabulka**

			Spokojenost s rehabilitací			Celkem
			Velmi spokojen	Spokojen	Nespokojen	
<b>Věk</b>	60-69	Absolutní četnost	0	5	0	5
		%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	6	10	1	17
		%	35,3%	58,8%	5,9%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	14	22	1	37
		%	37,8%	59,5%	2,7%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	20	37	2	59
		%	33,9%	62,7%	3,4%	100,0%

**Tabulka 33 Chi-Square Tests k tabulce č. 32**

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,619 <sup>a</sup>	4	,460
Likelihood Ratio	5,255	4	,262
Linear-by-Linear Association	1,494	1	,222
N of Valid Cases	59		
a. 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.			

**Tabulka 34 Kontingenční tabulka**

			Spokojenost s lékařskou péčí		Celkem
			Velmi spokojen	Spokojen	
<b>Věk</b>	60-69	Absolutní četnost	5	0	5
		%	100,0%	0,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	16	1	17
		%	94,1%	5,9%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	36	1	37
		%	97,3%	2,7%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	57	2	59
		%	96,6%	3,4%	100,0%

**Tabulka 35 Chi-Square Tests k tabulce č. 34**

<b>Chi-Square Tests</b>			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,551 <sup>a</sup>	2	,759
Likelihood Ratio	,668	2	,716
Linear-by-Linear Association	,009	1	,925
N of Valid Cases	59		
a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.			

**Tabulka 36 Kontingenční tabulka**

			Spokojenost s přístupem ošetřovatelů			Celkem
			Velmi spokojen	Spokojen	Nespokojen	
<b>Věk</b>	60-69	Absolutní četnost	3	1	1	5
		%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	15	2	0	17
		%	88,2%	11,8%	0,0%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	34	0	3	37
		%	91,9%	0,0%	8,1%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	52	3	4	59
		%	88,1%	5,1%	6,8%	100,0%

**Tabulka 37 Chi-Square Tests k tabulce č. 36**

<b>Chi-Square Tests</b>			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,607 <sup>a</sup>	4	,072
Likelihood Ratio	9,896	4	,042
Linear-by-Linear Association	1,222	1	,269
N of Valid Cases	59		
a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,25.			

**Tabulka 38 Kontingenční tabulka**

			Spokojenost s přístupem zdravotních sester			Celkem
			Velmi spokojen	Spokojen	Nespokojen	
<b>Věk</b>	60-69	Absolutní četnost	3	1	1	5
		%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	17	0	0	17
		%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	35	0	2	37
		%	94,6%	0,0%	5,4%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	55	1	3	59
		%	93,2%	1,7%	5,1%	100,0%

**Tabulka 39 Chi-Square Tests k tabulce č. 38**

<b>Chi-Square Tests</b>			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14,543 <sup>a</sup>	4	,006
Likelihood Ratio	8,687	4	,069
Linear-by-Linear Association	1,513	1	,219
N of Valid Cases	59		
a. 7 cells (77,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.			

**Tabulka 40 Kontingenční tabulka**

			Spokojenost s přístupem sociálních pracovníků			Celkem
			Velmi spokojen	Spokojen	Nespokojen	
<b>Věk</b>	60-69	Absolutní četnost	1	4	0	5
		%	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%
	70-79	Absolutní četnost	15	2	0	17
		%	88,2%	11,8%	0,0%	100,0%
	80 a více	Absolutní četnost	25	10	2	37
		%	67,6%	27,0%	5,4%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	41	16	2	59
		%	69,5%	27,1%	3,4%	100,0%

**Tabulka 41 Chi-Square Tests k tabulce č. 40**

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,465 <sup>a</sup>	4	,033
Likelihood Ratio	10,382	4	,034
Linear-by-Linear Association	,098	1	,754
N of Valid Cases	59		
a. 6 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.			



**Tabulka 42 Kontingenční tabulka**

			Věk			Celkem
			60-69	70-79	80 a více	
<b>Délka pobytu v zařízení</b>	Méně než 5 let	Absolutní četnost	2	10	23	35
		%	5,7%	28,6%	65,7%	100,0%
	6 - 9 let	Absolutní četnost	0	3	6	9
		%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	Více než 10 let	Absolutní četnost	3	4	8	15
		%	20,0%	26,7%	53,3%	100,0%
<b>Celkem</b>		Absolutní četnost	5	17	37	59
		%	8,5%	28,8%	62,7%	100,0%

## PŘÍLOHA Č. 9

### ŽÁDOST

Středisko sociálních služeb  
města Frýdlant nad Ostravicí  
Mgr. Bc. Milan Kuba  
Padlých hrdinů 312  
739 11 Frýdlant nad Ostravicí

Šárka Menšíková  
739 41 Palkovice 756

Palkovice 25. 10. 2013

#### **Žádost o provedení kvantitativního výzkumu**

Dobrý den,

obracím se na Vás se žádostí o provedení kvantitativního výzkumu metodou dotazníku vlastní konstrukce ve Vaší organizaci. Tento dotazník bude sloužit pro účely mé bakalářské práce na Ostravské univerzitě v Ostravě, fakultě sociálních studií. Téma mé bakalářské práce je: „Hodnocení pobytového zařízení seniory.“ Minimální počet respondentů by měl být 60.

Věřím v kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Šárka Menšíková

## **PŘÍLOHA Č. 10**

### **DOTAZNÍK**

Dobrý den vážený respondente,

jmenuji se Šárka Menšíková a jsem studentkou třetího ročníku fakulty sociálních studií Ostravské univerzity v Ostravě. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a bude použit jen pro účely výzkumu k mé bakalářské práci. Prosím, abyste všechny údaje vyplnil (a) pravdivě. Děkuji.

#### **Otázka č. 1**

*Jste?*

- a) Muž
- b) Žena

#### **Otázka č. 2**

*Kolik je vám let?*

- a) 60 – 69
- b) 70 – 79
- c) Více než 80 let

#### **Otázka č. 3**

*Jak dlouho žijete v tomto pobytovém zařízení?*

- a) Méně než 5 let
- b) 6 – 9 let
- c) Více než 10 let

#### **Otázka č. 4**

*Jaký je Váš zdravotní stav, jste?*

- a) Mobilní
- b) Mobilní s pomocí
- c) Imobilní

**Otázka č. 5**

*Co bylo důvodem toho, že jste se rozhodl (a) přestěhovat do domova pro seniory?*

- a) Zdravotní stav
- b) Neschopnost rodiny postarat se o péči
- c) Nevyhovující bydlení

**Otázka č. 6**

*Víte, jaké sociální služby byste mohl (a) využít, abyste mohl (a) zůstat v přirozeném prostředí Vašeho domova?*

- a) Ano
- b) Ne

**Otázka č. 7**

*Kdybyste měl (a) někoho, kdo by se o Vás postaral, byl (a) byste raději doma, než v pobytovém zařízení?*

- a) Ano
- b) Ne

**Otázka č. 8**

*V jakém pokoji bydlíte?*

- a) Jednolůžkový pokoj
- b) Dvojlůžkový pokoj
- c) Trojlůžkový a vícelůžkový pokoj

**Otázka č. 9**

*Respektují zaměstnanci domova Vaše soukromí a máte možnost zamykat si svůj pokoj?*

- a) Ano, máme
- b) Ne, nemáme

**Otázka č. 10**

*Klepou zaměstnanci domova na dveře pokoje, když chtějí vstoupit dovnitř?*

- a) Ano, vždy
- b) Ne, nikdy

**Otázka č. 11**

*Jste spokojen (a) se stravou?*

- a) Velmi spokojen (a)
- b) Spokojen (a)
- c) Nespokojen (a)

**Otázka č. 12**

*Jste spokojen (a) s praním a s šitím prádla?*

- a) Velmi spokojen (a)
- b) Spokojen (a)
- c) Nespokojen (a)

**Otázka č. 13**

*Účastníte se volnočasových aktivit?*

- a) Účastním se
- b) Neúčastním se

**Otázka č. 14**

*Jste spokojen (a) s množstvím nabízených volnočasových aktivit?*

- a) Velmi spokojen (a)
- b) Spokojen (a)
- c) Nespokojen (a)

**Otázka č. 15**

*Máte možnost využívat rehabilitace?*

- a) Ano, máme
- b) Ne, nemáme

**Otázka č. 16**

*Jste spokojen (a) s rehabilitací?*

- a) Velmi spokojen (a)
- b) Spokojen (a)
- c) Nespokojen (a)

**Otázka č. 17**

***Jste spokojen (a) s lékařskou péčí?***

- a) Velmi spokojen (a)
- b) Spokojen (a)
- c) Nespokojen (a)

**Otázka č. 18**

***Jak byste zhodnotil (a) přístup ošetřovatelů?***

- a) Velmi spokojen (a)
- b) Spokojen (a)
- c) Nespokojen (a)

**Otázka č. 19**

***Jak byste zhodnotil (a) přístup zdravotních sester?***

- a) Velmi spokojen (a)
- b) Spokojen (a)
- c) Nespokojen (a)

**Otázka č. 20**

***Jak byste zhodnotil (a) přístup sociálních pracovníků?***

- a) Velmi spokojen (a)
- b) Spokojen (a)
- c) Nespokojen (a)